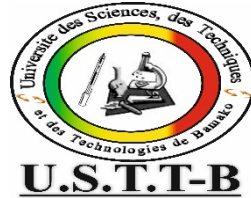


République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO



Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

ANNEE UNIVERSITAIRE 2014-2015

N°..... /M

TITRE

NIVEAU DE SATISFACTION DES UTILISATRICES
DU SERVICE DE PLANNING FAMILIAL AU CSREF
DE LA COMMUNE V DU DISTRICT DE BAMAKO

THESE

Présentée et soutenue publiquement le / /2015

Par :

Mme Fatoumata SEKOU

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat)

JURY

Président : Professeur Samba DIOP

Membre : Docteur Soumana Oumar TRAORE

Co-Directeur : Docteur Aboubacar Alassane OUMAR

Directeur : Professeur Amadou DIALLO

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Samba DIOP

- Maître de conférences en Anthropologie Médicale ;
- Enseignant-chercheur en Ecologie humaine ; anthropologie et éthique/bioéthique au DER de santé publique et spécialités ;
- Chercheur associé au SEREFO.
- Membre des comités d'éthiques de la FMPOS et INRSP

Chère maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations. Nous avons admiré votre disponibilité, votre rigueur scientifique et vos qualités humaines et sociales ;

Votre sens du partage, et surtout votre modestie font de vous un maître apprécié de tous ;

Soyez rassuré de notre estime et de notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Docteur Soumana Oumar TRAORE

Gynécologue obstétricien au Centre de Santé de Référence de la Commune V.

Cher maître,

Vous nous faites un réel plaisir en acceptant de juger ce modeste travail en dépit de vos multiples occupations .Homme de science et de rigueur, votre souci constant de transmettre vos connaissances à forcé notre admiration. Votre amour pour le travail bien fait, fait de vous un exemple. Ce travail est également le vôtre. Recevez ici, l'expression de notre profonde gratitude et notre sincère respect.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Docteur Aboubacar Alassane OUMAR

- Assistant en pharmacologie Clinique à la Faculté de Médecine et d'Odonstomatologie;
- Membre de l'International Society of Pharmacovigilance ;
- Chercheur au Laboratoire SEREFO.

Cher maître,

Votre présence ici témoigne de l'intérêt que vous accordez à ce travail. Votre maîtrise du "métier", votre sens élevé du travail bienfait et votre sens de responsabilité méritent d'être signalés. Nous vous remercions sincèrement et que puisse ALLAH le TOUT PUISSANT vous combler de bonheur ici bas et dans l'au-delà.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Amadou DIALLO

- **Professeur honoraire de biologie**
- **Ancien recteur de l'Université de Bamako**
- **Président du Conseil de l'Université des Sciences Sociales et de Gestion de Bamako.**

Cher maître,

C'est un immense honneur pour nous que vous acceptiez de diriger notre travail. Votre générosité, votre humanisme et votre rigueur pour le travail bien fait nous fascinent.

Nous prions pour que le Tout Puissant Allah vous donne la santé et qu'il vous garde aussi longtemps que possible à nos côtés afin de toujours bénéficier de vos conseils.

Trouvez ici cher maître l'expression de notre admiration et de notre reconnaissance.

DEDICACE

Pour qu'un rêve puisse se réaliser, il faut deux conditions :

La première, c'est d'avoir une grande capacité de rêver ; la seconde, c'est la persévérance c'est-à-dire la foi dans le rêve....

C'est avec humilité que je reconnais ce que je dois :

A Allah,

Le très miséricordieux

Le protecteur de celui qui cherche la protection,

La gloire de l'espoir

Le gardien de l'humanité

Toi, qui nous procure la sagesse,

Une sagesse qui brille et qui ne se flétrit pas.

Une sagesse qui se laisse voir aisément par ceux qui l'aiment et trouver par ceux qui la cherchent ; elle devance ceux qui la désirent en se faisant connaître la première.

Une sagesse qui nous permet de conserver la clairvoyance dans un monde hypertrophié et hémiplégique

Merci de nous avoir permis de voir ce beau jour, nous nous prosternons devant toi pour implorer ta bénédiction afin que ta sagesse pèse sur nos vérités ici-bas.

A ma famille,

"A l'honneur de la continuité de la vie, souvenirs du passé, joies du présent et espoir d'avenir".

Tous les mots du monde ne sauraient exprimer l'immense amour que je vous porte, ni la profonde gratitude que je vous témoigne pour tous les efforts et les sacrifices que vous n'avez jamais cessé de consentir pour mon instruction et mon bien-être. C'est à travers vos encouragements que J'ai opté pour cette noble profession, et c'est à travers vos critiques que je me suis réalisée. J'espère avoir répondu aux espoirs que vous avez fondés en moi. Je vous rends hommage par ce modeste travail en guise de ma reconnaissance éternelle et de mon infini amour, ainsi, je dédie ce travail :

D'abord, A mon père : (Sekou keilou MAIGA)

Papa idéal que tu sois, ce travail est celui d'une fille à ton image. « *On reconnaît l'arbre à ses fruits* »

Tu es l'initiateur de ce travail, tu as été pour nous un exemple de courage et de justice. N'est pas Euripide qui disait : « *Le juste est celui qui vit pour son prochain* ».

Tu nous as appris le sens de l'honneur, de la dignité, du moral, du pardon, du partage et du travail bien fait.

Que cette thèse m'offre l'occasion de me rendre encore plus digne de toi.

T'avoir auprès de moi sera toujours mon plus grand réconfort.

Que Dieu te donne longue et heureuse vie.

Ensuite, A mes mamans :

Aissa issoufou ;

Berçant mon arrivée terrestre de ta dernière chaleur lourde,

Tu me fis voir ce beau monde à travers mes sens encore clos

Puis je m'empêcher de te dire merci ?

Ta générosité, ton amour pour ton prochain, ta bonté sans limite, ton courage indéfectible, ta prudence et ta modestie, ton humilité et ta gratitude ont beaucoup contribué à la stabilité de notre famille. Mon amour pour toi est si fort qu'on ne peut le vaincre, Si haut qu'on ne peut le surmonter, Si profond qu'on ne peut le sonder, Si vaste qu'on ne peut le contourner.

