

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique



REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple- Un But- Une Foi



UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO

Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie

FMOS

Année universitaire : 2020 - 2021

Thèse N° :/.....

THESE

**Déterminants du choix des méthodes
contraceptives en post partum à l'ASACOBA en
commune I district de Bamako**

Présentée et soutenue publiquement le 01 décembre 2021 devant la faculté de médecine et
d'odonto-stomatologie.

Par

M^{me}. Inna Kadia KATILE

Pour obtention du grade de Docteur en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

JURY

Président : **Pr. Boubacar MAIGA**
Membres : **Dr. Sory Ibrahim DIAWARA**
Co-directeur : **Dr. Lalla Fatouma TRAORE**
Directeur : **Pr. Samba DIOP**

DEDICACE ET REMERCIEMENTS

Dédicace et Remerciements

Je dédie ce travail à **Dieu**, le clément et miséricordieux pour sa grâce.

Puisse **Allah** le tout puissant m'éclairer de sa lumière divine.

Amen !

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

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

Dédicace :

A mon père

« Ne compte sur personne pour faire ton bonheur » Papa, cette expression que tu me disais à chaque fois que je me plaignais m'a fait comprendre pas mal de chose de la vie, père soit fier, en ce beau jour. Ce travail est le tien. Ta rigueur dans mon éducation ont fait de moi la femme que je suis, ton honnêteté, ta tolérance, ton amour du prochain ont fait de toi un homme droit et respecté. Reçois à travers ce travail ma reconnaissance et toute mon affection. Je te serai éternellement reconnaissante. Je suis et serais toujours fière de toi.

A mes Maman

Fanta, Alima et Fatoumata, les Dames KATILE nous voici arrivées á ce jour tant attendu par vous toutes et pour lequel vous m'avez beaucoup bousculée. Que ce modeste travail soit source de satisfaction et de réconfort pour tout ce que vous avez endurées et pour tous vos efforts indéfectibles.

A mes frères et ma petite sœur

Votre sens de la famille a été pour moi un grand soutien. Puisse ce travaille témoigne toute ma reconnaissance.

Restons toujours unis pour encourager les plus jeunes à la persévérance et à l'endurance, car le chemin de la réussite dans ce monde impitoyable est long et plein d'embuches. Vous pouvez faire mieux pour le bien-être de la famille

A mon Mari

Ce travail est le nôtre, résultats de longs combats, de sacrifices et patience. Merci de m'accepter dans ta vie, de supporter mes caprices et sauts d'humeur.

Ta tendresse, ton amour et ton soutien aussi bien moral que matériel ne m'ont jamais fait défaut. Les mots me manquent aujourd'hui pour te remercier et te montrer combien est grande ma joie. Je te serais éternellement reconnaissante.

Amoureuusement votre.

A mes enfants

Vous êtes ma fierté et ma joie de vivre. Merci de m'avoir accepté dans vos cœurs, recevez à travers ces quelques lignes tout l'amour de maman et toute ma tendresse maternelle. Que le tout puissant vous bénisse et vous protège. Qu'Il vous donne bonne santé et longue vie et guide vos pas vers le chemin qui mène le mieux à votre bonheur.

A ma belle famille

Maman Fanta Kansaye recevez à travers ce travail toute ma reconnaissance et ma gratitude. Merci de m'avoir à bras ouvert dans votre famille. Qu'Allah vous préserve encore longtemps à nos côtés. Mes beaux-frères et belles sœurs, merci pour l'amour fraternelle et surtout pour le soutien moral.

A toutes mes amies

A Djeneba Sékou Traoré, Berilé Diarra, Mme MKT Sabou, vous m'avez à maintes fois prouvé que je pouvais compter sur vous.

A mon amie sœur **Mme Kaba Mariam Sow**, plus qu'une amie, tu as été pour moi une sœur, tu m'as maintes fois donné l'occasion de me rendre compte que je pouvais compter sur toi. Ton courage et ta détermination m'ont toujours inspiré. Tu es de ces rares personnes que la vie a mises sur mon chemin pour m'en faciliter sa traversée. Que la complicité qui nous unit soit éternelle.

A toute la Famille TOURE

A tous mes oncles

A toutes mes tantes

Pour votre soutien permanent et vos sages conseils

A mes frères et sœurs

Votre soutien moral ne m'a jamais fait défaut. Recevez ici toute mon affection et ma reconnaissance. Que Dieu nous unisse davantage

A mes Cousins et Cousines A mes neveux et Nièces

Recevez ce travail en signe de mon affection vous m'êtes tous très chers aussi nombreux que vous soyez.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et président du jury :

Professeur Boubacar MAIGA

- ✧ **Maître de Conférences d'Immunologie à la FMOS,**
- ✧ **Chef Adjoint de DER des Sciences Fondamentales de la FMOS,**
- ✧ **Médecin Chercheur au Malaria Research and Training Center (MRTC)
et au Département d'Epidémiologie des Affections Parasitaires (DEAP),**
- ✧ **PhD en Immunologie.**

Cher Maître,

C'est un immense honneur et un privilège que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples obligations. Votre rigueur scientifique, votre disponibilité, votre humanisme et votre modestie font de vous un maître respecté et admiré. Permettez-nous cher maître de vous exprimer toute notre gratitude.

A notre maitre et juge

Dr Sory Ibrahim DIAWARA

- **MD, MPH, PHD**
- **Médecin Chercheur à la FMOS USTTB**

Cher Maître,

Vous nous faites aujourd'hui un grand honneur et un réel plaisir en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre rigueur scientifique, votre disponibilité, votre simplicité et votre amour pour le travail bien fait nous ont beaucoup impressionnés.

Permettez-nous maître, de vous exprimer toute notre gratitude.

A notre maitre et Co-directrice

Docteur Lalla Fatouma TRAORE

- **Docteur en médecine, PhD en santé publique**
- **Maître-assistant à la FMOS**
- **Enseignant-chercheure**

Cher Maitre, nous vous remercions pour la confiance que vous nous avez témoigné en nous confiant ce sujet de thèse.

Nous avons été impressionné par votre esprit scientifique et votre courage pour la recherche. C'est un grand honneur pour nous de compter parmi vos élèves.

Vos immenses qualités de maître formateur ; votre rigueur, votre courage et abnégation dans le travail font de vous un modèle à suivre. Puisse qu'Allah l'omnipotent vous accorde une longue vie.

Veillez agréer, l'expression de notre profonde gratitude et de notre grand respect pour tous les efforts consentis.

A notre maître et Directeur de thèse

Professeur Samba DIOP

- **Maître de conférences en anthropologie médicale**
- **Enseignant chercheur en écologie humaine, anthropologie et éthique publique au DER de santé publique à la FMOS et à la FAPH.**
- **Personne ressource du membre des comités d'éthique de la FMPOS ; de l'INRSP ; CRLD et du CNESS.**

Cher maître !

C'est une chance et un grand honneur pour nous de vous avoir comme directeur de thèse.

A vos côtés, nous avons appris à apprécier l'être humain dans sa simplicité, son humilité, sa générosité, son dévouement et sa culture de l'excellence.

Votre rigueur scientifique, votre enseignement remarquable de qualité, votre esprit de justice, de paix et de vérité font de vous un maître de référence.

Veillez accepter cher maître l'expression de notre admiration, respect et reconnaissance

SIGLE ET ABRÉVIATION

IVG	: interruption volontaire de grossesse.
ASACOBA	: Association de santé communautaire
OMS	: organisation mondiale de la sante
PF	: planification familiale
IST	: infection sexuellement transmissible
VIH	: virus de l'immunodéficience humain
IMC	: indice de masse corporel
ISF	: indice synthétique de fécondité
CPN	: consultation prénatale
CSCOM	: centre de santé communautaire
CSRef	: centre de santé de référence
ONG	: organisation non gouvernementale
IEC	: information, éducation, communication
CCC	: communication pour le changement de comportement

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des femmes selon leur âge	46
Tableau II : Répartition des femmes selon le statut matrimonial. Error! Bookmark not defined.	
Tableau III : Répartition des femmes selon le niveau de scolarisation.....	47
Tableau IV : Répartition des femmes selon le nombre d'enfant.....	47
Tableau V : Répartition des femmes selon la voie d'accouchement.....	48
Tableau VI : Répartition des femmes selon l'agent de santé ayant effectué le suivi de la grossesse	48
Tableau VII : Répartition des femmes selon la complication au cours de l'accouchement.....	49
Tableau VIII : Répartition des femmes selon le type de complication	49
Tableau IX : Répartition des femmes selon la connaissance sur la contraception.....	50
Tableau X : Répartition des femmes selon la source d'information sur la contraception	50
Tableau XI : Répartition des femmes selon la période à risque de grossesse	51
Tableau XII : Répartition des femmes selon la méthode de contraception utilisée actuellement	51
Tableau XIII : Répartition des femmes selon la 1ère utilisation de la méthode	52
Tableau XIV : Répartition des femmes selon la raison d'utilisation de la méthode actuelle	52
Tableau XV : Répartition des femmes selon le changement de méthode.....	53
Tableau XVI : Répartition des femmes selon la raison du changement de méthode.....	53
Tableau XVII : Répartition des femmes selon	54
Tableau XVIII : Répartition des femmes selon l'impression sur le cout des méthodes	54
Tableau XIX : Répartition des femmes selon le lieu de consultation en cas de besoin en PF....	55
Tableau XX : Répartition des femmes selon l'impression sur l'accès au service de PF	55
Tableau XXI : Répartition des femmes selon les raisons pour lesquelles c'est difficile	56
Tableau XXII : Répartition des femmes selon l'action de service de PF pour améliorer leur offre	56
Tableau XXIII : Répartition des femmes selon leur méthode de contraception utilisée actuellement et l'âge.....	57
Tableau XXIV: Répartition des femmes selon leur méthode de contraception utilisée actuellement et le niveau scolaire.....	57
Tableau XXV : Répartition des femmes selon leur méthode de contraception utilisée actuellement et l'agent de santé ayant effectué le suivi de la grossesse.....	59
Tableau XXVI : Répartition des femmes selon leur méthode de contraception utilisée actuellement et la voie d'accouchement	59
Tableau XXVII : Répartition des femmes selon leur méthode de contraception utilisée	

actuellement et..... 60

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : La pilule	15
Figure 2 : Contraceptif injectable.....	17
Figure 3 : L'implant	19
Figure 4: Mode d'utilisation du préservatif masculin	20
Figure 5 : Mode d'utilisation du préservatif Féminin	21
Figure 6 : Méthode MAMA	22
Figure 7 : Le D.I.U.....	24
Figure 8 : Mousse spermicide	26

TABLE DES MATIÈRES

I. INTRODUCTION	2
II. OBJECTIFS	5
1. Objectif général	5
2. Objectifs spécifiques	5
III. GENERALITES	7
1. Définition de la planification familiale (PF)	7
2. Rappel sur la planification familiale	9
3. Le post-partum	11
4. Les contraceptions du post-partum.....	12
5. Les connaissances sur contraceptions en période post-partum	30
IV. DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUES.....	38
1. Cadre de l'étude	38
2. Type d'étude :.....	41
3. Population d'étude.....	41
4. Échantillonnage.....	42
5. Techniques et outils d'enquête :.....	42
6. Saisie, traitement et analyse des données :.....	43
7. Biais et difficultés de l'étude :.....	44
V. RESULTATS.....	46
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	65
VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	72
1. Conclusion :.....	72
2. Recommandations	73

IX. ANNEXES	80
Questionnaire des clientes	80
Fiche signalétique	84
Sheet signalitiques.....	85
Bugunatiḡe lase seben	86
Serment d'Hippocrate.....	90

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

Aujourd'hui au Mali, de nombreuses contraceptions sont à la portée des couples mais l'utilisation actuelle des méthodes de contraception moderne reste très faible 17%, la demande totale en planification familiale s'élève à 41 %. Cette demande est satisfaite dans 42 % ; quant aux besoins non satisfaits ce taux est de 24 % (Enquête Démographique de Santé 2018 EDSM-VI).

Les conséquences directes de cette faible prévalence sont l'accroissement rapide de la population du pays ; l'augmentation des maladies, des décès des femmes pendant ou après l'accouchement et des enfants de moins d'un an. Une femme est concernée par la contraception si elle est en âge d'avoir des enfants, si elle n'est pas stérile ou enceinte, si elle a des rapports hétérosexuels et qu'elle souhaite éviter une grossesse [1].

On retrouve plusieurs facteurs qui peuvent être source d'un échec contraceptif avec notamment une utilisation incorrecte associée à des connaissances insuffisantes et la persistance d'idées reçues [2].

Le post-partum est également concerné par ces problèmes liés à la contraception. En effet 5,5% des IVG surviennent dans les six mois qui suivent un accouchement, cela représenterait 11 000 femmes chaque année. L'utilisation correcte d'une méthode contraceptive dans la période du postpartum est donc essentielle [3].

La plupart des études retrouvées s'intéressent aux connaissances des femmes sur les différents moyens de contraception existant. Seules quelques études se sont penchées sur la contraception utilisée lors du post-partum mais pas précisément sur le choix des accouchées concernant leur méthode contraceptive.

L'objectif de cette étude a donc été de réaliser un état des lieux des connaissances des accouchées sur la contraception qu'elles ont choisie d'utiliser lors du post-partum. La description de ces connaissances vise l'amélioration des informations dispensées à ce sujet par les professionnels de santé, et donc l'émergence de thèmes cibles permettant l'amélioration des pratiques.

Dans un premier temps une revue de la littérature a été réalisée. Les modifications du post-partum ont tout d'abord été abordées, suivi par les différentes recommandations concernant la contraception en période post-partum et enfin un descriptif des connaissances a été établi. Dans un deuxième temps, il a été traité du travail de recherche concernant les connaissances des accouchées sur la contraception du post-partum.

Pour finir une discussion a été élaborée autour des résultats de ce travail de recherche et un plan d'amélioration des pratiques a été proposé.

OBJECTIFS

II. OBJECTIFS

1. Objectif général :

Évaluer les déterminants du choix des méthodes de contraception lors du post partum dans l'aire de santé de l'ASACOBA en commune I du district de Bamako.

2. Objectifs spécifiques :

- Déterminer le profil sociodémographique des clientes ayant consulté les services de PF à l'ASACOBA lors de la période post partum.
- Identifier les types de méthodes contraceptives disponibles pour les clientes à l'ASACOBA.
- Déterminer le niveau de connaissances des clientes en matière de contraception en période post partum.
- Identifier les méthodes de contraceptions préférées des clientes

GENERALITES

III. GENERALITES

1. Définition de la planification familiale (PF)

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

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 prévention et le traitement de la stérilité conjugale ;
- la consultation prénuptiale ;
- la contraception ;
- la lutte contre le VIH/SIDA ;
- la formation, la supervision et l'évaluation du personnel ;
- la recherche.

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 population (EVF/EMP),
- les activités annexes : égalité entre les sexes et la promotion des femmes, diminution de la discrimination envers les fillettes, responsabilité et implication des hommes. Notre étude se propose d'explorer une des composantes de la planification familiale : la contraception du post partum.

2. Rappel sur la planification familiale

a- Définition

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

b- La PF comporte diverses activités : qui sont

- L'information et le conseil en matière de santé de la famille
- L'éducation sexuelle et familiale
- La prévention et le traitement de la stérilité conjugale
- La consultation prénuptiale
- 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 [4].

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 [5].

Elle 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 [5].

- **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 intervalle d'au moins de deux ans 3 à 4 millions de ces morts seraient éviter [4]

La PF permet 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 infectieuses et virales [6].

