

SOMMAIRE

I-	INTRODUCTION.....	1
II-	OBJECTIFS.....	4
III-	GENERALITES.....	5
IV-	METHODOLOGIE.....	33
V-	RESULTATS.....	39
VI-	COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	59
VII-	CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	65
VIII-	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	67
IX-	ANNEXES.....	73

DEDICACE

Je dédie cette thèse

Au seigneur,

Le tout puissant

Toi qui nous assiste de la naissance au jour dernier ; Toi qui par ta grâce ce travail a pu être réalisé. Merci de m'avoir donné la force et le courage d'arriver jusqu'ici et pour tout ce qui est à venir, car «seul toi sais et fais » nous ne sommes que les exécutants de ta volonté.

◆ **A Mon père Feu Benoit TRAORE**

Mes premiers pas à l'école, c'est toi qui les guidas par ta bravoure et ton courage, tu nous as permis mes frères et moi d'acquérir le goût du travail bien fait. Père exemplaire, tu as fait de moi ce que je suis et suis fier de l'être. Je ne saurais te remercier pour tout ce que tu m'as apporté.

Merci, j'espère que de là haut tu apprécieras cette œuvre à laquelle tu as contribué.

- ◆ **A ma mère Mme TRAORE Annonciata KONE** source de ma vie, pionnière de mon éducation, femme de cœur, femme forte, je suis fier d'être issue de toi. Ce travail est le fruit de tous les efforts et sacrifices que tu as consentis. Puisse ce jour être pour toi non seulement, une occasion de réjouissance, de fierté mais aussi le témoignage de toute mon affection et de mon attachement profond Mère ! Que Dieu te garde longtemps auprès de nous afin que tu puisses jouir des fruits murs, qui germeront des graines que tu as semé et n'a cessé d'entretenir pendant plus d'un quart de siècle. Que l'avenir soit pour toi, soulagement et satisfaction, Amen !

REMERCIEMENTS

◆ A mes frères **Antoine, André, Barthelemy, Alain -Claude** ;

Véritables compagnons, j'espère que nous profiterons ensemble des jours meilleurs qui sont à venir.

Merci mes chers, de m'avoir supporté et d'avoir été les grands frères que je n'ai jamais eus.

◆ A mes sœurs **Angelina et Joséphine**

Merci pour les soutiens et le respect que vous me témoignez sans cesse.

◆ A ma fiancée **Caroline DEMBELE**

Femme fidèle, patiente et courageuse.

Merci pour la confiance et le soutien

Que Dieu nous accorde des jours meilleurs

◆ A mes belles sœurs, **Andrea, Marie- Rose, Mariam** merci pour tout votre accompagnement durant des années.

◆ Au **Dr Lassina DIAKITE**

Merci pour les précieuses orientations et conseils que tu ne cesses de me prodiguer.

◆ Au **Dr Adama BAGAYOKO**, merci pour les orientations que vous m'avez accordé dans la réalisation de ce travail

◆ A l'interne **Sidy CAMARA**

Je vous suis reconnaissant pour tout le soutien matériel que vous m'avez toujours apporté.

◆ A **Mr Madou SANOGO**, je ne saurais te remercier pour le soutien moral et matériel que tu m'accordes. Véritable inspirateur de ce travail.

◆ A tous les **membres du CS Réf C IV**

En commençant par le médecin chef **Dr Moustapha TOURE**, son adjoint **Dr Oumar GUINDO**, **Dr Diakaridia KONE**, **Dr Ibrahim TRAORE**, tous les **D.E.S** qui ont passé par le CSRéf C IV, les autres médecins, le surveillant

Coulou, mes tantes **sages femmes**, les **infirmières** et les **manœuvres** de m'avoir accepté, de m'avoir fait confiance et d'avoir contribué également de façon active à ma formation.

- ◆ A mes **cousins Joseph DIARRA, Ousmane, Lucien, Minogo** soyez remerciés pour tout.
- ◆ A ma cousine **Sophie DIARRA**, merci pour le soutien moral que tu ne cesses de m'apporter.
- ◆ A mes **amis Samba, Drissa, Kounkoun, Famakan, Fousseni, Lassana, Oumar, Mamadou, Boubaz, Boubacar GOITA, Agali.**

Je vous remercie pour les précieux conseils que vous ne cessez de me prodiguer.

- ◆ A tous mes **Professeurs** du Lycée, du Collège de la Faculté qui m'ont permis d'apprendre d'eux. Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.
- ◆ **Au Dr Julien Yves TRAORE**, frère, ami, compagnon de la faculté, merci pour ton accompagnement durant ces années.
- ◆ A tous les prestataires et clients qui ont accepté de se soumettre à notre étude. J'espère du fond du cœur que vous soyez les principaux bénéficiaires des résultats de cette étude.

A notre maître et juge

Docteur Oumar Guindo

- ◆ Médecin généraliste au CSRéf CIV
- ◆ Diplômé de la 3^e promotion EPIVAC/Vaccinologie/Management
- ◆ Médecin faisant fonction d'adjoint au CSRéf CIV
- ◆ Attaché de Recherche auprès du Ministère de l'enseignement et de la recherche scientifique.

Cher maître,

- C'est un honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail ;
- Vos qualités académiques et professionnelles et votre courtoisie font de vous un homme remarquable ;
- Trouvez ici, l'expression de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.

A notre maître et Codirecteur

Docteur Boubacar TRAORE

- ◆ **Gynécologue Obstétricien.**
- ◆ **Médecin chef du CSRéf CVI du District de Bamako.**
- ◆ **Trésorier général de la Société Malienne de Gynécologie et d'Obstétrique.**

Cher maître,

- Votre esprit critique et votre objectivité ont largement contribué à renforcer la qualité de ce travail.
- Recevez ici, nos sincères remerciements.

A notre maître et Président

Professeur Salif DIAKITE

- ◆ **Professeur honoraire de gynécologie et d'obstétrique à la FMPOS**
- ◆ **Gynécologue accoucheur au CHU-HGT**

Cher maître,

- Nous sommes honorés que vous ayez accepté de présider ce travail ;
- La qualité et la clarté de votre enseignement forcent l'admiration ;
- Votre rigueur scientifique, vos qualités humaines de même que votre totale disponibilité malgré vos multiples occupations font de vous un exemple à suivre ;
- Permettez-nous de vous exprimer notre profonde reconnaissance.

A notre Maître et Directeur de thèse

Docteur Moustapha TOURE

- ◆ **Gynécologue Obstétricien**
- ◆ **Diplômé d'échographie de la faculté de médecine de Brest**
- ◆ **Titulaire d'un certificat du cours européen d'épidémiologie Tropical de Bale en Suisse**
- ◆ **Titulaire d'un certificat de fécondation in vitro de Hambourg en Allemagne**
- ◆ **Titulaire d'un master en recherche sur le système de santé de l'université libre de Bruxelles**
- ◆ **Maître assistant de gynécologie à la FMPOS**
- ◆ **Médecin chef du centre de CSRéf CIV du District de Bamako**
- ◆ **Chevalier de l'ordre national.**

Cher maître,

- Votre modestie, votre courage, votre disponibilité et surtout votre souci constant du travail bien fait sont des qualités admirables ;
- C'est l'occasion pour nous de vous exprimer notre profond attachement et toute notre fierté d'être encadrés par vous.

SIGLES ET ABREVIATIONS

A.M.P.P.F	: Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille
A.V	: Anneau Vaginal
C.I.C	: Contraceptif Injectable Combiné
C I P D	: Conférence Internationale sur la Population et le Développement
C.I.P	: Contraceptif Injectable Progestatif
C S COM	: Centre de Santé Communautaire
C.I	: Contre Indication
C.O.C	: Contraceptifs Oraux Combinés
C.O.P	: Contraceptifs Oraux Progestatifs
CSRéf CIV	: Centre de Santé de Référence de la Commune IV
D.A.T	: Dispensaire Anti Tuberculeux
D.N.S	: Direction Nationale de la Santé
D.S.R	: Division Santé de la Reproduction
D.I.U	: Dispositif Intra Utérin
D.S.F	: Division Santé Familiale
E.D.S	: Enquête Démographique et de Santé
F.D.A	: Food and drug Administration
F.S.F	: Follicule Stimuline Hormone
G.C.H	: Gonadotrophine Chorionique
G.E.U	: Grossesse Extra Utérine
G.N.R.H	: Gonadotrophine Regulating Hormone
I.M	: Injection Intra Musculaire
I.P.P.F	: Fédération Internationale pour le Planning Familial
I.S.T	: Infection Sexuellement Transmissible
L.H	: Hormone Lutéinique



L.T	: Ligature des trompes.
M.A.M.A	: Méthode de l'Allaitement Maternelle et de l'Aménorrhée
M.G.C	: Méthode de la Glaière Cervicale
M.J.F	: Méthode des Jours Fixes
M.S.T	: Maladie Sexuellement Transmissible
O.R.L	: Oto-rhino-laryngologie
O.M.S	: Organisation Mondiale de la Santé
P.M.I	: Protection maternelle et infantile
P.F	: Planning Familial
S.C	: Injection Sous Cutanée
S.R	: Santé de la Reproduction
SIDA	: Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
T.B.C	: Température basale du corps
V.I.H	: Virus de l'immunodéficience humaine
V.H.B	: Virus d'hépatite B

I- INTRODUCTION

La croissance géométrique de la population dans les pays en voie de développement et les problèmes qui y sont liés sont considérés comme une entrave à une croissance économique continue et à un développement durable. Ainsi la maîtrise des naissances par la séparation de la reproduction à la sexualité à travers des programmes de santé reproductive constitue un enjeu majeur pour la majorité des gouvernements de ces pays.

Dans ces programmes, on parle de santé reproductive quand les gens sont à mesure d'avoir une vie sexuelle satisfaisante dépourvue de dangers et qu'ils ont à la fois les moyens de procréer et la liberté de décider quand et avec quelle fréquence ils le font. Cette dernière condition sous-entend le droit des hommes et des femmes d'être informés et d'avoir accès à des méthodes contraceptives de leur choix qui sont sans danger, efficaces, abordables, acceptables et disponibles. De même, les droits reproductifs reposent sur la reconnaissance du fait que tous les couples ont pour droit fondamental de décider en toute liberté et de façon responsable du nombre, de l'espacement et du calendrier de naissance de leurs enfants et d'avoir les informations et les moyens de le faire, ainsi que le droit de parvenir au niveau le plus élevé de santé sexuelle et reproductive. **(Beijing 1995)[1]**

La contraception est reconnue comme un moyen essentiel pour maintenir la santé et le bien être des femmes ainsi que de leur famille. En effet, le rôle capital que joue la planification familiale dans la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile a été mis en évidence lors de plusieurs études et rencontres internationales notamment lors de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) tenue en septembre 1991 au Caire. **[2]**

Au Mali, l'introduction des méthodes modernes de contraception est consécutive à la création de l'Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille (AMPPF) en 1972 et à la réorientation de la politique de santé maternelle et infantile. Cette introduction est également consécutive à la

création de la Division Santé Familiale et Communautaire (DSFC) en 1980 transformée en Division Santé de la Reproduction (DSR) en 2001 au sein de la Direction Nationale de la Santé (DNS).

Le gouvernement du Mali ayant pris conscience de l'impact des problèmes de population sur le développement socio économique du pays a adopté le 8 mai 1991 une politique nationale de population révisée en 2001. [2]

Malgré des efforts entrepris en matière de Santé de la Reproduction (SR), force est de constater que le Mali fait partie des pays où la prévalence contraceptive est l'une des plus basses seulement 8% selon l'Enquête Démographique de Santé (EDS IV). [14]

Il ressort également des données de cette enquête que :

- ✓ la mortalité maternelle est très élevée : 464 pour 100 000 naissances vivantes, ainsi chaque année au Mali, 3000 femmes meurent des complications de la grossesse et de l'accouchement, soit un décès toutes les trois heures.
- ✓ la mortalité infanto-juvénile est aussi très élevée : 191 pour 1000 naissances vivantes soit 1 décès sur 5 naissances vivantes avant l'âge de 5 ans dont 4,6% entre 0 et 1 mois, 5% entre 1 et 12 mois et 10,5% entre 1 et 5 ans.
- ✓ la fécondité globale est assez élevée, soit 6,6 enfants par femme. [14]
- ✓ des milliers de femmes et de filles souffrent de complications et de séquelles liées à des grossesses non planifiées. Ainsi, espacer les grossesses d'au moins deux ans augmente les chances de survie des enfants. La contraception peut contribuer à réduire le nombre des avortements non médicalisés et ainsi jouer un rôle important dans la réduction de la mortalité et des incapacités maternelles. [2, 32]
- ✓ aussi les besoins non satisfaits en matière de PF exprimés par les femmes mariées sont de l'ordre de 28,5%. L'existence d'un tel niveau de besoins non satisfaits en PF contraste avec la faible prévalence contraceptive. [2]

Dès lors, il devient urgent et indispensable d'inverser la tendance qui hypothèque la qualité de vie et fragilise la survie des femmes et des enfants.

A travers ce travail nous avons voulu apporter notre modeste contribution en initiant: ***Connaissances et utilisation de la contraception chez les patientes au Centre de Santé de Référence de la Commune IV du District de Bamako***, qui observent un faible taux de prévalence contraceptive (8%) avec comme objectifs.

II- OBJECTIFS

OBJECTIF GENERAL

Apprécier les connaissances et l'utilisation de la contraception chez les clientes du centre de santé de référence de la commune IV du District de Bamako

OBJECTIFS SPECIFIQUES

- ✓ Déterminer le profil sociodémographique des utilisatrices de la contraception au CSRéf CIV.
- ✓ Apprécier la perception des utilisatrices sur l'organisation des services de prestation de la contraception au CSRéf CIV.
- ✓ Apprécier la connaissance des utilisatrices sur les méthodes jouant un rôle dans la lutte contre les IST/SIDA.
- ✓ Décrire les différentes méthodes de choix.
- ✓ Identifier les motifs d'abandon et/ou de changement de méthodes contraceptives.

