

Ministère de l'Education

REPUBLIQUE DU MALI

Nationale

Un Peuple – Un But – Une Foi



UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO

FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



ANNEE UNIVERSITAIRE 2018-2019

N° / /

THESE

EVALUATION ET PROBLEMATIQUE DES
METHODES CONTRACEPTIVES AU CENTRE
DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE I
DU DISTRICT DE BAMAKO
A PROPOS DE 200 CAS

Présentée et soutenue publiquement le 12/03 /2019 devant
la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par : M. Moussa BAGAYOKO

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(DIPLOME D'ÉTAT)

Jury

Président : Pr Tiéman COULIBALY

Membre : Dr BERTHE Marie Lea DAKOUO

Codirecteur : Dr COULIBALY Mamadou Bakary

Directeur : Pr TOURE Moustapha

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

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

APF: Association de Planification Familiale

CRDI: Centre de Recherche pour le Développement International

COC: Contraceptifs Oraux Combinés

COP: Contraceptifs Oraux Progestatifs

CIP: Contraceptifs Injectable Progestatifs

CIC: Contraceptifs Injectables Combinés

CI: Commune I

DSFC: Division Santé Familiale et Communautaire

DSF: Division Santé Familiale

DIU: Dispositif Intra Utérin

EDS: Enquête Démographique et de Santé

UNFPA: United Nation Fund for Population Activities

FIPF: Fédération Internationale pour la Planification Familiale

MJF: Méthode des Jours Fixes

MAMA: Méthode d'Allaitement Maternelle et d'Aménorrhée

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

PF: Planification Familiale

PFN: Planification Familiale Naturelle

SR: Santé de la Reproduction

VIH/SIDA: Virus d'Immunodéficience Humaine /Syndrome Immunodéficientaire Acquis

PMI: Protection Maternelle et Infantile

CSREF: Centre de Santé de Référence

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

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	4
II. GENERALITES	9
III. METHODOLOGIE	35
IV. RESULTATS	46
V. COMMENTAIRES	64
VI. CONCLUSION	71
VII. RECOMMANDATIONS	72
VIII. REFERENCES	73

I. Introduction

La Planification Familiale (PF) est l'ensemble des moyens et techniques médicaux ou non mis à la disposition des individus et des couples pour leur permettre d'assurer leur sexualité de façon responsable, de manière à éviter les grossesses non désirées, espacer les naissances, avoir le nombre désiré d'enfants au moment voulu [1].

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

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

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

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

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

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

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

Le taux de mortalité infanto -juvénile est de 90 pour 1 000 et le taux de mortalité infantile est de 64 pour 1 000 en 2012 (4).

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

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

L'indice synthétique de fécondité est resté le même pendant les cinq dernières années: 6,1 enfants par femme ; par ailleurs l'utilisation actuelle des méthodes contraceptives modernes, de l'ordre de 9,9%, est faible. Les projections montrent que sur la base d'un taux de croissance annuelle de 2,7%, la population actuelle du Mali estimée à 18 millions d'habitants devrait atteindre 23 millions en 2025 (5).

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

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

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

La troisième campagne nationale en faveur de la promotion de la PF qui a débuté le 16 mars 2007 avait comme thème l'implication des hommes et la fréquentation des services de PF des centres de santé.

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

Le taux de mortalité et morbidité maternelle baisse lorsque les femmes ont moins de grossesses dit Dr FORTENEY <<La PF réduit le nombre total de grossesses, faisant ainsi baisser le nombre de décès et de morbidités qui sont liées à la grossesse>>; mais la PF n'a aucun effet sur les risques liés à la grossesse; pour ce faire, nous devrions nous concentrer sur l'amélioration de l'accès aux services obstétricaux de bonne qualité.

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

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

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

Les femmes actuellement en union, non utilisatrices de la contraception, et qui ont déclaré ne plus vouloir avoir d'enfant ou vouloir attendre deux ans

ou plus avant la naissance de l'enfant suivant, sont considérées comme étant des besoins non satisfaits en matière de la contraception. Selon EDSM3 l'analyse différentielle des besoins en matière de PF met en évidence des légères variations des besoins selon l'âge des femmes. C'est de 15 à 19 ans et de 40 à 44 ans que les besoins non satisfaits sont plus élevés 32% entre 20 et 44 ans, âge auquel la fécondité et la prévalence contraceptive sont plus élevées.

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

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

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

Pour ce faire nous, nous assignons les objectifs suivants:

II.OBJECTIFS :

OBJECTIF GENERAL :

_ Étudier la Planification Familiale au Cserf C I du district de BAMAKO.

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

_ Déterminer la fréquence des méthodes contraceptives.

_ Déterminer le taux d'utilisation des différentes méthodes de contraception.

_ Identifier les causes d'abandon des méthodes contraceptives

_ Évaluer la perception des utilisatrices sur l'organisation des prestations de la PF du csref CI du district de Bamako.

_ Décrire les attitudes et comportements des prestataires par rapport à l'offre des services de PF au csref CI du district de Bamako

_ Formuler des recommandations en vue de promouvoir la PF.

III. GENERALITES

1- Rappel sur la planification familiale

a- Définition :

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

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

b- La PF comporte diverses activités : qui sont

- L'information et le conseil en matière de santé de la famille
- L'éducation sexuelle et familiale
- La 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 (12)

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

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

La PF contribue à la disponibilité de la mère pour son enfant, son mari et pour toute la famille (11)

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

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

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

- 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 (11)
- **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 (12)
- La nation : La PF aide la nation à se développer dans les pays où les femmes ont moins d'enfants. La population voit s'améliorer sa situation économique plus rapidement qu'ailleurs (13)

Les composantes de la PF retenues au Mali sont :

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

2- Activité de planification familiale

a- Définition :

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

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

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

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

L'OMS aide les pays à développer un cadre stratégique d'intervention qui fédère les interventions de tous les acteurs impliqués dans le repositionnement de la planification familiale, déclare le Dr Isseu Diop

Touré, chargée du programme santé de la reproduction et survie de l'enfant au Bureau de l'OMS/Sénégal.

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

b-Droit des clients

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

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

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

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

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

c- Besoins des prestataires :

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

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

3- HISTORIQUE :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Les préservatifs d'abord confectionnés en boyaux d'animaux ;

- Le diaphragme qui fut proposé par Wilhelmy Mesinga.

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

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

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

4- LES MOYENS DE REGULATION DES NAISSANCES

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

- La contraception qui est l'ensemble des procédés par lesquels un rapport sexuel est rendu non fécondant, de façon temporaire et réversible ;
- La contraception post-coïtale utilisable après un rapport non protégé entre le temps de l'ovulation et l'implantation ;
- La stérilisation, la méthode irréversible ;
- L'interruption volontaire de grossesse (IVG).

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

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

4.1- Les méthodes de barrières

4.1.1-Le condom masculin (Préservatif)

Bien qu'il soit le plus souvent fait de latex, il existe également des condoms en polyuréthane, en silicone et en membrane d'agneau.

➤ Efficacité

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

➤ Mécanisme d'action

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

➤ Contre-indication

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

➤ Effets indésirables

Il interfère avec l'acte sexuel.