Et Aichatou Yahaya

C'est mon tour de t'offrir une passiflore car tu étais éveillée à mes côtés nuits et jours.

Je tombe en admiration devant la bonté de ton cœur à nulle pareille.

L'évènement que nous célébrons aujourd'hui t'est entièrement dédié. Saches que je te garderai éternellement dans mon cœur. T'avoir auprès de moi sera toujours mon plus grand réconfort.

Puisse Allah le très miséricordieux te garantir une longue et heureuse vie à nos côtés.

Et après, A mes frères et sœurs

Sachez que l'histoire avance grâce aux défis et au courage.

Les gens qui réussissent sont ceux qui relèvent les défis. Parce que nous sommes jeunes, nous sommes pleins de confiance et à cause de cette confiance nous devons être courageux. La jeunesse aime l'aventure et ne craint pas les échecs.

Ainsi, relevons les défis et faisons les avec courage. N'ayons pas peur des échecs et affrontons la vie avec toutes nos forces. Au terme de l'enquête considérez ces lignes comme la traduction de la reconnaissance de tout ce que vous avez consentis pour moi durant ces longues années de vie estudiantine au **POINT-G**. Cueillez ici les fruits de l'arbre que vous avez tous planté et mon exhortation a plus d'assiduité dans les bons actes quotidiens de la vie humaine. Soyez partisans du grand effort car « *est fertile toute terre quand on est fils de bon paysan* »

A mes enfants

Que ce travail vous incite à plus de courage et d'abnégation. Sachez que tout n'est pas rose dans la vie. Vous êtes appelés à vivre dans un monde mouvementé où vous devez affronter des problèmes nouveaux et toujours croissants et vous êtes tenus de leur trouver des solutions originales. Le chemin de la vie est long et sinueux. Bref retenez tout simplement que *« l'homme est le boulanger de sa vie »*

J'espère que ce travail sera pour vous un exemple de courage et une incitation à mieux faire. Que Dieu vous bénisse !

A Mon Mari

Merci pour la pierre apportée à la réalisation de l'édifice commun.

Tu as été présent à chaque étape de ce travail.

Que le tout puissant nous accorde une longue et heureuse vie de couple. Qu'il nous donne toujours la force et le courage nécessaire d'éduquer nos enfants et surtout n'oublions jamais : *« L'éducation veut l'union des éducateurs »*

MENTION SPECIALE :

A mon groupe de travail (kanambaye,alpha, moulaye, mariam touré),à **la communauté nigérienne ainsi qu'à ma belle sœur Kadiatou Doumbia aissa adamou,halimatou haidara** Puisse ce travail soit la preuve de toute l'admiration que j'ai pour vous. Votre modestie, votre prudence, votre rigueur pour le travail bien fait, mais aussi et surtout de votre humanisme ont forcé mon admiration. Puisse le Seigneur vous donner longue et heureuse vie au service et au secours de vos prochains.

REMERCIEMENTS :

A LALLAICHA MOUSSA et KADIDIA SIDIBE jolie (amies de tous les jours)

Merci pour ces infinis instants de complicité faits de regards, de silences parfois d'à peine audibles échanges. J'espère que jusque-là j'ai été pour vous cette amie qu'il vous fallait.

Bonne chance dans la vie. Que Dieu vous bénisse !

A mes oncles et tantes:

Vos soutiens ne m'ont jamais manqué. Les mots me manquent aujourd'hui pour exprimer tout ce que je ressens pour vous. Vous avoir auprès de moi sera toujours mon plus grand réconfort. Que Dieu vous donne longue et heureuse vie.

A vous tous cousins et cousines.

Par la présente permettez-moi d'afficher mon attachement au lien sacré du cousinage. Que Dieu vous bénisse.

A mon maître Alpha issa

Retrouvez dans ces pages mon humble regret de ne point entreprendre une description de vous, car par la nature vous êtes déjà bien dotés.

A feu Keilou Ariya,

C'est avec des larmes aux yeux que j'écris ces mots. La mort t'a prématurément emporté alors que nous avions encore besoin de toi, de ton affection, de ta bonté, de ton dévouement pour ton prochain et de ta sagesse. Nous pleurons encore ta mort mais que faire face à la force implacable du destin ? Que ton âme repose en paix !

A Feu Ibrahim Bossou

Merci pour les conseils et l'assistance. J'aurai voulu que tu partages ce beau moment avec moi comme nous l'avions prévu. Mais hélas, l'homme propose et l'Eternel dispose. Il en a décidé autrement. Je t'ai vu pour la dernière fois et en se quittant tu m'as dit ceci : *Imposes toi toujours par ton savoir car la force de l'argumentaire emporte toujours sur l'argumentaire de la force.* Que ton âme repose en paix. Dors bien cher ami !

A feu Mahamadou Sekou

Tu as été le grand absent de ces dernières années. Dors en paix, Que la terre te soit légère !

A tous les camarades de promotion de la 6^{ème} promotion du Numéris Clausus : la promotion "Pr. OGOBARA DOUMBO

A tous ceux et toutes celles qui, de près ou de loin ont contribué à l'élaboration de ce document notamment Dr Zakaria Keita et M. Ibrahima Sacko

A ceux qui n'ont pas vu leur nom ici, c'est à vous que je pense le plus..... Merci.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AMPPF :	Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille.
AMPR :	Acétate de Médroxyprogestérone Retard
COC :	Contraceptifs Oraux Combinés
COU :	Contraception Orale d'Urgence
CSCom :	Centre de Santé Communautaire
CSRéf :	Centre de Santé de Référence
DIU :	Dispositif Intra Utérin
EDSM :	Enquête Démographique et de Santé Maternelle
EMP:	Education en Matière de Population
EVF:	Education à la Vie Familiale
HTA :	Hypertension Artérielle
IST:	Infection Sexuellement Transmissible
IVG :	Interruption Volontaire de Grossesse
MAMA :	Méthode d'Allaitement Maternelle et d'Aménorrhée
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PF :	Planification Familiale
PFN :	Planification Familiale Naturelle
PMI :	Protection Maternelle et Infantile
PPS :	Pilule Progestatif Seule
SIU-LNG :	Système Intra-Utérin à Libération de Levonorgestrel
VIH/SIDA :	Virus Immuno Humaine/ Syndrome Immuno Déficience Acquise