III- GENERALITES

A. LA PLANIFICATION FAMILIALE

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

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

De nos jours le concept de la planification familiale se couple avec celui de la santé de la reproduction (SR). Selon la définition adoptée à la conférence internationale sur la population et le développement en 1994 au Caire, la SR est le « bien être général, tant physique que mental et social de la personne humaine pour tout ce qui concerne l’appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non seulement l’absence de maladie ou d’infirmité ».

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 pré-nuptiale ;
- ✓ La contraception ;
- ✓ La lutte contre le VIH/SIDA ;
- ✓ La formation, la supervision et l’évaluation du personnel ;
- ✓ La recherche.

Notre étude se propose d’explorer une des composantes de la planification familiale : **la contraception.**

B. LA CONTRACEPTION

Selon le dictionnaire de médecine Flammarion 7ème édition, la contraception est l'utilisation de procédés temporaires et réversibles destinés à empêcher la conception, sont donc exclus de cette définition les procédés chirurgicaux irréversible (vasectomie, ligatures des trompes) qui restent dans le cadre d'une stérilisation.

En pratique, on distingue actuellement **quatre (4) grands modes de contraception** selon le procédé auquel ils font appel :

- ⇒ Ceux qui bloquent l'ovulation.
- ⇒ Ceux qui bloquent la spermatogénèse (stade expérimental).
- ⇒ Ceux qui font obstacle à la fécondation (abstention périodique, coït interrompu, préservatif, méthode Ogino Knaus).
- ⇒ Ceux qui font obstacle à la nidation de l'œuf.

pour **trois (3) types de méthodes contraceptives** :

- ⇒ Méthode moderne,
- ⇒ Méthode naturelle,
- ⇒ Méthode traditionnelle.

Bien que la définition de la contraception prenne en compte le concept de la réversibilité, nous aborderons les méthodes de stérilisation volontaire qui elles, sont des méthodes de PF irréversibles mais qui sont intégrées dans le « paquet » de prestation de conceptions.

Les *critères d'évaluation* d'une méthode contraceptive *sont* donc : l'*efficacité*, l'*acceptabilité*, l'*innocuité* et la *réversibilité*.

➤ **L'efficacité** : est *théorique et pratique* s'exprimant par l'indice de Pearl.

Elle se mesure par la proportion dans laquelle la fécondation maternelle se retrouve réduite par l'emploi d'une méthode contraceptive donnée.

L'Indice de PEARL évalue le nombre de grossesses survenues chez 100 femmes exposées pendant 12 cycles.

Cet indice s'exprime par la formule :

$$R = \frac{\text{Nombre de grossesses}}{\text{Nombre total de mois d'exposition}} \times 1200$$

✓ *L'efficacité théorique de la contraception*

C'est l'efficacité technique de la contraception impliquant l'utilisation d'une méthode contraceptive de manière continue suivant les instructions données.

✓ *L'efficacité pratique de la contraception*

C'est l'efficacité de l'usage de la contraception, liée à l'acceptabilité et à la motivation des couples qui l'utilisent.

➤ *L'acceptabilité :*

Elle dépend en partie de son attitude et de l'attitude des autres à l'égard de la méthode et de la contraception en général [15].

Les principaux *critères d'acceptabilité* d'une méthode sont : *l'attitude des prestataires vis à vis de la méthode, les effets secondaires et leur prise en charge, les questions sociales, culturelles et religieuses liées à la méthode, la facilité d'utilisation, l'acceptabilité de la méthode (coût, disponibilité, facilité d'acquisition), les répercussions sur les relations du couple.* [15]

➤ *L'innocuité*

Tout comme il n'existe pas de contraceptifs efficaces à 100%, il n'existe pas non plus de contraceptifs sans risque.

En fait, il existe toute une variété de risques auxquels on s'expose lorsqu'on utilise une certaine méthode :

- ✓ Les *risques liés aux dangers inhérents à la méthode* sont ce que la méthode est liée à un décès, une hospitalisation, une perte de fécondité,

une hystérectomie, des douleurs, une infection des voies génito-urinaire, etc.

- ✓ Les *risques pouvant apparaître en raison des inconvénients* que la méthode peut présenter : cette méthode rend-elle les rapports sexuels moins agréables voire même désagréables ? Est-elle très chère ? Fait-elle perdre des heures ou des jours de travail ? Entraîne t-elle une insatisfaction ou l'embarra du partenaire ? etc.
- ✓ Les *risques liés à la grossesse* en cas d'échecs de la méthode (ou si le couple fait une erreur dans l'utilisation de la méthode) [12].

➤ **La réversibilité**

La réversibilité d'une méthode contraceptive se mesure par la capacité à revenir à l'état initial à l'arrêt de la prise de la méthode. Elle peut être immédiate ou ultérieure [20].

1- METHODE MODERNE

1.1- CONTRACEPTION HORMONALE

Les contraceptifs hormonaux constituent les méthodes non chirurgicales les plus populaires et les plus efficaces au monde pour l'espacement des naissances et la régulation de la fécondité.

Les contraceptifs hormonaux sont des composés synthétiques destinés à ressembler aux hormones naturelles présentes dans le corps de la femme.

Ces hormones, l'œstrogène et la progestérone sont essentielles au fonctionnement du cycle menstruel, et donc à l'ovulation qui permettra, elle, la fécondation.

Voie d'administration

Elle est *orale, injectable (IM)*, ou en *implant (SC)*.

Il existe ainsi :

- *les contraceptifs oraux ou pilules* dont on distingue deux (2) types : les pilules oestroprogestatives (combinées et séquentielles) et les pilules progestatives ;

- **les injectables** : ce sont des contraceptifs en injections intramusculaires bimestrielle ou trimestrielle ;
- **les implants** : ce sont des progestatifs insérés en sous cutanées, ils ont la libération prolongée ; d'une durée de 1 à 5 ans.

Le métabolisme

Les hormones naturelles sécrétées par l'ovaire ou introduites par voie, parentérale ou en sous-cutané atteignent d'abord les récepteurs hormonaux avant d'être métabolisées par le foie ; les hormones de synthèse passent d'abord dans le foie avant d'atteindre les récepteurs hormonaux [22].

En ce qui concerne le foie, seul le 3 methoxy 17 ethinyl estradiol est déméthylé et peut donc entraîner les problèmes d'intolérance. Les morethisterone, norgestrel et norgestrienone peuvent franchir la barrière hépatique sans transformation préalable [22].

⇒ LES PILULES OESTROPROGESTATIVES : LA PILULE COMBINÉE

Les contraceptifs oraux combinés sont des pilules qui contiennent des hormones œstrogènes et progestérone. On les prend tous les jours à la même heure.

Types de contraceptifs oraux combinés

Selon le dosage des hormones durant le cycle, on a les :

- **Monophasiques** : les 21 pilules actives contiennent la même quantité d'œstrogène-progestérone,
- **Bi phasiques** : les 21 pilules actives contiennent 2 combinaisons différentes,
- **Tri phasiques** : les 21 pilules actives contiennent 3 combinaisons différentes.

Avantages

Très efficace si utilisé de manière journalière correcte et régulière (taux de grossesse de 0,1 à 8 pour 100 femmes pendant la 1ère année d'utilisation)

- ✓ *Efficace immédiatement*
- ✓ *Examen gynécologique n'est pas nécessaire avant l'utilisation,*
- ✓ *N'interfère pas avec les rapports sexuels*
- ✓ *Peu d'effets secondaires*
- ✓ *Pratique et facile à utiliser, le coût est abordable*
- ✓ *L'emploi peut être arrêté facilement*

Effets secondaires

Aménorrhée, Poitrine dure ou sensible, Dépression, Céphalées, Nausées et vomissements, Etourdissements, Nervosité, Petites pertes sanglantes ou saignement entre les règles, Hypertension artérielle réversible, Prise de poids, Sensibilité des seins au toucher, acné/ peau grasse, Crise cardiaque, attaque cérébrale, thrombose pulmonaire ou cérébrale, tumeur du foie (bien rares).

Contre - indications

Contres indications absolues, Grossesse confirmée ou suspectée, Allaitement (6 premières semaines du post partum), Trouble thromboembolique, Cardiopathie thrombogène et infarctus du myocarde, Hémoglobinopathie, hypertension artérielle sévère, Insuffisance rénale chronique, Affections hépatiques sévères, Cancer du sein ou cancer de l'endomètre, Accidents vasculaires cérébraux, Hémorragies génitales non diagnostiquées.

⇒ PILULES PROGESTATIVES

Ce sont des pilules qui contiennent uniquement de la progestérone.

Elles se prennent toujours à la même heure.

Avantages

Très efficace, si la pilule est prise à la même heure chaque jour (taux de grossesse de 0,5 à 10 pour 100 femmes pendant la première année d'utilisation).

- ✓ *Efficace immédiatement (inférieur à 24 heures) ;*
- ✓ *Examen gynécologique aussi nécessaire avant l'utilisation ;*

- ✓ *N'interfères pas avec les rapports sexuels ;*
- ✓ *N'affecte pas l'allaitement ;*
- ✓ *Retour à la fécondité dès l'arrêt ;*
- ✓ *Peu d'effet secondaire ;*
- ✓ *Pratique et facile à utiliser ;*
- ✓ *La cliente peut facilement arrêter l'utilisation ;*
- ✓ *Peut être fourni par un personnel non médical formé ;*
- ✓ *Ne contient pas d'œstrogène.*

Effets secondaires et complication

Aménorrhée (absence de saignement ou petites pertes sanglantes), Saignement /perte sanglante prolongé (e) et/ou important (e), Maux de tête (particulièrement avec une vision trouble), Douleur abdominale et pelvienne avec ou sans symptôme de grossesse, Sensibilité de la poitrine (mastalgie), Excès de poils (hirsutisme) ; Gains ou perte de poids, Acné/dermatite ou perte de cheveux, jaunisse, Saut d'humeur ou dépression (perte de la libido) ; Nausée et vomissements, Thrombophlébite ou thrombo-embolie, Etourdissement, nervosité.

Contre - indications

Femmes enceintes, Femmes qui ont des saignements vaginaux non expliqués (jusqu'à évaluation), Femmes qui prennent des médicaments pour l'épilepsie (phenytoïne et barbiturique) la tuberculose (rifampicine), Femmes qui ont un cancer du sein ou des antécédents.

⇒ LES INJECTABLES

Les CI sont des hormones à base d'œstrogène et de progestérone appelé (CIC) ou de progestérone seul appelé (CIP) qui s'injecte par voie intramusculaire afin d'empêcher la survenue de la grossesse.

Avantages

- ✓ *Pratique et facile à utiliser ;*

- ✓ Abandon et réversibilité sans intervention d'un prestataire ;
- ✓ Utilisable par les femmes qui allaitent (CIP) ;
- ✓ Très efficace si l'utilisation est régulière ;
- ✓ Aucune complication cardio-vasculaire observée ;
- ✓ La cliente n'a pas besoin de fournitures ;
- ✓ Peut être fournie par un personnel non médical formé.

Effets secondaires

Perturbation du cycle menstruel ; Saignement régulier ou spotting ;
Saignement prolongé ou abondant ; Aménorrhée ; Prise de poids ;
Douleur et rougeur à l'emplacement de l'injection de 48 à 72 heures après ;
Douleurs intenses dans le bas de l'abdomen ; Céphalées, vertiges et
changement d'humeur ; Envies d'uriner fréquente.

Contre- indications

Toutes les femmes qui n'ont pas eu de règles depuis un certain temps ou pensent être enceintes ; celles qui pensent vouloir un enfant dans les 12 à 18 mois ; celles qui ne sont pas prêtes à accepter les changements dans les règles ; celles qui allaitent un enfant de moins de 6 semaines (CIP) ou qui ne veulent pas ou ne peuvent pas voir un médecin tous les trois (3) mois pour les injections.

⇒ NORPLANT

C'est une méthode contraceptive uniquement à progestérone, à long terme et réversible. Six (6) bâtonnets souples de Levonorgestrel sont implantés sous la peau de la partie supérieure du bras de la femme.

Types

- Levonorgestrel : *Norplant* qui se présente en 6 bâtonnets, protège la femme pendant 7 ans ;
- Levonorgestrel : *Jadelle* qui se présente sous forme de 2 bâtonnets, protection pendant 5 ans ;

- Etonorgestrel : **Implanon** qui se présente en bâtonnet, protection pendant 2 ans ;
- Norme gestrol : **Nesterone** qui se présente sous forme d'une capsule, a une efficacité d'une année.

Au Mali c'est le Norplant et la Jadelle qui sont utilisés dans les services de planification familiale.

Avantages

- ✓ Innocuité,
- ✓ Grande efficacité,
- ✓ Facilité d'emploi ;
- ✓ Aucune intervention lors des rapports sexuels ;
- ✓ Action de longue durée, mais réversible ;
- ✓ Utilisation par les femmes qui allaitent ;
- ✓ Retour à la fertilité immédiatement après le retrait des bâtonnets ;
- ✓ Effet rapide (moins de 24 heures) ;
- ✓ Pas d'obligation de procéder à un examen gynécologique ;
- ✓ L'utilisateur n'a pas besoin d'en avoir en réserve ;
- ✓ Peut être retiré (un établissement médical) à tout moment ;
- ✓ Rentable (en fonction de la durée de l'utilisation).

Effets secondaires et complications

Aménorrhée (pas de règle, pas de saignement) ; Saignement/ Perte sanguines (entre les règles et/ou irrégulières), perte sanguine (prolongement et/ou importants) ; Expulsion d'un bâtonnet ; Infections ; Maux de tête (en particulier avec des troubles de la vision) ; Douleurs au bas-ventre ou du pelvis ; Sensibilités des seins (mastalgie) ; Douleurs de la poitrine (surtout au cours d'un exercice physique) ; Pilosité excessive (hirsutisme) ; Acné/dermatite ou perte de cheveux, Jaunisse ; Changement d'humeur ou dépression (perte de libido) ; Nausée/vertiges/nervosité ; Thrombophlébite ou maladie thromboembolique

(caillot sanguin dans les jambes, les poumons, ou les yeux) ; Gain ou perte de poids (amélioration de l'appétit).