4.1.2- Le condom féminin :

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

➤ Efficacité

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

➤ Mécanisme d'action

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

➤ Contre-indications

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

➤ Effets indésirables

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

Parmi les autres inconvénients du condom féminin on retrouve :

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

4.1.3 Le diaphragme :

Le diaphragme est une méthode de contraception intra vaginal utilisée conjointement avec un spermicide. C'est un dôme de latex dont le pourtour contient un anneau d'acier flexible. Il s'insère dans le vagin afin de recouvrir le col de l'utérus.

Il existe trois types de diaphragme :

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

➤ Efficacité

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

➤ Mécanisme d'action

Le diaphragme agit à titre de barrière physique entre le sperme et le col utérin ; il doit toujours être utilisé conjointement avec un spermicide dont

l'action accroît son effet. Il doit être maintenu au moins six heures après le coït.

➤ Contres indications

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

➤ Effets indésirables

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

4.1.4-La cape cervicale :

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

➤ Efficacité

La cape semble avoir une efficacité plus importante chez la nullipare que la multipare vu que l'OMS indique des taux d'échec respectivement égaux à 9% et à 26% malgré une utilisation parfaite au cours des douze premiers mois. (15)

➤ Mécanisme d'action

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

➤ Contre-indications

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

- Une infection de la filière pelvienne ;

- Un cancer ou une dysplasie du col de l'utérus ;
- Une allergie ou une sensibilité aux spermicides.
 - Effets indésirables

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

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

4.1.5- L'éponge contraceptive :

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

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

➤ Efficacité

Les éponges contraceptives présentent des taux d'échec variant entre 18 et 20% pour les nullipares et de 36 à 40% pour les multipares (16).

➤ Mécanisme d'action

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

➤ Contre-indications

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

- D'allergie au spermicide utilisé ;
- D'anomalies de l'anatomie vaginale pouvant nuire à la mise en place satisfaisante ou stable du dispositif ;
- D'incapacité d'apprendre la bonne technique d'insertion ;
- D'antécédents de syndrome de choc toxique ;

- D'une grossesse à terme dans les six dernières semaines ;
- D'avortement spontané ou provoqué, ou des saignements vaginaux anormaux.

➤ Effets indésirables

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

4.1.6- Les spermicides :

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

➤ Efficacité

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

➤ Mécanisme d'action

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

➤ Contre-indications

Le spermicide est contre-indiqué en cas de :

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

➤ Effets indésirables

L'irritation génitale qui pourrait faciliter la transmission du VIH (34).

L'utilisation de spermicides a également été associée à un accroissement du risque d'infection des voies urinaires (17).

4.2- La contraception hormonale combinée

Elle désigne les moyens de contraception qui contiennent soit la combinaison d'un œstrogène et d'un progestatif soit un progestatif seul. Il existe quatre types :

4.2.1-Les contraceptifs oraux combinés (coc)

Ils peuvent être :

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

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

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

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

➤ Les avantages

Les COC constituent un mode de contraception réversible très efficace(98-99%).

Méthode réversible ;peu d'effets secondaires ;protège contre les cancers des ovaires et de l'endomètre etc...

➤ Mécanisme d'action

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

Parmi les autres mécanismes d'action, on trouve :

- L'accentuation de l'atrophie endométriale ;

- La production de glaire cervicale visqueuse ;
- Des effets sur la sécrétion et le péristaltisme au sein des trompes de Fallope

➤ Contre-indications

L'OMS, a établi des contres indications absolues et relatives à l'utilisation des COC. (32)

➤ Contre -indications absolues

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

➤ Contres indications relatives

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

➤ Effets indésirables

Survenant la plupart du temps au cours des trois premiers cycles, la présence de saignements menstruels anormaux constitue la raison la plus

couramment citée par les patientes. Parmi les autres raisons courantes, on trouve la nausée, le gain pondéral, les sauts d'humeurs, la sensibilité des seins et les céphalées.

4.2.2-Contraceptifs oraux progestatifs (COP) :

Les COP sont des contraceptifs oraux qui contiennent uniquement des progestatifs à faible dose.

➤ Mécanisme d'action

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

➤ Les avantages :

Très efficace ; le retour à la fécondité est immédiat ; n'influence pas la lactation.

➤ Effets indésirables :

Prise de poids ;

Aménorrhée ;

Saignement irréguliers.

➤ Contres indications

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

4.2.3 -La contraception injectable combinée :

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

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

Dans le cadre d'une étude portant sur 782 américaines suivies pendant un an, aucune grossesse n'a été constatée (21). Son principal mécanisme d'action est l'inhibition de l'ovulation.

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

4.2.4- Les implants de progestatif :

Sont des contraceptifs contenant un progestatif retard diffusé à travers les capsules.

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

➤ Mécanisme d'action

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

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

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

- **-Les avantages :** Aussi efficace que la ligature des trompes(99,0 à99,8%) ;son action est immédiate ;actif dans l'organisme pendant :

-5ans pour les femmes de moins de 70kg ; 4ans pour les femmes de 70 à79kg et 3ans pour les femmes de plus de 80kg. N'interfère pas avec les rapports sexuels ; N'affecte pas l'allaitement.

➤ **Effets indésirables**

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

Autres effets indésirables peu courants: céphalées ; vertiges ; nausée ; prise de poids ; acné.

-Les Indications : Toute femme en âge de procréer qui désire éviter une grossesse, voulant une méthode réversible et de longue durée d'action et qui ne peut pas utiliser une méthode contenant de l'œstrogène.

Les contres indications:

Femme enceinte ;

Femme présentant les problèmes suivants :

° Thrombophlébite aigue ou troubles thromboemboliques.

°saignement génital inexpliqué

°Maladie du foie et tumeurs du foie

°Antécédents d'hypertension intra crânienne.

4.2.5- Les dispositifs intra-utérins (Stérilet) DIU(24)

Le DIU est un dispositif flexible de composition métallique ou et/ou plastique que l'on insère dans la cavité utérine dans un but contraceptif :

Il existe plusieurs modèles :(TCU 380A, TCU220C, Multiload CU 375, Nova T...)

- En cuivre, le DIU TCU-380A qui est en plastique et libère lentement de petites quantités de cuivre;

- Le DIU médicamenté qui libère un progestatif(progestérone ou lévonorgestrel) Progestasert

➤ **Efficacité**

Le taux d'échec du DIU de cuivre est estimé à 1,26 par 100 femmes années, celui du DIU à libération de Lévonorgestrel est estimé à 0,09 par 100 femmes années(25)

➤ Mécanisme d'action

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

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

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

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

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

L'ovulation peut même s'en trouver inhibée.

Les DIU restent actifs 10 ans en moyenne.

➤ Indications

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

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

➤ Contre-indications

Contre indications absolues

- La grossesse
- Infection pelvienne ou ITS (au cours des trois derniers mois)
- Sepsis puerpérale
- A la suite d'un avortement septique
- Cavité utérine gravement déformée
- Saignements vaginaux inexplicables
- Cancer du col utérin ou de l'endomètre
- Maladie trophoblastique maligne
- Allergie au cuivre (dans le cas des DIU de cuivre)
- Cancer du sein (dans le cas du SIU-LNG)

➤ Contre-indications relatives

- Facteurs de risque en ce qui a trait aux ITS ou au virus du VIH-SIDA
- Immunodépression infectieuse ou médicamenteuse (corticothérapie) ;
- De 48 heures à quatre semaines à la suite d'un accouchement ;
- Cancer de l'ovaire ;
- Maladie trophoblastique gestationnelle bénigne.