- **Les hommes** : La 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 [5]
- **La famille** : La PF améliore le bien-être familial. 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 [4]
- **La nation** : La PF aide la nation à se développer dans les pays où les femmes ont moins d'enfants. La population voit sa situation économique s'améliorer plus rapidement qu'ailleurs [7].

3. Le post-partum

3.1. Définition

Selon l'OMS, la période du post partum s'étend de la fin de l'accouchement jusqu'au retour des couches (6 à 8 semaines après l'accouchement).

3.2. Les différentes modifications du post-partum

a. Les modifications anatomiques

Durant le post-partum a lieu l'involution utérine. Celle-ci est rapide durant les deux premières semaines puis elle se fait progressivement, l'utérus retrouve ainsi son état pré-gravide au bout de deux mois. Le segment inférieur lui disparaît en deux jours.

Quant au col utérin, il retrouve sa consistance ferme et sa longueur en une semaine. Son orifice interne se ferme au bout d'une semaine contrairement à son orifice externe qui reste perméable pendant les trois semaines suivant l'accouchement.

L'endomètre évolue en quatre phases. La première phase est celle de régression dans les cinq jours suivant l'accouchement. Vient ensuite la phase de cicatrisation qui a lieu du sixième au 25^{ème} jour.

La troisième phase correspond à la phase de prolifération du 25^{ème} au 45^{ème} jour, elle est suivie par une hémorragie de privation qui signe la reprise du cycle menstruel.

Le vagin ne retrouve sa trophicité qu'à partir du 25^{ème} jour en raison de la stimulation hormonale. La vulve est béante le premier jour puis reprend sa tonicité par la suite [8].

b. Les modifications hormonales

Le taux d'œstrogènes s'effondre le lendemain de l'accouchement. Si la femme n'allait pas, celui-ci va progressivement augmenter à partir du 25^{ème} jour. En cas d'allaitement maternel cette augmentation se produira entre le 35^{ème} et le 45^{ème} jour.

Le taux de prolactine augmente aussitôt après l'accouchement en raison de la levée de son inhibition par les œstrogènes. En cas d'allaitement artificiel celui-ci commence à diminuer après le 15^{ème} jour puis se normalise en quatre à six semaines [8].

c. Les modifications biologiques

La glycémie et les constantes lipidiques (triglycérides, cholestérol et lipoprotéines) se normalisent progressivement en trois mois.

L'hypercoagulabilité physiologique de la grossesse persiste environ deux semaines après l'accouchement. Les facteurs de coagulation ne retrouvent leurs valeurs normales qu'en trois à quatre semaines [8].

3.3. Le retour à la fertilité

La fonction ovarienne associée à la reprise des ovulations, est fonction du type d'allaitement choisi par la femme.

En effet si la femme a choisi de donner du lait artificiel à son enfant, la première ovulation peut avoir lieu à partir du 25^{ème} jour du post-partum et les premières règles surviennent en général entre six et huit semaines après l'accouchement. Le premier cycle aboutissant au retour des menstruations peut être anovulatoire [9].

4. Les contraceptions du post-partum

Le post-partum est une période sujette aux nombreux changements. C'est pourquoi les recommandations concernant la contraception sont différentes des recommandations habituelles.

L'efficacité d'une méthode contraceptive se mesure grâce à l'indice de Pearl. Il correspond au nombre de femmes sur 100 utilisant ce moyen contraceptif et présentant une grossesse dans l'année suivant le début de l'utilisation [9].

Il existe deux analyses de l'indice de Pearl : en fonction d'une utilisation dans des conditions optimales (c'est-à-dire une utilisation correcte et régulière) et en fonction d'une utilisation courante (c'est-à-dire comme elle est le plus souvent

utilisée par les personnes). La méthode contraceptive est jugée très efficace lorsque cet indice se situe entre 0 et 0,9, efficace quand il se situe entre 1 et 9, modérément efficace lorsqu'il se trouve entre 10 et 25 et moins efficace quand il est entre 26 et 32. En comparatif, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a publié en 2011 le taux de grossesse sur une année lorsqu'aucune méthode de contraception n'est utilisée, celui-ci est de 85 grossesses pour 100 femmes sur un an [10].

Les différentes méthodes contraceptives :

4.1. La pilule contraceptive oestro-progestative

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

Mode d'action

- La pilule oestro-progestative agit principalement en bloquant l'ovulation, en modifiant l'endomètre de façon à ce qu'il ne puisse accueillir un éventuel œuf et en modifiant la glaire pour empêcher les spermatozoïdes de franchir le col.
- La micropilule (micro dose de progestatif) agit uniquement en modifiant la glaire pour empêcher les spermatozoïdes de franchir le col sauf Cerazette qui supprime aussi l'ovulation.

Les différentes pilules contraceptives

Il existe :

- différents dosages même si l'oestrogène utilisé est toujours le même : 50 - 35 - 30 - 20 et 15 microgrammes.
- différents types de progestatifs.
- des variations de dosages des oestrogènes et des progestatifs sur la plaquette pour les différentes pilules déterminent les biphasiques et les triphasiques. Les pilules sans variations sont les monophasiques.

- il y a des pilules de 21 ou 28 comprimés.

Les avantages : C'est une méthode contraceptive très efficace, très bien tolérée, efficace dès le 1er comprimé, réversible dès l'arrêt. Elle permet d'avoir des cycles réguliers et les règles sont moins abondantes, moins longues et moins douloureuses. Les inconvénients Il peut y avoir des petits saignements (spotting) en dehors des règles surtout lors des premières plaquettes, un peu de nausées, quelques douleurs et des gonflements des seins.

Les contre – indications : Hypercholestérolémie, hypertension artérielle, antécédent d'accident thromboembolique, certains cancers, le tabagisme chez les femmes de plus de 35 ans [10].

La prise de poids, exceptionnelle, est toujours modérée. En cas d'oubli de moins de 12 heures par rapport à l'heure habituelle, le comprimé oublié doit être pris immédiatement et le prochain sera pris à l'heure habituelle. En cas d'oubli de plus de 12 heures la femme devra envisager une conduite à tenir spécifique. Tout d'abord le comprimé oublié doit être pris immédiatement et le prochain sera pris à l'heure habituelle. En cas de rapport sexuel dans les sept jours suivant cet oubli, une autre méthode contraceptive mécanique doit être associée (préservatifs). Si l'oubli concerne l'un des sept derniers comprimés actifs alors il faut enchaîner directement une nouvelle plaquette afin de ne pas faire d'arrêt entre les comprimés actifs. Si un rapport sexuel a eu lieu dans les cinq jours précédant l'oubli ou si l'oubli concerne au moins deux comprimés, alors une contraception d'urgence devra être utilisée [16].

Son utilisation dans la période du post-partum dépend de plusieurs conditions. Si la femme allaite, les oestro-progestatifs ne sont pas recommandés dans les six mois suivant l'accouchement. Les études concernant les effets sur le lait (passage, quantité et qualité) et les effets sur le nourrisson sont contradictoires, certaines retrouvant un effet néfaste et d'autres non. Si la femme n'allait pas, les oestro-progestatifs ne sont utilisables qu'à partir de six semaines après l'accouchement

en raison du risque thromboembolique augmenté durant cette période. Cependant l'OMS a autorisé ce moyen de contraception à partir de 21 jours après l'accouchement en l'absence de tout risque thromboembolique et en l'absence de toute autre contre-indication aux oestro-progestatifs. Les risques thromboemboliques identifiés peuvent être un antécédent personnel ou familial thromboembolique veineux ou artériel, une thrombophilie, un Indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 30 kg/m², une immobilisation, une hémorragie du post-partum, une transfusion lors de l'accouchement, un accouchement par césarienne, une pré-éclampsie ou du tabagisme [17].

Seules les pilules microdosées contenant au maximum 30 microgrammes d'éthinylestradiol sont autorisées en post- partum. Celles contenant une dose supérieure sont contre-indiquées en raison du risque thromboembolique qu'engendrent ces œstrogènes [11].



Figure 1 : La pilule [11]

4.2. La pilule contraceptive microprogestative

Il existe deux sortes de pilules microprogestatives : une contenant du désogestrel (CERAZETTE® et ses génériques) et une contenant du lévonorgestrel (MICROVAL®).

Les pilules au désogestrel permettent d'inhiber l'ovulation et d'augmenter la viscosité de la glaire cervicale. Alors que celles contenant du lévonorgestrel agissent uniquement au niveau de la glaire cervicale.

Les méthodes contraceptives à base de progestérone peuvent être utilisées si la patiente n'a aucune des contre-indications suivantes :

- hypersensibilité à l'un des composants ;
- accidents thromboemboliques veineux évolutifs ;
- présence ou antécédent d'affection hépatique sévère avec bilan hépatique anormal ;
- tumeurs malignes sensibles aux stéroïdes sexuels ;
- hémorragies génitales inexplicables.

La pilule microprogestative est jugée très efficace lorsqu'elle est utilisée dans des conditions optimales (indice de Pearl à 0,3). Cependant en utilisation courante elle est seulement jugée efficace (indice de Pearl à 8).

Pour qu'une pilule microprogestative soit utilisée de manière optimale, certaines précautions d'emploi doivent être respectées. Elle doit être prise tous les jours à heure régulière, sans interruption entre les plaquettes [18].

La conduite à tenir concernant la survenue de vomissements ou de diarrhée est la même que pour une pilule oestro-progestative [19].

La tolérance en cas d'oubli varie d'une pilule à l'autre en raison de leur effet contraceptif différent. Pour CERAZETTE® et ses génériques, la pilule peut être prise dans les 12 heures suivant l'heure habituelle, contrairement à MICROVAL® pour laquelle ce délai est réduit à trois heures. La démarche à suivre en cas d'oubli est la même que pour une pilule oestro-progestative [18,19].

L'un des principaux effets indésirables des contraceptions progestatives repose sur la perturbation des menstruations avec divers profils de saignements possibles (aménorrhée, irrégularités menstruelles, saignements intermenstruels ou spotting).

Il est important d'informer la femme des effets indésirables afin qu'elle ne soit pas inquiète si ceux-ci surviennent [18].

La pilule microprogestative peut être utilisée dans la période du post-partum, que la femme allaite ou non. En effet celle-ci n'entraîne aucune modification sur la qualité et la quantité du lait maternel et n'a aucune influence néfaste sur le nourrisson. Il est recommandé de débiter sa prise entre le 10ème et le 21ème jour suivant l'accouchement [20,21].

Les contraceptifs injectables :

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

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

Les contraceptifs injectables progestatifs (tels le Dépo-Provera et le Noristérat) ne contiennent pas d'œstrogène. Pour prévenir la grossesse, une injection est faite tous les deux ou trois mois, selon le type de contraceptif injectable choisi [21].



Figure 2: Contraceptif injectable[21]

4.3. L'implant progestatif

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

- **Mode d'action d'Implanon** : Il empêche l'ovulation et modifie la glaire cervicale.
- **Mode d'emploi d'Implanon** : L'implant se met sous la peau de la face interne du bras, à l'aide d'un applicateur stérile à usage unique après une anesthésie locale. Il se retire aussi après une anesthésie locale, à l'aide d'une petite incision de 2 mm, avec une pince. La pose et le retrait sont simples et rapides, environ 1 minute 30 secondes pour la pose et 3 minutes 30 secondes pour le retrait. Il est mis en place pour 3 ans par le médecin ou la sagefemme pendant une consultation.
- **Efficacité d'Implanon** : Elle est très efficace dès la pose.
- **Avantages d'Implanon** : Le problème d'observance ne se pose pas. Il est bien toléré et réversible dès le retrait.
- **Inconvénients d'Implanon** : Il peut y avoir des troubles du cycle, pouvant être un motif de retrait, il laisse une petite cicatrice de 2 mm au niveau de la zone d'insertion.
- **Contre- indications d'Implanon** : L'Implanon est contre-indiquée en cas de thrombose évolutive, et d'affection hépatique sévère.

L'implant progestatif est la contraception la plus efficace, que ce soit en utilisation optimale ou en utilisation courante (indice de Pearl à 0,05) [18].

L'implant peut être mis en place durant toute la période du post-partum. Dans certains contextes psycho-sociaux difficiles, l'équipe médicale peut poser l'implant avant la sortie de la maternité [20].



Figure 3 : L'implant[18]

3-3) La contraception mécanique

4.4. Le préservatif masculin

Le préservatif est à la fois un moyen contraceptif mécanique et un moyen de protection contre les infections sexuellement transmissibles [22].

Le préservatif masculin est jugé efficace lorsqu'il est utilisé dans des conditions optimales (indice de Pearl à 2). Cependant en utilisation courante il est seulement jugé comme modérément efficace (indice de Pearl à 15) [18].

Pour être utilisé de manière optimale le préservatif masculin doit être mis en place sur le sexe en érection avant toute pénétration et à tout moment du cycle menstruel de la femme. Lors de la pose il est nécessaire de laisser une place suffisante pour le réservoir en le pinçant entre le pouce et l'index. Si le préservatif est mis en place dans le mauvais sens, il faut alors le jeter et en prendre un autre. Il est nécessaire de le changer entre deux rapports sexuels [22].

Le préservatif masculin peut être un moyen de contraception utilisable pendant le post-partum. Il peut également être utilisé en complément de la méthode de l'Allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) ou des spermicides [28].

Le préservatif féminin : Femidon C'est une gaine cylindrique pré-lubrifiée en

polyuréthane.

- **Mode d'emploi du Féminin** : Un anneau interne facilite l'introduction dans le vagin et son maintien pendant le rapport, un anneau externe repose sur la vulve pour permettre de retenir le préservatif pendant le rapport. Il peut être mis à n'importe quel moment avant le rapport sexuel.
- **Efficacité du Femidon** : Elle est comparable à celle du préservatif masculin.
- **Avantages du Femidon** : C'est une excellente protection contre les IST/SIDA. Elle est utilisable par la femme en cas de refus ou d'impossibilité d'utilisation du préservatif masculin.