Table des matières

1. INTRODUCTION	1
1.1. OBJECTIF GENERAL	3
1.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES	3
2. GENERALITES	4
2.1. HISTORIQUE	4
2.2. RAPPELS SUR LA PLANIFICATION	7
2.2.1. <i>Définition</i>	7
2.2.2. <i>Les activités de la planification familiale</i>	7
2.2.3. <i>Quelques utilités du planning familial</i>	7
2.2.4. <i>Les composantes du planning familial au Mali</i>	8
2.3. ACTIVITES DE PLANIFICATION FAMILIALE	9
2.3.1. <i>L'évaluation</i>	9
2.3.2. <i>Le droit des clients</i>	9
2.3.3. <i>Besoins des prestataires</i>	10
2.4. LES MOYENS DE REGULATION DES NAISSANCES	11
2.4.1. <i>Des méthodes de barrières</i>	11
2.4.1.1. Le condom masculin (préservatif)	11
2.4.1.2. Le condom féminin	12
2.4.1.3. Le diaphragme	13
2.4.1.4. La cape cervicale	14
2.4.1.5. L'éponge contraceptive	15
2.4.2. <i>Les spermicides</i>	16
2.4.3. <i>La contraception hormonale combinée</i>	17
2.4.3.1. Les contraceptions oraux combinés ou COC	17
2.4.3.2. Le timbre contraceptif transdermique :	19
2.4.3.3. L'anneau vaginal contraceptif	20
2.4.3.4. Contraception hormonale à base de progestatif	22
2.4.3.5. Lesdiapositifs intra-utérins (DIU).....	25
2.4.3.6. La contraception d'urgence	27
2.4.4. <i>Les méthodes de planification familiale naturelle</i>	29
2.4.4.1. Connaissance du cycle de fertilité	29
2.4.4.2. Les autres méthodes de planification familiale naturelles.....	30
2.5. LES CANAUX DE DIFFUSION.....	32
3. METHODOLOGIE	34
3.1. TYPE D'ETUDE.....	34
3.2. LIEU D'ETUDE	34
3.2.1. <i>Cadre de l'étude</i>	34
3.2.2. <i>Situation géographique et historique</i>	34
3.2.3. <i>Organisation de l'unité</i>	36
3.3. PERIODE D'ETUDE	36
3.4. POPULATION D'ETUDE.....	36
3.5. ECHANTILLONNAGE	36
3.6. CRITERES D'INCLUSION	36
3.7. CRITERES DE NON N'INCLUSION	36
3.8. SAISIE ET ANALYSE DES DONNEES	36
3.9. CONSIDERATIONS ETHIQUES.....	37

4.	RESULTATS.....	38
5.	DISCUSSION	60
6.	CONCLUSION.....	65
7.	RECOMMANDATIONS.....	66
8.	REFERENCES.....	67
9.	ANNEXES.....	70
9.1.	ANNEXE 1 : LISTE DES TABLEAUX.....	70
9.2.	ANNEXE 2 : LISTE DES FIGURES	71
9.3.	ANNEXE 3 : FICHE SIGNALETIQUE	72
9.4.	ANNEXE 3 : FICHE D'ENQUETE	73
9.5.	ANNEXE 4 : SERMENT D'HIPPOCRATE.....	76

1. Introduction

La planification familiale peut être considérée comme la programmation sanitaire, sociale et même économique de la grossesse. Elle dépend de plusieurs facteurs c'est ce qui fait qu'elle est perçue différemment selon les classes sociales. Certains l'ont adopté d'autres continuent à hésiter pour diverses raisons. Il est donc nécessaire de bien définir son champ d'application en tenant compte de toutes les sensibilités¹.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), chaque minute qui passe, une femme dans le monde meurt suite à des complications liées à la grossesse ou à l'accouchement, 26 à 53 millions d'avortements sont pratiqués chaque année dans le monde entier¹.

En Afrique toujours selon l'OMS le taux de mortalité maternelle est de 940 pour 100000 naissances vivantes. Chaque année au Mali 3000 femmes meurent des complications liées à la grossesse et à l'accouchement, soit un décès toutes les 3 heures².

L'utilisation des contraceptifs a augmenté dans de nombreuses régions du monde, en particulier en Asie et en Amérique latine, mais reste faible en Afrique subsaharienne. Au niveau mondial, l'utilisation des contraceptifs a augmenté, passant de 54% en 1990 à 57,4% en 2014. Au niveau régional, la proportion de femmes mariées âgées de 15 à 49 ans indiquant utiliser une méthode contraceptive moderne a très faiblement augmenté entre 2008 et 2014. En Afrique, elle est passée de 23,6% à 27,6%, en Asie, elle a légèrement progressé passant de 60,9 à 61%, de même qu'en Amérique latine et dans les Caraïbes, passant de 66,7% à 67%³.

Au Togo, en 2010, le taux de prévalence de l'utilisation des contraceptifs dans le pays était de 13,5%, preuve que les femmes en âge de procréation voulant adopter une des méthodes de contraception en sont souvent privées⁴. Au Mali cette prévalence contraceptive était de 10% en 2013 selon l'EDSM V⁵.

Les besoins de contraception non satisfaits demeurent trop élevés. Cette situation s'explique par l'augmentation de la population et par le manque de services de planification familiale. En Asie, et en Amérique latine et dans les Caraïbes – des régions où la prévalence de la contraception est relativement élevée –, les niveaux des besoins insatisfaits sont de 10,9% et 10,4% respectivement³. En Afrique, 23,5% des femmes en âge de procréer ont un besoin non satisfait de moyens de contraception modernes.

La planification contribue à la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile. Elle permet aux parents de faire une prise en charge efficace de chaque enfant sur tous les plans : sanitaire, alimentaire, social. Elle permet à la mère de récupérer avant de contracter une nouvelle grossesse et au père de s'organiser, d'où la nécessité de l'implication des hommes au programmes de sensibilisation en faveur de la planification familiale.