➤ Effets indésirables

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

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

- Kystes ovariens fonctionnels chez certaines utilisatrices de SIU-LNG.
- **Moment approprié pour l'insertion** : Le DIU peut être inséré à n'importe quel moment du cycle (pas seulement pendant les menstruation).
- Si on est raisonnablement sûr que la femme n'est pas enceinte ;
- Dans les 10mn après la délivrance à 48H après accouchement ou après 4 semaines ;

4.2.6- La contraception d'urgence (26)

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

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

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

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

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

La mise en place d'un DIU au cuivre, dans les cinq jours suivant une relation sexuelle non protégée, est également un moyen efficace de prévention de la grossesse. Ce DIU reste dans les 7 jours qui suivent une relation sexuelle non protégée.

➤ Mécanisme d'action

Le mode d'action des COU n'est pas encore totalement connu. On estime toutefois, qu'ils peuvent entraver la maturation folliculaire, la formation du mucus cervical, la migration des spermatozoïdes, le maintien du corps

jaune, la réceptivité de l'endomètre, la fécondation ou la croissance du zygote, son transport ou son adhérence mais le principal mode d'action selon les preuves statistiques semble être lié au processus ovulatoire

➤ Efficacité

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

La mifépristone est six fois plus efficace que la méthode Yuzpe. A très faible dose (10mg), elle est aussi efficace que le lévonogestrel seul (27). On estime que l'insertion post coïtal d'un stérilet au cuivre, dans les cinq jours suivant une relation sexuelle non protégée, est efficace à 98,7% (25).

➤ Indications

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

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

➤ Contre-indications

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

➤ Effets indésirables

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

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

4.2.7- Les méthodes de planification familiale naturelle (28)

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

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

5.1- Connaissance du cycle de fertilité

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

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

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

5.2- Efficacité

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

5.3- Mécanisme d'action

- Connaissance du cycle de fertilité et méthode sympto-thermique

Cette méthode fait appel aux trois signes de fertilité :

- Les modifications de la glaire cervicale

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

trois jours de glaire cervicale présentant une clarté et une élasticité maximale, la femme connaît une phase moins fertile.

- Température basale

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

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

- Position du col utérin

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

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

• La méthode « Billings »

Elle repose uniquement sur les modifications de la glaire cervicale. Pour plus de certitude, il est conseillé de ne se fier qu'à la deuxième période d'infertilité (post ovulation). (29)

• Algorithme de deux jours

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

- La « Standard day Method »

Elle définit la période de fertilité compris entre le 8^e et le 19^e jour du cycle menstruel. Pendant ce temps, le couple s'abstient de pratiquer le coït. Elle ne convient qu'aux femmes dont les cycles comptent 26 à 32 jours.

- La méthode du calendrier

Les femmes doivent déterminer à l'aide de calculs, le début et la durée de leur période de fertilité en fonction des postulats suivants : l'ovulation se produit de 12 à 16 jours avant le déclenchement des menstruations suivantes ; les spermatozoïdes demeurent viables pendant une période allant jusqu'à cinq jours ; et l'ovocyte non fertilisé survit pendant 24 heures. Le couple doit donc éviter de pratiquer le coït ou utiliser une méthode de contraception d'appoint pendant une période de 8 à 10 jours au cours de chaque cycle. L'utilisatrice doit remplir un calendrier menstruel pendant au moins six mois. Sa période de fertilité est déterminée par la soustraction de 20 jours à la durée de son cycle le plus court (afin d'établir le début de la période de fertilité) et par la soustraction de 10 jours à la durée de son cycle le plus long (afin d'établir la fin de la période de fertilité).

- Trousse de prédiction de l'ovulation

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

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

La MAMA est extrêmement efficace à titre de méthode post-partum temporaire.

Elle se fonde sur l'infertilité physiologique, attribuable à la suppression hormonale de l'ovulation, des femmes qui allaitent.

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

- Elle est toujours en aménorrhée ;
- Elle allaite son enfant exclusivement ;

- Son enfant est âgé de moins de six mois.

L'intervalle entre les périodes d'allaitement ne devrait pas dépasser quatre heures le jour, et six heures, la nuit. (30)

5.4- Indications

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

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

5.5- Contre-indications

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

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

IV. METHODOLOGIE

1-Cadre d'étude :

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

1.1- La commune I du district de Bamako :

-Situation de la commune :

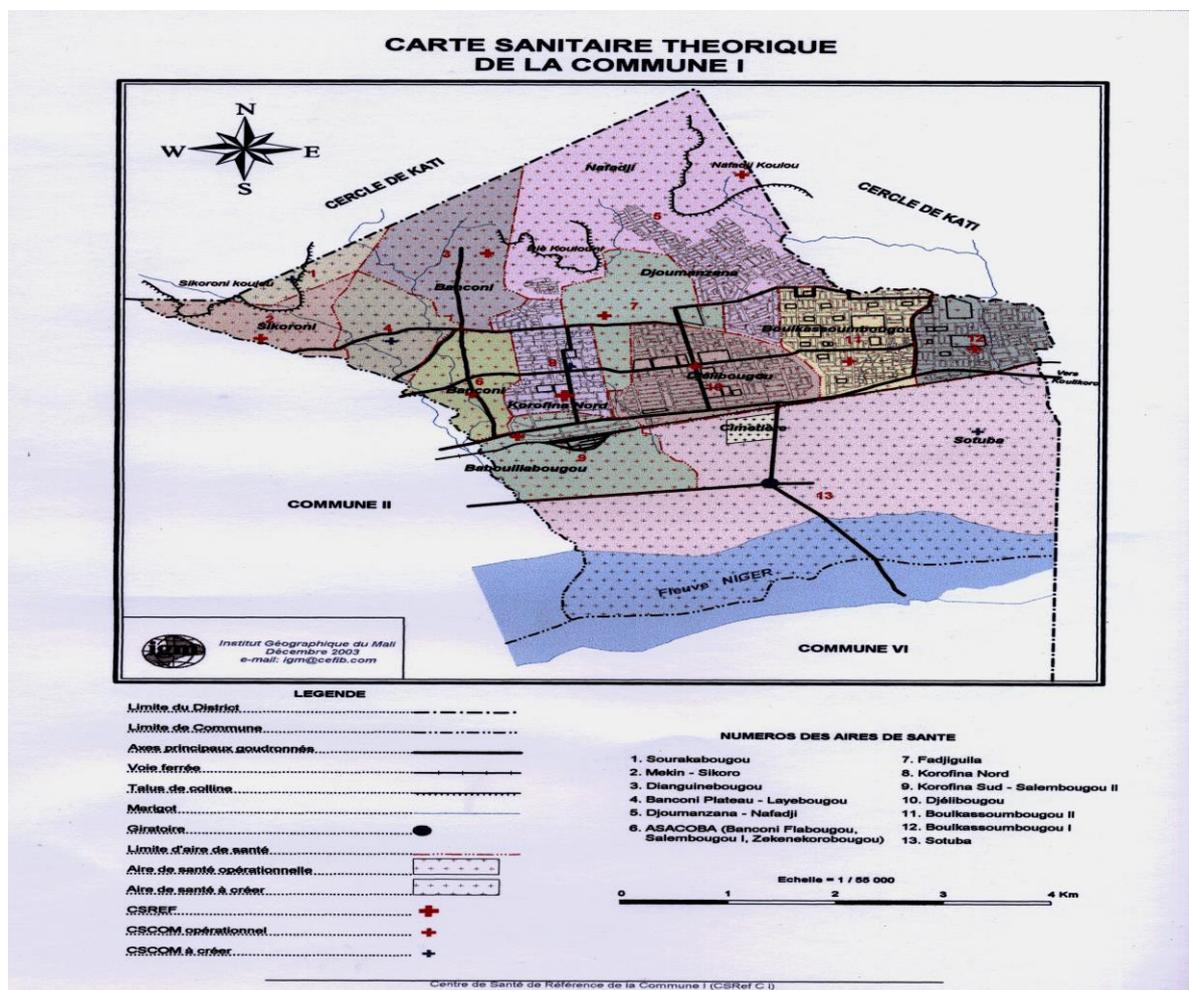


Figure n°4 : Carte sanitaire de la Commune I

Source: SIS CS Réf. CI

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

- Au Nord et à l'Est par le cercle de Kati ;
- Au Sud par le fleuve Niger ;
- A l'Ouest par la commune II (le marigot de Korofina limitant les 2 collectivités).