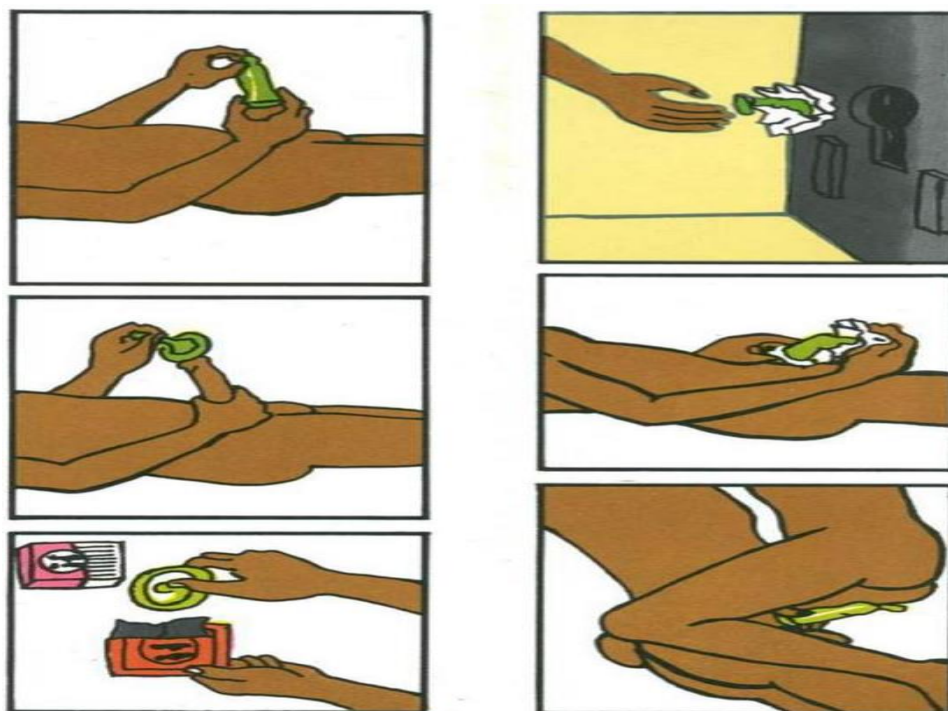


Figure 4: Mode d'utilisation du préservatif masculin[22]

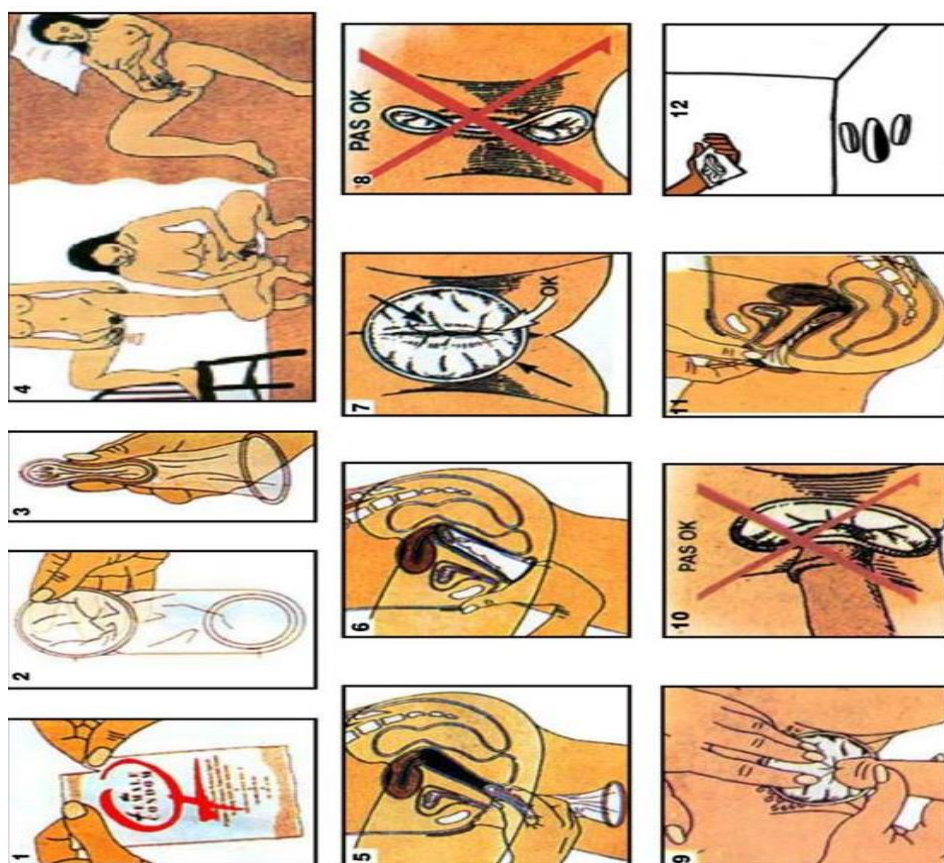


Figure 5: Mode d'utilisation du préservatif Féminin[22] .

4.54.5. La MAMA

La MAMA peut être une méthode contraceptive adoptée par les femmes pendant les six premiers mois qui suivent l'accouchement. Cependant elle n'est efficace que si toutes les conditions nécessaires sont réunies. Pour cela l'allaitement maternel doit être exclusif, c'est-à-dire que l'enfant ne doit pas recevoir d'autres aliments que le lait de sa mère. Le nourrisson doit téter au minimum dix minutes, six fois par 24 heures, sans dépasser quatre heures le jour et six heures la nuit entre deux tétées. La dernière condition consiste pour la femme en l'absence totale de menstruations. En cas de non-respect d'une ou de plusieurs de ces conditions, il est conseillé à la femme d'avoir recours à un autre moyen de contraception [23].

La MAMA est jugée très efficace lorsqu'elle est utilisée dans des conditions optimales (indice de Pearl à 0,9). Cependant en utilisation courante elle est seulement jugée efficace (indice de Pearl à 2) [18].

En raison des conditions difficilement réalisables dans notre société actuelle, il est recommandé d'associer la MAMA à une contraception locale comme des préservatifs masculins ou des spermicides [24].



Figure 6: Méthode MAMA[24].

3-2) Le diaphragme et cape cervicale :

Le diaphragme est une membrane en latex ronde et concave tendue sur un ressort circulaire. La cape cervicale est une cupule en silicone.

- **Mode d'emploi du diaphragme et de la cape cervicale :** Le diaphragme est placé dans le vagin avant les rapports sexuels pour recouvrir le col de l'utérus. La cape cervicale est placée au fond du vagin avant les rapports sexuels pour couvrir le col de l'utérus, comme un dé à coudre.

Ils sont à utiliser avec des spermicides. Ils empêchent le sperme de pénétrer dans le col de l'utérus. Il existe différentes tailles de diaphragme et de cape. L'utilisation de la cape cervicale est à rapprocher à celle du diaphragme : Le choix de la taille est évalué par le médecin qui aide la femme à apprendre à placer le diaphragme ou la cape cervicale.

- **Efficacité du diaphragme et de la cape cervicale :** S'ils sont correctement utilisés et à tous les rapports sexuels, leur efficacité est supérieure à celle des spermicides seuls et équivalente à celle des préservatifs masculins.
- **Avantages du diaphragme et de la cape cervicale :** C'est la méthode vaginale de contraception la plus fiable, peu onéreuse, pas de contre-indication médicale, pas de risque pour la santé. Peut être placé discrètement à l'avance, diminue le risque du cancer du col de l'utérus, immédiatement réversible.
- **Inconvénients du diaphragme et de la cape cervicale :** Le taux d'échec est élevé si mal utilisé. La mise en place nécessite un apprentissage avec un médecin entraîné, le spermicide peut couler de façon excessive. Ils sont encombrants.

Les dispositifs intra-utérins (stérilet) :

- **Mode d'emploi des D.I.U :** Plusieurs modes d'action sont avancés : une altération des spermatozoïdes par l'action du cuivre qui empêche la fécondation, une modification de l'endomètre qui empêche la nidation de l'œuf, une modification de la glaire cervicale pour les stérilets au progestatif ce qui empêche les spermatozoïdes de franchir le col. Il existe différentes formes (au cuivre ou au progestatif), et différentes tailles. Le médecin choisira le stérilet le mieux approprié à chaque femme. Il est posé par le médecin ou la sage-femme formée, en principe à la fin des règles ou n'importe quel jour du cycle. Sans anesthésie, il est introduit par le col, placé au fond de l'utérus, les fils du stérilet dépassant le col pour permettre le contrôle du stérilet (par le médecin et par la femme) et pour permettre le retrait. En cas de contraception d'urgence à poser dans les cinq (5) jours suivant le rapport sexuel non protégé éventuellement.
- **Durée du D.I.U :** Le D.I.U peut rester sur place pendant trois à cinq ans selon les stérilets avec une surveillance médicale régulière, une à deux fois par an.

Le D.I.U au cuivre reste efficace jusqu'à 10 ans Le retrait se fait pendant ou après les règles. Il est indolore et simple.

- **Efficacité du D.I.U** : Il est efficace dès la pose.
- **Avantages du D.I.U** : C'est une méthode non contraignante, très efficace, généralement bien tolérée, réversible dès le retrait.
- **Inconvénients du D.I.U** : Les règles peuvent être abondantes et longues avec certains stérilets. Il y a la possibilité de douleurs et de saignements en dehors des règles, des risques d'infection en cas de partenaires multiples. Dans certains cas, le D.I.U est peu conseillé chez les femmes n'ayant jamais eu d'enfants en raison du risque de stérilité en cas d'infection. Le risque d'infection est moindre avec le stérilet au progestatif. Il y a un risque de grossesses intra ou extra-utérines et d'expulsion de fœtus.
- **Contre-indications du D.I.U** : Le D.I.U est contre-indiqué en cas d'infection récente de l'utérus ou des trompes, d'antécédents de grossesses extra-utérines (dans certains cas), les malformations utérines importantes, les maladies hémorragiques (sauf stérilet au progestatif), certains fibromes, les femmes n'ayant jamais eu d'enfants [12].

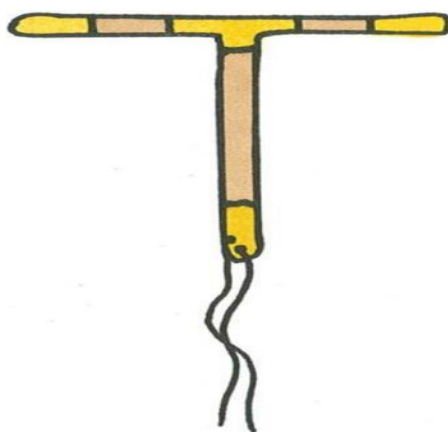


Figure 7 : Le D.I.U[12].

4.6. Les spermicides

Les spermicides font partie des méthodes contraceptives locales non hormonales. Leur effet contraceptif repose sur la mort des spermatozoïdes grâce à une molécule qui peut être le chlorure de benzalkonium ou le chlorure de myristalkonium. Les

spermicides sont disponibles sous différentes formes : crème (avec applicateur ou en unidose), ovule, capsule et éponges/tampons. Les spermicides sont contre-indiqués en cas d'hypersensibilité au principe actif et en cas de lésions génitales. Concernant les spermicides au chlorure de myristalkonium, ils sont contre-indiqués en cas de risque ou de présence d'IST [25,26].

L'efficacité des spermicides a été jugée par de nombreuses études. Cependant les études conduites aux Etats-Unis et servant de référence à l'OMS prenaient en compte uniquement l'efficacité des spermicides contenant du nonoxynol qui n'est pas commercialisé en France. Il en est ressorti que ceux-ci sont modérément efficaces lorsqu'ils sont utilisés dans des conditions optimales (indice de Pearl à 18) et moins efficaces en utilisation courante (indice de Pearl à 29). Une méta-analyse portant sur 15 études conduites en France et en Europe, rapporte une meilleure efficacité des spermicides contenant du chlorure de benzalkonium ou de myristalkonium. En effet leur indice de Pearl est à 1,2 en conditions optimales et à 2,42 en utilisation courante. Ces études restent critiquables sur certains points méthodologiques mais nous amènent cependant, à nous interroger sur une meilleure efficacité que celle rapportait par l'OMS [18,25].

En raison des écarts observés concernant l'efficacité de cette méthode contraceptive, elle n'est pas indiquée en utilisation seule pour les femmes ne désirant absolument pas d'enfant. Elle est plutôt conseillée en association avec les préservatifs masculins ou féminins, les diaphragmes, les capes cervicales et les méthodes naturelles de contraception [25].

Pour une utilisation optimale des spermicides, la femme doit respecter certaines précautions d'emploi. Il faut tout d'abord respecter le délai d'action entre la mise en place des spermicides et le début du rapport sexuel. Ce délai est immédiat pour les crèmes et les éponges mais il est de cinq minutes pour les ovules et de dix minutes pour les capsules. La crème et les éponges n'ont pas d'indication particulière quant à leur mise en place contrairement aux ovules et aux capsules

qui doivent être mises en place en position allongée. L'utilisatrice doit aussi connaître la durée d'action de ses spermicides, qui est de 24 heures pour les éponges, de dix heures pour les crèmes et de quatre heures pour les ovules et les capsules. Après un rapport sexuel protégé par spermicides, la femme ne doit pas pratiquer d'irrigation vaginale (douche vaginale, bain et piscine) dans les deux heures qui suivent. Elle peut cependant pratiquer une toilette intime à l'eau claire, sans utiliser de savon anionique (car ceux-ci inactivent les spermicides). En cas de rapports sexuels répétés, les spermicides doivent être renouvelés sauf pour les éponges dont la durée d'efficacité est de 24 heures. En cas d'utilisation d'une éponge contraceptive, celle-ci doit être retirée dans les deux heures suivant le dernier rapport sexuel et au plus tard 24 heures après sa mise en place [25,26].

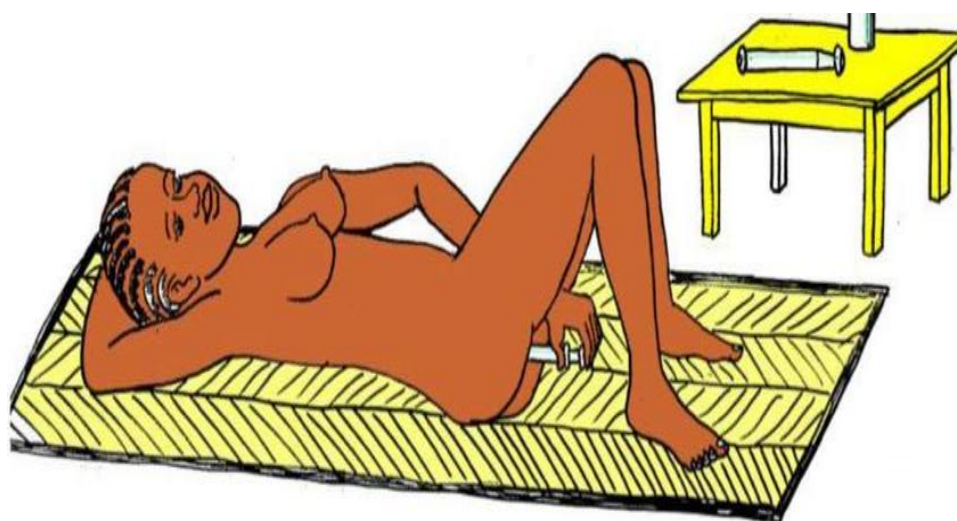


Figure 8: Mousse spermicide[25] .

Les spermicides bénéficient d'une indication privilégiée chez les femmes allaitantes. Cependant en cas d'allaitement maternel, seuls les spermicides à base de chlorure de benzalkonium ou de miristalkonium sont autorisés. En effet ceux contenant du nonoxynol sont contre-indiqués car ils sont retrouvés dans le lait maternel. Pour les femmes qui n'allaitent pas, cette méthode est envisageable lorsque les autres méthodes ne peuvent l'être [28].

4.7. La contraception d'urgence

La contraception d'urgence désigne une méthode de rattrapage utilisable dans les jours suivants un rapport sexuel non ou mal protégé, afin d'éviter une grossesse non prévue. Il existe trois contraceptions d'urgence : une au Lévonorgestrel (LNG) 1,5 mg (NORLEVO®), une à l'Ulipristal acétate (UPA) 30 mg (ELLAONE®) et le Dispositif intra utérin (DIU) au cuivre.

Les deux contraceptions d'urgence hormonales agissent en inhibant ou en retardant l'ovulation. Le DIU au cuivre agit grâce à son effet cytotoxique sur les gamètes, inhibant ainsi la fécondation. Son efficacité est également due à l'inflammation locale qu'il provoque, ce qui empêche l'implantation de l'ovocyte fécondé dans l'utérus.

La contraception d'urgence est d'autant plus efficace qu'elle est utilisée précocement après le rapport non ou mal protégé. Le comprimé au LNG ou à l'UPA doit donc être pris le plus tôt possible après ce rapport et à n'importe quel moment du cycle (excepté en cas de retard des règles). La contraception au LNG est utilisable jusqu'à 72 heures (trois jours) après le rapport à risque contre 120 heures (cinq jours) pour celle à l'UPA. Le DIU au cuivre doit être mis en place dans les cinq jours suivant le rapport afin d'obtenir son effet contraceptif urgent.