La planification n'est pas nouvelle en Afrique. Autrefois quand la femme accouchait, elle passait la nuit chez sa belle-mère ou partait passer un temps chez ses parents. Cette méthode permettait d'espacer les enfants. Il existe aussi d'autres méthodes dans d'autres pays africains mais beaucoup d'entre elles ont montré leurs limites. Les pays Africains ont connus tardivement les moyens modernes de contraception. Au Mali le lancement officiel de la première campagne de sensibilisation concernant les enjeux liés au planning familial a eu lieu le 14 Mars 2005 avec comme thème « l'espacement des naissances pour une meilleure qualité de vie ».

L'utilisation des services de planning familial dépend en partie de leur disponibilité et surtout de la qualité des prestations de service. Au regard de la très faible prévalence contraceptive du Mali qui nous interpelle tous, il faut encore plus d'efforts pour que davantage de femmes adhèrent à l'utilisation des moyens contraceptifs ; C'est dans ce cadre que nous voulons à travers ce travail décrire le niveau de satisfaction de la population de la Commune V par rapport aux prestations de service de la Planification Familiale offertes par le CSRéf de ladite commune .

1.1. Objectif général

Décrire la qualité des prestations et le niveau de satisfaction des utilisatrices de l'unité de planning familial du CSRéf de la Commune V.

1.2. Objectifs spécifiques

- Identifier les méthodes contraceptives les plus utilisées au CSRéf de la Commune V
- Déterminer la qualité des prestations et le niveau de satisfaction des utilisatrices des services de planning familial du CSRéf de la Commune V.
- Identifier la cause du changement ou de l'arrêt des contraceptifs au CSRéf de la Commune V.

2. Généralités

2.1. Historique

L'origine de la contraception semble se situer dans l'Antiquité romaine ou Sopranos d'Ephèse établit la distinction entre avortement qui tue le fœtus et la contraception qui prévient la contraception.

Les méthodes utilisées pour empêcher la formation et le développement de l'œuf furent aussi variées qu'insolites. Ainsi, l'une des premières fut la pharmacopée excrémentielle qui consistait à reproduire les principes généraux de la thérapeutique visant à chasser d'un corps malade les esprits qui pouvaient y abriter⁶.

Les premières méthodes rationnelles pratiquées furent le coïtus obstructus, le coïtus reservatus et le coïtus interruptus que l'on regroupa sous le nom de « coït non conventionnel »⁶.

- Le coïtus obstructus est une méthode qui consiste à presser entre le scrotum et l'anus pour détourner le fluide séminal du pénis dans la vessie⁷.
- Le coïtus reservatus ou étreinte réservée ou karezza est une pratique sexuelle au cours de laquelle, lors d'une pénétration, le partenaire pénétrant ne tente pas d'éjaculer à l'intérieur de la personne pénétrée, mais s'emploie au contraire à retarder autant que possible le moment de l'éjaculation, voire à l'éviter complètement⁸.
- Le coïtus interruptus est une pratique sexuelle qui consiste à interrompre le rapport sexuel vaginal avant l'éjaculation dans le but d'éviter la fécondation. Cette méthode de contraception, la plus ancienne à néanmoins une faible efficacité⁸.

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

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

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

- En Europe aussi, le principe des « barrières » fut employé, sous forme de tampons constitués de cire d'abeilles par les paysannes hongroises ;
- D'éponges imprégnées de cognac dans les milieux libertins de la fin du XVIII^{ème} siècle ;
- De sulfate de quinine dont l'emploi s'est répandu au milieu du X^{ème} siècle de même que des solutions astringentes (thé vert ; alun ; etc....).

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

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

Ces méthodes dont l'efficacité restait limitée étaient également associées à des effets secondaires importants. Ceux-ci ont donc conduit les chercheurs à explorer des voies aboutissant à des produits moins nocifs⁶.

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

En 1904 déjà, le néerlandais Théodore Van de Velde découvrit la corrélation entre la courbe thermique matinale et l'ovulation mais la contraception n'entre dans sa phase « endocrinologique » que lors de la découverte des hormones et qui connut un essor après 1920.

L'année 1920 qui correspond également à la naissance du concept de planning familial aux USA voit l'isolation de l'oestrine par Edgar Allen et Edward Doisy.

En 1927, l'idée d'une contraception pharmacologique naît de l'autrichien Haberlandt qui affirme que « puisqu'un extrait ovarien de lapines gravides déclenche une stérilité temporaire, il contient « quelque chose » qui bloque la contraception ».

En 1929, Georges Comer découvre la progestérone et Guy Marian le prégnandiol. C'est cette même année que le japonais Ogino Kiusaku proposa une méthode consistant à s'abstenir entre le douzième et le seizième jour précédant le début des règles.

En 1931, Adolf Butenandt découvre l'androstérone.

En 1936, David MC Corquodale produit l'œstradiol. Ces travaux sont mis à profit par Inhoffen afin de synthétiser la 17a-éthynylestradiol.

En 1939, le chimiste australien Arthur Birch synthétise la 19-nortestostérone.

En 1950, Grégory Pincus entame un programme de recherche en vue de mettre au point une pilule contraceptive.

En 1951, la noréthistérone, est synthétisée par Georges Rosenkrantz et Carl Djerassi. Franck Colton qui testa le norétynodrel, le plus actif des progestatifs dépourvus d'activité androgénique eut des premiers essais difficilement interprétables en raison d'une contamination chimique par un puissant œstrogène, le 3-méthyléthynylestradiol. C'est donc sans le savoir que la première association estro-progestative venait d'être étudiée. Sous les noms de mestranol, cet ester sera par la suite, effectivement adjoint au norétynodrel à très faibles doses, car il permet de régulariser les règles.

D'abord présentée comme un traitement des troubles menstruels, l'association des deux stéroïdes fut commercialisée en 1959 aux Etats Unis. L'année suivante, l'indication de « contraception » fut approuvée⁶.

La contraception fut diminuée de moitié lors de la commercialisation de l'Enidrel en France. Au fil des ans, une course au mini dosage fut lancée.

C'est ainsi qu'à partir de 1970, les pilules devaient contenir moins de 0,05mg d'estrogène retenu : l'éthinylestradiol constitue ainsi les pilules normo dosées. Les « minipilules » encore largement utilisées de nos jours ne devaient contenir que 0,03mg d'estrogène.