Elle comprend (9) quartiers qui sont :

Korofina (Nord et Sud) ; Djélibougou ; Boulkassoumbougou ; Doumanzana ; Fadjiouila ; Banconi ; Sikoroni ; Sotuba.

La surface est de 34,26km² soit 12,83% de la superficie totale de Bamako, pour une population totale de 411586 habitants (2018) soit une densité moyenne de 12013 habitants/km² (DNSI-Mairie CI).

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

Le climat de type tropical est caractérisé par :

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

- Les infrastructures routières :

- La route régionale (RN) N°14 ou Route de Koulikoro avec éclairage public ;
- La route pavée qui relie la RN 14 au marché de Fadjiouila ;
- La route 251 reliant la RN 14 au Lycée Fily Dabo Sissoko avec éclairage public ;
- La desserte de Banconi allant de la RN 14 et traverse le Banconi ;

- Deux autres voies traversent toute la commune I d'Est en Ouest (du marché de Boulkassoumbougou jusqu'au quartier de Hippodrome en commune II) dans le cadre du réseau routier de la ceinture du District de Bamako avec éclairage public ;
- A l'intérieur des quartiers les routes sont petites, latéritiques et difficilement praticables en saison pluvieuse ;
- Une voie ferrée reliant Bamako à Koulikoro traverse la commune I sur une distance de cinq (5) km.

-Les moyens de transports :

Le transport collectif est assuré principalement par les minibus (SOTRAMA), les bus, et les taxis. Au total, vingt (20) lignes desservent la commune I en provenance des abords des rails, de la grande mosquée et du marché de Médine.

Il existe quatre stations de taxis dans la commune, dont une à côté du Centre de Santé de Référence de la commune I.

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

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

-Les canaux de communication :

• Modernes :

- L'ORTM : Office de Radiodiffusion Télévision du Mali
- Les radios privées du district de Bamako dont six sont en commune I (Djekafo 100.7, Kayira 104.4, Patriote 88.1, Ambiance 97.4, Dambé 102.8 et Energie107.9 FM).
- La connexion internet occupe une place prépondérante tant sur le plan économique que celui de la communication.

● Traditionnels :

- Les crieurs publics ;
- Les leaders d'opinions ;
- Les griots ;
- Les troupes théâtrales de la commune I.

-Les infrastructures sanitaires :

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

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

Il existe en commune I : un CS Réf, 12 CSCOM, des Cabinets médicaux, des Cliniques privées et des centres confessionnels (AMiPi, Catholique et Cherifla).

Le Centre de Santé de Référence de la Commune I comprend actuellement plusieurs services et unités qui sont :

- L'administration ;
- Le service de gynécologie obstétrique ;
- Le service de chirurgie générale ;
- Le service de pédiatrie ;la neonatologie
- Le service d'ophtalmologie ;
- Le service d'odontostomatologie ;
- Le service d'ORL ;
- Le service de médecine générale ;
- Le service de développement social et de l'économie solidaire;

- L'unité d'imagerie médicale ;
- Le S.I.S ;
- L'unité de laboratoire ;
- L'USAC de la commune I ;
- Le bloc opératoire ;
- La pharmacie ;
- La brigade d'hygiène ;
- La morgue.

Le personnel est composé de :

- 21 médecins dont un médecin chef, trois gynécologues-obstétriciens, deux pédiatres, un ophtalmologue, trois chirurgiens, un médecin de santé publique, neuf médecins généralistes, deux pharmaciens
- 26 sages-femmes ;
- 16 assistants médicaux (quatre Anesthésistes, trois agents de la santé publique, deux odontostomatologistes, deux ORL, trois ophtalmologues, un biologiste médical, un agent de gestion des hôpitaux) ;
- 06 techniciens supérieurs spécialistes (un agent d'hygiène d'assainissement, quatre (04) agents de laboratoire, un technicien supérieur des affaires sociales) ;
- 06 techniciens supérieurs
- 15 techniciens de santé (10 agents de santé publique et cinq infirmières obstétriciennes) ;
- 03 Ingénieur sanitaire (un agent d'hygiène d'assainissement, deux agents de biologie médicale)
- 03 infirmiers de bloc opératoire ;
- 03 vendeurs de pharmacie ;
- 1 matrone ;

- 24 aides-soignantes ;
- 02 infirmières auxiliaires ;
- 08 comptables ;
- 03 chauffeurs ;
- 07 manœuvres ;
- 08 secrétaires ;
- 01 informaticien
- 1 service de gardiennage

Les activités comprennent :

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

Présentation du service de gynécologie et d'obstétrique :

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

Ce service comprend :

- Trois salles de consultation externe ;
- Une salle pour les urgences gynécologie-obstétriques ;

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

La maternité :

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

Elle reçoit les gestantes et parturientes issues de toutes les couches sociales. Les parturientes venant y accoucher sont suivies soit dans notre

service, soit dans les autres services de gynécologie et obstétrique publics ou privés, soit dans les centres de santé communautaire.

Le personnel de la maternité est composé de :

- Un gynécologue-obstétricien, chef de service qui coordonne et supervise toutes les activités du service ;
- Deux autres gynécologues-obstétriciens ;
- Douze médecins généralistes (ancien résident et les faisant fonction d'interne) ;
- Vingt- neuf sages-femmes réparties entre les différentes unités de la maternité ;
- Neuf thésards (faisant fonction d'internes) ;
- Des matrones et aides-soignantes.

Les activités sont programmées comme suit :

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

1.2- Type d'étude

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

1.3-Lieu d'étude

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

1.4- Durée de l'étude : L'étude à durée 18 mois allant du 1^{er}Janvier 2017 au 1^{er} juin 2018

1.5-Population d'étude

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

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

1.6-Echantillonnage :

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

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

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

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

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

1.7-Procédure d'échantillonnage

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

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

Nous avons choisi 200 clientes dans l'unité de PF au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.

Les 200 clientes correspondent aux utilisatrices de PF

1.8- Outils et techniques de collecte des données

1.8. a- Support

Le recueil des données a été fait à l'aide d'un questionnaire élaboré à cet effet

1.8. b- Technique de collecte des données

Les techniques qui ont été utilisées dans cette étude sont :

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

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

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

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

1.9- Critères d'inclusion

-Toute femme en âge de procréer (13-45 ans) venant pour la PF dans le Centre de santé de référence de la commune I et ayant accepté de se soumettre à nos questionnaires.