Contre - indications

Femmes enceintes ; Kyste de l'ovaire ; Problèmes des vaisseaux sanguins ; Cirrhose, Infection ou tumeur du foie ; Hypertension artérielle ; Prise de certains médicaments notamment la rifampicine, la griséofulvine.

⇒ DISPOSITIF INTRA-UTERIN (DIU)

Encore appelé stérilet est un corps étranger qu'une fois placé dans la cavité utérine, transforme la muqueuse de l'utérus pour la rendre impropre à la nidation d'un œuf.

Type

Il existe deux (2) types de DIU

- *Ceux qui sont médicamenteux et qui diffusent des hormones ou du cuivre,*
- *Ceux qui sont inertes.*

Les **cinq (5) DIU** actuellement à la disposition des utilisatrices **en Afrique** sont : *les boucles de lippes, les Sof-T-coi, le tau cuivre (Tatum-T), le 7 au cuivre (Gravi Gard), le progestaser T.*

Avantages

- ✓ une fois posé, le stérilet ne réclame aucune intervention de la part de la patiente ;
- ✓ Le cycle reste spontané sans intervention médicamenteuse, chimique, sans retentissement métabolique ;
- ✓ La protection est permanente (excepté le stérilet à la progestérone) ;
- ✓ Il est généralement bien toléré.

Effets secondaires et complications

Crampes et saignement des règles plus importants, Pertes sanglantes entre les règles, Risque augmenté de l'infection pelvienne des femmes exposées aux MST y compris le VIH, Expulsion partielle, qui abîme les tissus, provoque le

saignement et ne remplit plus sa fonction de protection contre les grossesses, Absence de fils.

Contre - indications

Infection pelvienne CI absolue en évolution, récente ou récurrente (aigue ou non aigue), grossesse (connue ou suspecté), tumeur maligne du col , de l'utérus, facteurs de risque de MIP endométrite post partum, injection suivant une fausse couche ayant lieu au cours des trois (3) mois précédents, cervicite purulente, sensibilité pathologique à l'injection (diabète, traitement aux stéroïdes etc.), antécédent répété de gonorrhée, saignement utérin anormal, antécédent de grossesse extra utérine, coagulopathies (purpura thrombocytopenique essentielle, thérapie anti-coagulante etc.).

⇒ L'ANNEAU VAGINAL

L'AV est une méthode contraceptive de forme originale mais de contenu classique. Elle consiste à faire absorber les hormones contenues dans une pilule combinée (œstrogène+progestérone) à travers la paroi vaginale et non par le tube digestif ou par la peau. Les hormones sont contenues dans un anneau en plastique qui devient poreux (et laisse passer les substances) sous l'effet de l'humidité et de la chaleur du vagin.

Avantages

- ✓ Le passage se faisant directement dans le sang, la quantité d'hormones à délivrer est moins grande que dans un comprimé ;
- ✓ L'anneau contient une dose d'hormones contraceptives suffisante pour être efficace pendant quatre (4) semaines au maximum ;
- ✓ L'anneau est une méthode moins contraignante que le comprimé quotidien ou le patch hebdomadaire ;
- ✓ Il protège contre GEU.

Effets secondaires

Il peut s'accompagner de troubles du cycle (A "spotting" saignement irrégulier), tension et gonflement des seins, comme il contient de l'œstrogène,

des effets secondaires graves (phlébite, embolie pulmonaire) peuvent être observés

Contre - indications

Allaitement depuis moins de 6 mois du post partum, grossesse, femmes ayant des saignements anormaux entre les règles, femmes ayant des grosseurs mammaires ou le cancer du sein.

⇒ METHODE BRACELET CONTRACEPTIF

C'est un bracelet qui diffuse par voie transcutanée un progestatif. Le mode d'action est celui des micro ou macro pilules, non encore commercialisés.

1.2- CONTRACEPTION LOCALE

⇒ CONTRACEPTION LOCALE MASCULINE

C'est un dispositif imperméable aux spermatozoïdes et aux virus, déroulé sur la verge en érection, à vocation anti-conceptionnelle et/ou anti-infectieux.

L'usage est ancien, mais les progrès du traitement industriel du latex peuvent répondre aujourd'hui à des normes garantissant sa finesse et sa résistance.

Effets secondaires et complications

Les utilisateurs se plaignent avant tout de la diminution des sensations, Certains hommes ne sont pas en mesure de jouir lors de l'acte sexuel ou même de garder une érection lorsqu'il porte un préservatif ; d'autres objectent qu'il faille interrompre les préliminaires pour mettre le préservatif ; Les allergies au latex ont été signalées par peu de gens.

⇒ CONTRACEPTION LOCALE FEMININE

❖ METHODES MECANIQUES

➤ Le préservatif féminin

C'est une capsule munie d'une collerette et deux anneaux rigides, l'un est à coincer sous le col de l'utérus, l'autre maintient la collerette à l'extérieur de l'orifice vaginal. La matière première répond aux normes de qualités requises, mais il s'agit d'un plastique, écartant les risques d'allergie au latex.

Avantages

- ✓ Contrôler par la femme,
- ✓ Plus confortable pour l'homme, sensation moins atténuée qu'avec le préservatif masculin en latex ;
- ✓ Meilleure protection (recouvrant les parties génitales internes et externes) ;
- ✓ Plus pratique (insertion possible avant l'acte sexuel) ;
- ✓ Plus résistant (résistance du polyuréthane supérieure de 40% à celle du latex) ;
- ✓ Conçu pour empêcher les MST et la grossesse ;
- ✓ Aucune pathologie médicale ne semble en limiter l'emploi ;
- ✓ Pas d'effet secondaire apparent, aucune réaction allergique ;
- ✓ Efficacité analogue à celle des préservatifs masculins.

➤ *Le diaphragme*

C'est une calotte en plastique ou en caoutchouc montée sur une armature annulaire rigide que l'on introduit au fond du vagin juste au devant du col de manière à faire barrière au sperme lors de l'éjaculation, les spermatozoïdes ne peuvent pas ainsi gagner le col et ascensionner dans les voies génitales féminines.

Avantages

- ✓ Efficacité immédiate ;
- ✓ N'affecte pas l'allaitement maternel ;
- ✓ N'interfère pas avec les rapports sexuels (peut être inséré jusqu'à 6 heures avant) ;
- ✓ Apporte une certaine protection contre les IST et autres MST (à savoir VHB, VIH/SIDA), surtout s'il est utilisé avec des spermicides ;
- ✓ Contient l'écoulement menstruel s'il est utilisé pendant la menstruation.

Effets secondaires et complications

Une vaginite à monilia peut se répéter si le diaphragme n'a pas été bien nettoyé ni bien séché entre les différents moments de son emploi, allergie aux caoutchoucs ou aux spermicides, syndrome de choc toxique, douleurs liées à la pression sur la vessie ou le rectum, une irritation de la peau chez la femme ou son partenaire causée par l'agent spermicide, perte vaginale ou odeur si le dispositif est en place pendant plus de 24 heures ; des systyles répétés peuvent se produire à la suite de la pression croissante de la couronne du diaphragme.

➤ ***La cape cervicale***

C'est un muni diaphragme qu'il faut placer sur le col de l'utérus, c'est en quelque sorte un préservatif du col de l'utérus. Elle épouse juste le col et il faut une certaine dextérité pour la mettre en place convenablement.

Contre - indications

Allergies au caoutchouc, infection répétée des voies urinaires après son utilisation, certaines anomalies, telles qu'un prolapsus de l'utérus, une cystocèle, une rectocèle, une rétroversion externe et fixe de l'utérus, des fistules vaginales et des cloisons vaginales, manque de personnel ayant reçu la formation nécessaire à l'ajustement du diaphragme, incapacité de la part de l'utilisatrice ou de son partenaire à apprendre correctement la technique d'insertion, manque d'intimité nécessaire à l'insertion et manque de savon et d'eau nécessaire au nettoyage du diaphragme.

➤ **Le patch oestro-progestatif**

C'est une méthode contraceptive qui consiste à apporter dans l'organisme par voie transdermique et non plus par voie orale. Un timbre est collé sur la peau qui va diffuser et propager dans l'organisme une dose quotidienne d'oestro-progestatif.

❖ **METHODES CHIMIQUES**

Ce sont des produits introduits dans le vagin avant le rapport sexuel destiné à tuer sur place les spermatozoïdes dès qu'ils pénétreront dans le vagin.

➤ **Les spermicides**

Ce sont des produits chimiques (généralement nonoxynol 9) qui inactivent ou tuent les spermatozoïdes à l'intérieur du vagin une fois placé dans celui-ci.

Avantages

- ✓ Efficace immédiatement (mousse et crème)
- ✓ N'affecte pas l'allaitement maternel ;
- ✓ Peuvent être utilisés comme appoint à d'autres méthodes ;
- ✓ Pas de risques de santé liés à la méthode ;
- ✓ Facile à utiliser avec un peu de pratique ;
- ✓ Augmente l'humidité (lubrification) pendant le rapport sexuel ;
- ✓ Pas besoin de prescription ou de supervision médicale ;
- ✓ Une certaine protection contre les IST et autres MST ;
- ✓ Peut être employé immédiatement après l'accouchement.

Effets secondaires et complications

Irritation vaginale et des pertes vaginales, irritation et gêne au pénis, sensation de chaleur dans le vagin qui est gênante, tablette de mousse vaginale ne fondant pas, peut rendre plus fréquentes les infections des voies urinaires.

Contre - indications

Allergie aux produits moussants, manque de désir d'utiliser la mousse au moment des rapports sexuels.

➤ **Les tampons contraceptifs**

Ici à l'effet spermicide s'ajoute un effet mécanique. Ils sont à introduire au fond du vagin comme un tampon périodique juste avant le rapport et doivent être gardés au moins deux (2) heures après le rapport. Ils peuvent être gardés 24 heures ce qui autorise de nouveaux rapports dans ce délai sans changer de tampon.

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES 

Il est rare de rencontrer de grosses difficultés pour les retirer. Il suffit de s'accroupir et d'introduire l'index et le majeur dans le vagin en exerçant un peu d'effort de poussée, le tampon ne disposant pas de ficelle pour le retenir.

➤ **Contraception d'urgence**

C'est une méthode contraceptive exceptionnelle qui permet d'éviter la survenue d'une grossesse non désirée après un rapport sexuel non ou mal protégé, c'est à dire l'absence d'une contraception ou en cas d'échec de la méthode contraceptive utilisée.

Avantage

- ✓ Efficace immédiatement,
- ✓ Peu d'effet secondaire (DIU),
- ✓ Les règles surviennent en général à la date prévue.

Effets secondaires

Nausées et vomissements, vertiges, fatigue, céphalées, douleurs abdominales, sensations de tension des seins, des saignements vaginaux.

Contre - indications

Allergie à certains des composants, elle n'est pas conseillée chez les femmes à risque de grossesse extra utérine, elle ne devrait pas être insérée chez les femmes courant un risque de contracter les IST ou d'autres MST.

⇒ **METHODE DE CONTRACEPTION VOLONTAIRE**

La stérilisation volontaire consiste en une intervention chirurgicale en vue d'une contraception définitive.

➤ **Chez l'homme, la vasectomie :**

La vasectomie est un procédé simple qui peut être efficace sans danger même dans les régions isolées, ceci à la condition que le procédé soit fait soigneusement.

Une bonne anamnèse et un bon examen physique sont indispensables et permettent d'assurer une intervention sans incidents.

➤ **Chez la femme, la ligature des trompes :**

La ligature des trompes est une intervention chirurgicale qui met fin de façon définitive à la fécondité de la femme sans toutefois perturber sa sexualité ou la fonction hormonale.

2- METHODE NATURELLE

La Planification Familiale Naturelle concerne diverses méthodes, visant à prévenir la grossesse, fondée sur l'identification des jours féconds d'une femme. Pour toutes les méthodes naturelles, on prévient la grossesse en évitant les rapports sexuels non protégés pendant les jours féconds. Parfois les méthodes naturelles sont appelées les méthodes fondées sur la connaissance de la fécondité.

2.1 METHODE DE LA GLAIRE CERVICALE (BILLINGS OVULATION)

La méthode de la glaire cervicale (MGC) est basée sur l'auto observation des changements cycliques de la glaire cervicale sous l'influence des oestrogènes produits pendant la phase folliculaire du cycle menstruel, les glandes endocervicales sont stimulées et sécrètent la glaire. Avant le développement folliculaire, la femme ressent une sensation de sécheresse au niveau de l'orifice vaginale, mais lorsque les follicules se développent et commencent à produire des oestrogènes la femme a une sensation de moiteur et peut observer que la glaire cervicale est opaque et trouble, floconneuse ou épaisse sur les sous vêtements ou un mouchoir à papier appliqué sur la vulve.

Lorsque la période ovulatoire approche et que la concentration des oestrogènes augmente pour atteindre son niveau le plus haut, la glaire s'éclaircit et produit une sensation humide, glissante et lubrifiante. Elle se transforme en une substance claire, semblable au blanc d'œuf frais, que l'on peut étirer entre deux (2) doigts pour former un fil mince. Le dernier de la sensation humide et glissante, qui est identifiée rétrospectivement, est appelé le " symptôme maximum " (le point le plus haut de la fécondité).

Après l'ovulation, la progestérone produite par le corps jaune même en présence

d'œstrogènes, inhibe la production de la glaire cervicale, en particulier le type observé au jour du " symptôme maximum ". Une femme peut ainsi apprendre à prédire et à déceler le moment de l'ovulation et la période féconde par l'observation quotidienne et attentive de la glaire cervicale.