L'allaitement maternel n'est pas recommandé dans les huit heures suivant la prise du comprimé au LNG et pendant une semaine en cas de prise d'UPA. La prise de LNG est déconseillée chez les femmes présentant un risque de grossesse ectopique. Il n'est pas recommandé de prendre de l'UPA en cas d'insuffisance hépatique sévère et d'asthme sévère.

La prise d'un contraceptif hormonal urgent peut entraîner des perturbations des menstruations, notamment des spotting et un retard ou une avance des règles [27,28].

La contraception d'urgence est gratuite pour les mineures âgées d'au moins 15 ans et elle peut leur être délivrée en pharmacie, dans les lycées, dans les services de

santé universitaire et dans les centres de planification. La contraception d'urgence hormonale peut être délivrée à la pharmacie sans ordonnance mais pour les majeures voulant être remboursées cela nécessite une ordonnance. Cependant celle-ci peut être délivrée gratuitement et sans ordonnance aux lycéennes majeures dans les infirmeries scolaires, aux étudiantes dans les services de santé universitaire et aux majeures sans couverture sociale dans les centres de planification.

Il est recommandé aux femmes ayant eu recours à une contraception d'urgence hormonale, d'utiliser en complémentarité de leur méthode contraceptive habituelle, des préservatifs jusqu'au début des règles suivantes [27,28].

Certaines méthodes sont non recommandées en post partum : tels que

- Le patch appelée EVRA® : C'est une méthode contraceptive oestroprogestative transdermique par Un patch doit être appliqué et laissé en place pendant une semaine durant trois semaines consécutives puis ces trois patchs sont suivis d'une semaine sans patch [18].

L'utilisation de cette contraception dans le post-partum n'a jamais été évaluée, il n'existe donc pas de données concernant le risque thromboembolique et le passage dans le lait maternel. Le patch EVRA® n'est donc pas recommandé pendant cette période [18].

- Une autre contraception oestro-progestative existe sous forme d'anneau vaginal (NUVARING®). Son mécanisme d'action repose principalement sur l'inhibition de l'ovulation. Un anneau vaginal doit être laissé en place sans interruption pendant trois semaines puis il doit être retiré pendant une semaine. Il détient les mêmes contre- indications et le même suivi biologique que la pilule oestro-progestative [29].

Cette méthode contraceptive n'est pas recommandée dans le post-partum, car tout comme les patchs contraceptifs, son utilisation n'a jamais été

évaluée durant cette période. De plus sa mise en place pourrait être rendue difficile en raison de la proximité de l'accouchement qui a pu entraîner des modifications vaginales et des éventuelles lésions. Il est donc recommandé d'attendre la fin de la rééducation du périnée pour utiliser ce moyen de contraception [24].

4.8. Autres contraceptions locales

Le préservatif féminin est à la fois une méthode contraceptive et un moyen de protection contre les IST. Cependant son utilisation pendant le post-partum n'est pas recommandée en raison de la difficulté de mise en place due aux modifications et aux éventuelles lésions vaginales consécutives à l'accouchement [18].

Il existe également deux autres méthodes contraceptives locales, la cape cervicale et le diaphragme. Ces deux méthodes sont modérément efficaces, c'est pourquoi il est recommandé de les associer à des spermicides afin d'augmenter leur efficacité contraceptive. L'un ou l'autre doit être mis en place au contact du col avant un rapport sexuel (dans les deux heures précédentes) afin d'empêcher le passage des spermatozoïdes vers l'intérieur de l'utérus. Après le rapport, il doit ensuite être laissé en place pendant minimum huit heures et retiré maximum 24 heures après [18,24].

Le diaphragme et la cape cervicale ne sont pas recommandés dans le postpartum en raison de la difficulté de mise en place due aux modifications et aux éventuelles lésions vaginales et cervicales consécutives à l'accouchement [24].

d. Autre contraception progestative

Il existe une contraception progestative injectable en intramusculaire, le DEPO PROREVA®, qui contient 150 mg d'acétate de médroxyprogestérone. C'est un contraceptif de longue durée d'action (trois mois) qui n'est recommandé que chez les patientes pour qui il n'est pas possible d'utiliser d'autres méthodes contraceptives. En effet cette méthode détient de nombreux effets secondaires

(injection douloureuse, modifications du profil de saignements, altération du capital osseux, perturbations du métabolisme, un retour à la fertilité différé de trois à 12 mois,...). En raison de l'augmentation du risque thromboembolique qu'elle engendre, cette méthode n'est pas recommandée pendant le postpartum [24,30].

Méthodes contraceptives naturelles

Il existe également d'autres méthodes contraceptives dites naturelles. Ces méthodes contraceptives sont classées parmi les moins efficaces en utilisation courante (indice de Pearl autour de 26) [31].

Parmi celles-ci on retrouve la méthode d'abstinence périodique (méthode Ogino), celle d'auto-évaluation de la glaire cervicale (méthode Billings) et la méthode des températures. Ces dernières ne sont pas applicables dans le postpartum en raison de la présence de lochies, de la reprise des cycles non prévisible, et des modifications cervicales et hormonales.

La méthode du retrait fait aussi partie de ces méthodes naturelles, mais en raison de son efficacité moindre, elle n'est pas recommandée comme choix d'une méthode contraceptive. Son utilisation comme moyen de contraception doit alors nécessiter l'acceptation par le couple d'une éventuelle grossesse non prévue [24].

5. Les connaissances sur contraceptions en période post-partum

Plusieurs obstacles s'opposent aux clientes quand il s'agit de faire un choix sur la méthode contraceptive qu'elles désirent, certains ayant trait à la qualité et à la disponibilité des produits et des services, mais beaucoup aussi étant liés à la situation économique et aux contraintes.

On parle de choix des méthodes lorsque les « informations, le conseil et les services axés sur les clients permettent aux femmes, aux jeunes, aux hommes et aux couples de décider et de choisir librement une méthode contraceptive qui répond le mieux à leurs désirs de procréation et leur mode de vie, tout en tenant compte des autres considérations importantes concernant l'adoption, l'utilisation et le changement de

la méthode » [32].

5.1. Généralités sur les connaissances et leur acquisition

Une connaissance peut être définie comme un ensemble d'informations stockées par le biais de l'expérience ou de l'apprentissage. Les connaissances correspondent donc à la possession de multiples données interdépendantes [18].

Le terme connaissance fait référence au sujet lui-même, en effet ce sont les savoirs intégrés par l'apprenant, les connaissances sont par nature individuelles. On classe les connaissances en différents types : les connaissances déclaratives, procédurales, conditionnelles, implicites, explicites, contextualisées et générales [24].

Les connaissances déclaratives correspondent à des faits ou des règles que le sujet utilise dans son raisonnement ou ses actions (exemple : posologie d'un médicament). Les connaissances procédurales correspondent à des séquences d'actions construites, ce sont des connaissances dynamiques (exemple : adaptation d'une posologie en fonction du poids). Ces dernières peuvent devenir des automatismes si elles sont répétées, la mise en œuvre de ces connaissances devenant alors inconsciente. Il existe également des connaissances dites conditionnelles, elles sont elles aussi dynamiques et permettent de catégoriser, de comparer, de raisonner et de prendre des décisions. Les connaissances explicites sont celles dont l'individu a conscience et qu'il peut exprimer, leur contraire correspondant aux connaissances implicites (par exemple la façon de s'exprimer). Les connaissances peuvent être générales c'est-à-dire que leur élaboration est sociale (comme des connaissances scientifiques) ou elles peuvent être [individuelles c'est-à-dire propre à l'esprit de la personne. On distingue également des connaissances contextualisées c'est-à-dire qu'elles sont acquises dans un contexte particulier [23].

Pour acquérir une connaissance, l'apprenant doit mettre en œuvre trois de ses capacités : son attention, sa mémorisation et sa motivation. L'attention correspond

à la capacité à sélectionner les informations afférentes. L'attention peut être réflexe (par exemple orientation réflexe lors d'un bruit inattendu) ou sélective (par exemple capacité à suivre une conversation dans un brouhaha). Pour capter l'attention le stimulus visuel est le plus efficace. La mémoire correspond à la conservation du passé. On distingue plusieurs types de mémoire : à court terme, de travail et à long terme. La mémoire à court terme peut être comparée à une trace s'effaçant rapidement dans le temps, elle permet de retenir au maximum six à sept éléments différents. La mémoire de travail permet de traiter consciemment des informations. La mémoire à long terme quant à elle est organisée, permanente et de capacité illimitée. Certains facteurs influencent la mémorisation. Il est par exemple plus facile de mémoriser un élément lorsque son apprentissage est réparti dans le temps. Plus les éléments sont répétés moins ce sera difficile de le réapprendre. Les premiers et les derniers éléments d'une liste sont mieux mémorisés. Plus les informations à mémoriser ont un sens pour la personne, plus facilement il arrivera à les retenir. La fatigue influence aussi les capacités de mémorisation. La qualité d'un apprentissage dépend également de la motivation de l'apprenant mais aussi de l'enseignant [33].

5.2. Morale et éthique de la reproduction

Dans l'antiquité L'infanticide, l'avortement et la contraception étaient pratiqués depuis l'antiquité. Ils continuent encore de nos jours dans les proportions extrêmement variables selon les lieux et les époques. Ceci pour nous montrer la constante volonté de l'espèce humaine d'échapper à la fatalité d'une reproduction naturelle, volonté individuelle ou collective, institutionnelle ou non, mais ne trouvant une opposition ou une annihilation que dans une structure morale d'essence religieuse, philosophique ou politique [34].

Les obstacles légaux et religieux

Les obstacles légaux et politiques aux programmes de PF sont nombreux mais deux obstacles méritent d'être mentionnés pour ce qui concerne l'Afrique

Le christianisme et la contraception

La contraception n'est pas une question nouvelle selon Larchet, mais l'expansion et la banalisation de cette pratique dans les sociétés modernes par la mise à disposition des moyens plus nombreux et plus sûrs, a suscité des réactions aiguës et accentué le débat du côté des confessions chrétiennes traditionnellement réservées vis à vis de la contraception [37].

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

L'abstention de rapports sexuels durant la menstruation, durant la grossesse, mais également lors des jours et des périodes de carême (qui totalisent la moitié des jours d'une année), ainsi que les jours précédant la communion et la pratique de l'allaitement maternel. Le nombre de jours fertiles se trouvait ainsi considérablement réduit [37].

L'islam et la contraception

La définition de la planification familiale adoptée à la conférence islamique internationale de Rabat 1971 est la suivante : « la planification familiale est l'utilisation par les deux conjoints, qui tous deux y consentent sans contrainte, d'une méthode licite et sûre pour retarder ou avancer le moment de la grossesse selon ce qui convient le mieux aux époux en fonction des facteurs sociaux, économiques ou de santé de la famille, les conjoints étant conscients à tous moments de leurs responsabilités vis-à-vis d'eux-mêmes et de leur progéniture » [10].

La planification familiale n'est pas une nouveauté pour l'islam, comme le révèlent

les propos échangés à la conférence. Les compagnons du prophète la pratiquaient déjà à l'époque de la révélation coranique, et en discutaient avec lui, qui ne l'interdisait pas [38].

Si la planification familiale, comme on l'entendait alors, était prohibée, alors les versets coraniques qui s'y rapportent l'auraient formellement interdite, ce qui n'est pas le cas.

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

Etat des lieux de la contraception au Mali

Le Mali est parmi les pays à fort taux d'accroissement dans le monde [38].

Alors que les autres pays africains connaissent une baisse dans ce domaine, la fécondité au Mali n'a pas connu de changement notable, l'ISF est passé de 6,1 en 2012-2013 à 6,3 en 2018 selon EDSM VI.

L'effectif de la population est passé d'environ 4 100 000 habitants en 1960 à 20 243 609 habitants en 2020. Au rythme auquel elle s'accroît, la population du Mali doublerait tous les 22 ans. Comparé aux autres pays, le Mali aurait moins de temps que la moyenne africaine 27 ans pour se préparer au doublement de sa population, encore moins de temps que les pays d'Asie dans 50 ans et d'Amérique centrale dans 45 ans. Cette réalité pourrait compromettre le processus de développement du pays et interpelle les décideurs à tous les niveaux [39].

En dépit d'énormes efforts déployés en matière de santé de la reproduction, les besoins non satisfaits en matière de contraceptifs modernes est de l'ordre de 24% selon EDSM VI. Les faibles progrès enregistrés au niveau de la prévalence contraceptive se traduisent par une fécondité constante depuis une quinzaine d'années au Mali.

En matière de prévalence contraceptive, le Mali est en retard sur plusieurs pays africains dont le Kenya 59% en 2018, la Tunisie 58% en 2018 et la Zambie 35,2% en 2019. Dans le monde, 10 000 femmes meurent chaque semaine parce qu'elles n'ont pas eu accès à la planification familiale. La faible prévalence contraceptive fragilise la santé de la femme et de l'enfant. La clé du développement du pays passe donc par une meilleure maîtrise de la croissance démographique, à travers la promotion de la planification familiale. Il ressort des données disponibles que l'utilisation actuelle de planification familiale représente environ 16% de la demande potentielle au niveau du Mali. Même si le Mali ne répondait qu'aux 42% de besoins non satisfaits en planification familiale, cela contribuerait énormément à l'amélioration des conditions de vie des maliens.

Il y a des différences de niveau de fécondité selon le lieu de résidence ; ainsi l'ISF de 6,3 enfants par femme pour le pays varie de 4,9 en milieu urbain à 6,8 en milieu rural. Ces différences s'observent à tout âge, mais l'écart relatif à la résidence est important aux très jeunes âges : ainsi à 15-19 ans, le taux est de 164 pour mille en milieu urbain contre 188 pour mille en milieu rural. Les études mettent en évidence une diminution de la fécondité avec l'augmentation du niveau d'instruction ; ainsi l'ISF varie de 7,1 pour les femmes sans instruction à 6,6 pour les femmes d'instruction primaire et 4,1 pour le niveau secondaire et plus. Cette influence de l'instruction sur la fécondité est surtout sensible après le niveau primaire.

Les adolescentes de 15-19 ans contribuent pour près de 14% à la fécondité totale des femmes, 40% d'entre elles ont commencé leur vie féconde, 34% ont déjà eu un enfant et 7% sont enceintes pour la première fois. La précocité est accentuée en milieu rural 49% contre 20% en milieu urbain. À Bamako, 23% sont fécondes, 15% déjà mères et 5% sont enceintes [17].

Les enquêtes ont montré que cette fécondité commence très précocement à des taux élevés chez les adolescentes de 15 à 19 ans et pose des problèmes qui sont

également rencontrés dans beaucoup de pays à travers le monde qu'il soit industrialisé ou en développement.

DEMARCHE METHODOLOGIQUES

IV. Démarche méthodologiques

1. Cadre de l'étude

Le centre de l'ASACOBA de Banconi nous a servi de cadre d'étude

1.1. Description du Centre

Le centre de l'ASACOBA est situé en plein cœur du quartier de Banconi dans le secteur de Flabougou au bord de la route goudronnée principale.

Le centre s'est installé dans ses propres locaux grâce aux efforts conjugués de la population de Banconi, des maires de la Commune 1 (Bamako) et d'Angers (Voilà).