-Les prestataires de services de PF.

1.10- Critères de non inclusion

-Celles qui ont refusé de répondre à nos questionnaires

1.11- Considération éthique

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

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

-La confidentialité et l'anonymat ont été garantis.

1.12- Informatisation des données

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

La saisie des textes est faite sur Microsoft Word 2007

1.13- Les variables :

a- Les variables liées aux facteurs prédisposant

- Caractéristiques du personnel
- Catégorie professionnelle
- Expérience des agents

b- Les variables liées aux facteurs facilitant

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

V.RESULTATS

Notre enquête a porté sur 200 clientes et 11 prestataires du Centre de santé de référence de la commune I du 01/01/2017 au 01/06/2018

5.1 Différentes méthodes contraceptives utilisées

Tableau I : Le taux d'utilisation de chaque méthode

Méthodes	Effectif	Pourcentages
Pilule	54	27
Injectable	93	46,5
DIU	12	6
Implant	31	15,5
LRT	2	1
Préservatif	5	2,5
Collier du cycle	3	1,5
Total	200	100

La méthode la plus utilisée était les injectables soit 46,5%.

5.2 Caractère socio démographique

5.2.1 L'âge :

Tableau II : Répartition des clientes selon l'âge

Age	Effectif	Pourcentage (%)
13 - 19	16	8
20 - 34	156	78
35 - 45	28	14
Total	200	100

La tranche 20-34ans était la plus représentée soit 78%.

Âges extrêmes (13 - 45 ans),

Age moyen : 28,05± 7,53

5.2.2 Situation matrimoniale

Tableau III : Répartition des clientes selon la situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Effectif	Pourcentage (%)
Mariée	146	73
Célibataire	54	27
Totale	200	100

Les femmes mariées représentaient 73% .

Tableau IV : Répartition des clientes selon le régime matrimonial

Régime matrimonial	Effectif	Pourcentage (%)
Monogame	74	50,7
Polygame	72	49,3
Total	146	100

La majorité des clientes étaient des monogames soit 50,7%.

5.2.3 Niveau d'instruction

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

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage (%)
Non instruites	60	30
Niveau Fondamentale	53	26,5
Niveau Secondaire	51	25.5
Niveau Supérieur	31	15.5
Ecole coranique	5	2.5
Total	200	100

Dans notre étude 30% des clientes n'étaient pas instruites.

5.2.4 Profession

Tableau VI : répartition des clientes selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentages (%)
Sans Profession	99	49,5
Médecins	2	1
Etudiantes et Elèves	64	32
Commerçantes ou vendeuses	25	12,5
Sage Femmes	4	2
Secrétaires de Direction	6	3
Total	200	100

Les sans profession étaient les plus représentés soit 49,5% .

5.2.5 Ethnie

Tableau VII : Répartition des clientes selon l'ethnie

Ethnie	Effectif	Pourcentages (%)
Bambara	77	38,5
Sarakolé	18	9
Peulh	24	12
Malinké	11	5,5
Kassonké	10	5
Bozo	3	1,5
Dogon	19	9,5
Sonrhäi	9	4,5
Bobo	14	7
Senoufo	5	2,5
Wolof	1	0,5
Maure	3	1,5
Minianka	4	2
Mossi	2	1
Total	200	100

L'ethnie Bambara était la plus représentée soit 38,5% au cours de notre étude

5.2.6 Résidence

Tableau VIII : Répartition des clientes selon la résidence

Quartier	Effectif	Pourcentage (%)
Commune I	159	79,5
Hors de la commune I	41	20,5
Total	200	100

La majorité des clients résidaient dans la commune 1 soit 79,5%

5.2.7 Source d'information

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

Source d'information	Effectif	Pourcentage (%)
Personnel médical	84	42
Media	46	23
Voisins ou amis	52	26
Mari	18	9
Total	200	100

Le personnel médical et les amis ou voisins étaient considérés comme les principales sources d'information avec 42et 26%.

5.3 Antécédents gynéco obstétricaux

5.3.1 Cycle menstruel

Tableau X : Répartition des clientes selon le caractère du cycle menstruel

Cycle menstruel	Effectif	Pourcentage (%)
Régulier	189	94,5
Dysménorrhée	1	0.5
Irrégulier	10	5
Total	200	100

94,5% de nos clients avaient un cycle régulier.

5.3.2 Le nombre d'enfant vivant

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

Nombre d'enfant vivant	Effectif	Pourcentage (%)
0	16	8
1	34	17
2 - 4	95	47,5
5 - 7	47	23,5
8>	8	4
Total	200	100

92% des clientes avaient au moins un enfant vivant.

5.3.4 L'accouchement

Tableau XII : Répartition des clientes selon la voie d'accouchement à leur dernier accouchement.

Voie d'accouchement	Méthodes									
	COC	COP	DIU	Inj	Imp.	Préser.	LRT	Collier	Effect	Pour(%)
Voie basse	19	11	7	20	3	3	2	2	67	33.5
Voie haute	32	18	19	41	21	0	2	0	133	66.5
Total	51	29	26	61	24	3	4	2	200	100

66,5% des clients étaient césarisées à leur dernier accouchement.

5.3.5 : Le dernier accouchement et l'utilisation de PF.

Tableau XIII : Répartition des clientes selon la durée entre le dernier accouchement l'utilisation de PF.

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

la majorité des clientes utilisaient la PF avant 12mois soit 57,04%.

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

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

Les clientes sous pilule étaient les plus représentés soit 3% que les autres méthodes.

5.3.6 Connaissance spontanée

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

Méthodes	Effectif	Pourcentage (%)
Une méthode	19	9,5
Deux méthodes	61	30,5
Plus de deux méthodes	120	60
Total	200	100

60% des clientes pouvaient citer plusieurs méthodes.

5.3.7 Perception

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

Clientes	Effectif	Pourcentage (%)
Espacement des naissances	136	68
Eviter une grossesse	65	32
Total	200	100

La majorité des clientes pensent que la PF veut dire espacement des naissances soit 68%.

5.4 La pratique de la planification familiale

5.4.1 Utilisation antérieure de la PF

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

Utilisation antérieure de la PF	Effectif	Pourcentage (%)
Ancienne	118	59
Nouvelle	82	41
Total	200	100

Les anciennes clientes étaient les plus représentées soit 59%.

5.4.2 Méthode et âge

Tableau XVIII : Répartition des clientes selon la méthode contraceptive choisie et la tranche d'âge.

Age	Méthodes									
	COC	COP	DIU	Inj	impl	Préser	LRT	collier	Effect	Pour. (%)
13-19	5	8	0	16	1	2	0	0	32	16
20-34	30	10	3	74	26	3	0	2	148	74
35-45	1	0	10	3	4	0	2	0	20	10
Total	36	18	13	93	31	5	2	2	200	100

La majorité des clientes de tranche d'âge 20-34 ans ont choisi les injectables soit 74%.

5.4.3 Méthode et situation matrimoniale

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

Situation matrimoniale	Méthodes									
	COC	COP	DIU	Inj	impl	Préser	LRT	Collier	Effect	Pour. (%)
Mariées	21	7	14	73	23	1	2	1	142	71
Célibataires	17	3	3	25	7	3	0	0	58	29
Total	38	10	17	98	30	4	2	1	200	100

La majorité des clientes étaient constituées de femmes mariées soit 71%.