La contraception dont la paternité est souvent associée à Malthus T.Robert a donc évolué depuis l'Antiquité romaine avec des méthodes pouvant paraître fantaisiste telle la pharmacopée excrémentielle pour offrir aujourd'hui aux couples qui le désirent des moyens dont la rigueur scientifique est clairement établie, dans le but de leur permettre de contrôler leur descendance⁶.

2.2. Rappels sur la planification

2.2.1. Définition

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

Elle permet aux parents d'avoir des enfants quand ils le désirent ; d'avoir juste le nombre d'enfants qu'ils désirent et dont ils peuvent prendre soins ; d'espacer convenablement la naissance de leurs enfants.

2.2.2. Les activités de la planification familiale

Elle comporte diverses activités qui sont :

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

2.2.3. Quelques utilités du planning familial

-Sur les femmes : le planning familial permet à la femme de se protéger contre les grossesses non désirées. Depuis 1960 les programmes de planning familial ont aidé à éviter 400 millions de grossesses à haut risque ou d'avortement pratiqués dans de mauvaises conditions. Si toutes les femmes pouvaient éviter les grossesses à hauts risques, cela pourrait diminuer d'un quart la mortalité maternelle. Aussi, beaucoup de méthodes hormonales aident à empêcher certains cancers et les préservatifs aident à empêcher des maladies sexuellement transmissibles dont le VIH / SIDA^{9,10}.

Elles permettent à l'organisme de la femme de se reposer, de récupérer et de mieux supporter les aléas de la nature qui sont : la maladie, le stress, les efforts physiques.

Le planning familial permet de limiter les abandons d'enfants ou des cas d'infanticides. Il contribue à la disponibilité de la femme pour son enfant et sa famille ¹¹.

-sur les hommes : le planning familial aide les hommes à prendre soin de leur famille, à bien gérer leurs dépenses et à avoir une meilleure existence ^{11,1}.

- sur l'enfant : le planning familial sauve la vie des enfants en aidant les femmes à espacer les naissances ce qui permet à l'enfant d'avoir le temps d'un développement normal. Entre 13 et 14 millions des enfants âgés de moins de 5 ans meurent chaque année, si tous les enfants naissent à intervalle d'au moins deux ans, 3 à 4 millions de ces morts seraient évités^{9,10}.

Le planning familial aide à faire face aux infections respiratoires ; à la malnutrition ; à la diarrhée et autres maladies infectieuses et virales¹².

- Sur la famille : le planning familial améliore le bien-être familial en facilitant la nourriture, le logement et l'éducation des enfants.

- sur la nation : le planning familial permet la maîtrise de la santé de la mère et de l'enfant, ce qui a un effet d'entraînement sur le développement économique et social du pays concerné

2.2.4. Les composantes du planning familial au Mali

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

2.3. Activités de planification familiale

2.3.1. L'évaluation

C'est l'un des outils les plus importants dont disposent les responsables.

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

- savoir si les résultats escomptés sont entrain d'être atteints ou non et à voir quelles sont les modifications à faire pour améliorer l'efficience et ou l'efficacité des activités du programme,
- mesurer les progrès dans la réalisation des objectifs du programme et l'impact du programme.

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

2.3.2. Le droit des clients

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

- à l'information,
- aux services du planning familial,
- de choisir,
- à la sécurité,
- à préserver son intimité,
- à la confidentialité,
- à la dignité,
- au confort,
- à la continuité des soins,
- à exprimer son opinion,

Dans les formations sanitaires, certains responsables ont pris des dispositions pratiques pour que ces droits soient respectés. Il s'agit par exemple :

- des salles de consulting isolées et l'utilisation des paravents pour préserver la confidentialité et la dignité des clients,
- l'utilisation des supports visuels en langue locale en image pour faciliter l'accès à l'information,
- la référence à une boîte à image pour donner des informations complètes,
- la tenue et le classement correct des dossiers des clients pour assurer la continuité des services,
- une salle d'attente avec places assises pour un minimum de confort,
- des toilettes accessibles, au besoin pour des droits d'hygiène,
- une salle de tri pour éviter de très longue attente,
- des prestataires qui parlent la langue du milieu pour faciliter la communication avec la cliente,
- une gamme complète de produits pour faciliter le choix et satisfaire la clientèle.

2.3.3. Besoins des prestataires

Pour fournir les services de qualité les prestataires ont besoin de :

- formation portant sur les compétences techniques et la communication,
- information sur les questions techniques avec des mises à jour régulières,
- infrastructure, notamment de locaux physiques appropriés et une organisation efficace,
- contraceptifs, équipement et matériels éducatifs,
- directives des services, listes aide-mémoire et supervision,
- soutien de la part d'autres prestataires et autres niveaux de soin,
- respect et reconnaissance des collègues, des responsables, des clients et de la communauté,
- motivation / encouragement pour fournir une bonne qualité de soin,
- feed-back des responsables, des superviseurs, d'autres prestataires de services et des clients,
- auto-expression pour que les responsables tiennent compte de leur avis et prennent des décisions,
- image professionnelle : les centres reconnus pour leur bonne qualité attirent et retiennent les clients.

2.4. Les moyens de régulation des naissances

La régulation des naissances se fait essentiellement à partir de la planification familiale. Elle fait intervenir¹³ :

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

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

2.4.1. Des méthodes de barrières

2.4.1.1. Le condom masculin (préservatif)

Bien que la plus part d'entre eux soient faits de latex, il existe également des condoms en polyuréthane, en silicone et en membrane d'agneau¹².

-Efficacité :

Le taux d'échec associé à une utilisation parfaite des condoms est estimé à 3%¹⁴.

-Mécanisme d'action :

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

-Contre- indications :

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

-Effets indésirables :

Chez certains hommes, il interfère avec l'acte sexuel.

2.4.1.2. Le condom féminin

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

-efficacité :

Le taux de grossesse à 12 mois pour une utilisation parfaite (correcte et systématique) du condom féminin est de 5%¹⁴.

-Mécanisme d'action :

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

-Contre-indications :

- .allergie polyuréthane ;
- .anomalie de l'anatomie vaginale ;
- .incapacité pour la femme d'apprendre la technique d'insertion.