Le centre se compose de : quatre salles de consultation, un dépôt de pharmacie, un laboratoire, deux salles de soins infirmiers (Salle Isabelle Ridoux et salle de pansement), un grand hangar servant de salle d'accueil et d'attente, puis différents couloirs permettant l'orientation des patients.

Maternité :

Comprend deux salles de CPN, une salle d'accouchement (avec trois tables d'accouchements), deux petites salles de repos pour l'équipe de garde, deux salles de séjour contenant une dizaine de lits, un grand hangar servant de lieu de causerie, d'attente et d'accueil, une salle contenant un frigo pour vaccination servant pour le centre de l'enfant tient lieu de trait d'union entre accouchée et centre de l'enfant (centre maternité et centre de l'enfant).

Centre de l'enfant :

Derrière le dispensaire un grand hangar est construit pour recevoir mères et enfants : ici est installé différent matériel nécessaire pour les activités du centre (pesée, causerie et démonstration nutritionnelle). Ce centre comprend : une salle de séjour, une salle de réunion, quatre toilettes.

La comptabilité de gestion :

Comprend un bureau pour le comptable, une salle des archives, une salle de réunion en face du logement du médecin directeur.

Personnel

Le centre est dirigé par un médecin Directeur et comprend un personnel technique de 20 personnes toutes de nationalités maliennes et formées au Mali : Trois médecins généralistes, quatre infirmières diplômées d'état, trois sages-femmes, cinq aides-soignants, un comptable, un biologiste, deux gardiens, un chauffeur.

1.2. Fonctionnement du centre.

Accueil :

Le centre est ouvert à tous les malades ayant pris son ticket de consultation à l'accueil. Les malades sont accueillis par un agent situé sous le grand Hangar, il les oriente selon leur besoin dans les différentes unités du centre.

Dispensaire :

Un ticket de consultation est délivré par l'accueil et le malade sera ensuite orienté dans un des trois rangs différents. Le malade adulte muni de son ticket de consultation est reçu par un des médecins du service suivant un rang direct. Le malade enfant muni de son ticket, est envoyé dans la salle Isabelle Ridoux où une infirmière d'état mesure le poids, la taille, le rapport poids / taille et prend la température, ensuite l'enfant sera guidé vers le médecin muni des données et de son ticket consultation. Enfin de consultation, une ordonnance avec souche est délivrée au malade par le médecin. Le troisième groupe est constitué par les malades venus pour des soins infirmiers. Ils sont dirigés vers la salle de soins où une infirmière d'état les prend en charge. Les tickets qui sont délivrés au non adhérent à 500 F et aux adhérents à 300 F ne sont valables qu'après signature de l'infirmier major qui est le premier responsable de l'accueil.

Laboratoire :

C'est un laboratoire de premier niveau qui fait des analyses de : Parasitologie : selles, urines, sang (GE, Frottis...) Hématologie (NFS. VS) Bactériologie (ECBU, frottis vaginal) Bilan CPN : Groupe rhésus, albumine, sucre dans les urines, glycémie, Sérologie : Widal et Test d'Emmel Les analyses sont effectuées après paiement à la caisse, le laboratoire est tenu par une biologiste.

Pharmacie :

Délivre uniquement des produits figurant sur la liste officielle de médicaments essentiels du Mali sous la forme DCI. Les médicaments ne sont délivrés que sur présentation d'une ordonnance du centre. Les ordonnances extérieures ne sont pas servies. La pharmacie est tenue par un gérant qui est aidé par une matrone.

Maternité

Les patientes sont guidées vers une deuxième table d'accueil où deux matrones les reçoivent, une s'occupe à celles qui sont venues pour un accouchement ; elles sont aussitôt dirigées vers la salle d'accouchement sans aucune autre procédure, l'autre reçoit les consultantes et les oriente selon le besoin, si c'est une consultation prénatale elle délivre un carnet de CPN et de vaccination, mesure le poids et la taille .Après avoir pris les coordonnées de la femme, elle les envoie avec le carnet chez une sage-femme. Les sages-femmes s'occupent des consultations post-natales et la planification familiale. Les sages-femmes s'en occupent à tour de rôle. Quant aux déclarations de naissance c'est la sagefemme maîtresse qui s'en occupe généralement le matin très tôt pour libérer les hommes qui vont au service.

Centre d'enfant :

Les activités dominantes : Consultation de l'enfant sain, service qui se fait après avoir pris un carnet de consultation de l'enfant, elle est faite par une infirmière d'état. Elle consiste surtout à prendre le poids, la taille, la température à faire la courbe de croissance, à vérifier la vaccination, l'hygiène et à donner des conseils

aux mamans ; La vaccination est effectuée tous les jours ouvrables et concerne toutes les maladies cibles du programme national de vaccination. La récupération nutritionnelle concerne seulement les enfants qui ont un rapport poids / taille inférieur à 85%. C'est une activité intégrée dans la vaccination afin de sensibiliser le maximum de femmes en nutrition [96].

Comptabilité Gestion.

Elle est tenue par un comptable gestionnaire. Les différents tarifs sont fixés par le comité de gestion. Toutes les recettes sont versées en fin de journée au comptable qui signe un cahier de versement. Les recettes reçues par le comptable sont reversées au trésorier du comité de gestion qui à son tour les dépose à la banque et un reçu de versement est délivré par la banque. Quant à l'achat des matériels médicaux, il reste un problème gênant car le matériel médical coûte trop cher. Ce CSCOM est situé dans une zone périphérique en pleine croissance démographique où les problèmes demeurent préoccupants.

2. Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive de novembre 2019 à juillet 2020.

3. Population d'étude

Notre étude portait sur les femmes âgées de 14-49ans venues en consultation dans l'unité de PF après accouchement à l'ASACOBA pendant la période d'étude.

Critères d'inclusion:

- ✓ les clientes en post-partum âgées de 14-49 ans venu en consultation PF à l'ASACOBA pendant la période d'étude
- ✓ les clientes de moins de 18ans dont on a reçu le consentement éclairé du tuteur

Critères de non inclusion:

- ✓ les clientes âgées de 16-47 ans, venues en consultation PF à l'ASACOBA et qui ne sont pas en période de post-partum ;
- ✓ les clientes en post-partum âgées de 16-47 ans, non consentantes à participer à l'étude.

4. Échantillonnage

La taille de l'échantillon a été calculée avec la formule suivante :

$$n = (Z\alpha)^2 \times P \times Q / i^2$$

n : Taille de l'échantillon ;

Z : Intervalle de confiance = 1,96 ;

P : prévalence générale de la contraception selon l'EDSM de 2018 : 16% ;

Q : 1-P : 1-P = 84% ;

i : Précision = 5% ;

n = 206

Nous avons réservé une marge d'erreur d'échantillonnage de 10% pour les dossiers non exploitables ; nous aurons au total $n = (206 \times 10/100) + 206 = 227$.

Il s'agit d'une étude transversale descriptive par sondage systématique au niveau des clientes de 16-47 ans du quartier Banconi et environnant venu en consultation PF. L'ASACOBA a été choisie sur la base des critères suivants :

- fonctionnalité du centre ;
- l'accessibilité du CSCOM ;
- l'offre du paquet minimum d'activité l'existence d'un partenaire local ;
- la situation géographique (quartier périphérique).

Au total 306 femmes ont participé à notre étude.

5. Techniques et outils d'enquête :

Nos données quantitatives ont été recueillies par interview en mode face à face, quant 'aux données qualitatives, nous avons procéder à :

- L'observation des prestataires dans les différentes procédures de prise en charge des clientes de PF ;
- L'interview des clientes sur l'accueil au niveau de l'unité PF et leurs connaissances sur les méthodes contraceptives.

Le focus group

Pour compléter nos informations collectées dans les structures de santé nous avons réalisé des focus groupes dans la communauté avec des groupes de femme.

Pour la composante quantitative, la collecte des données a été faite à partir d'un questionnaire standardisé porté en annexe ;

Quant' à la composante qualitative, les données ont été recueillies à partir d'une grille entretien, un bloc note pour prendre des notes et un dictaphone ont été utilisés pour l'enregistrement des interviews de focus groupe.

6. Saisie, traitement et analyse des données :

Les informations obtenues sur le terrain ont été mentionnées sur des fiches d'enquête.

Les données nettoyées et identifiées ont été transférées dans Microsoft Excel 2010 à des fins d'analyse descriptive, tandis que le document a été rédigé à l'aide du logiciel Word de Microsoft office. Les interviews enregistrées, les notes/comptes rendus détaillés pris lors des consultations des focus groupes ont été soigneusement transcrites.

Toutes les données textuelles issues des enregistrements et prise de note ont été analysées ;

Les résultats étaient présentés sous forme de tableaux et de graphiques ; Quant' aux variables qualitatives mesurées, elles ont été décrites en tableaux de fréquence et en graphiques.

7. Biais et difficultés de l'étude :

Biais :

- Certaines réponses des clientes sont subjectives et difficiles à vérifier
- Certaines questions n'ont pas été répondues parce que jugées intimes.

Difficultés :

Cette étude a nécessité la mobilisation de nombreux moyens financiers et humains.

Il s'agit entre autres :

- Des moyens de déplacement
- De la confection des centaines de fiches d'enquêtes saisies à l'ordinateur.
- Du traitement informatisé des données.
- La prise de contact n'a pas toujours été facile avec certaines clientes.

Considération éthique :

Nous avons reçu une double formation certifiée en langue nationale bamanan et en éthique de la recherche afin d'une part de développer une communication centrée sur les aptitudes langagières des usagers des centres de service de soins. Et d'autre part de mieux aviser en matière de respect des règles et principes déontologiques, éthiques et de protection des droits, valeurs et vie privée des usagers et des prestataires.

En effet, le respect de la déontologie médicale fait partie intégrante de la présente étude qui s'est évertuée au respect des aspects suivants :

- nous avons informé tous les candidats à l'étude afin d'obtenir le consentement libre et éclairé de ceux qui participeront ;
- nous avons observé le principe du respect de la personne humaine dans ses opinions, dans ses décisions avec une information éclairée, transparente, juste, équitable ;
- on a observé la garantie de la confidentialité et de l'anonymat par un accès restrictif aux informations recueillis.

V. RESULTATS

1. Étude quantitative

1.1. Données sociodémographiques

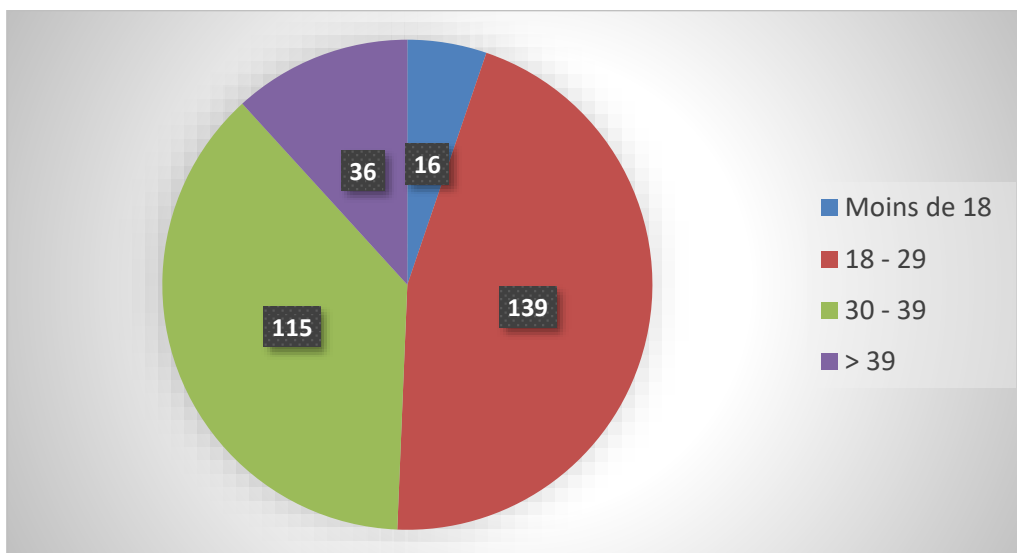


Figure 9: Répartition des femmes selon leur âge

La moyenne d'âge était de $29,330 \pm 7,612$ ans avec des extrêmes de 16 et 47 ans

Tableau I : Répartition des femmes selon le statut matrimonial

Statut matrimoniale	Effectif	Pourcentage
Célibataire	31	10,1
Mariée	240	78,4
Divorcée	16	5,2
Veuve	19	6,2
Total	306	100,0

Tableau II : Répartition des femmes selon le niveau de scolarisation

Niveau de scolarisation	Effectif	Pourcentage
Primaire	41	13,4
Secondaire	114	37,3
Supérieure	55	18,0
Non alphabétisé	96	31,4
Total	306	100,0

Les femmes ayant un niveau scolaire secondaire représentait 37,3% et les non alphabétisés avait un taux de 31,4%.

Tableau III : Répartition des femmes selon le nombre d'enfant

Nombre d'enfant	Effectif	Pourcentage
0-3	213	69,6
4-6	86	28,1
7-9	6	2,0
10-13	1	0,3
Total	306	100,0

Le nombre d'enfant moyen était de avec des extrêmes deet enfants

1.2. Antécédents gyneco obstetricaux

Tableau IV : Répartition des femmes selon la voie d'accouchement

Voie d'accouchement	Effectif	Pourcentage
Basse	291	95,1
Césarienne	15	4,9
Total	306	100,0

La quasi-totalité soit 95,1% des accouchement était par voie basse.

Tableau V : Répartition des femmes selon l'agent de santé ayant effectué le suivi de la grossesse

Agent de santé ayant effectué le suivi de la grossesse	Effectif	Pourcentage
Sage-femme	166	54,2
Gynécologue	114	37,3
Médecin généraliste	14	4,6
Aucun	12	3,9
Total	306	100,0

Les sages-femmes représentaient 54,2% des agent ayant effectué le suivi, les gynécologues 37,3%.

Tableau VI : Répartition des femmes selon la complication au cours de l'accouchement

Complication au cours de l'accouchement	Effectif	Pourcentage
Non	287	93,8
Oui	19	6,2
Total	306	100,0

Il y'a eu complication dans seulement 6,2% des cas

Tableau VII : Répartition des femmes selon le type de complication

Type de complication	Effectif	Pourcentage
HTA/Grossesse	8	21,1
Diabète/Grossesse	4	42,1
Souffrance fœtale	4	21,1
Enfant prématuré	2	10,5
Mauvaise présentation du fœtus	1	5,3
Total	19	100,0

Le diabète lié à la grossesse a représenté 42,1% des cas, l'HTA liés à la grossesse et la souffrance fœtale avait chacun un taux de 21,1%.

1.3. Connaissances sur la contraception

Tableau VIII : Répartition des femmes selon la connaissance sur la contraception

Entendu parlé de la PF	Effectif	Pourcentage
Oui	305	99,7
Non	1	0,3
Total	306	100,0

Près de 99,7% des femmes avait entendu parler de la planification familiale.

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

Source d'information	Effectif (n=306)	Pourcentage
Radio	22	10,3
Secteur sanitaire	107	41,2
Causeries	101	27,1
TV	94	21,4
Total	306	100

Le secteur sanitaire et les causeries représentait les principales sources d'informations avec des taux respectifs de 41,2% et 27,1%.

Tableau X: Répartition des femmes selon la connaissance sur la période à risque de grossesse

Période à risque de grossesse	Effectif	Pourcentage
Dès le 1 ^{er} jour	54	17,6
A partir d'un mois	35	11,4
Au retour des règles	173	56,5
Après 6 mois	12	3,9
NSP	32	10,5
Total	306	100,0

La période de retour des règles était la principale période à risque de grossesse avec un taux de 56,5%.