2.2- METHODE DES TEMPERATURES (TEMPERATURE BASALE DU CORPS) : (TBC)

La TBC reste la plus quantitativement des techniques dont on peut se servir chez soi pour déterminer le moment de l'ovulation, mais elle n'a aucune valeur lorsqu'il s'agit de prévoir l'ovulation. L'ovulation est détectée en identifiant un changement de température (0,2°- 0,5°C ou 0,4°- 1,0°F) partant d'un niveau relativement plus bas au cours de la phase folliculaire du cycle menstruel pour atteindre un niveau relativement plus haut pendant la phase lutéale. Ce changement de température peut être défini comme un changement se produisant en 48 heures, et au cours du quel trois (3) températures quotidiennes consécutives sont au moins plus élevées de 0,2°C par rapport aux six (6) dernières prises avant le début du changement. [10]

Il y a plusieurs façons d'identifier un changement de température pour déterminer le début de la période post ovulatoire inféconde, c'est à dire l'emploi d'un " plafond " établi en traçant une ligne au travers de la courbe de température à 0,05°C au dessus du point le plus élevé des températures les plus basses.

Les premiers quatre (4) jours du cycle sont exclus et au moins six (6) températures normales sont incluses.

Trois (3) températures consécutives au dessous de ce plafond sont calculées.

La production et l'interpénétration des feuilles de températures nécessitent une attention considérable. Les températures du corps peuvent varier à cause d'une maladie ou de la tension nerveuse ; et les niveaux de température peuvent changer d'un cycle à l'autre chez la femme. En outre la TBC peut augmenter de façon différente soudainement, graduellement par palier, l'augmentation de

température peut être précédée d'une baisse soudaine et/ou moins fréquemment en dent de scie.

2.3- METHODE DU CALENDRIER (RYTHME)

La méthode du calendrier (rythme) est la plus ancienne des techniques de PFN. Pendant les années trente, les docteurs Ogino et Klaus ont indépendamment publié leur conclusion prouvant que l'ovulation arrivait environ deux (2) semaines avant la menstruation [11].

La méthode du calendrier sert à calculer à l'avance la période féconde en se basant sur les durées des cycles précédents. Comme elle était enseignée traditionnellement, la méthode demandait que l'on connaisse la durée de chacun des 4 à 12 cycles précédents.

Nous calculons la période fertile prédite par la méthode du calendrier de la manière suivante :

Premier jour de la période fertile = 10 + longueur du cycle le plus court observé au cours des 12 derniers cycles - 28 ;

Dernier jour de la période fertile = 17 + longueur du cycle le plus long - 28.

Le calcul de la période féconde est basé sur trois suppositions :

- ✓ en moyenne, l'ovulation se produit 14 jours (avec une différence de plus ou moins 2 jours avant le début des prochaines règles) ;
- ✓ les spermatozoïdes gardent leur capacité de fécondation pendant une période allant de 2 à 3 jours (mais parfois jusqu'à 7 ou 8 jours) ;
- ✓ l'ovule ne conserve pas sa capacité d'être fécondé plus de 24 heures après l'ovulation.

2.4- METHODE SYMPTO-THERMIQUE

Les techniques visant à identifier la période féconde et qui se servent des prises de TBC pour détecter l'ovulation en combinaison avec l'observation des changements de la glaire cervicale et les calculs de la méthode du calendrier et/ou d'autres facteurs aidant à déterminer l'ovulation sont rassemblées sous le nom de méthode sympto-thermique (MST). Cette technique d'indices multiples

permet à une femme qui ne peut pas interpréter clairement un signe d'en éviter son interprétation à l'aide d'un autre.

2.5- METHODE DES JOURS FIXES (MJF)

MJF, méthode simple et efficace de PF basée sur la connaissance de la fécondité, est une approche novatrice visant à répondre à un besoin non satisfait. Les femmes ayant des cycles menstruels qui durent de 26 à 32 jours peuvent utiliser la MJF pour prévenir la grossesse en évitant les rapports sexuels non protégés du 8ème au 19ème jour de leur cycle.

2.6- LE COLLIER DU CYCLE

Il rend plus facile l'utilisation de la MJF. Le collier de perles de couleur peut aider une femme à suivre les jours de son cycle, à savoir les jours où elle peut tomber enceinte (du 8ème au 19ème jour), ainsi que la durée de ses cycles pour être sûre qu'il se situe entre 26 et 32 jours.

Pour utiliser le collier du cycle, elle déplace un anneau en caoutchouc d'une perle à l'autre tous les jours afin de bien suivre de manière visible où elle se trouve dans son cycle menstruel. Les perles de couleurs indiquent si elle se trouve sur un jour fécond ou infécond. On conseille aux femmes d'éviter les rapports sexuels non protégés quand l'anneau en caoutchouc se trouve sur une perle blanche qui représente un jour fécond.

2.7- COÏT INTERROMPU OU RETRAIT

Le coït interrompu ou méthode contraceptive du retrait est depuis longtemps en usage comme technique contraceptive en Afrique. Dans de nombreuses communautés de ce continent, il constitue une méthode traditionnelle importante de régulation de la fécondité. Le couple utilisant cette technique peut avoir des rapports sexuels de la manière choisie et acceptée par le couple jusqu'au moment où l'éjaculation est prête à se produire ; c'est alors que l'homme retire sa verge du vagin. L'éjaculation a lieu complètement à l'écart du vagin et l'appareil génital externe de la femme, ce qui empêche ainsi toute conception possible.

2.8- METHODE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ET DE L'AMENORRHEE (MAMA)

La MAMA consiste à utiliser l'allaitement au sein comme méthode temporaire de contraception familiale (« maternel » rappelle le rôle de la mère et « aménorrhée » indique l'absence des règles).

La MAMA requiert l'observation de trois critères :

- ✓ la femme est en aménorrhée, elle n'a pas eu de retour des règles depuis l'accouchement ;
- ✓ elle allaite complètement son enfant qui ne reçoit pas d'autre nourriture à raison de six (6) tétées par jour au moins ;
- ✓ l'accouchement a eu lieu il y a moins de six (6) mois.

3. METHODE TRADITIONNELLE

A travers l'histoire, le contrôle de la fécondité s'est fait par diverses méthodes. On se sert dans le monde entier d'un grand nombre de plantes et d'autres substances pour empêcher la contraception. Bien que nous commençons à l'heure actuelle à réaliser l'ampleur de l'utilisation des méthodes traditionnelles de contraception, il reste encore à déterminer l'efficacité d'un bon nombre d'entre elles.

Le fait que ces méthodes soient si utilisées prouve qu'elles sont capables de régler leur fécondité et qu'ils ont depuis longtemps découvert les avantages de cette régulation.

La vitesse à laquelle la modernisation, l'urbanisation et les changements sociaux se sont produits en Afrique, fait qu'il est difficile de déterminer la manière dont les méthodes traditionnelles les plus courantes de régulation de la fécondité sont encore utilisées.

⇒ LE TAFO :

Il s'agit d'une ceinture mystique à multiples nœuds produite par le guérisseur. Il aurait un pouvoir contraceptif de durée illimitée tant qu'elle serait portée à la

ceinture ou de durée liée aux nombres de nœuds ; en revanche la femme remet une certaine somme forfaitaire comme signe de bonne volonté.

⇒ **LA TOILE D'ARAIGNEE :**

Dispositif opaque, issu du tissage de l'araignée que les femmes enduit de beurre de karité pour obstruer le col.

⇒ **TOMOTIGUI YIRI OU SOKOLON TIGUI YIRI**

Un petit arbre qui pousse sur les ordures. Une graine avalée correspond à une année de contraception.

⇒ **L'HUILE EXTRAITE DES GRAINES DE
BUCHHOLZIA MACROPHYLLA :**

Est sensée avoir un effet oestrogénique et est utilisée par les femmes du Zaïre pour réduire les règles.

⇒ **L'OSIRIS WIGHTIANA AU KENYA**

Les femmes s'en servent sous forme de tisane pour stimuler l'écoulement du lait maternel.

⇒ **L'HIBISCUS SURATTEUSIS EN TANZANIE**

On fait passer les feuilles pilées de l'Hibiscus suratteusis sur les seins.

⇒ **LES GRAINES DE BAN FORA, PLANTE AU
BURKINA**

Les graines ont des actions spermicides.

Les agents actifs de la plupart de ces plantes utilisées pour réguler la fécondité ne sont pas identifiés. Ce qui ne signifie pas pour autant qu'ils sont sans effet.

⇒ **LA SAPONARIE OFFICINALES OU
ENTEROLOBRIUM CYCLOCARPUM :**

Utilisé comme spermicide en Egypte.

⇒ **LE SPHAERANTHUS CYATHULOÏDES :**

Utilisé comme contraceptif en Tanzanie.

⇒ **PIRINARI AXCELSA EN GUINEE :**

Utilisé comme agent provoquant le déclenchement du travail.

⇒ **LA COMBRETODENDION AFRICANUM :**

Utilisé en Côte d'Ivoire pour la contraception. Il a pour effet d'empêcher la nidation chez les rats.

⇒ **NOUVELLES METHODES PROMETTEUSES**

Il y a quatre nouvelles méthodes de régulation des naissances prometteuses (l'éponge contraceptive, le DIU émetteur de progestatifs retards, le DIU sans fil, les vaccins contraceptifs) ; une cinquième nouvelle méthode qui est la pilule contraceptive pour l'homme appelée GOSSYPOL a déjà beaucoup fait parler d'elle.

➤ **L'ÉPONGE CONTRACEPTIVE VAGINALE**

Les éponges de mer naturelles ont été depuis l'antiquité utilisées dans des buts contraceptifs dans les années soixante dix, l'intérêt porté au concept de l'éponge a conduit au développement de collagène naturel d'éponges synthétiques ainsi qu'à l'incorporation de spermicides à l'éponge [1]

En 1983, l'organisme de contrôle des produits alimentaires et pharmaceutiques américain : FDA (Food and Drug Administration.) a approuvé la mise sur le marché américain de la première éponge vaginale contraceptive.

Ce produit est une petite éponge de polyuréthane en forme de coussinet, qui contient un gramme de spermicide NONOXYNOL-9. L'éponge a un côté concave qui s'adapte sur le col de l'utérus et diminue le déplacement au cours des rapports sexuels. L'autre côté de l'éponge présente une boucle de polyester tissé qui permet de la retirer plus facilement.

➤ **LE DIU DISTRIBUTEUR DE PROGESTATIFS RETARDS**

A la fin des années soixante dix, la coopération ALZA a mis sur le marché américain le premier DIU libérant les progestatifs.

➤ **LE DIU SANS FIL**

Il a été suggéré que la plupart des infections associées au DIU peuvent être attribuées à la remontée des bactéries le long du fil de DIU. Etant donné que l'infection est de loin le problème le plus grave associée à l'utilisation du DIU, l'élimination du fil devrait réduire les risques de complications liées à l'infection ce qui par conséquent présenterait une amélioration importante.

➤ **LE VACCIN CONTRACEPTIF**

A travers le monde, le taux de mortalité et de morbidité a été énormément réduit par la vaccination. Si la théorie de la vaccination peut s'appliquer au système reproductif humain, il est possible qu'un jour, la vaccination soit également responsable de la chute des taux de fécondités [44].

Pendant des années, la possibilité d'un vaccin contre la grossesse a été envisagée. Il se peut qu'un jour, certains des nombreux antigènes naturels (auto antigène) qui existent dans le système reproductif masculin et féminin puissent être stimulés et produisent des anticorps qui empêchent la grossesse. Nous sommes à plusieurs années de voir le développement d'un vaccin contraceptif efficace, sûr et vendu à un prix raisonnable.

➤ **LE GOSSIPOL (LA PILULE POUR L'HOMME)**

Le Gossipol (extrait du cotonnier) est un composé phénique jaune, qui, sous forme de comprimé a été l'objet d'essais cliniques comme agent d'inhibiteur de la fécondité masculine [10]. En Chine il a été remarqué, au cours des années cinquante, que la cuisine faite de l'huile des graines crues de coton pouvait aboutir à l'infécondité et qu'elle affectait davantage les hommes que les femmes.

Depuis 1972, le GOSSIPOL a été administré à plus de 4000 hommes en Chine sur des périodes d'au moins six mois; plus de la moitié de ces hommes ont été observés pendant plus de deux ans. La dose de départ qui était 20mg par jour a pris dans l'ensemble deux mois pour résulter en une infécondité.

C. LE CYCLE MENSTRUEL

Contrairement à la fécondité de l'homme, qui dans l'ensemble est constante, la fécondité de la femme évolue par cycle.

Le cycle menstruel est une succession d'un ensemble de phénomènes physiologiques se répétant régulièrement en dehors des périodes de grossesse, de la puberté à la ménopause, du début d'une menstruation au début de la suivante pendant une durée moyenne de 28 jours.

La menstruation est un phénomène physiologique caractérisé par un écoulement sanguin périodique d'origine utérine se produisant chez la femme lorsqu'il n'y a pas eu fécondation de la puberté à la ménopause.

Comprendre ce cycle permet aux médecins et aux utilisatrices de choisir les méthodes de planification des naissances qui leur seront les mieux appropriées et d'aider les individus à utiliser ces méthodes correctement.

A chaque cycle féminin, les hormones messagers chimiques du corps stimulent les changements survenant dans le corps.

Ces changements s'accumulent petit à petit jusqu'à la maturation de l'ovule nécessaire à la fécondation, la muqueuse de l'utérus (endomètre) dévient riche et abondante en éléments nutritifs, dans l'attente d'une grossesse éventuelle. Si un spermatozoïde féconde l'ovule pendant le cycle, on verra une grossesse se produire. Si au contraire l'ovule n'est pas fécondé, les hormones cessent peu à peu de préparer le corps de la femme à la grossesse. La muqueuse de l'utérus, alors abondante en éléments nutritifs desquamés et le cycle recommence.