-Effets indésirables :

- .Le fait de ne pas bien rester en place est cité comme l'un des problèmes particuliers de l'utilisation du condom féminin.
- .la nécessité de s'entraîner à insérer le dispositif et de l'utiliser plusieurs fois avant de se sentir à l'aise avec cette méthode,
- .l'anneau interne peut causer de l'inconfort et du bruit pendant le coït ;
- .l'interférence avec l'acte sexuel

2.4.1.3. Le diaphragme

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

Il existe trois types de diaphragme :

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

-Efficacité :

Les taux d'échec selon OMS au cours des 12 premiers mois d'utilisation sont de 6% selon une utilisation parfaite¹⁴.

-Mécanisme d'action :

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

-Contre-indication :

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

-Effets indésirables :

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

2.4.1.4. La cape cervicale

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

-Efficacité :

La cape semble avoir une efficacité plus importante chez la nullipare que la multipare vu que l'OMS indique des taux d'échec respectivement égaux à 9% et à 26% selon une utilisation parfaite autour des 12 premiers mois¹⁴.

-Mécanisme d'action :

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

-Contre- indications :

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

- une infection de la filière pelvienne ;
- un cancer ou une dysplasie du col de l'utérus ;
- une allergie ou une sensibilité spermicide.

-Effet indésirables :

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

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

2.4.1.5. L'éponge contraceptive

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

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

-Efficacité

Les éponges contraceptives présentent des taux d'échec variant entre 18 et 20% pour les nullipares et de 36 à 40% pour les multipares¹⁵.

-Mécanisme d'action

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

-Contre-indications

L'éponge cervicale ne devrait pas être utilisée par les femmes qui :

- .présentent une allergie au spermicide utilisé ;
- ont des anomalies de l'appareil vaginal pouvant nuire à la mise en place satisfaisante ou stable du dispositif
- sont incapables d'apprendre la bonne technique d'insertion ;
- présentent des antécédents de syndrome de choc toxique ;
- nécessitent une protection contre l'infection au VIH ;
- ont mené une grossesse à terme dans les six dernières semaines.
- ont récemment connu un avortement spontané ou provoqué, ou présentent des saignements vaginaux anormaux.

-Effets indésirables :

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

2.4.2. Les spermicides

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

-Efficacité :

Le taux d'échec au cours de la première année d'utilisation est de 6% en utilisation parfaite¹⁴.

-Mécanisme d'action :

Comme l'indique leur nom, ils détruisent les spermatozoïdes en altérant la couche lipidique de la membrane cellulaire. Ils deviennent alors perméable et gonfle, ce qui entraîne la rupture des membranes plasmiques et acrosomiques.

-Contre-indications :

La spermicide est contre indiqué en cas de :

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

-Effets indésirables :

On estime que l'irritation génitale pourrait faciliter la transmission du VIH¹².

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

2.4.3. La contraception hormonale combinée

Elle désigne les moyens de contraception qui contiennent à la fois des œstrogènes et un progestatif¹⁶⁻¹⁸. Il existe quatre types :

2.4.3.1. Les contraceptions oraux combinés ou COC

Elles peuvent être :

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

Deux types d'œstrogènes sont utilisés : l'éthinylestradiol et le mestranol qui est un « pro médicament » converti in vivo en éthinylestradiol.

En fonction de leur structure chimique, les progestatifs peuvent être répartis en deux groupes : les estrans (noréthindrone, diacétate d'éthinodiol) et les gonanes (levonorgestrel, désogestrel, norgestimate) qui semblent être plus puissant¹⁶⁻¹⁸.

-Efficacité :

Les COC constituent un mode de contraception réversible très efficace. En utilisation parfaite, ils sont efficaces à 99,9%¹⁴.

-Mécanisme d'action :

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

Parmi les autres mécanismes d'action, on trouve :

.l'accentuation de l'atrophie endométriale ;

.la production de glaire cervicale visqueuse ;

.des effets sur la sécrétion et le péristaltisme au sein des trompes de Fallope

-Contre-indications :

L'OMS, a établi des contre-indications absolues et relatives à l'utilisation des COC¹⁴.

Contre-indications absolues :

- plus de six semaines à la suite d'un accouchement, si la patiente allaite ;
- fumeuse de plus de 30 ans (plus de 15 bâtons par jour) ;
- HTA (systolique \geq 160mmHg ou diastolique \geq 100mmHg) ;
- antécédent de thrombo-embolie veineuse ;
- cardiopathie valvulaire compliquée ;
- cardiopathie ischémique ;
- antécédent d'accident vasculaire cérébral ;
- migraine accompagnée de symptômes neurologiques en foyer ;
- cancer du sein (en cours) ;
- diabète accompagné de rétinopathie/néphropathie ;
- grave cirrhose et tumeur hépatique (adénome ou hépatome).

Contre-indications relatives :

- fumeuse de plus de 35 ans (moins de 15 bâtons/jour)
- HTA adéquatement maîtrisée ;
- Hypertension (systolique : 140-159mmHg, diastolique : 90-99mmHg) ;
- migraine (chez les femmes de plus de 35ans) ;
- maladie vésiculaire en phase symptomatique ;
- légère cirrhose ;
- antécédents de cholestase associée l'utilisation de COC ;
- utilisation de médicaments pouvant entraver le métabolisme des COC ;

Effets indésirables

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

2.4.3.2. Le timbre contraceptif transdermique :

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

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

-Efficacité :

L'indice de Pearl du timbre contraceptif transdermique (taux des échecs en fonction du nombre de grossesses pour 100 années femmes) est de 0,7 (IC de 95% 0,31-1,10), dans le cas d'une utilisation parfaite¹⁹.

-Mécanisme d'action :

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

-contre-indications :

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

-effets indésirables :

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

2.4.3.3. L'anneau vaginal contraceptif

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

-efficacité :

L'indice de perte global de l'anneau, se situe entre 0,65 et 1,18²⁰.

-Mécanisme d'action :

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

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

Indication :

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

Contre-indications :

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

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

-Effets indésirables :

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

- des saignements irréguliers au premier cycle d'utilisation ;
- des effets indésirables de nature hormonale : céphalées, nausées, et sensibilité des seins.
- des symptômes vaginaux : vaginite et leucorrhée.
- la contraception injectable combinée.