Pratique et attitude face à la planification

Tableau XI : Répartition des femmes selon la méthode de contraception utilisée actuellement

Méthode de contraception utilisée actuellement	Effectif	Pourcentage
Implant	139	45,4
DIU	78	25,5
Injectable	74	24,2
Pilule	14	4,6
MAMA	1	0,3
Total	306	100,0

Avec un taux de 45,4% l'implant était la méthode la plus utilisée, ensuite venait la DIU avec un taux de 25,5%.

Tableau XII : Répartition des femmes selon le nombre d'utilisation de la méthode

1^{ère} utilisation de la méthode	Effectif	Pourcentage
Non	109	35,6
Oui	197	64,4
Total	306	100,0

Près de 64,4% des femmes utilisait une méthode de contraception pour la première fois.

Tableau XIII : Répartition des femmes selon la raison d'utilisation de la méthode actuelle

Raison d'utilisation de la méthode actuelle	Effectif	Pourcentage
Conseil d'un agent	57	28,9
Conseil du conjoint	15	7,6
Choix personnel	93	47,2
Moindre cout	9	4,6
Rumeurs	23	11,7
Total	197	100,0

On a eu 28,9% des femmes qui utilisait une méthode sur le conseil d'un agent et 47,2% par sur une décision personnelle.

Tableau XIV : Répartition des femmes selon le changement de méthode

Changer de méthode	Effectif	Pourcentage
Non	199	65,0
Oui	107	35,0
Total	306	100,0

Moins de la moitié soit 35% des femmes avaient changées de méthode.

Tableau XV: Répartition des femmes selon la raison du changement de méthode

Raison du changement de méthode	Effectif	Pourcentage
Conseil d'un agent	57	53,3
Conseil du conjoint	11	10,3
Choix personnel	26	24,3
Moindre cout	12	11,2
Rumeurs	1	0,9
Total	107	100,0

Seulement 24,3% des femmes changeait de méthode par choix personnel.

Tableau XVI: Répartition des femmes selon

Raison du non changement de méthode	Effectif	Pourcentage
Moins d'effets secondaires	27	13,5
Conception plus rapide après arrêt	28	14,1
Plus de discrétion	80	40,2
Moindre cout	51	25,6
Autres raisons	13	6,53
Total	199	100,0

Tableau XVII: Répartition des femmes selon l'impression sur le cout des méthodes

Impression sur le cout des méthodes	Effectif	Pourcentage
Couteux	24	7,8
Abordable	280	91,5
Moins couteux	2	0,7
Total	306	100,0

Les femmes avaient l'impression que les prix étaient abordables dans 91,5% des cas.

Tableau XVIII: Répartition des femmes selon le lieu de consultation en cas de besoin en PF

Lieu de consultation en cas de besoin en PF	Effectif	Pourcentage
Centre de santé	301	98,4
Pharmacie	4	1,3
Marché de médicament	1	0,3
Total	306	100,0

Les femmes consultaient majoritairement soit 98,4% dans un centre de santé.

Tableau XIX: Répartition des femmes selon l'impression sur l'accès au service de PF

Impression sur l'accès au service de PF	Effectif	Pourcentage
Facile	303	99,0
Difficile	3	1,0
Total	306	100,0

Quasiment toutes les enquêtées soit 99% avaient l'impression que l'accès aux services de PF étaient facile.

Tableau XX: Répartition des femmes selon l'accès au service PF .

Raisons pour lesquelles c'est difficile	Effectif	Pourcentage
Pas difficile	286	66,73
Difficile	20	33,3
Total	306	100,0

Près de 66,7% des femmes trouvaient l'accès difficile.

Tableau XXI: Répartition des femmes selon l'action de service de PF pour améliorer leur offre

Action de service de PF pour améliorer leur offre	Effectif	Pourcentage
Diminuer le cout	52	17,0
Plus de campagne de sensibilisation et de promotion	140	45,8
Plus de centre PF	60	19,6
Plus d'implication des prestataires PF	54	17,6
Total	306	100,0

Pour améliorer leur offre le service, proposait plus de campagne de sensibilisation et de promotion dans 45,8% des cas, plus de centre de PF dans 19,6% de cas.

Tableau XXII: Répartition des femmes selon leur méthode de contraception utilisée actuellement et l'âge

Age en année	Méthode de contraception utilisée actuellement					Total
	Implant	DIU	Injectable	Pilule	MAMA	
Moins de 18	4 (25)	1 (6,3)	11 (68,8)	0 (0)	0 (0)	16 (5,2)
18 - 29	60 (43,2)	32 (23)	38 (27,3)	9 (6,5)	0 (0)	139 (45,4)
30 - 39	60 (52,2)	32 (27,8)	18 (15,7)	4 (3,5)	1 (0,9)	115 (37,6)
> 39	15 (41,7)	13 (36,1)	7 (19,4)	1 (2,8)	0 (0)	36 (11,8)
Total	139 (45,6)	78 (25,5)	74 (24,2)	14 (4,6)	1 (0,3)	306 (100,0)

$\text{Khi}^2 = 28,940; p = 0,004$

Le tableau ci-dessus nous renseigne sur la relation entre la méthode de contraception utilisée et l'âge.

Le contraceptif le plus utilisé était l'implant par les tranches d'âge respectifs [18-29] et [30-39].

L'âge avait une influence sur le choix contraceptif, il existe un lien statistiquement significatif entre les deux $P=0,004$.

Tableau XXIII: Répartition des femmes selon leur méthode de contraception utilisée actuellement et le niveau scolaire

Niveau de Scolarisation	Méthode de contraception utilisée actuellement					Total
	Implant	DIU	Injectable	Pilule	MAMA	
Primaire	19 (46,3)	7 (17,1)	13 (31,7)	2 (4,9)	0 (0)	41 (13,4)
Secondaire	49 (43)	27 (23,7)	32 (28,1)	6 (5,3)	0 (0)	114 (37,3)
Supérieure	9 (16,4)	32 (58,2)	9 (16,4)	5 (9,1)	0 (0)	55 (18,0)
Non alphabétisé	62 (64,6)	12 (12,5)	20 (20,8)	1 (1)	1 (1)	96 (31,4)
Total	139 (45,6)	78 (25,5)	74 (24,2)	14 (4,6)	1 (0,3)	306 (100,0)

$\text{Khi}^2 = 59,734 ; p < 0,003$

Il existe un lien significatif entre la méthode de contraception utilisée actuellement

et le niveau scolaire.

Tableau XXIV: Répartition des femmes selon leur méthode de contraception utilisée actuellement et l'agent de santé ayant effectué le suivi de la grossesse

Agent de santé ayant effectué le suivi de la grossesse	Méthode de contraception utilisée actuellement					Total
	Implant	DIU	Injectable	Pilule	MAMA	
Sage-femme	91 (54,8)	30 (18,1)	41 (24,7)	3 (1,8)	1 (0,6)	166 (54,2)
Gynécologue	40 (35,1)	41 (36)	23 (20,2)	10 (8,8)	0 (0)	114 (37,3)
Médecin généraliste	2 (14,3)	7 (50,0)	4 (28,6)	1 (7,1)	0 (0)	14 (4,6)
Aucun	6 (50)	0 (0)	6 (50)	0 (0)	0 (0)	12 (3,9)
Total	139 (45,6)	78 (25,5)	74 (24,2)	14 (4,6)	1 (0,3)	306 (100,0)

$p < 10^{-3}$ (Khi 2 de Pearson avec ANOVA facteur 2)

Il existait bien une relation statistique entre la méthode de contraception utilisée actuellement et l'agent de santé ayant effectué le suivi de la grossesse.

Tableau XXV: Répartition des femmes selon leur méthode de contraception utilisée actuellement et la voix d'accouchement

Voix d'accouchement	Méthode de contraception utilisée actuellement					Total
	Implant	DIU	Injectable	Pilule	MAMA	
Basse	135 (46,4)	78 (26,8)	71 (24,4)	6 (2,1)	1 (0,3)	291 (95,1)
Césarienne	0 (0)	4 (26,7)	3 (20)	8 (53,3)	0 (0)	15 (4,9)
Total	139 (45,6)	78 (25,5)	74 (24,2)	14 (4,6)	1 (0,3)	306 (100,0)

$p < 10^{-3}$ (Khi 2 de Pearson avec ANOVA facteur 2)

La méthode de contraception utilisée actuellement dépendait de la voix d'accouchement

Tableau XXVI : Répartition des femmes selon leur méthode de contraception utilisée actuellement et

Complications	Méthode de contraception utilisée actuellement					Total
	Implant	DIU	Injectable	Pilule	MAMA	
Non	133 (46,3)	76 (26,5)	71 (24,7)	6 (2,1)	1 (0,3)	287 (93,8)
Oui	6 (31,6)	2 (10,5)	3 (15,8)	8 (42,1)	0 (0)	19 (6,2)
Total	139 (45,6)	78 (25,5)	74 (24,2)	14 (4,6)	1 (0,3)	306 (100,0)

$\text{Khi}^2 = 65,657$; ddl = 4 ; $p < 10^{-3}$

Il y' avait une relation entre la méthode de contraception utilisée actuellement et les complications.

Données qualitatives

2. Focus group

Group 1

Durée : 1heure

Lieu : ASACOBa

Participants(P) : 6

Tranche d'âge : 14-49 ans

Groupe1 : féminin

Facilitateur(F) : Inna Kadia Katilé

Synthèse des résultats :

F : Que savez-vous de la contraception ?

- **P2** : la planification familiale est vraiment une bonne initiative entreprise par le gouvernement malien.
- **P3** : la contraception a été un soulagement pour toutes les femmes actuellement, on n'a été entretenu par nos maman dans des conditions misérables parce qu'ont étaient trop nombreux et trop rapprochés.
- **P1** : je suis vraiment du même avis que P3.

F : quelles sont les différentes méthodes de contraception que vous connaissez

- **P5** : implant, injectable, pilule, DIU, préservatif mais je ne fais pas du tout confiance en ce dernier puisque si par malchance il se déchire sans que vous ne vous en aperceviez.
- **P2** : pilule, injectable, implant, pilule du lendemain, DIU et concernant le préservatif je suis du même avis que P5
- **P6** : implant, DIU, pilule, injectable, pilule du lendemain je prenais ce dernier avant le mariage mais je ne le fais plus actuellement parce que je doute vraiment de son efficacité en post partum.

F : quelles sont les raisons qui vous poussent à choisir une méthode de contraception par rapport à une autre

- **P1** : moi personnellement mon mari n'aime pas le DIU il dit que ça le gêne lors des rapports intimes, donc je suis obligé de faire les injectables ou l'implant selon la disponibilité quand je viens ici au service de PF.
- **P3** : moi je préfère le DIU puisque mon mari vit dans un autre pays et il ne vient qu'une fois par ans, ma sagefemme m'a expliqué que la conception est plus rapide après le retrait du DIU c'est pour cela que je le préfère.
- **P5** : je préfère le DIU puisqu'à chaque grossesse je fais une hypertension, donc mon gynécologue m'a conseillé le DIU parce que j'ai peur de faire une hypertension même sans grossesse.
- **P2** : moi je préfère l'implant parce que c'est plus discret, dans ma famille mon beau père trouve que la religion musulmane ne permet l'espacement des enfants, mon mari me soutient dans mon choix pour la contraception mais dans la discrétion.
- **P4** : j'ai essayé différentes méthodes et tous me donnait beaucoup d'effets secondaires, je suis alors venu prendre des renseignements sur la MAMA et depuis je l'utilise depuis quelques années déjà

F : selon vous quelles sont les avantages de la contraception en période post partum ?

- **P2** : elle a beaucoup d'avantages, l'espacement de mes enfants me permet de travailler efficacement au service, je programme avec mon mari toutes mes grossesses selon nos moyens financiers
- **P5** : je suis du même avis que P2
- **P3** : mon deuxième enfant est décédé par malnutrition puisque j'avais contracté une grossesse juste 3 mois après la naissance du premier par faute de moyen financier on n'a pas pu venir à l'hôpital et on l'a perdu, elle réduit vraiment la mortalité infantile
- **P1** : ma sœur est décédée parce qu'elle ne n'a pas suivi les conseils du médecin elle a fait 3 césariennes et ne voulait pas faire de contraception, depuis cela je fais la contraception juste après mes accouchements puisqu'elle évite la mortalité maternelle
- **P6** : l'espacement de mes enfants m'aide vraiment à mieux m'occuper de mon foyer et faire des économies pour des investissements.

Groupe 2

Durée : 1 heure

Lieu : ASACOBa

Participants(P) : 6

Tranche d'âge : 14-49 ans

Groupe 1 : féminin

Facilitateur(F) : Inna Kadia Katilé

Synthèse des résultats :

F : Que pensez-vous de la planification familiale ?

- **P2** : la planification familiale est vraiment bien.
- **P5** : le gouvernement ne pouvait prendre de meilleure décision pour nous les femmes que celle de la PF .je suis vraiment contente du PF

F : quelles sont les différentes méthodes de planification familiale que vous connaissez ?

- **P1** : Pilule, le préservatif, l'implant, l'injectable et DIU
- **P4** : implant, injectable, pilule
- **P6** : DIU, implant, injectable, pilule

F : quelles sont les raisons qui vous poussent à choisir une méthode de contraception par rapport à une autre ?

- **P1** : Moi j'ai choisi l'implant parce que beaucoup de dame font cela
- **P3** : mon mari m'a dit de choisir la pilule.
- **P5** : lorsqu'il y seulement une promotion gratuite sur l'implant sinon je n'ai pas les moyens de m'en procurer alors que je le préfère a l'injectable que je fais actuellement
- **P6** : je suis du même avis que P5

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Aspect méthodologies :

Age :

La majorité des utilisatrices avaient un âge inférieur à 30 ans soit 45,4% avec des extrêmes de 14 et 49 ans pour une moyenne d'âge de 29ans. Ce résultat est comparable à celui trouvé par Traore JM [40] en 2010 qui avait trouvé un âge inférieur à 30 ans soit 64,9% avec des extrême entre 15 et 48ans pour un âge moyen de 29 ans mais contraire à celui trouvé par Zalha SM [41] au Burkina Faso en 2004 et Kodjogbe N [42] au Benin en 2001 avaient trouvé un âge supérieur à 30ans avec une fréquence respective de 55,7% et 74,8%.

Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que les besoins en matière de contraception sont variables chez les groupes de femmes ; en outre, les campagnes d'informations, de sensibilisations et d'éducatons et le counseling ont eu une influence notable sur cette couche de la population.

Situation matrimoniale :

La proportion des femmes mariées étaient largement représentée avec 78,4%. L'EDSM-VI [43] avait trouvé presque les mêmes résultats avec 81% des mariées Nos résultats sont légèrement supérieurs à ceux de Sissoko SM [44] et Kansaye D [45] qui avait trouvé respectivement à Bougouni en 2012 68,8% et 87,2% des mariées et similaires aux résultats de Dembélé MS [46] avait trouvé 71,3% des femmes mariées.

La situation matrimoniale a une grande influence sur la fréquentation des services de contraception dans notre société, contrairement à la femme célibataire il existe une absence de sentiment de culpabilité vis-à-vis de la contraception chez les femmes mariées.

Parité :

La fréquence était plus élevée 69,6%chez les utilisatrices de la tranche de 0-3 enfants. Nous avons constaté dans notre étude que la fréquence contraceptive démunie en

fonction de l'âge. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les femmes maîtrisent plus leur sexualité et les informations sur les méthodes contraceptive avec le nombre de CPN et CPON.