La compréhension du cycle de fécondité de la femme permet de prévoir et d'empêcher une grossesse et de comprendre ou diagnostiquer de nombreux problèmes médicaux [6].

1. PHYSIOLOGIE DU CYCLE MENSTRUEL

On peut diviser le cycle menstruel en trois (3) parties : le cycle ovarien, le cycle utérin et les fonctions de certains organes du cerveau [3].



Classification du cycle menstruel : la durée moyenne d'un cycle menstruel est de 28 jours, mais peut varier d'un cycle à l'autre chez une femme ou peut varier d'une femme à l'autre. Il existe des cycles courts qui sont de 21 jours et des cycles longs qui varient de 35 à 45 jours.

1.1- CYCLE HYPOTHALAMO-HYPOPHYSAIRE

Ce système représente le centre de commande de toute manifestation cyclique. L'hypothalamus envoie une commande à l'hypophyse par l'intermédiaire de deux (2) hormones : le GNRH : gonadotrophine regulating hormones ou LH-RH. Il s'agit d'hormone qui agit sur les gonades. L'hypophyse sécrète à son tour des hormones : les gonadostimulines (FSH : Follicule Stimuline Hormone et LH : Lutéinique Hormone).

La FSH : son rôle est de stimuler la phase folliculaire en ce qui concerne l'ovaire. Son taux est bas à la première phase du cycle, puis on observe un pique ovulatoire, puis une chute à la deuxième phase.

La LH : provoque l'ovulation contemporaine de son pique. Elle est aussi responsable de la fermentation et de la sécrétion du corps jaune.

1.2- CYCLE OVARIEN

Les mécanismes d'épaississements et de desquamations ultérieurs de la muqueuse de l'endomètre peuvent paraître assez simples. Cependant il ne faut pas oublier que cette action est contrôlée par le jeu complexe des hormones. Les évènements clés qui déterminent si le cycle utérin se fait régulièrement (ou si une grossesse se produit) dépendent de l'ovulation ; ainsi la libération par l'ovaire d'un ovule arrive à maturité. Chacun des deux (2) ovaires contient entre 300.000 et 400.000 follicules. Les follicules sont constitués de groupements de cellules en forme de balle qui contiennent des ovules encore loin du stade de la maturité [33].

Dans la vie d'une femme 300 à 500 arriveront en maturité. Au cours d'un cycle menstruel entre 10 et 20 follicules commencent à croître sous l'influence des hormones. Dans la plupart des cas, un seul follicule arrivera à pleine maturité.

On verra les autres dégénérer. Au cours de sa maturation, le follicule secrète de l'œstrogène et de la progestérone ce qui amène les changements de la muqueuse de l'endomètre [40].

Au cours de la phase folliculaire, l'ovule mûrit à l'intérieur d'un follicule en développement et arrive à la surface de l'ovaire où il reste jusqu'à ce qu'il ait atteint la maturité qui lui permettra d'être libre et fécondée. La libération d'un ovule est appelée ovulation. L'ovulation peut, chez certaines femmes, causer de crampes ou une légère perte de sang. De nombreuses femmes pourront constater que leurs glaire cervicale dévient plus abondante, plus gluante et plus élastique. [40]

1.3- CYCLE UTERIN

Le début et la fin du cycle utérin sont marqués par les règles provenant de la desquamation de la muqueuse de l'utérus. Lorsque l'écoulement de sang s'arrête au bout 3 ou 5 jours, il reste environ un tiers de la muqueuse dans l'utérus où cette dernière commencera à se régénérer sous l'influence de l'œstrogène et de la progestérone on appelle cette période de reconstitution de la muqueuse, la phase folliculaire (ou phase de prolifération). La phase folliculaire se prolonge jusqu'au milieu du cycle, c'est à dire jusqu'au moment où les hormones du corps, à raison de la stimulation accrue de la progestérone, apporte à la muqueuse une grande quantité d'éléments nutritifs. Cette nouvelle phase appelée lutéale (ou sécrétoire) commence en milieu du cycle. La muqueuse de l'endomètre s'épaissit et ses glandes utérines et vaisseaux sanguins se ramifient et se multiplient. Si une fécondation se produit, la progestérone, et par la suite la gonadotrophine chorionique (GCH) continué de permettre à la muqueuse de se préparer à une grossesse éventuelle [33].

S'il n'y a pas de fécondation les hormones cessent de préparer la muqueuse à la fécondation et les vaisseaux sanguins se resserrent. Sans l'apport hormonal, la muqueuse de l'utérus desquame, ce qui provoque l'écoulement de sang qui signale le début du nouveau cycle menstruel [33].

1.4- CYCLE CERVICAL

En ce qui concerne le col utérin, il y a une sécrétion croissante de la glaire à la première phase. Elle est d'abord opaque le 6ème et le 10ème jour, elle devient filante, translucide, élastique (ressemblant au blanc d'œuf) abondante en période péri ovulatoire, elle s'étend entre 7-12 cm entre les nœuds d'une pince 11 à 15 jours. Après le 15ème jour, elle devient opaque [18].

1.5- CYCLE VAGINAL

La muqueuse vaginale subit également les transformations au cours du cycle menstruel. Ces transformations sont évaluées à l'aide de multiples indices.

1.6- CYCLE MAMMAIRE

Les seins sont sensibles aux sécrétions ovariennes cycliques. Certaines femmes peuvent affirmer sur leurs sensations mammaires que l'ovulation a eu lieu ou pas.

A la 1ère phase du cycle : les seins ne sont ni tendus ni douloureux.

A la 2ème phase : les seins sont tendus, augmentent de volume, sont très sensibles voire douloureux.

1.7- CYCLE THERMIQUE

Pendant la première phase du cycle, la température centrale est en dessous de 37° C, elle atteint le chiffre le plus bas le jour de l'ovulation. Pendant la phase lutéinique la température s'élève au dessus de 37° C et demeure un plateau jusqu'à la veille des règles ou la chute thermique annonce la menstruation. La connaissance de la courbe mono thermique est capitale pour étudier le fonctionnement ovarien.

Elle permet de connaître l'existence ou l'absence de l'ovulation. Lorsqu'elle est en dessous de 37° C pendant tout le cycle on parle d'anovulation. Le plateau thermique dure entre 13-14 jours, lorsqu'il dure plus de 17 jours c'est un signe de grossesse.

1-1- HISTORIQUE DE LA COMMUNE IV:

L'histoire de la commune IV est intimement liée à celle de Bamako qui selon la tradition orale a été créée vers le 17ème siècle par les NIAKATES sur la rive gauche du fleuve Niger et qui s'est développé au début d'Est en Ouest entre le cours d'eau WOYOWAYANKO et BANKONI.

Le plus ancien quartier LASSA fût créé vers 1800 en même temps que Bamako et le plus récent SIBIRIBOUGOU en 1980.

La commune IV a été créée en même temps que les autres communes du District de Bamako par l'ordonnance 78-34/CMLN du 18 août 1978 et régie par les textes officiels suivants :

- L'ordonnance N° 78-34/CMLN du 28 août 1978 fixant les limites et le nombre des communes,
- La loi N° 95-008 du 11 février 1995 déterminant les conditions de la libre administration des collectivités territoriales ;
- La loi N° 95-034 du 22 avril 1995 portant code des collectivités territoriales.

1-2- DONNEES GEOGRAPHIQUES :

La commune IV couvre une superficie de 37, 68 km² soit 14,11% de la superficie du district.

Elle est limitée :

- A l'Ouest par le cercle de Kati ;
- A l'Est et au Nord par la commune III (partie Ouest) ;
- Au Sud le lit du fleuve Niger et la commune III (limite Ouest).

1-3- DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES :

La majorité des ethnies du Mali sont représentées en commune IV ainsi que les ressortissants d'autres pays.

La commune représente 17 % de la population totale de Bamako et 2% de la population, totale du Mali. La population totale de la commune IV, était estimée

à 245 421 en 2008 (Sources DNSI, actualisation de la population selon le recensement RGPH Avril 1998).

1-4- LES STRUCTURES SANITAIRES :

1-4-1- STRUCTURES COMMUNAUTAIRES DE PREMIER NIVEAU :

Ce sont les centres de santé communautaires :

ASACOSEK ; ASACOLAI ; ASACOLAB5 ; ASACOLAIII ; ASACODIP ;
ASACOLABASAD ; ASACOSEKASI ; ASACODJENEKA ; ASACOHAM ;
Maternité René Cisse d'Hamdallaye.

1-4-2- STRUCTURE SANTE DE DEUXIEME NIVEAU : Centre de Santé de Référence de la commune IV (CS Réf CIV).

1-4-3- NIVEAU SECTEUR PRIVE : Quelques structures privées existent dans la commune :

Cabinet médical stomatologique Mollo ; cabinet médical Bien être ; clinique Serment; cabinet médical Maha rouf; cabinet médical Moctar Théra; clinique Lac Télé ; clinique Kabala ; clinique Faran Samaké; clinique Lafia ; Cabinet médical Fraternité; Cabinet médical Yeelen ; CMCR Pasteur ; Santé plus ; Cabinet médical Diassa Missa; Croix du sud; Cabinet médical Jigi ; Cabinet médical Mande Keneya; cabinet médical Efficac Santé ; hôpital Mère-enfant le Luxembourg ; Clinique Héral d'Iran etc.

1-5- LE CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE IV :

Le Centre de Santé de Référence de la commune CIV est situé au centre de la commune à Lafiabougou. Il a été d'abord protection maternelle et infantile (PMI) à sa création (en 1981) érigé en CSRéf en juin 2002 pour répondre aux besoins des populations de la commune en matière de santé.

Le centre comporte plusieurs unités et 1 bloc opératoire (avec 2 salles d'intervention chirurgicale, 1 salle de préparation, 1 salle de stérilisation et 1 salle de réveil) :

- une unité d'ORL,

- une unité de pédiatrie,
- une unité d'ophtalmologie,
- un service de médecine générale avec une unité de D A T, de vaccination et d'USAC
- un cabinet d'odontostomatologie,
- un laboratoire d'analyse,
- une pharmacie,
- un service de gynécologie et d'obstétrique avec une unité de CPN, de CPON/PF, d'hospitalisation et de la maternité.

1-5-1- PERSONNEL DU CSRéf CIV :

Ces différents services sont tenus par un personnel :

- Deux médecins gynécologues obstétriciens,
- Deux médecins anesthésistes réanimateurs
- Un médecin ophtalmologiste,
- Un médecin odonto-stomalogue
- Six médecins généralistes,
- Vingt cinq sages- femmes,
- Cinq assistants anesthésistes réanimateurs,
- Sept infirmiers d'états,
- Trois techniciens supérieurs et deux assistants de laboratoire,
- Deux assistants en odontostomatologie,
- Dix aides- soignants,
- Une gérante de pharmacie,
- Quatre manœuvres,
- Trois chauffeurs,
- Deux comptables.

A ce personnel s'ajoute un nombre variable d'Etudiants en Thèse, selon les périodes qui jouent un rôle important dans le fonctionnement du CSRéf ; leur nombre était estimé à 24 en Juin 2010.

1-5-2- TRANSPORT ET COMMUNICATION :

Le CSRéf CIV dispose deux ambulances qui assure la liaison pour les références entre les CSCOM et le CSRéf CIV d'une part et pour les évacuations du CSRéf CIV vers les établissements publics hospitaliers d'autre part. Il est à noter que le CSRéf CIV est doté de deux téléphones dont l'un sert uniquement à recevoir les appels.

Une permanence est assurée par une équipe de garde composée de :

- Un DES et un Médecin généraliste ;
- Trois étudiants en médecine faisant fonction d'interne ;
- Une Sage-femme remplaçable par une autre toutes les 12 heures, trois infirmiers et deux aide-soignantes ;
- Un technicien supérieur en Anesthésie ;
- Un technicien de Laboratoire ;
- Un chauffeur d'ambulance ;
- Deux garçons de salle assurant la propreté permanente du service.

Cette équipe dispose de trois tables d'accouchement, deux salles d'opérations, un stock de sang et d'un kit de médicaments d'urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences obstétricales. Ce kit de médicaments constitué sur fonds propres du centre est remboursable par les patientes excepté le kit de césarienne, après l'intervention.

2- TYPE D'ETUDE :

Il s'agit d'une étude transversale effectuée au niveau de l'unité de CPON/PF du CSRéf CIV du district de Bamako.

3- PERIODE D'ETUDE :

Elle s'étendait sur une période de 6 mois, allant du 1^{er} avril au 30 Septembre 2008.

4-POPULATION D'ETUDE :

Toutes les patientes en âge de procréer de 14-50 ans

5-ECHANTILLONNAGE :

Nous avons fait un échantillonnage exhaustif sur toutes les femmes qui ont répondu à nos critères.

5.1-CRITERES D'INCLUSION :

- ❖ Toutes les femmes en âge de procréer se présentant au centre de santé de référence de la commune IV du District de Bamako pour des prestations de contraception.
- ❖ Toutes les femmes ayant données leur accord à participer à l'enquête.
- ❖ Toutes les femmes qui ont été revues au cours de l'enquête.

5.2-CRITERES DE NON INCLUSION :

- ❖ Toutes les femmes refusant de participer à l'enquête.
- ❖ Les femmes qui n'ont plus été revues au cours de notre l'enquête.

6-COLLECTE DE DONNEES :

Le recueil des données a été fait sur la base d'un questionnaire préétabli, le registre et les dossiers de PF.

La saisie des données a été faite à l'aide de Word version 03 et analysées sur Epi Info 06.

7- ASPECTS ETHIQUES :

L'étude a été faite avec le consentement verbal volontaire des utilisatrices et aucune contrainte ne leur a été imposée.

V-RESULTATS :

Notre enquête a porté sur 188 femmes.

1- Caractères socio démographiques

1.1- Age :

TABLEAU I : Répartition des utilisatrices selon la tranche d'âge :

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
15 - 19 ans	23	12,21
20 - 29 ans	99	52,66
30 - 39 ans	54	28,73
40 ans et plus	12	6,40
Total	188	100

La tranche d'âge **20 - 29 ans** a représenté **52,66 %** de notre échantillon.