5.4.4 Méthode de PF et niveau d'instruction

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

Niveau d'instruction	Méthodes									
	COC	COP	DIU	Inj	impl	Préser	LRT	Collier	Effect	Pour.(%)
Non instruites	2	1	4	40	8	2	1	1	59	29,5
Fondamental	9	5	3	29	7	0	1	0	54	27
Secondaire	13	5	5	13	11	0	2	0	49	24,5
Supérieur	10	4	3	9	6	0	0	0	32	16
Ecole coranique	0	0	2	4	0	0	0	0	6	3
Total	34	15	17	95	32	2	4	1	200	100

Les clientes non instruites étaient majoritairement représentées au cours de notre étude soit 29,5%.

5.4.5 Méthodes de PF et nombre d'enfants vivants

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

Nombre d'enfant	Méthodes									
	COC	COP	DIU	Inj	impl	Préser	LRT	Collier	Effect	Pour. (%)
0	11	5	2	23	5	2	0	0	48	24
1	6	3	1	11	7	1	0	0	29	14,5
2 - 4	7	12	5	47	8	1	2	1	83	41,5
5 - 7	2	1	4	16	6	0	2	0	31	15,5
8 >	1	0	4	1	3	0	0	0	9	4,5
Total	27	21	16	98	29	4	4	1	200	100

Les clientes ayant 2-4 enfants vivant étaient les plus représentées soit 41,5%.

5.4.6 Disponibilité des méthodes

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

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

Les méthodes disponibles au cours notre étude étaient : la pilule, implant, injectable, DIU, condom et spermicide.

5.4.7 Accessibilité du centre

Tableau XXIII : Répartition des clientes selon le moyen de transport

Moyens de transport	Effectif	Pourcentage
A pied	15	7,5
Motocycliste	45	22,5
Transport en commun	130	65
Voiture personnelle	10	5
Total	200	100

65% de nos clientes utilisaient le transport en commun.

5.4.8 Le temps d'attente

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

Temps d'attente	Effectif	Pourcentage
Long (plus de 30mn)	165	82,5
Acceptable (moins de 30 mn)	35	17,5
Total	200	100

La majorité des clientes affirment que le temps d'attente est long.

5.4.9 Indication du lieu d'approvisionnement

Tableau XXV : Répartition des clientes selon le lieu d'approvisionnement des produits contraceptifs.

Indication	Effectif	Pourcentage
CSREF CI	194	97
En dehors du centre	6	3
Total	200	100

97% des clientes s'approvisionnaient en produits contraceptifs au CREF CI.

5.4.10 Pancarte

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

Pancarte	Effectif	Pourcentage
Oui	182	91
Non	18	9
Total	200	100

Au cours de notre étude 91% des clientes étaient orientées vers l'unité PF selon une pancarte.

5.4.11 Satisfaction des clientes

Tableau XXVII : Répartition des clientes selon leur satisfaction.

Satisfaction des clientes	Effectif	Pourcentage
Oui	191	95,5
Non	9	4,5
Total	200	100

95,5% des clientes étaient satisfaites de la prestation du service.

5.4.12 Coût des produits contraceptif

Tableau XXVIII : Répartition selon le coût des produits contraceptifs

Méthodes	Unité	Coût
Pilule	1 plaquette	100Fcfa
DIU	1	4000Fcfa
Injectable	1	300Fcfa
Implant	1	5000Fcfa
Collier du cycle	1	200Fcfa
Préservatif	1	25Fcfa

Le coût le plus élevé était le DIU et Jadelle .

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

Coût des produits	Effectif	Pourcentage
Abordable	193	96,5
Non abordable	7	3,5
Total	200	100

Le coût était abordable pour les clientes soit 96,5%.

5.4.13 Disponibilité des sièges pour les clientes

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

Disponibilité des sièges	Effectif	Pourcentage
Oui	52	26
Non	148	74
Total	200	100

74% des clientes se plaignaient de manque place.

5.4.14 Avis des utilisatrices

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

Avis des utilisatrices sur les horaires	Effectif	Pourcentage
8heures	129	64,5
14heures	41	20,5
Week end	30	15
Total	200	100

La majorité des clientes étaient satisfaites des horaires de travail soit 64,5%.

5.4.15 Méthodes contraceptives et raison d'abandon

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

Raison d'abandon	Effectif	Pourcentage
Retard des règles	19	9,5
Opposition du mari	71	35,5
Spotting	97	48,5
Désir de grossesse	13	6,5
Total	200	100

La majorité des raisons d'abandon d'une méthode était dû au spotting.

5.4.16 Accord du partenaire

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

Partenaire	Effectif	Pourcentage
Oui	129	64,5
Non	71	35,5
Total	200	100

La majorité des clientes avaient l'accord de leur partenaire soit 64,5%.

5.5 : Observation du prestataire

5.5.1 Qualification du prestataire

Tableau XXXIV : Répartition des prestataires selon leur qualification

Prestataire	Effectif	Pourcentage
Sage-femme	8	72,7
Infirmière	3	27,3
Total	11	100

Les prestataires étaient majoritairement représentés par les sage femmes soit 72,7%.

5.5.2 Heure d'arrivée des prestataires dans l'unité PF

Tableau XXXV : L'opinion des clientes par rapport l'heure d'arrivée des prestataires.

Prestataires	Effectif	Pourcentage
Avant 8 heures	3	1,5
A 8 heures	8	4
Après 8 heures	189	94,5
Total	200	100

La majorité les prestataires venaient après 8heures selon les clientes.

5.5.3 Accueil du prestataire

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

Prestataire	Effectif	Pourcentage
Chaleureux et cordial	194	97
Non chaleureux désagréable	6	3
Total	200	100

L'accueil des clientes étaient chaleureux et cordial soit 97%.

5.5.4 Counseling

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

Counseling	Oui	Non
Bienvenue	200	0
Entretien avec la cliente	200	0
Renseignement sur les méthodes	200	0
Choix de la méthode appropriée	200	0
Explication sur la méthode choisie et suivie	200	0
Rendez-vous et suivi	200	0
Total	200	0

Le BERCER counseling était exécuté à 100% par les prestataires.

5.5.5 Obstacles rencontrés

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

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

Le manque d'information était un frein à l'utilisation du PF soit 81,8%.

5.5.6 Attitude des prestataires

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

Attitude des prestataires	Oui	Non
Prise T A	200	0
Prise de T°	0	200
Auscultation	0	200
Lavage des mains avant et après chaque examen	200	0
Examen gynécologique	27	173
Prise du poids	200	0
Utilisation de gants stériles	200	0
Dates des derrières règles	200	0
TV+ Examen sous spéculum	27	173
Appréciation des conjonctives	15	185

Le lavage des mains avant et après chaque examen étaient systématiquement pratiqué au cours de notre étude.

5.5.7 Formation des prestataires

Tableau XXXX : Répartition des prestataires selon le type de formation

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

Tous les prestataires étaient formé en PF.

VI. COMMENTAIRES

6.1. Aspect méthodologique :

Nous avons mené une étude prospective, transversale et descriptive portant sur 200 clientes et les prestataires du centre de santé de Référence de la CI.

6.2. Caractères sociodémographiques

6.2.1. Age :

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

la tranche d'âge 20-34 était la dominante avec **78%**. La plus jeune cliente avait 13 ans, l'âge moyen était de 28,05 ans avec un écart type à 7,53. La plus âgée avait 45 ans.