Niveau d'instruction :

Dans notre étude les femmes ayant un niveau secondaire étaient fortement représentées soit 37,3% contre 31,4% non instruites.

L'étude de Sékou F [47] réalisée en 2016 dans la commune-V du district de Bamako avait trouvé 67,9% des femmes qui avaient au moins un niveau d'étude secondaire L'étude de Diakité M [48] avait trouvé que 49% des femmes étaient sans niveau d'instruction. Les résultats de l'EDSM-VI [43] montrent que 66% des femmes n'ont aucun niveau d'instruction.

2. voie d'accouchement :

La voie d'accouchement, les complications pendant la grossesse ont une influence sur le choix des contraceptifs. La majorité de nos utilisatrices avaient accouchées par voie basse 95,1% contre 4,9% par césarienne, dans notre étude 54,2% des femmes ont été suivi par des sage-femmes ; 37,3% ont été suivi par des gynécologues contre 3,9% n'ayant effectué aucun suivi. Seulement 6,2% de nos clientes avaient eu des complications au cours de la grossesse contre 93,8% qui n'ont eu aucune complication.

3. Évaluation du niveau de connaissance des femmes

Nous avons observé que 99,7% des femmes étaient informées sur l'existence des méthodes contraceptives. Ce taux est supérieur à celui trouvé par Tounkara B [49] qui est de 66,33% chez les femmes du centre de santé de référence de Diéma et de Lenglengue O [50] au Burkina où 86,5% des femmes de la commune rurale de Niaogho avaient entendu parler la PF. Cette différence pourrait s'expliquer par la proximité du centre de santé de référence (CSref commune I).

La principale source d'information était les médias et le personnel de santé. Ce résultat est similaire à celui trouvé par Sissoko SM [51] 94,5% des femmes avaient

comme source d'information les médias. L'interview des prestataires a signalé que des séances d'échanges avec la population sont régulièrement organisées au centre pour l'information et la sensibilisation sur la Planification Familiale.

Parmi les femmes interrogées, 47,2% des femmes ont décidées elles-mêmes de faire la contraception. Ce taux est supérieur à celui trouvé par Zouna Fopa MM soit 36,8% [52].

Dans notre étude, la plupart des femmes savaient qu'il existe un risque de grossesse après l'accouchement et que ce dernier peut survenir rapidement mais sans savoir quand le situer puisque plus d'une femme sur deux pense qu'il existe dès le premier jour et seules 11,4% connaissent exactement à partir de quand une grossesse est possible , Ce qui est généralement le cas dans la population générale ; les femmes connaissent mal le fonctionnement de leur corps et la plupart ont peu ou mal compris la biologie de la fertilité, surtout en post-partum [53]. De plus, dans l'étude 10,5% des femmes ignore complètement à partir de quand une nouvelle grossesse est possible et 56,5% pensent à tort qu'elle n'est possible qu'au retour des règles. Ainsi, moins d'un tiers des femmes connaît réellement le risque de grossesse après un accouchement.

Nous avons trouvé que 35,6% des clientes avaient utilisé une contraception antérieure contre 64,4% qui étaient à leur première utilisation, 35% de nos clientes avaient changé de méthode contre 65% qui n'avaient pas changé. Les raisons du changement étaient sur recommandation d'un agent de santé, et la majorité de celle qui avaient gardées leurs méthodes avaient pour raison la discrétion.

Choix du contraceptif

Aussi, 45,4% de nos utilisatrices ont choisi l'implant 25,5% le DIU et 24,2% l'injectable. Ces résultats peuvent être liés d'une part à certains des avantages liés aux CIP et aux implants tels que : l'observance facile, l'efficacité, le coût abordable, la confidentialité ; et d'autre part à la disponibilité mais aussi aux campagnes de sensibilisation, et de distribution des moyens de contraception organisées par certaines ONG. Par ailleurs nous avons constaté que les autres méthodes

contraceptives ne sont pas utilisées, ce qui pourrait être expliqué par plusieurs facteurs tels que : la non disponibilité de certaines méthodes de contraception et le choix négligé des utilisatrices sur certains contraceptifs. Les moyens de contraception les plus fréquemment utilisés selon les résultats de l'EDSM-VI [43] étaient les implants (7%) et les injectables (6%) Sissoko SM [51] avait trouvé une forte utilisation des injectables soit 40,7%. Cette même prédominance est retrouvée dans une étude réalisée en Conakry par Diallo SYK [54] avec 52,9% des injectables.

Les méthodes contraceptives disponibles au centre sont : la pilule ; le contraceptif injectable progestatif (Dépo Provera) ; l'implant (Jadelle) ; le DIU ; la méthode MAMA ; le préservatif masculin. Le dépôt de vente du centre est approvisionné en produits contraceptifs par le DRC du CS Réf commune I et l'ONG Marie Stopes International Mali. Le coût des contraceptifs variait de 100 à 2 000 FCFA avec une moyenne de 1 050 FCFA (le tarif des gestes variait de 200 FCFA à 3 000 FCFA) ; 91,5% de nos clientes trouvaient le coût des contraceptifs abordable.

5. Influence du prestataire de la planification familiale

6. Le nombre de personnel, l'expérience professionnelle et les formations reçues ainsi que le plateau technique influent sur la bonne qualité des services et l'accroissement du nombre d'utilisatrices. Le nombre d'agents de santé qui s'occupe de l'unité PF sont au nombre de deux (une sage-femme et une infirmière obstétricienne). Elles sont également responsables de la maternité. Nous avons trouvé que seulement une parmi les deux prestataires avait reçu les formations et remises à niveau durant l'année 2019 en matière de Planification Familiale, counseling et prise en charge des IST et des effets secondaires dus aux produits contraceptifs. Selon les deux agents interviewés le centre ne dispose pas d'un plan de formation des prestataires en PF, elles ont reçu une supervision intégrée du CS Réf au titre de l'année 2019, elles disposent d'un guide de prescription des contraceptifs, elles ont souvent des ruptures de stock en produits contraceptifs qui peuvent durer environ un mois. Toujours selon elles, les autres agents du centre sont très impliqués dans les activités de PF et les aident si elles sont débordées. La

communauté est également très impliquée et participe massivement aux activités de sensibilisation sur la PF que le centre organise. Elles entretiennent de bonnes relations avec les clientes. Le centre dispose d'un service de permanence et l'unité PF est ouverte du lundi au vendredi de 08h - 14h

Mesurer l'influence du personnel de planification familiale dans le type de méthode choisi n'est pas très facile. En effet à la question « pourquoi votre patiente a-t-elle adopté cette méthode ? » les prestataires fournissent des réponses stéréotypées : c'est la patiente qui choisit elle-même sa méthode, sauf si cette méthode n'est pas indiquée pour des raisons de santé.

Toutes les prestataires étaient des sages-femmes, cependant elles ont recouru aux médecins en cas de difficultés. Ces mêmes résultats ont été retrouvés en 2004 au Burkina Faso par Zalha SM [55].

La préférence du prestataire de sexe féminin s'expliquait par :

- Le vécu socioculturel.
- La convenance personnelle : certaines femmes ne veulent pas être examinées par un homme
- La commodité : les femmes se sentent plus à l'aise entre elles.

A l'interrogatoire beaucoup de prestataires se penchaient seulement sur les antécédents gynéco-obstétricaux et médicaux des clientes et pourtant des maladies comme l'épilepsie, la prise de certains médicaments tels que les anti hypertenseurs sont des contre-indications à certaines méthodes contraceptives (hormonales)

Le counseling et l'examen de la femme doivent être au complet précisément lors de la première consultation afin d'adapter le choix de la méthode à son état clinique. Nous avons trouvé que toutes les étapes de la consultation sont correctement exécutées.

Les prestataires pensent que l'insuffisance et la qualité des informations empêchent les femmes de pratiquer la contraception en plus de l'ignorance et des croyances religieuses.

45,8% de nos clientes pensent que les services de planification devraient faire plus de campagne de sensibilisation et de promotion gratuite sur tous les produits.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VII. Conclusion et recommandations

1. Conclusion :

Au terme de notre étude, nous retenons que :

La majorité des utilisatrices de la contraception avait une moyenne d'âge de 29 ans. Les femmes mariées, les instruites (niveau secondaire) étaient les plus représentées.

Nous avons trouvé que le plus grand nombre des femmes 64,4% étaient à leur première utilisation et l'avaient choisie d'elle-même pour cause la discrétion avaient déjà utilisé une méthode.

L'implant et le contraceptif injectable étaient les méthodes contraceptives les plus utilisées.

La principale source d'information des femmes était le média suivi des personnels médicaux (la plupart à la maternité après l'accouchement)

Le CS Réf de la commune I et l'ONG Marie Stopes International Mali étaient les sources d'approvisionnement du centre en produits contraceptifs.

Parmi les deux agents responsables de l'unité PF seulement une avait reçu les formations et recyclages durant l'année 2018. Nous avons trouvé que seulement six méthodes contraceptives sont disponibles au centre (CIP, implant, pilule, DIU, MAMA, préservatif masculin).

En définitive, nous pouvons dire que le choix des méthodes contraceptives en post partum dépendent de plusieurs facteurs, mais toute fois des efforts restent à faire notamment en milieu communautaire par le renforcement des IEC (Information, Education, Communication)/CCC(Communication pour le Changement de comportement) en matière de PF par les acteurs communautaires (relais, ASC).

2. Recommandations

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

1- Aux clientes :

- Fréquenter les centres de planification familiale le plus tôt possible après un accouchement.
- Participer pleinement aux campagnes d'IEC organisées sur la planification familiale.
- Se renseigner auprès des prestataires avant de changer de méthode de contraception.

2- Aux sage-femmes/infirmières chargé des services de PF

Améliorer l'accueil (1ere condition pour que les adolescentes fréquentent les centres).

3- Au Ministère de la santé ; CSCOM ;ASACO :

- Organiser des campagnes d'information, de sensibilisation et d'éducation sur les avantages de la contraception en générale et celle en période post partum en générale.
- Informer, sensibiliser la population à travers les medias sur les différentes méthodes de contraception.
- Multiplier les centres de planification familiale et veiller à ce qu'il n'y ait pas de rupture de stock de certains contraceptifs.
- Développer les compétences des prestataires en matière de PF.

REFERENCES

VIII. RÉFÉRENCES

1. **Yeakey MP et Kate PG.** Élargir le choix des méthodes contraceptives pour la réussite des programmes de planification familiale ; septembre 2017
2. **Blangis F, Lopes P, Branger, B, Garnier P, Philippe H-J, Ploteau S.** La contraception du post-partum : à propos de 600 patientes dont 129 revues à la consultation post-natale. Gynécologie obstétrique & fertilité [En ligne]. 2013 [cité le 21/11/2015] ; 41 (9) : 499- 504. Disponible sur : <http://www.em-premium.com.sicd.clermont-universite.fr/article/832271/resultatrecherche/5>.
3. **Agence américaine pour le développement international (USAID).** “GH/PRH Priorities for 2014-2020,” document interne (Washington, DC: USAID, 2014
4. A. CAMPANA Cours pour les étudiants de médecine-Family planning-Guidelines, reviews Document électronique consulté le 26 janvier 05 [http://www.gfmer.ch/Cours/Index cours 4e annee.html](http://www.gfmer.ch/Cours/Index%20cours%204e%20annee.html),
5. 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 (DNSIet 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
6. D.FRANCOEUR, L. HANVEY, R. MILLER, H. PYMAR Consensus Canadien sur la Contraception Chapitre 8, N°143, Troisième partie detrois, Avril 2003
7. PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE, Loi N°02 44 du 24 juin 2002 relative à la santé de la reproduction, Article 14
8. **Mariko S, Libite PR, Diop M, Dembele E, Ba S, Traore SM, Samake S.** Enquête Démographique et de santé du Mali (EDS-IV) 2006 [www.measure dhs.com/pubs/pdf/ FR199.pdf](http://www.measure.dhs.com/pubs/pdf/FR199.pdf)
9. **Anonyme.** Déclaration universelle des droits de l'homme [consulté le 27 mai 2012]. URL : [http : //www.un.org/fr/documents/udhr](http://www.un.org/fr/documents/udhr): Egypte ; 1996 : 142
10. **Mijiyawa M, Oniankitan O, Kolani B, Mijiyawa M, Koumouvi K, Segbena A et coll.** Plan stratégique 2001-2005. AMPPF. Bamako : Déc.2000 :28

11. **Vitraulle M.** L'avortement clandestin en Afrique, un drame silencieux qui tue 300 000 femmes tous les ans URL : <http://www.afrik.com>[consulté le 03 septembre 2011].
12. **Kane B.** Connaissances et attitudes des étudiants de la FMPOS en matière de planification familiale Thèse Doctorat de l'université de Bamako. Mention: FMPOS. Option: Médecine. Bamako : Université de Bamako ; 2005;87
13. Population-Reference-Bureau 2009
<http://www.prb.org/DataFinder/Topic.aspx?cat=8> [consulté le 23 juin 2013].
14. Population reference bureau 2011. Un guide à l'attention sur la santé sexuelle et reproductive en Afrique de l'ouest francophone à l'attention des journalistes www.prb.org. 2011 [consulté le 22 juin 2013]
15. **World Health Organization.** Coverage of maternity care. A tabulation of available information, 3rd edition. Maternal Health and Safe Motherhood Programme, Division of Family Health, World Health Organization, Geneva. 1993
16. **Sacko M.** Couverture prénatales et dépistage des facteurs de risque dans le district de Bamako. Enquête n°1. Thèse de santé publique de l'Université de Paris VI (ISD), 1998
17. **Rooney C.** Antenatal care and Maternal Health. How effective is it? A review of the evidence. Maternal and Safe Motherhood programme, Division of Family Health, World Health Organization, Geneva. 1992
18. **Haute autorité de santé.** Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles [Internet]. 2015 [cité le 01/12/2014]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf
19. **Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.** Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme [Internet]. 2004 [cité le 27/11/2015]. Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/04/dp041207.pdf>
20. **Robin G, Massart P, Graizeau F, Guérin du Masgenet B.** La contraception du post- partum : état des connaissances. La revue sage-femme [En ligne]. 2010 [cité le 21/11/2015] ; 9 (1) : 31-43. Disponible sur : <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1637408810000027>

21. **Haute autorité de santé.** Contraception chez la femme en post-partum [Internet]. 2015 [cité le 03/10/2015]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj-contraception-post-partum-060215.pdf
22. **Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.** Préservatif masculin mode d'emploi [Internet]. s.d. [cité le 30/01/2016]. Disponible sur : <http://preservatif-masculin.inpes.fr/>
23. **Haute autorité de santé.** Contraception chez la femme en post-partum [Internet]. 2015 [cité le 03/10/2015]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj-contraception-post-partum-060215.pdf
24. **Robin G, Massart P, Graizeau F, Guérin du Masgenet B.** La contraception du post- partum : état des connaissances. La revue sage-femme [En ligne]. 2010 [cité le 21/11/2015] ; 9 (1) : 31-43. Disponible sur : <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1637408810000027>
25. Disponible sur : <http://preservatif-masculin.inpes.fr/>
26. **Serfaty D.** Contraception des femmes allaitantes : place des spermicides. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction [En ligne]. 2015 [cité le 25/01/2016] ; 44 (1) : 18-27. Disponible sur : <http://www.em-premium.com/sicd.clermont-universite.fr/article/946724/resultatrecherche/2>
27. **Aubeny E.** Les contraceptions locales : les spermicides [Internet]. 2014 [cité le 21/11/2015]. Disponible sur : <http://www.contraceptions.org/contraceptions/lescontraceptions-locales/spermicides-tab>
28. **Haute autorité de santé.** Contraception d'urgence [Internet]. 2015 [Cité le 15/02/2016]. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/fiche-contraception-urgence.pdf>
29. **Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.** La contraception d'urgence hormonale [Internet]. 2015 [cité le 15/02/2016]. Disponible sur : <http://www.choisirsacontraception.fr/urgences/la-contraception-d-urgence/la-contraception-durgence-hormonale.htm>
30. **Vidal.** JAYDESS 13,5 mg syst diffus intra-utérin [Internet]. 2016 [cité le 20/02/2016]. Disponible sur : <http://www.evidal.fr/sicd.clermont-universite.fr/showProduct.html?productId=133035>

31. **Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.** La cape cervicale [Internet]. 2015 [cité le 25/01/2016]. Disponible sur : <http://www.Choisirsacontraception.fr/moyens-de-contraception/la-cape-cervicale.htm>
32. **Agence américaine pour le développement international (USAID).** “GH/PRH Priorities for 2014-2020,” document interne (Washington, DC: USAID, 2014
33. **Le dico des définitions.** Définition de connaissance [Internet]. s.d. [cité le 12/02/2016]. Disponible sur : <http://lesdefinitions.fr/connaissance>
34. **Bernard J-L, Reyes P.** Apprendre, en médecine (1ère partie). Pédagogie médicale [En ligne]. 2001 [cité le 12/02/2016] ; 2 : 163-169. Disponible sur : <http://www.pedagogiemedicale.org/articles/pmed/pdf/2001/03/pmed20012p163.pdf>

ANNEXES

IX. ANNEXES

Questionnaire des clientes

Introduction : Bonjour, je suis étudiante – chercheur en médecine, je vous sollicite pour une entrevue sur les déterminants du choix de l'utilisation des contraceptifs modernes dans le post-partum. Il s'agit d'une enquête anonyme et confidentielle et vous êtes libre d'y participer ou non sans aucun préjudice pour vous ! Voudriez-vous y participer ? Je vous remercie !