1.2- Résidence :

TABLEAU II : Répartition des utilisatrices selon la résidence :

Résidence	Effectif	Pourcentage
Lafiabougou	108	57,45
Hamdallaye	35	18,61
Djikoroni Para	16	8,51
Sébénikoro	18	9,61
Sibiribougou	7	3,71
Autres (Taliko, Kahirabougou, Bougoudani)	4	2,11
Total	188	100

Les **résidentes de Lafiabougou** ont représenté **57,4 %** de notre échantillon.

1.3- Ethnies :

TABLEAU III : Répartition des utilisatrices selon l'ethnie

Ethnies	Effectif	Pourcentage
Bambara	73	38,8
Malinké	25	13,3
Soninké	30	16,0
Peulh	28	14,9
Sonrhäï	28	14,9
Autres (Bobo, Sénoufo, Bozo, Dogon)	4	2,1
Total	188	100

L'ethnie **Bambara** a représenté **38,8 %** de notre échantillon.

5.1.4- Profession :

TABLEAU IV : Répartition des utilisatrices selon la profession :

Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère	119	63,3
Elève – Etudiante	29	15,4
Employée de Commerce	20	10,6
Fonctionnaire	15	8,0
Autres (Aide-ménagère, Artiste)	5	2,7
Total	188	100

Les **ménagères** ont représenté **63,3 %** de notre échantillon.

1.5- Niveau d’instruction :

TABLEAU V : Répartition des utilisatrices selon le niveau d’instruction

Niveau d’Instruction	Effectif	Pourcentage
Alphabète	54	28,70
Primaire	74	39,40
Secondaire	49	26,00
Supérieur	11	5,90
Total	188	100

Nos utilisatrices avaient un niveau d’instruction primaire dans **39,4 %** des cas.

1.6- Situation matrimoniale :

TABLEAU VI : Répartition des utilisatrices selon le statut matrimonial

Statut Matrimonial	Effectif	Pourcentage
Mariée	152	80,9
Célibataire	29	15,4
Divorcée	2	1,1
Veuve	1	0,5
Concubinage	4	2,1
Total	188	100

Dans notre étude, **les femmes mariées** ont représenté **80,9 %** des cas.

2- Antécédents gynéco obstétricaux

2.1- La gestité

TABLEAU VII : Répartition des utilisatrices selon la gestité

Gestité	Effectif	Pourcentage
Nulligeste	1	0,50
Primigeste	10	5,30
Paucigeste	102	54,30
Multigeste	54	28,70
Grande multigeste	21	11,20
Total	188	100

Les **paucigestes** ont représenté **54,3 %** de notre échantillon.

2.2- La parité

TABLEAU VIII : Répartition des utilisatrices selon la parité

Parité	Effectif	Pourcentage
Nullipare	1	0,53
Primipare	17	9,04
Paucipare	33	17,60
Multipare	89	47,30
Grande multipare	48	25,53
Total	188	100

Les **multipares** ont représenté **47,3 %** de notre échantillon.

2.3- Début de la contraception

TABLEAU IX : Répartition des utilisatrices selon le début de la contraception après accouchement

Début	Effectif	Pourcentage
2 mois - 12 mois	77	40,96
13 mois - 24 mois	69	36,70
25 mois - 48 mois	39	20,74
Plus de 48 mois	3	1,60
Total	188	100

Nos utilisatrices ont commencé la contraception **entre 2 mois à 12 mois après leur accouchement** dans **40,96 %** des cas.

2.4- La connaissance sur les motifs évoqués :

TABLEAU X : Répartition des utilisatrices selon la connaissance sur les motifs évoqués

Motifs évoqués	Effectif	Pourcentage
Espacement de naissance	66	35,1
Limitation de naissance	6	3,2
Espacement + limitation	116	61,7
Total	188	100

L'association **espacement – limitation des naissances** a représenté **61,7 %** des motifs évoqués.

2.5- La source d'information :

TABLEAU XI : Répartition des utilisatrices selon sa source d'information

Source d'Information	Effectif	Pourcentage
Télévision	1	0,5
Télévision + Radio	42	22,3
Agent de Santé	109	58,0
Parent	3	1,6
Ami	2	1,1
Voisine	3	1,6
Télé + Radio + Parent	28	15
Total	188	100

Les **agents de santé** ont représenté **58 % de la source d'information** des utilisatrices.

2.6- La connaissance sur les personnes visées par la contraception :

TABLEAU XII : Répartition selon la connaissance des utilisatrices sur les personnes visées par la contraception

Personnes Visées	Effectif	Pourcentage
Mariée	18	9,6
Célibataire	3	1,6
Mariée + Célibataire	167	88,8
Total	188	100

Les **femmes mariées** étaient visées au même titre que les **célibataires** avec une fréquence de **88,8%**.

2.7- La connaissance sur la tranche d'âge concernée par le PF :

TABLEAU XIII : Répartition selon la connaissance des utilisatrices sur la tranche d'âge concernée par la contraception.

Tranche d'Âge	Effectif	Pourcentage
Moins de 14 ans	6	3,2
14 - 50 ans	175	93,1
Plus de 50 ans	1	0,5
Aucune idée	6	3,2
Total	188	100

Les **résultats** montrent que la contraception concerne la tranche d'âge **14 - 50 ans** dans **93,1%** des cas.

2.8- La connaissance sur les méthodes :

TABLEAU XIV : Répartition selon la connaissance des utilisatrices sur les méthodes

Méthode	Effectif	Pourcentage
Pilule	182	96,8
Injectable	187	99,5
Condom masculin	38	20,2
Norplant	178	94,7
DIU	73	38,8
LT	54	28,7
Total	188	100

Les **injectables** et les **pilules** ont été les **plus connues** avec respectivement **99,5** et **96,8%**.

2.9- La connaissance sur les méthodes traditionnelles :

TABLEAU XV : Répartition selon la connaissance des utilisatrices sur les méthodes traditionnelles.

Méthode	Effectif	Pourcentage
Tafo	168	89,4
Solution à boire	5	2,7
Miel	1	0,5
Aucune idée	14	7,4
Total	188	100

La méthode **Tafo** a été évoquée par les utilisatrices **dans 89,4 %** des cas.

2.10- La connaissance sur les méthodes naturelles :

TABLEAU XVI : Répartition selon la connaissance des utilisatrices sur les méthodes naturelles.

Méthode	Effectif	Pourcentage
Méthode MAMA	102/188	54,3
Abstinence périodique	147/188	78,2
Abstinence complète	175/188	93,1
Coït interrompu	51/188	27,1

L'**abstinence complète** a représenté **93,1%** des **méthodes naturelles connues**.

3- La pratique de la contraception

3.1- Les raisons :

TABLEAU XVII : Répartition des utilisatrices selon leurs raisons.

Raisons	Effectif	Pourcentage
Espacement des naissances	130	69,1
Limitation des naissances	30	16,0
Eviter une grossesse non désirée	30	16,0
Total	188	100

L'espacement des naissances a représenté **69,1%** des raisons de contraception.

3.2- La source d'information :

TABLEAU XVIII : Répartition des utilisatrices selon leurs sources d'information.

Motivation	Effectif	Pourcentage
Réflexion personnelle	106/188	56,4
Agent de santé	158/188	84,0
Mari	4/188	2,1
Parent	30/188	16,0
Amie	37/188	19,7
Voisine	2/188	1,1

Les **agents de santé** ont représenté **84 %** des raisons de motivation des utilisatrices.

3.3- La voie d'accouchement :

TABLEAU XIX : Répartition des utilisatrices selon la voie d'accouchement du dernier accouchement.

Voie d'accouchement	Effectif	Pourcentage
Voie basse	142	75,54
Césarienne	46	24,46
Total	188	100

La voie basse a représenté **75,54%** de notre échantillon.

3.4- L'Accord du partenaire :

TABLEAU XX : Répartition des utilisatrices selon l'accord du partenaire.

Accord	Effectif	Pourcentage
Oui	102	54,25
Non	86	45,75
Total	188	100

Les **utilisatrices** ont bénéficié de l'**accord de leur partenaire** dans **54,25%** des cas.

3.5- La méthode choisie :

TABLEAU XXI : Répartition des utilisatrices selon le type de méthode choisie.

Type de méthode	Effectif	Pourcentage
Pilule	33	17,6
Injectable	121	64,4
DIU	6	3,2
Norplant	24	12,8
LT	4	2,1
Total	188	100

La **méthode injectable** a représenté **64,4 %** des méthodes choisies.

3.6- Le changement de méthode :

TABLEAU XXII : Répartition des utilisatrices selon le taux de changement de méthode.

Changement de méthode	Fréquence	Pourcentage
Oui	6	3,2
Non	182	96,8
Total	188	100

Le taux de **changement de méthode** a été de **3,2%** au cours de notre étude.

3.7- Les causes du changement de méthode :

Tableau XXIII : Répartition des utilisatrices selon la cause de changement de méthode.

Causes de changement de méthode	Fréquence	Pourcentage
Troubles du cycle	4	66,68
Regains de poids	1	16,66
Céphalées	1	16,66
Total	6	100

Les **Troubles du cycle** ont représenté **66,68%** des causes de changement de méthode.

3.8- Les méthodes jouant un rôle dans la lutte contre les IST/VIH/SIDA :

Tableau XXIV : Répartition des utilisatrices selon la connaissance des méthodes de lutte contre les IST/VIH/SIDA.

Méthode	Fréquence	Pourcentage
Abstinence	27	14,36
Condoms	95	50,53
Abstinence + condom	29	15,42
Aucune	37	19,69
Total	188	100

Les **condoms** ont représenté **50,53%** des méthodes de lutte connues.

3.9- Examens Gynécologique :

Tableau XXV : Répartition des utilisatrices selon l'examen gynécologique.

Examen gynécologique	Fréquence	Pourcentage
Oui	6	3,20
Non	182	96,80
Total	188	100

Nos **utilisatrices** ont bénéficié d'un **examen gynécologique** dans **3,20%** des cas.

3.10- Les effets secondaires :

TABLEAU XXVI : Répartition des utilisatrices selon les effets secondaires observés.

Effets Secondaires	Fréquence	Pourcentage
Néant	25/188	13,3
Prise de poids	81/188	43,1
Trouble du cycle	101/188	53,7
Vertige	7/188	3,7
Nausée	9/188	4,8
Amaigrissement	3/188	1,6
Perte de sang	7/188	4,0

Les **troubles du cycle** ont représenté **53,7 %** des effets secondaires.

3.11- La satisfaction :

TABLEAU XXVII : Répartition des utilisatrices selon leur satisfaction

Satisfaction	Fréquence	Pourcentage
satisfaite	172	91,5
Non satisfaite	16	8,5
Total	188	100

Nos utilisatrices ont été satisfaites dans **91,5 %**.

3.12- La méthode choisie et la parité

TABLEAU XXVIII : Répartition des utilisatrices selon la méthode choisie en fonction de la parité

Méthode Choisie Parité	Pilule		Injectable		DIU		Norplant		L T		Total	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Nullipares	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	1	100
Primipares	1	5,88	12	70,59	0	0	4	23,53	0	0	17	100
Paucipares	6	18,18	24	72,73	0	0	3	9,09	0	0	33	100
Multipares	18	20,22	64	71,92	0	0	5	5,62	2	2,24	89	100
Grandes Multipares	8	16,67	20	41,67	6	12,5	12	25	2	4,16	48	100
Total	33		121		6		24		4		188	

Khi² = 29,49 P = 0

La **méthode injectable** était la **plus utilisée** par nos utilisatrices (respectivement **100 % des nullipares ; 70,59 % des Primipares ; 72,73 % des paucipares ; 71,92 % des multipare et 41,67 % des grande multipare**).

3.13- La méthode choisie et la tranche d'âge :

TABLEAU XIX: Répartition selon la méthode choisie en fonction de la tranche d'âge

Méthode Choisie / Tranche d'âge	Pilule		Injectable		DIU		Norplant		L.T		Total	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
15-19	4	17,39	15	65,22	0	0,00	4	17,39	0	0,00	23	100
20-29	14	14,14	80	80,81	1	1,01	3	3,03	1	1,01	99	100
30-39	14	25,93	24	44,44	3	5,55	12	22,22	1	1,86	54	100
≥40	1	8,33	2	16,67	2	16,67	5	41,66	2	16,67	12	100
Total	33		121		6		24		4		188	

Khi² = 37,64

P = 0

La méthode injectable a été la plus représentée avec **80,81 %** surtout par la tranche d'âge **20 – 29 ans**.

3.14- La méthode choisie et les effets secondaires :

Tableau XXX : Répartition des effets secondaires selon la méthode choisie.

Méthode Choisie Effets Secondaires	Pilule		Injectable		DIU		Norplant		L T		Total	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Pas d'effets secondaires	12	48,00	2	8,00	0	0	7	28,00	4	16	25	100
Prise de poids	5	18,52	13	48,15	0	0	9	33,33	0	0	27	100
Vertiges	0	0,00	2	28,57	3	42,86	2	28,57	0	0	7	100
Nausées	7	87,50	0	0,00	0	0	1	12,50	0	0	8	100
Amaigrissement	2	66,67	1	33,33	0	0	0	0,00	0	0	3	100
Aménorrhée	0	0,00	49	98,00	0	0	1	2,00	0	0	50	100
Céphalées	4	57,14	1	14,29	0	0	2	28,57	0	0	7	100
Pertes de sang	1	20,00	1	20,00	3	60	0	0,00	0	0	5	100
Prise de poids et Aménorrhée	1	2,00	48	96,00	0	0	1	2,00	0	0	50	100
Prise de poids et Céphalées	0	0,00	2	100,00	0	0	0	0,00	0	0	2	100
Prise de poids et Perte de sang	0	0,00	1	50,00	0	0	1	1,00	0	0	2	100
Nausées et Aménorrhée	0	0,00	1	100,00	0	0	0	0,00	0	0	1	100
Vertiges et Perte de sang	1	100,00	0	0,00	0	0	0	0,00	0	0	1	100
Total	33		121		6		24		4		188	

Khi² = 41,37

P = 0

La prise de poids et l'aménorrhée ont été les plus couramment rencontrées dans la plupart des méthodes utilisées.