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

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

6.2.2. SITUATION MATRIMONIALE :

73% des clientes étaient des femmes mariées, les célibataires ont représentés 27%.

La planification paraît plus concevable chez la femme mariée dans notre société, contrairement à la femme célibataire ; en ce sens qu'elles ont honte de discuter de la sexualité avec les prestataires qui sont plus âgées qu'elle. Elles préfèrent se planifier avec la forme injectable ou la forme orale, disponibles dans les officines plutôt, que de venir dans les unités de PF. La situation matrimoniale a une grande influence sur la fréquentation des services de PF.

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

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

6.2.3. Niveau d'instruction

26,5% des clientes avaient au moins un niveau d'étude fondamentale contre 30% de non instruite. Le niveau d'école coranique était de plus faible prévalence (2,5%) suivi du niveau supérieur (15,5%).

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

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

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

6.2.4. PROFESSION

(49,5%) des clientes étaient sans profession contre (6%) ayant des professions. Les étudiantes et les commerçantes représentaient (44,5%).

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

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

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

6.2.5. Résidence :

(79,5%) des clientes résidaient dans la Commune I contre (20,5%) qui résidaient hors de la commune I. L'accessibilité du centre est facile.

6.2.6. Service d'information :

L'information était donnée par : les médias (23%), les amis et les voisins (26%).

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

6.2.7. Cycle menstruel :

(94,5%) des clientes avaient un cycle régulier contre (5%) des clientes qui avaient un cycle irrégulier et (0,5) avaient des dysménorrhées. Certaines méthodes nécessitent la régularité du cycle pour son utilisation tel que le collier du cycle.

6.2.8. Nombre d'enfants vivants :

Le taux de prévalence contraceptive est faible pour les femmes sans enfant (8%) contre (92%) des clientes ayant au moins un enfant vivant.

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

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

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

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

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

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

6.2.9. Accouchement :

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

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

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

6.2.10. Allaitement :

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

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

La pilule progestative a été plus utilisée au cours du premier 6mois d'allaitement.

6.3. Connaissance en PF :

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

(59,8%) des clientes pouvaient citer plusieurs méthodes, la méthode la moins connue étant la stérilisation masculine (100%).

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

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

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

Connaissance en Afrique.

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

6.4. Utilisation de PF :

Le résultat de notre enquête révèle que (59%) étaient des anciennes clientes de la PF contre (41%) qui étaient des nouvelles.

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

La méthode la plus utilisée au moment de notre enquête est l'injectable (46,5%) suivie de la pilule (27%), le Implant (15,5%), le DIU (6%),le préservatif (2,5%),ligature et résection des trompes (2),le collier du cycle (1,5).

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

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

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

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

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

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

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

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

Certains produits, tels que le diaphragme, le cap cervical, le préservatif féminin, ne sont pas disponibles dans le service de l'unité PF du csref c1. Le moyen de transport n'est pas un obstacle si remarquable dans la fréquentation des services de PF.

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

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

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

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

80% des clientes se plaignent contre 20%.

(95,5%) des clientes sont satisfaites de la prestation de service contre (4,5%).

(96,5%) des clientes pensent que le coût des produits contraceptifs est abordable contre (3,5%).

6.6. Observation du prestataire :

Toutes les prestataires étaient de sexe féminin, elles ont seulement recouru aux Médecins en cas de ligature et résection des trompes.

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

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

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

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

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

(81,8%) des prestataires pensent que le manque d'information et la qualité des informations empêchent aux femmes de pratiquer la PF et 18,2% d'entre eux l'attribuent plutôt à la religion.

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

VII.CONCLUSION.

Notre étude transversale a eu lieu dans le service de PF du 1^{er} janvier 2017 au 1^{er} juin 2018 et a concernée 200 utilisatrices et 11 prestataires. Elle nous a permis d'évaluer le niveau de compréhension des utilisatrices sur la PF. Notre étude nous démontre que plus le niveau d'instruction scolaire est élevé plus l'adhésion à la PF est facile car (67,5%) de ces enquêtes ont été au moins un niveau d'étude fondamentale. Il faut signaler que le taux d'abandon est élevé et cela est dû au faible niveau d'instruction des femmes, aux méthodes choisies (prise quotidienne de pilule),et l'appartenance religieuse et ethnique de la femme.

La méthode la plus utilisée au cours de notre enquête est l'injectable (46,5%).

Le temps d'attente est long, affirmé par 82,5% des clientes.

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

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

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

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

- Consultation mensuelle est de 280 au CSREF CI
- CSRéf Commune I, manque de certaines méthodes telle que : Le diaphragme, la cape cervicale, préservatif féminin.

VII. RECOMMANDATIONS

Au Ministère de la Santé

Mettre les prestataires dans les conditions optimales.

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

Instaurer une campagne de sensibilisation des hommes mariés sur la PF.

Au Ministère de l'éducation :

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

AUX PRESTATAIRES :

- Nous les invitons à plus de rigueur dans le respect des mesures individuelles de prévention des infections ;
- A plus de collaboration entre les différents services afin de permettre aux clientes de pouvoir en bénéficier pleinement ;
- A accepter de recevoir les couples qui le souhaitent en même temps lors des entretiens ;
- Sensibiliser régulièrement les femmes lors des journées de vaccination et autre.

- A accorder la priorité aux clientes de la PF au sein des Unités et non plus à celle venant pour la CPN.

VIII. REFERENCES

- 1 AMPPF : Situation de la planification familiale au Mali, 2004.**
- 2 Centre français sur la population et le développement (CFPD) :**
Groupement d'intérêt scientifique EHESS-INED-INSEE-ORSTOM-PARIS 6
20ans de planification familiale en Afrique Subsaharienne/Thérèse LOCOH,
1992-27P n° 19.
- 3 CERPOD, Impacte de la planification familiale sur la vie des femmes :
Résultats d'une étude réalisée dans le District de Bamako, Mali, Mai
1999**
- 4 Comportements contraceptifs des familles en milieu rural. Tunis
Office national de famille et de la population, 1995.**
- 5 EDSM V : Enquête démographique et de santé au Mali en 2012-2013**
- 6 ZALHA SANI M. Les obstacles à l'utilisation des services
de planification familiale à OUAGADOUGOU au Burkina Faso, Thèse
de médecine, Bamako 2004, n° 4-M-25.**
- 7 KODJOGBE N. Enquête démographique sur la santé au Bénin
2^{ème} édition, 2003.**
- 8 Sango SANOUSSI, Contribution à l'étude de la Planification
familiale dans la commune IV du district de Bamako, Thèse de
médecine, Bamako 1996, n° 96-M-32.**
- 9 World Health Organization Division of family and reproductive
health:
Improving access to quality care in family planning, Algidity criteria
for initiating use of selected methods of contraception,
WHO/FRH/FPP/96-9.**
- 10 Cahier d'étude et de recherche francophone/Santé volume
10.6, 407-12
Novembre -Décembre 2000, Etude original**

11 TRAORE S.M., BALLO M. B.,

Planification familiale Cellule de planification et de statistique du Ministère de la

Santé (CPS/MS), Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique (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

12 A. CAMPANA

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

[http://www.gfmer.ch/Cours/Index cours 4e annee.html](http://www.gfmer.ch/Cours/Index%20cours%204e%20annee.html),

13PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE,

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

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

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

15 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

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

16 HOFFMAN T, MARTINSON F.

<< Adverse health event occurring during an n-9 gel pilot study: Malawi>>, 13th

International AIDS Conference, de 9 au 14 juillet 2000, Durban, Afrique du Sud,

n° de résumé TuPpC1171

**17 HOOTON TM, SCHOLES D, HUGHES JP, WINTER C, ROBERTS PL,
STAPLETON AL et coll.**

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

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

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

**19 SMALLWOOD G, MEADOR M, LENIHAN J, SHANGOLD G, FISHER
A, CREASY G**

ORTHO EVRA/EVRA 002 Study Group. «Efficacy and safety of a transdermal contraceptive system », *ObstetGynecol*, vol. 98, 2001, p. 799-805.