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

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

Dans le cadre d'une étude portant sur 782 américaines suivies pendant un an, aucune grossesse n'a été constatée²¹. Son principal mécanisme d'action est l'inhibition de l'ovulation.

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

2.4.3.4. Contraception hormonale à base de progestatif

Les contraceptifs ne contenant qu'un progestatif peuvent être offerts sous forme de comprimé oral, d'implant ou de solution injectable¹².

➤ Les progestatifs injectables :

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

-Efficacité :

L'AMPR est une forme grandement efficace de contraception dont le taux d'échec est estimé à moins de 0,3% par an²².

-Mécanisme d'action :

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

-Indications :

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

Il peut également convenir aux femmes allaitantes ou ayant :

- une sensibilité ou des contre-indications connues aux œstrogènes ;
- .plus de 35 ans et qui fument ;
- .des migraines ;
- .une endométriose ;
- .la drépanocytose ;
- .sous anticonvulsivants ;

-Contre-indications :

Contre-indications absolues : grossesse, saignement vaginaux inexplicables et diagnostic courant de cancer de sein.

Contre-indications relatives : cirrhose grave, hépatite virale évolutive et adénome hépatique bénin.

-Effets indésirables :

Les effets indésirables associés à l'AMPR sont :

.la perturbation du cycle menstruel (le plus courant) ;

.la prise de poids ;

.les indésirables de nature hormonale (céphalées, acnés, baisse de libido, nausée et sensibilité des seins) ;

.des variations de l'humeur ont également été signalées ;

.retour tardif de la fécondité (neuf mois en moyenne) ;

.baisse de la densité minérale osseuse sans ostéoporose notamment au niveau de la colonne lombaire.

➤ **Progestatif oral : pilule progestative seule.**

Utilisées selon les indications, les pilules progestatives (PPS) sont très sûres et grandement efficaces. En utilisation parfaite, elles présentent un taux d'échec de 0,5%²¹.

-Mécanisme d'action :

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

-Indications :

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

-Contre-indications :

Contre-indications absolues : grossesse et diagnostic courant de cancer du sein.

Contre-indications relatives : hépatite virale évolutive et tumeurs hépatiques.

-Effets indésirables :

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

➤ **Les implants de progestatif :**

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

-Efficacité :

Le taux d'échec associé aux implants se situe autour de 0,1% par année¹⁴.

-mécanisme d'action :

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

Les systèmes d'implants fondés sur un nombre réduit de bâtonnets dispose de l'avantage d'une facilité accrue en ce qui a trait à l'insertion et au retrait des bâtonnets en question. Implant qui est un autre type d'implant est constitué d'un seul bâtonnet dont le principe actif est l'étonogestrel. Ils diffèrent des modèles Norplant puisqu'il semble inhiber systématiquement l'ovulation jusqu'au début de la troisième année d'utilisation.

-Effets indésirables :

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

2.4.3.5. Les dispositifs intra-utérins (DIU)

Il existe deux types de DIU : le DIU libérant du lévonorgestrel ou « système intra-utérin à libération de lévonorgestrel » (SIU-LNG) et les DIU de cuivre (NOVA6T et flexi-T300)¹²

-Efficacité :

Le taux d'échec du DIU de cuivre est estimé à 1,26 par 100 femmes années, celui du DIU à libération de lévonorgestrel est estimé à 0,09 par 100 femmes années²³.

-Mécanisme d'action :

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

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

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

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

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

Les DIU restent actifs 10 ans en moyenne.

-Indications :

Sans contre-indication, le DIU convient aux femmes qui souhaitent obtenir une efficacité anticonceptionnelle à long terme ou utiliser un moyen de contraception moins exigeant sur le plan de l'observance.

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

-Contre-indications :

Contre-indications absolues

- la grossesse,
- infection pelvienne ou its (au cours des trois dernier mois),
- spsie puerpérale,
- immédiatement à la suite d'un avortement septique,
- cavité utérine gravement déformée,
- saignements vaginaux inexplicés,
- cancer du col utérin ou de l'endomètre,
- maladie trophoblastique maligne,
- allergie au cuivre (dans le cas des DIU de cuivre),
- cancer du sein (dans le cas du SIU-LNG).

-contre-indications relatives :

- facteurs de risque en ce qui a trait aux IST ou au virus du VIH/sida,
- immunodépression infectieuse ou médicamenteuse (corticothérapie),
- de 48 heures à quatre semaines à la suite d'un accouchement,
- cancer de l'ovaire,
- maladie trophoblastique gestationnelle bénigne.

-Effets indésirables :

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

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

2.4.3.6. La contraception d'urgence

La contraception d'urgence fait référence aux moyens utilisables après une relation sexuelle, mais l'action se fait avant l'implantation¹². Il en existe deux types :

Les méthodes hormonales, aussi appelées contraception orales d'urgence (COU) ;

L'insertion post coïtale d'un stérilet au cuivre.

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

L'antiprogestatif mifépristone (RU 486) est reconnue comme étant un contraceptif post coïtal très efficace.

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

-Mécanisme d'action :

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

-Efficacité :

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

La manifestation est six fois plus efficace que la méthode de Yuzpe. A très faible dose (10mg), elle est aussi efficace que le lévonogestrel seul²⁴.

On estime que l'insertion post coïtal d'un stérilet au cuivre, dans les cinq jours suivant une relation sexuelle non protégée, est efficace à 98%²³.

-Indications :

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

.une relation sexuelle mal ou non protégée ;

.A la suite d'une agression sexuelle.

-Contre-indications :

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

-Effets indésirables :

Le traitement comportant deux doses de lévonorgestrel entraîne une incidence inférieure de nausées, de vomissements, d'étourdissement et de fatigue que la méthode de Yuzpe ;

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

2.4.4. Les méthodes de planification familiale naturelle

On entend par « planification familiale naturelle » (PFN), les méthodes de contrôle de la fertilité qui ne font pas recours à des dispositifs ou à des agents chimiques de contraception. Elle repose sur la compréhension de la physiologie du cycle menstruel et la détermination du moment de l'ovulation, et ce dans le but de ne permettre le coït que lorsque le risque de grossesse est réduit ou même inexistant¹².