B- PRESTATAIRES :

Les 4 prestataires s'occupant de la contraception (Sages femmes) ont été interrogées.

3.15- Les méthodes naturelles :

TABLEAU XXXI : Répartition des prestataires selon la connaissance des types de méthodes naturelles

Prestataires		
Méthodes naturelles	Nombre de personnes	Pourcentage
Allaitement maternel prolongé	4	100
Coït interrompu	3	75
Abstinence périodique	4	100
Abstinence complète	4	100

Le coït interrompu est le moins connu avec 75%.

3.16- Les méthodes traditionnelles :

TABLEAU XXXII : Répartition des prestataires selon la connaissance des types de méthodes traditionnelles

Prestataires		
Types de méthodes traditionnelles	Nombre de personnes	Pourcentage
Tafo	4	100
Toiles d'araignée	2	50
Miel	2	50
Solutions buvables	4	100

Le **Tafo** et les **solutions buvables** sont **connus** par la **totalité** des prestataires.

3.17- Les méthodes modernes

TABLEAU XXXIII : Répartition des prestataires selon la connaissance des types de méthodes modernes

Types de Méthodes Modernes	Prestataires	Nombre de personnes	Pourcentage
Pilules		4	100
Injectables		4	100
Condoms		4	100
Spermicides		4	100
Norplant		4	100
DIU		4	100
Ligature des trompes		4	100
Cape		2	50
Eponge		3	75
Diaphragme		4	100

La **Cape** et l'**éponge** sont les méthodes les **moins connues** par les prestataires.

3.18- La connaissance des mécanismes d'action :

TABLEAU XXXIV : Répartition des prestataires selon la connaissance des mécanismes d'action des types de méthodes modernes

Mécanisme d'action Et méthode	Prestataires	Nombre de personnes	Pourcentage
Pilule		4	100
Injectable		4	100
DIU		3	75
Norplant		3	75
Condoms		4	100
Spermicides		3	75
Diaphragme		1	25

Le mécanisme d'action du diaphragme est la moins connue par les prestataires.

3.19- La connaissance des contre –indications :

TABLEAU XXXV : Répartition des prestataires selon la connaissance des contre- indications des différentes méthodes modernes

Type de Méthodes / CI	Prestataires	Nombre de personnes	Pourcentage
Norplant, pilules, injectables		3	75
DIU		2	50
Condom		2	50
Spermicide		1	25
Diaphragme		1	25

Les contre - indications du Norplant, pilules et des injectables sont les plus connues avec 75 %.

3.20- La connaissance des effets secondaires :

TABLEAU XXXVI : Répartition des prestataires selon la connaissance des effets secondaires des méthodes modernes

Prestataires	Nombre de personnes	Pourcentage
Effets secondaires/méthodes		
Pilules	4	100
Injectables	4	100
DIU	3	75
Norplant	3	75
Spermicides	2	50
Condoms	4	100

Les **effets secondaires** des **spermicides** sont les **moins connus** par les prestataires dans 50% cas.

VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

A- DIFFICULTES

Au cours de ce travail nous avons été confrontés aux difficultés suivantes :

- ✓ Difficulté de communication avec certaines utilisatrices.
- ✓ Refus de certaines utilisatrices de répondre à certaines questions.

B- ASPECT METHODOLOGIQUE

Il est important de noter que malgré l'implication des autorités en matière de la planification familiale, la prévalence contraceptive reste faible dans notre pays (8% selon EDS IV).

Nous avons mené une étude transversale descriptive portant sur 188 utilisatrices de contraceptifs et 4 prestataires du CSRéf C IV du District de Bamako.

1. Age

La majorité des utilisatrices avaient un âge inférieur à 30 ans soit 64,9%, avec des extrêmes entre 15 et 48 ans pour un âge moyen de 29 ans [Tableau I].

ZALHA S.M au Burkina Faso en 2004 [54] et KODJOGBE N au Bénin en 2001[18] avaient trouvé un âge supérieur à 30 ans avec une fréquence respective de 55,7% et 74,8%.

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

2. SITUATION MATRIMONIALE

Les femmes mariées avaient un taux d'utilisation de 80,9% tandis que les célibataires ne représentaient que 19,10% [Tableau VI].

Ces taux sont supérieurs à ceux trouvés par SANGHO S en 1996 à Bamako au Mali (71%) [38] et ZALHA S.M à Ouagadougou au Burkina Faso (66,48%) [54] mais inférieurs à ceux de DEMBELE O.B (85,2%) [11].

Cela pourrait s'expliquer par le fait que la situation matrimoniale a une grande influence sur la fréquentation des services de contraception du fait de l'absence

de sentiment de culpabilité vis-à-vis de la contraception chez les femmes mariées.

3. NIVEAU D'INSTRUCTION :

Le niveau de scolarisation de 71,3% des utilisatrices était compris entre le fondamental, le secondaire et le supérieur contre 28,6% d'analphabètes [Tableau V].

SANGHO S en 1996 [38] et DEMBELE O.B en 1992 [11] avaient trouvé que respectivement 69,5% et 58,3% des utilisatrices étaient instruites à Bamako.

Ces taux montrent que l'alphabétisation a un impact positif sur la fréquentation des services de contraception.

4. PROFESSION :

Les ménagères représentaient 63,3% des utilisatrices contre 8% de fonctionnaires [Tableau IV].

Ces taux sont inférieurs à ceux trouvés par SANGHO S en 1996 à Bamako [38]. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les fonctionnaires fréquentent moins les centres de contraception pour des raisons d'horaires, « elles n'ont pas le temps de venir le matin dans ces services » d'où leur faible fréquence dans notre étude.

5. RESIDENCE :

La plupart de nos utilisatrices résidaient dans la commune IV avec une fréquence de 97,9% des cas contre seulement 2,1% hors de la commune [Tableau II].

La situation géographique du centre pourrait en être l'explication.

Les utilisatrices enregistrées hors de la commune venaient à travers leurs parents qui travaillent dans le centre.

6. SOURCE D'INFORMATION :

La majorité de nos utilisatrices ont été informées par un agent de santé 58% [Tableau XXI].

Cette source est la plus officielle et la plus crédible.

7. PARITE :

La fréquence est faible chez les utilisatrices sans enfants (0,5%) contre 47,3% chez les multipares [Tableau VIII].

Ces résultats sont contraires à ceux de SANGHO S en 1996 à Bamako [38] qui a trouvé que 83,1% des utilisatrices n'avaient pas d'enfants.

Cela pourrait s'expliquer par le fait que pendant les CPN et les CPON les femmes reçoivent d'amples informations sur la santé de la reproduction.

Nous avons constaté dans notre étude que la fréquence contraceptive diminue en fonction de l'âge du dernier enfant. Ainsi, les femmes ont le courage de faire la contraception quand l'enfant est jeune d'où une fréquence de :

- 40,96% pour les femmes qui ont accouché de 2 mois à 12 mois,
- 36,70% pour les femmes qui ont accouché de 13 mois à 24 mois,
- 20,74% pour les femmes qui ont accouché de 25 mois à 48 mois
- 1,60% pour les femmes qui ont accouché plus de 48 mois [Tableau IX].

Par contre SANGHO S en 1996 à Bamako [38] a trouvé que 72,6% des utilisatrices ont commencé la contraception à 45 jours de leur accouchement.

D- CONNAISSANCE SUR LA CONTRACEPTION :

Toutes les femmes pouvaient citer au moins une méthode contraceptive moderne [Tableau XIV].

Ces résultats sont comparables à ceux de KODJOGBE N au Bénin en 2001[18] qui avait trouvé que 91% des utilisatrices connaissaient une méthode contraceptive moderne.

La connaissance descriptive était accentuée sur l'injectable (99,5%), la pilule (96,8%), le Norplant (94,7%), le DIU (38,8%) [Tableau XIV].

Sur le plan de la perception, les femmes sont suffisamment informées, ainsi 61,7% des utilisatrices pensent que la contraception veut l'association espacement des naissances et limitation des naissances,

35,1% = Espacement des naissances, 3,2% = limiter les naissances [Tableau X].

Ce niveau de connaissance assez encourageant s'explique par la qualité du counseling sur la planification familiale après chaque accouchement dont les informations sont renforcées par les campagnes publicitaires à la télévision et à la radio.

E- UTILISATION DE LA CONTRACEPTION

L'entretien avec les utilisatrices a été fait dans un lieu discret sous forme de counseling avec des exemples des méthodes à l'appui.

La méthode la plus utilisée au moment de notre enquête est l'injectable (64,4%) suivi de la pilule (17,6%) [**Tableau XX**].

Ces résultats sont contraires à ceux de DEMBELE O.B (85,2%) [**11**] qui a trouvé que 29,7% des utilisatrices ont choisi la pilule suivie des injectables 21,8% contre 48,5% des autres méthodes en 2008 en commune V à Bamako au Mali [**11**].

Cela s'expliquerait par la connaissance, l'observance, l'exigence et les contre indications des méthodes injectables.

Les obstacles à l'utilisation de la contraception

Certains produits tels que le diaphragme, la cape cervicale, le préservatif féminin et l'éponge ne sont pas disponibles dans l'unité de la PF du CSRéf CIV.

Le moyen de transport n'est pas un obstacle remarquable dans la fréquentation des services de la PF puisque 97,9% des utilisatrices sont dans la commune [**Tableau II**] et l'accessibilité du centre est facile.

Le temps d'attente a été satisfaisant dans 91,5% des utilisatrices.

Il n'y a pas eu d'abandon de la contraception mais 3,2% ont changé d'une méthode à une autre [**Tableau XXI**].

Dans notre étude, 66,68% des utilisatrices ont eu comme effet secondaire les troubles de cycle [**Tableau XXII**].

Au cours de notre enquête, 100% des utilisatrices ont été revues.

Les raisons d'abandon ont été constatées surtout d'une méthode contraceptive à une autre notamment de l'injectable vers la pilule, du Norplant vers le DIU [Tableau XXVII].

ZALHA S.M à Ouagadougou au Burkina Faso [54] a trouvé en 2004 que 64,8% des femmes pensent que le temps d'attente est long.

Dans notre étude, les utilisatrices pensent que le coût des produits contraceptifs est abordable.

F- OBSERVATION DU PRESTATAIRE

Toutes les prestataires étaient des sages femmes, cependant elles ont recourt aux médecins en cas de ligature et résection des trompes.

Ces mêmes résultats ont été retrouvés en 2004 au Burkina par ZALHA S.M [54] et SANGHO S en 1996 à Bamako au Mali [38].

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

- le vécu socioculturel.
- la convenance personnelle : « **Certaines femmes ne veulent pas être examinées par un homme** ».
- Commodité : « **Les femmes se sentent plus à l'aise entre elles** »

La prestation des méthodes de la PF au Mali se fait par niveau.

Les méthodes de longue durée sont réalisées au Centre de Santé de Référence de la commune IV qui est de niveau II.

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

Toutes les enquêtées ont bénéficié d'une prise de la tension artérielle et du poids, seulement les utilisatrices qui ont accepté le DIU ont bénéficié d'un examen gynécologique.

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

VII- CONCLUSION ET RECOMMANDATION

CONCLUSION

Cette étude qui a eu lieu dans l'unité de CPoN/PF du CSRéf CIV du District de Bamako du 1^{er} Avril au 30 Septembre 2008 nous permet de dire que :

- ◇ La prévalence contraceptive étant très faible dans notre pays (8% selon EDS IV), l'information, l'éducation, la communication et le counseling bien que satisfaisants doivent être renforcés.
- ◇ La plupart de nos utilisatrices ont évoqué comme motif de consultation, l'espacement des naissances (69,1%) mais la césarienne pour le dernier accouchement a eu une influence notable (24,46%).
- ◇ La méthode injectable a été la plus représentée (64,4%) du fait de son observance, de son accessibilité et de son coût.
- ◇ Les effets secondaires fréquemment rencontrés au cours de la contraception sont les troubles du cycle menstruel (53,7%) motivant souvent des changements de méthode (3,2%).
- ◇ La majeure partie de nos utilisatrices ont été satisfaites (91,5 %) de la prestation effectuée.
- ◇ La recherche des contre-indications à la méthode souhaitée par la prise de la TA et du Poids ainsi qu'un examen gynécologique (3,20%) et sommaire de certains appareils tels que : les yeux, la glande thyroïde, le cœur... ; de même que les informations sur les principaux risques et effets indésirables inhérents à chaque méthode sont essentielles pour réduire le nombre d'interruptions volontaires de grossesses et de changement de méthode.

RECOMMANDATIONS

1 AUX RESPONSABLES DU CSREF CIV

- Renforcer l'organisation des services de CPoN/PF.
- Recycler les prestataires de façon continue.
- Créer un cadre confortable de counseling pour les clientes.
- Promouvoir les méthodes de contraception à l'endroit des clientes.

2 AUX PRESTATAIRES DE SERVICE DE PF

- Renforcer les séances de counseling à l'endroit des clientes.
- Sensibiliser les hommes en insistant sur les avantages de la contraception dans le cadre de la santé familiale.
- Promouvoir le port des préservatifs

3 AUX POPULATIONS

- Fréquenter davantage le service de PF en évitant l'auto médication.
- Utiliser correctement la méthode de contraception choisie.

VIII- REFERENCES

1. AMPPF

Situation de la planification familiale au Mali, 2004.

2. AMPPF

Bulletin semestriel N°4 « la Stérilité du couple » octobre 1993.

3. AMPPF

Document de la campagne nationale sur la PF, mars 2004.