20 IEBEN TO, ROUMEN FJ, APTER D.

« Efficacy, cycle control, and user acceptability of a novel combined contraceptive

vaginal ring », *ObstetGynecol*, vol. 100, n° 3, 2002, p. 585-93.

21 KAUNITZ AM, GARCEAU RJ, CROMIE MA.

« Comparative safety, efficacy, and cycle control of Lunelle monthly contraceptive

injection and Ortho-Novum 7/7/7 oral contraceptive », *Contraception*, vol. 60, n° 4,

1999, p. 179-87.

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

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

23 TCHER R, TRUSSELL. J, STEWART F, CATES W, STEWART G,

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

24 .BLACK

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

25 ANDERSON K, ODLIND V, RYBO G.

« Levonorgestrel-releasing and copperreleasing (Nova-T) IUDs during five years ofuse: a randomized comparative trial », Contraception, vol. 49, 1994, p. 56-72.

26 S. DUNN, E. GUILBERT

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

27 TRUSSELL J, RODRIGUEZ G, ELLERTSON C.

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

28 R. MILLER- L. HANVEY

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

29 GUILLEBAUD J.

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

30 DUNSON DB, SINAI I, COLOMBO B.

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

31 C.A. FORTIN, E.GUILBERT,

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

32 FAMILY HEALTH INTERNATIONAL

Document électronique- consulté le 14 juin 2004

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

33 POPULATION INFORMATION PROGRAM.

Vasectomy: safe and simple. Population Reports, Series D, No. 4, Baltimore, Johns

Hopkins University, novembre / décembre 1983.

34 T. ROWE,

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

35 CHENG CY, MO M, GRIMA J, SASO L, TITA B, MRUK D ET COLL.

« Indazole carboxylic acids in male contraception », Contraception, vol. 65, 2002,265p

36 LALITKUMAR P, SENGUPTA J, DHAWAN L, SHARMA D, LASLEY

B, OVERSTREET J et coll.

« Anti-nidatory effect of vaginally administered fumagillin in the rhesus monkey »,

Contraception, vol. 62, 2000, 155p

37 BARNEA ER.

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

38 MINISTERE DE LA SANTE (MALI)

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

39 Bé Sao Ousmane

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

I IDENTIFICATION DE LA PERSONNE

1- no 4- Profession

2- Age 5- Religion

3- Adresse 6- Ethnies

II LES CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES

1 Niveau d'instruction

a- Primaire.....

b- Secondaire.....

c- Supérieur.....

d- Ecole Coranique ou Medersa.....

e- Non instruite.....

2 Etat matrimonial

a- Mariée f- Polygamie h- Monogamie

b- Célibataire g- Sans enfants i- Avec enfant

3 Antécédent obstétrical

a- Gestité

b- Parité

c- Intervalle inter-génésique

d- Vivant

e- Décès

f- Avortement provoqué

g- Avortement spontané

FICHE D'ENQUETE POUR LES UTILISATRICES

Antécédent gynécologique

a- Cycle régulier : e- Prurit :

b- Cycle irrégulier : f- Leucorrhée :

b1- Cycle irrégulier abondant : g- Pollakiurie :

b2- Cycle irrégulier non abondant : h- Antécédent de contraception

c- Durée du cycle :

d- Dysménorrhée :

e- Dysurie

5 Les autres antécédents

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

b- Chirurgicaux :

III- METHODE DE CONTRACEPTION

1 Méthode de contraception actuellement utilisée

a- Pilule f- Condom

b- Diaphragme g- - Implant

c- Injectables h- Autres

d- D I U i- Aucune

e- Spermicides

2 Pourquoi a-t-elle changé de méthode

a- Vertiges e- Aménorrhée h- Métrorragie

b- Vomissement f- Désir d'enfant i- Meno métrorragie

c- Prise de poids g- Oubli j- hyperménorrhée

d- Sècheresse vaginale k- Autres à préciser

IV- POURQUOI PRATIQUER-VOUS LE PLANNING FAMILIAL

a- Eviter une grossesse

b- Espacement des naissances

c- Limitation des naissances

d- Lutte contre la stérilité

e- Lutte contre les IST /Sida

f- Autres

V- QUI VOUS A CONSEILLE DE PRATIQUER LE PLANNING FAMILIAL

a- Après réflexion personnelle e- Parents

b- Ami(e) f- Voisins

c- Mari g- Autres à préciser

d- Agent de santé h- Médias

VI- POURQUOI AVEZ-VOUS CHOISI LA COMMUNE I DU DISTRICT DE BAMAKO

POUR LE PLANNING

1- Bonne qualité 5- Accessibilité géographique

2- Plus grande discrétion 6- Accessibilité financière

3- Compétences du personnel

4- Autres (à préciser)

- Combien la prestation du PF vous a coûté

- Ce prix vous semble t-il raisonnable Oui Non

- Trouvez-vous acceptable que les informations sur le PF soient diffusées à la radio, TV, théâtresou autres Oui Non

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

Oui Non

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

Oui Non

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

Oui Non

Estimez-vous avoir été traité dignement ?

Oui Non

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

Oui Non

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

Oui Non

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

Oui Non

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

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

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

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

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

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

OUI NON

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

OUI NON

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

OUI NON

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

OUI NON

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

OUI NON

11- Quels sont vos difficultés ?.....

Fiche Signalétique**Nom :** Bagayoko**Prénom :** Moussa**Titre:** Evaluation et Problématique de la planification familiale en Commune I du District de Bamako.**Année :** 2017-2018**Ville de Soutenance :** Bamako**Pays d'origine :** Mali**Tel :** 73 15 74 65**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la FMOS**Secteur d'intérêt :** Santé publique/Santé de la reproduction.**Résumé :**

Nous avons effectué une étude rétrospective et prospective transversale descriptive sur l'étude des activités de PF du 1er Janvier 2017 au 1er juin 2018 dans le CSREF CI du district de Bamako.

Il faut noter que malgré la disponibilité des méthodes contraceptives et l'implication de l'autorité en matière de PF, la prévalence contraceptive reste encore faible dans notre pays (6%). Au cours de notre enquête nous avons pris un échantillon de 200 femmes utilisatrices de méthodes contraceptives. Nous avons (27%) qui ont utilisé la pilule, (15,5%) les implants, (6%) DUI, (2%) LRT, (2,5%) le préservatif, (1,5%) collier du cycle. Au cours de notre enquête nous avons enregistré pour des raisons d'abandon du PF le retard des règles (9,5%), opposition du mari (35,5%), sans cause (48,4%), désir de grossesse (6,4%).

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

Mots clés : planification familiale, les activités, Bamako.