1. N° fiche d'enquête / _____ / 2. Date d'enquête / ___ / ___ / ___ /
3. Lieu de l'enquête / _____ / 4- ID de l'enquêteur/ _____ /
5- Commune / ___ /

Caractéristiques sociodémographiques

- 6.Âge: / ___ / année
7. Sexe : / ___ / 1- Masculin 2- Féminin
8- Niveau de scolarisation / ___ / 1- Primaire 2 -Secondaire 3- Supérieure 4- Ecole Coranique ou Medersa 5- Non alphabétisé
9-Profession : / ___ / 1- Fonctionnaire 2- Ménagère 3- Elèves/Etudiant 4- Sans emplois
99-Autres à préciser
- 10- Statut matrimonial: / ___ / 1 = célibataire ; 2 = union libre ; 3 = mariée ; 4 = divorcée 5= veuve.
11- Antécédent gynéco - obstétrique:/ ___ / 1- Parité 2- Gestité
12-Quel professionnel de santé a effectué le suivi de votre grossesse ? / ___ /
1 Une sage-femme 2- Un gynécologue 3- Un médecin généraliste 4 Aucun suivi
99 Autre :

Connaissances et pratiques des clientes en matière de contraception

13. Avez-vous déjà entendu parler de la planification familiale ?/ ___ /
1-oui 2-Non
14-Quelles sont vos principales sources d'information sur la planification familiale ?/ ___ / 1-télévision 2-Radio FM 3- Internet 4-Le secteur sanitaire 99 autres à

préciser.....

15- Quelles sont les méthodes de planification familiale que vous connaissez ? /___/

1- Pilule 2- Spermicides 3- Diaphragme 4- Injectables 5- Préservatif 6- Ligature des trompes 7- D.I.U 8- Implant 99- Autres

16-Selon vous, y'a t-il un risque de grossesse après un accouchement ?/___/

1- Dès le 1^{er} jour 2- A partir de 25 jours 3-Au retour des règles 4- NSP

17- Selon vous, est-il possible d'adopter une méthode contraceptive juste après un accouchement ? /___/

1- Oui 2- Non

18-Si oui, quelles méthodes contraceptives peut-on utiliser juste après un accouchement /___/ 1-pillule 2- Implant 3- sterilet 4- Anneau 5-Patch 6- Diaphragme ou cape cervicale 7- Preservatifs 8-Spermicides 9-Methode MAMA 10-Pillule du lendemain 11-sterelisation définitive 12-NSP

19-Quelle méthode de contraception utilisez-vous actuellement ? /___/

1- Pilule 2- Spermicides 3- Diaphragme 4- Injectables 5- Préservatif 6- Ligature des trompes 7- D.I.U 8- Implant 9-methodes naturelles 10-contraception d'urgence 99- Autres

20. Est-ce la première fois que vous utilisée cette methode pour le post-partum ? /___/ 1- Oui 2- Non

21-si oui pourquoi utilisez vous cette methode ?/___/

1-Conseils d'un agent de santé 2-Conseil du conjoint 3- Rumeurs

22. Si non, quelle méthode(s) avez-vous utilisée auparavant ? /___/

1- Pilule 2- Spermicides 3- Diaphragme 4- Injectables 45 Préservatif 6- Ligature des trompes 7- D.I.U 8- Implant 99- Autres

23- Avez-vous changé de méthode pour quelles raisons ?/___/

1-Effets secondaires 1-conseils de l'entourage 2- Pression conjugale 3- Rumeurs 99 autres à préciser.....

24- Si effets secondaires lequel ?

1- Vertiges 2- Vomissements 3- Prise de poids 4- Aménorrhée 5- Spotting

25-Que pensez-vous du cout des méthodes contraceptives ? /___/

1-couteux 2-Abordable 3-Moins couteux

26-Ou consultez-vous en cas de besoin de service de PF ? /___/

1-Centre/service de santé 2-Pharmacie 3-Marché de médicaments 4-Proche/amie

27-pensez-vous de l'accès aux services de planification familiale ?/___/

1- facile 2- difficile

28- si difficile, pour quelle(s) raisons ?

1- moyen de déplacement 2-disponibilité des prestataire 3-rupture du stock 4-
afflux de client

29- selon vous que doit faire les services de PF pour améliorer leur offre ? /___/

1-diminuer le cout 2- plus de campagne de sensibilisation /d'information 3-plus
de centre de PF 4-plus d'implication des prestataires de service

Guide d'entrevue du groupe

Introduction : Bonjour, je m'appelle Inna Kadia Katilé je suis étudiante chercheur en médecine je travaille sur les déterminants du choix des méthodes contraceptives en période post partum à l'ASACOBA.

Vous avez été sollicité pour participer à ce groupe de discussion en tant que cliente du service de planification, votre point de vue est important et peut contribuer à améliorer la prise en charge des clientes de l'ASACOBA.

Cette entrevue se fait sur une base anonyme, les propos seront enregistrés afin d'en permettre une analyse et une amélioration éventuelle .

Durée : 1h

Questionnaires

Question I : Que savez- vous sur la contraception lors du post partum?

- 1 Comment percevez-vous la notion de contraception ?
- 2 pourquoi faite vous la contraception ?
- 3 Où faire la contraception ?
- 4 Combien d'années souhaitez-vous pour espacer les naissances ?

Question II : Quelles sont les différentes méthodes de contraception que vous connaissez ?

1. Où avez-vous eu les informations sur les différentes méthodes ?
2. Quelle méthode préférez-vous ?
3. Pour quoi ?
4. Avez déjà utilise une méthode contraceptive
5. Qui doit décider de la décision de la contraception

Question III : Selon vous quels sont les avantages de contraception ?

1. en quoi l'espacement des naissances peu améliore la sante de la femme
2. en quoi l'espacement des naissances peu amélioré les dépenses de la famille
3. Que pensez-vous de l'utilisation de la PF après l'accouchement ?

Fiche signalétique :

Nom & Prénom : KATILE Inna Kadia

Adresse : Tel : 72923661 / 65727292 ;

E-mail : innakadiakatile@gmail.com

Titre de la thèse : Déterminants du choix des méthodes contraceptives en post partum au centre de santé communautaire de Banconi (Commune I du district de Bamako).

Année universitaire : 2020-2021

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

Secteurs d'intérêt : Santé publique, éthique médicale.

Résumé :

En somme notre étude transversale prospective qui a concernée 306 femmes en âge de procréer dont l'objectif principal était d'évaluer les déterminants du choix des méthodes de contraceptives lors du post partum dans l'aire de santé de l'ASACOBA en commune I du district de Bamako.

La majorité des utilisatrices avaient un âge inférieur à 30 ans soit 45,4%.

Les femmes mariées étaient largement représentée avec 78,4%.

La fréquence des méthodes contraceptive était plus élevée 69,6% chez les utilisatrices de la tranche de 0-3 enfants.

Nous avons observé que 99,7% des femmes étaient informées sur l'existence des méthodes contraceptives et la principale source d'information était les media avec 74,7%.

Le contraceptif le plus utilisé était l'implant soit 45,4% de nos utilisatrices.

Mots clés : déterminants, choix, pratique contraceptive, post-partum, ASACOBA commune I (district de Bamako)

Sheet signalitiques

Name: KATILE

First Name: Inna Kadia

Academic year: 2020-2021

E-mail: innakadiakatile@gmail.com

Title: Determinants of choice of new contraceptive methods in post-partum at the Banconi community health centre (Municipality of Bamako district)

Country of origin: Mali

City defense: Bamako

Place of deposit: Library of the faculty of medicine and odonto stomatological of Mali.

Area of interest: metecine and ethics.

Summary:

In short,our descriptive cross-sectional study ,which concerned 306 women in reproductive age whose objective was to evaluate the determinants of the choice of contraceptive methods during postpartum at the Banconi community health centre(Municipality of Bamako district).

The majority of users were under 30years of age with 45,4%.

Married women were widely represented with 78,4%.

The frequency of contraceptive methods was higher 69,6% in users of the 0-3 children group.

We observed that 99,7% of women were informed about the existence contraceptive methods and the main source of information was the media with 74,7%.

The most used contraceptive was implant with 45% of our users.

Bugunatige lase seben

Jamu & Tɔgɔ: KATILE Ina Kadiya

Negɛjurusira: 72 92 3661/ 65 72 72 92.

E-mail: innakadiakatile@gmail.com

Dakun : Bange kɔlɔsi fɛrɛw sugansi li takanw Bankɔni furakeli so kɔnɔ
(Bamakɔ komini I kɔnɔ)

Kalan san : 2020-2021

Baara waleyadugu : Bamakɔ

Bɔjamana: Mali

Gafe bilayɔrɔ: Dɔkɔtɔrɔya ni nibanaw kalanso ka gafemaraso

Bolofara sinsintaw: Forobakɛnɛya, dɔkɔtɔrɔya kɛko

Bakuruba la:

An ka dasumusumuni kalan ye muso 306 la sɔrɔ minnu sera bange ye, n' o kun jɔnjɔn ye tun ye bange kɔlɔsi fɛrɛ takanw kimɛni ye ASAKOBA kɛnɛyasɔ mara kɔnɔ Bamakɔ, komini I.

O fɛrɛw labaarabagaw fanba si kuntaala tun bɛ san 30 duguma, kɛmɛsaradala o ye 45,4% Musofurulenw jɔyɔrɔ bojana, kɛmɛsaradala 78,4%

Minnu denw tun bɛ 3 bɔ ulu de tun ye bange kɔlɔsi fɛrɛw labaaara kɔsɛbɛ kɛmɛsaradala 69,6%.

An y'a kɔlɔsi ko n' i ye musow ta kɛmɛsaradala 99,7% bɛ bangekɔlɔsifɛrɛw kɔrɛw kalama o kunafoni sɔrɔsira jɔnjɔn kɛra kunafonidisiraw ye 74,7%.

Bangekɔlɔsifɛrɛ min labaaara la musow fɛ ka tɛmɛ tɔw kan o ye Sirili ye kɛmɛsaradala 45,4%

Dapɛ kolomanw: takanw, sugansili; bangekɔlɔsi waleya li, bange kɔfɛ , ASAKOBA Komini I(Bamakɔ disitiriki kɔnɔ).



**Zertifikat
Certificat**

**Certificado
Certificate**

Promouvoir les plus hauts standards éthiques dans la protection des participants à la recherche biomédicale
Promoting the highest ethical standards in the protection of biomedical research participants



Certificat de formation - Training Certificate

Ce document atteste que - this document certifies that

Inna kadia Katilé

a complété avec succès - has successfully completed

Good Clinical Practice (GCP-E6(R2) 2016)

du programme de formation TRREE en évaluation éthique de la recherche
of the TRREE training programme in research ethics evaluation

Release Date: 2019/08/06
UCID : 20VYE2X1A

Professeur Dominique Sprumont
Coordinateur TRREE Coordinator



Continuing Education Programs
Programas de Formación Continua

Ce programme est soutenu par - This program is supported by :

European and Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTP) (www.edctp.org) - Swiss National Science Foundation (www.snf.ch) - Canadian Institutes of Health Research (<http://www.cihr-irac.gc.ca/2891.html>) - Swiss Academy of Medical Science (SAMSWASSMSAMFW) (www.samsw.ch) - Commission for Research Partnerships with Developing Countries (www.crdp.ch)

[REV : 20181124SL]



Zertifikat
Certificat

Certificado
Certificate

Promouvoir les plus hauts standards éthiques dans la protection des participants à la recherche biomédicale
Promoting the highest ethical standards in the protection of biomedical research participants



Certificat de formation - Training Certificate

Ce document atteste que - this document certifies that

Inna kadia Katilé

a complété avec succès - has successfully completed

HIV Vaccine Trials

du programme de formation TRREE en évaluation éthique de la recherche
of the TRREE training programme in research ethics evaluation

Release Date: 2019/08/14
CID: CUQV15V3aL

Professeur Dominique Sprumont
Coordinateur TRREE Coordinator



Continuing Education Programs
Programas de formación continue

Ce programme est soutenu par - This program is supported by :

European and Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTP) (www.edctp.org) - Swiss National Science Foundation (www.snf.ch) - Canadian Institutes of Health Research (<http://www.cihr-irsc.gc.ca/2891.html>) - Swiss Academy of Medical Science (SAMS/ASSM/SAMW) (www.samw.ch) - Commission for Research Partnerships with Developing Countries (www.idp.ch)

[REV : 20170510]



**Zertifikat
Certificat**

**Certificado
Certificate**

Promouvoir les plus hauts standards éthiques dans la protection des participants à la recherche biomédicale
Promoting the highest ethical standards in the protection of biomedical research participants



Certificat de formation - Training Certificate

Ce document atteste que - this document certifies that

Inna kadia Katilé

a complété avec succès - has successfully completed

Adolescent Involvement in HIV Prevention Trials

du programme de formation TRREE en évaluation éthique de la recherche
of the TRREE training programme in research ethics evaluation

Release Date: 2019/08/14

CID : HU1904RLY1

Professeur Dominique Sprumont
Coordinateur TRREE Coordinator



Ce programme est soutenu par - This program is supported by :

European and Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTP) (www.edctp.org) - Swiss National Science Foundation (www.snf.ch) - Canadian Institutes of Health Research (<http://www.cihr-irsc.gc.ca/2891.html>) - Swiss Academy of Medical Science (SAMS/ASSM/SAMW) (www.samw.ch) - Commission for Research Partnerships with Developing Countries (www.kfpc.ch)

[REV : 20170310]

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!