4. AMPPF

Manuelle de procédure administrative financière et budgétaire, chapitre de gestion logistique des contraceptions 1997.

5. AMPPF

Plan stratégique 2006-2010.

6. Boubacar Moussa

Étude épidémio-clinique du planning familial : enquête auprès de 206 utilisatrices au CSRéf CI du District de Bamako, d'Avril à Juin 2003, thèse de médecine 2005 n°5-M-183.

7. Cahier d'étude et de recherche francophone/santé volume 10.

6, 407-12 Novembre Décembre 2000, étude originale.

8. Cellule de planification et de statistique du Ministère de la santé

(CPS/MS), Direction Nationale de la statistique et de l'informatique (DNSI) et ORC MACRO. Enquête Démographique et de santé au Mali 2001. Calverton, Maryland, USA : CPS/MS, DNSI et ORC MACRO, 2002.

9. CERPOD

Impact de la planification familiale sur la vie des femmes : Résultats d'une étude réalisée dans le district de Bamako, Mali, Mai 1999.

10. DEMBELE K. D,

Faible utilisation des services de planification familiale par les femmes en âge de procréer (14-49 ans) de Komoguel I commune de Mopti, 2002.

11. DEMBELE O B, contribution à l'étude,

Les causes de la sous utilisation du DIU dans le District de Bamako, thèse de médecine, Bamako 1992, n°91-M-20.

12. Editorial par Jean François Girard, président de l'IRD,

Population au sud n°31, Août/Octobre 2005.

13. EDSM III,

Enquête Démographique et de santé au mali en 2001.

14. EDSM IV,

Enquête Démographique et de santé au mali en 2006.

15. Elément de la technologie de la contraception,

Manuel à l'intention du personnel clinique, programme d'information sur la population, centre pour les programmes de communications, école de santé publique, université de John Hoking, octobre 2000.

16. GUINDO S B,

Evaluation de la qualité des services offerts dans les six unités de planification familiale des centres de santé de référence du district de Bamako, Thèse de médecine, Bamako 2005 – M – 252.

17. Karen R. Katz,

Accroissement de l'accès au service de planning familial dans les régions rurales du Mali grâce à la distribution communautaire des produits contraceptifs, n° spécial de 1999, PP, 4-10 et 25.

18. KODJOGBE N,

Enquête démographique sur la santé au Bénin 2^{ème} édition, 2003.

19. LOCOH Thérèse,

Centre français sur la population et le développement (CFPD) : groupement d'intérêt scientifique EHESS-INED-INSEE-ORSTOM-PARIS6 20 ans de planification familiale en Afrique sub-saharienne, 1992-27-P n°19.

20. LOCOH T., WOLFSON M., 1989

Les politiques de fécondité et de planification familiale en Afrique. In Ta butin D. Ed. Population et Environnement Rapport présenté à la commission des communautés Européennes, Bruxelles.

21. Maîtrise de la fécondité, l'enfant en milieu tropical en 1990, 193/194 : 7-19.

22. MBODJI G .F,

Profil des clients et des prestataires : Analyse situationnelle des services de planification familiale dans les régions de Koulikoro et Sikasso, Mali 1996 ; VI 14-31.

23. Network en français,

Prendre conscience de sa fécondité, FHI, volume 17 n°1, 1996.

24. Network en français,

Méthode contraceptive pour jeune adulte, FHI, volume 17 n°3 1997.

25. Network en français,

Santé de la reproduction, FHI, volume 17 n°4, 1997.

26. Network en français,

Les besoins en contraception passé la quarantaine (mise à jour sur la contraception), FHI, volume 18, n° 1 1997.

27. Network en français,

La recherche quantitative sur la planification familiale FHI, volume 22 n°2, 2002.

28. Network en français,

Améliorer les services de santé de la reproduction FHI, volume 21 n°3, 2002.

29. Network en français,

Intégration des services de planification familiale FHI, volume 23, n°3, 2004.

30. Network en français,

Cinq (5) affections courantes – l'hypertension artérielle, le diabète, la drépanocytose, les maux de tête et l'épilepsie.

31.N’GOM Pierre, ghana-prigom@gha2 Navrongo health recherche center,
Evaluation des programmes de planification familiale, revue critique et exemple
illustratif, 2005

32. OMS

Institute for reproductive health, Georgetown University: methode des jours
fixes, 2003.

33.OMS,

Formation aux techniques de conseil en sexualité, procréation et santé des
adolescents, guide de l’animation, WHO/ADH/93.3, Genève 1993.

34. OMS,

Implants contraceptifs sous-cutanés Norplant ; directives concernent les aspects
techniques et gestionnaires. Genève 1991, version provisoire WHO/MCH/89-17.

35.Population reports,

Conclusion des nouvelles enquêtes, poursuite de la révolution dans le domaine
de la reproduction, série M n°17.

36. Procédure en santé de la reproduction commune,

Planification familiale ; volume 3, juin 2005.

37. SAO O B,

Evaluation de la qualité des soins dans l’unité de planification familiale du
centre de santé de référence de la commune V thèse de Médecine, Bamako 2008
M 100.

38. SANGHO S,

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.

39. SIDIBE M,

Approche épidémiologique du planning familial au centre de santé de référence
de la commune VI du district de Bamako ; Thèse de Médecine, Bamako 1999-
M-52.

40. The Alan Guttmacher institue

Perspectives internationales sur le planning familial .n° spécial de 1999.

41. TOULEMON L., LERIDON H.

Les pratiques contraceptives en France. Revue du praticien, 1995, 45 : 2395-400.

42. TRAORE S et BALLO M B,

Planification familiale dans l'enquête démographique de santé 3 (EDSMIII). 2001.

43. TRAORE M,

Faible utilisation du service de planification familiale du CSREF du cercle de Macina par les écolières de 15 ans et plus du second cycle, mémoire septembre 2002.

44. Tunis Office National de Famille et de la Population, 1995

Comportements contraceptifs des familles en milieu rural

45.UNFPA, Ministère de la santé,

Division santé de la reproduction –Plan stratégique de la santé de la reproduction 2004-2008, Janvier 2004 site Internet

<http://www.unfpa.mali.org.ml>.

46. United Nation Population Division (UNPD),

Démographique situation in high fertility countries. (Prepared for the workshop, prospects for fertility Decline in high fertility countries, New York, 9-11 July 2001). New York, UNPD, jun7, 2001.35p.

47. USAID,

Intégration de planning familial/VIH. Septembre 2003.

48.USAID health Policy Initiative,

Atteindre les objectifs du millénaire pour le développement, la contribution de la planification familiale dans la réduction de la mortalité maternelle et infantile, 2001.

49.USAID,

International Population and Family Planning Assistance: to Answer to 10 Asked frequently Asked question, USAID site internet, http://www.info.usaid.gov/pop_health/.

50.USAID,

Maximiser l'accès et la qualité des services de planning familial au Mali Echange MAQ 23-26, septembre 2003.

51. Washington, D.C.: National Academy Press, 1989, chapitre 3,

National research: council, contraception and reproduction: Health consequence for Women and Children in the developing world,

52. WILAM H Foege, MD,

Planification familiale, méthode et pratique pour l'Afrique, 1985.

53. World Health Organization Division of family and reproductive health,

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

54. 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.

FICHE SIGALETIQUE

Prénoms: *Jean Marie*

Nom: *TRAORE*

Titre de la thèse : *Connaissance et utilisation de la contraception au Centre de Santé de Référence de la Commune IV.*

Année de soutenance : *2010*

Ville de soutenance : *Bamako*

Nationalité : *Maliennne*

Lieu de dépôt : *Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie, Bibliothèque nationale.*

Secteur d'intérêt : *Santé Publique, Gynécologie-Obstétrique.*

RESUME

Notre étude a eu lieu dans l'unité de CPON/PF du Centre de Santé de Référence de la commune IV du District de Bamako du 1^{er} Avril au 30 Septembre 2008. Durant cette période, 188 utilisatrices de différentes méthodes contraceptives répondaient aux critères d'inclusion de notre étude.

⇒ Les femmes ayant utilisées la contraception avaient pour la plupart un âge compris entre 20-29 ans avec une fréquence de 52,66%.

⇒ Elles : * étaient ménagères et scolarisées dans la majorité des cas avec respectivement 63,3% et 71,3%,

* mariées et paucigestes pour la plupart avec une fréquence respective de 80,9% et 54,3%,

* avaient une assez bonne connaissance générale sur les méthodes contraceptives et une connaissance satisfaisante (50,53%) des méthodes de lutte contre les IST/VIH/SIDA.

⇒ L'espacement des naissances a été le motif de consultation le plus évoqué avec 69,1%.

⇒ Les injectables ont été les plus utilisées avec une fréquence de 64,4% suivie des pilules 17,6% et du Norplant 12,8%.

⇒ Les effets secondaires les plus observés furent les troubles du cycle menstruel (53,7 %), la prise de poids (43,1%) et les nausées.

⇒ Le taux de changement de méthode a été de 3,2% par principalement les troubles du cycle menstruel (66,68%).

⇒ La majeure partie des utilisatrices étaient satisfaites (91,5%) et estimaient que le coût de la contraception était abordable au CSRéf CIV.

Mots clés : PF, Contraception, Contraceptifs.

Fiche d'Enquête

Indentification

Nom : _____ Prénom : _____
Age : _____ Sexe : _____
Adresse : _____ Religion : _____
Ethnie : _____ Profession : _____

Caractéristique socio économique

Niveau

Non Alphabétisé _____
Primaire _____
Secondaire _____
Supérieur _____
Ecole coranique _____
Langue Nationale _____
Autre _____

Etat matrimonial

Mariée	<input type="checkbox"/>		
Monogamie	<input type="checkbox"/>	Polygamie	<input type="checkbox"/>
Célibataire	<input type="checkbox"/>		
Divorce	<input type="checkbox"/>		
Avec enfant	<input type="checkbox"/>	Sans enfant	<input type="checkbox"/>
Veuve	<input type="checkbox"/>		
Union libre	<input type="checkbox"/>		

ATCD Gynécologique

Parité
Gestité
IIG

Connaissance du PF

Qu'est ce que le PF
Espacement des naissances
Limitation des naissances
Lutte contre les IST/SIDA
Autres

Par quelle source d'information avez-vous entendu parler du PF

- Agent de santé
- Radio/Télé
- Parents
- Amie
- Voisines/Voisins
- Autres

Quelles sont les catégories de personnes visées par le P F

- Homme F
- Femme
- Célibataire
- Mariée

A partir de quel âge une personne peut faire le PF

- Homme de – 14 ans 14-50 +50
- Femme de – 14 ans 14-50 +50
- Aucune idée Autres

Quelles sont les méthodes de PF que vous connaissez

- Naturelle
- Allaitement maternel exclusif prolonge
- Abstinence complète
- Abstinence Périodique
- Le coït interrompu
- Autre

Moderne

- Pilule
- Injectable
- Condoms
- DIU
- Spermicide
- Implant (Norplant) Diaphragmes

Autres Traditionnelles

- Tafo Miel Toile d'araignées
- Solution à boire

Méthodes permanentes

Ligature des trompes

Existe-t-il des méthodes de contraception qui jouent un rôle dans la lutte contre les IST/SIDA

Oui Non

Si oui lesquelles et comment

La participation PF

1 Utilisez-vous une méthode de PF

Oui Non

Si oui depuis combien de temps ?

2- Qui vous à conseille de pratique le PF ?

Après une réflexion personnelle

Amie

Marie

Parent/voisin/voisine

Agent de santé

Autre

3 Pourquoi pratiquez-vous le PF

Fiche d'enquête

Des prestataires

Nom : _____ Prénom : _____

Age : _____ Sexe : _____

Agent de santé : _____

Grade : _____ Poste occupé actuellement : _____

Connaissance de PF Qu'est ce que le PF

Espacement des naissances

Limitation des naissances

Lutte contre la stérilité

Lutte contre les IST/SIDA

Autre

Quelles sont les méthodes de PF que vous connaissez ?

Temporaires

Méthodes naturelles

Allaitement maternel exclusif prolongé

Abstinence complète

Abstinence périodique

Coït interrompu

Autre

Méthodes traditionnelles

Tafo Miel Solution à boire

Toile d'araignées Autre

Méthodes modernes

Pilule Injectable Condoms

Spermicides Norplant Diaphragme

Autre

Méthodes permanentes

Ligature des trompes Autre

Quelles sont les méthodes de PF dont vous connaissez les mécanismes d'action

A Méthode Mécanisme d'action

B Méthode Mécanisme d'action

C Méthode Mécanisme d'action

D Méthode Mécanisme d'action

4- Quelles sont les méthodes de PF dont vous connaissez les contre indications ?

A Méthode

B Méthode CI

C Méthode CI

D Méthode CI

E Méthode CI

5 Connaissez-vous des méthodes de PF qui jouent un rôle dans la lutte contre les IST/SIDA

Oui Non

A Méthode ES

B Méthode ES

C Méthode ES

D Méthode ES

E Méthode ES

6 Connaissez-vous des méthodes de PF qui jouent un rôle dans la lutte Contre les IST/SIDA

Oui Non

Si oui les quelles et comment

La participation des activités de PF

1) depuis combien de temps faite vous les activités de PF ?

Moins d'1an Entre 1-5 ans Plus de 5ans

2) Que faite vous quand une femme se présente pour la première fois Pour PF ?

3) Avez-vous reçu une formation initiale pour ce de PF ?

Oui Non

1) avez-vous reçu des formations de recyclage ?

Oui Non

5) Existe-t-il un calendrier de recyclage pour les personnels en matière De PF ?

Oui Non

6) Etes vous supervise en matière de PF ?

Oui Non

Si oui par qui ?



7) Que recherchez vous chez une femme ayant opte pour

Pilule Injectable DIU
Spermicides Norplant Autre

**8) Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans la pratique des
Activités de PF**

**9 Que souhaitez-vous pour assurer la qualité de prestation du centre
En matière de PF**

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque

JE LE JURE !!!