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

2.4.4.1. Connaissance du cycle de fertilité

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

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

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

Efficacité :

Le taux d'échec estimé par l'OMS est de 1 à 9%, selon une utilisation parfaite¹⁴.

Mécanisme d'action :

- connaissance du cycle de fertilité et méthode sympto-thermique

Cette méthode fait appel aux trois signes de fertilité :

➤ Les modifications de la glaire cervicale

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

➤ **La température basale**

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

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

2.4.4.2. Les autres méthodes de planification familiale naturelles

➤ **La position du col utérin**

Le col peut être senti près de l'ostium vaginal à la suite des menstruations ; sa position s'élève considérablement au sein du vagin au cours de la phase folliculaire. Il atteint sa position la plus élevée au moment de l'ovulation. Sa consistance devient alors souple et le diamètre de son orifice s'élargit. Au-delà phase lutéale, le col descend dans le vagin et se raffermi se referme et se rapproche de l'ostium vaginal.

➤ **La méthode « Billings »**

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

➤ **Algorithme de deux jours**

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

➤ **La « Standard day Method »**

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

➤ **La méthode du calendrier**

Les femmes doivent déterminer à l'aide de calculs, le début et la durée de leur période de fertilité en fonction des postulats suivants : l'ovulation se produit de 12 à 16 jours avant le déclenchement des menstruations suivantes ; les spermatozoïdes demeurent viables pendant une période allant jusqu'à 5 jours ; et l'ovocyte non fertilisé survit pendant 24 heures.

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

➤ **Trousse de prédiction de l'ovulation**

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

➤ **Méthode de l'allaitement maternelle et de l'aménorrhée (MAMA)**

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

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

- . Elle est toujours en aménorrhée ;
- . Elle allaite son enfant exclusivement ;
- . Son enfant est âgé de moins de 6 mois ;

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

Indications :

La planification familiale naturelle peut constituer une option en matière de contraception pour :

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

Contre-indications :

La planification familiale naturelle peut ne pas s'avérer une option convenable pour :

- Les couples qui ne veulent pas ou ne sont pas en mesure de faire preuve de diligence quant à l'observation et à la consignation des signes de fertilité, ainsi qu'en ce qui concerne le respect des règles visant la prévention de la grossesse ;
- Les femmes dont les cycles menstruels sont irréguliers ;
- Les femmes en post-partum (sauf en ce qui a trait à la méthode de l'allaitement maternel) ;
- Les femmes qui ont de la difficulté à évaluer la nature de la glaire cervicale, en raison d'une infection vaginale ou du recours à des agents vaginaux (par exemple : lubrifiants, spermicides).

2.5. Les canaux de diffusion

Le domaine de la communication sur la santé a beaucoup évolué depuis quelques années. Les programmes se sont diversifiés en termes de contenu et de méthodes de communication. Plus créatifs et mieux élaborés, ils mettent davantage l'accent sur la participation. Par ailleurs, nombre d'agents de mise en œuvre commencent à placer la communication sur la santé dans un cadre socioécologique qui tient compte du fait que les déterminants de la santé et du comportement dans ce domaine concernent de multiples niveaux et dépassent le simple individu (Figure 1)²⁶.

En particulier, les modèles socioécologiques reconnaissent l'influence qu'exercent les relations interpersonnelles, les structures communautaires et l'environnement au sens large²⁶.

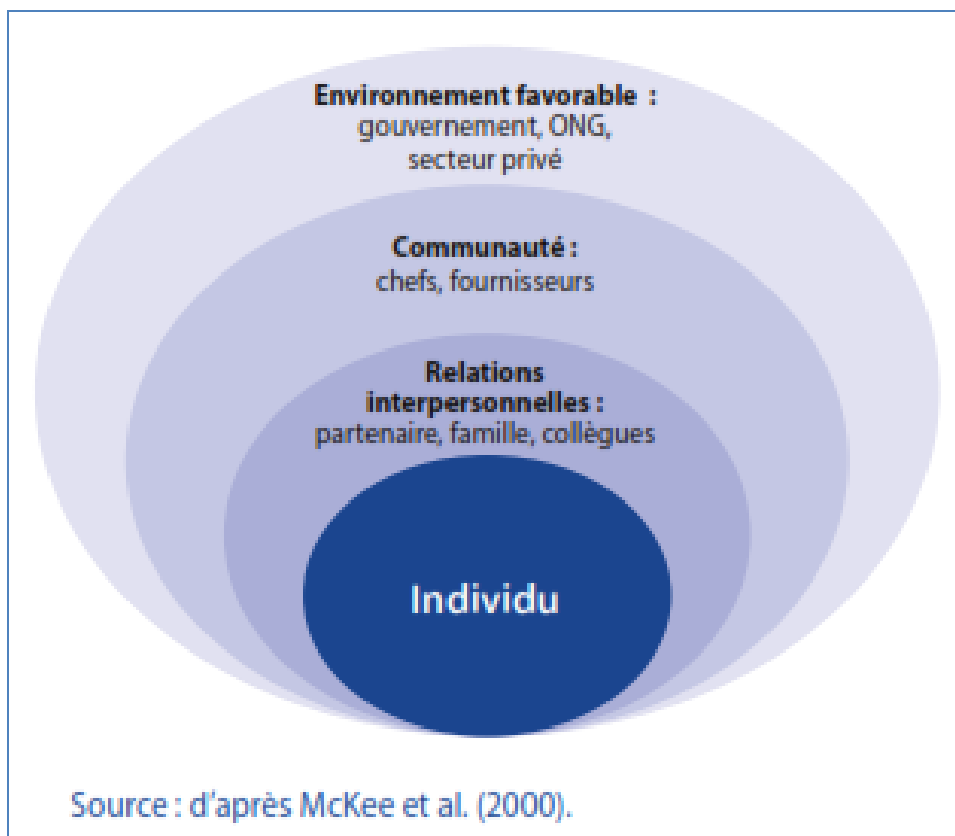


Figure 1 : cadre socioécologique de la communication sur la santé.

Dans le contexte des programmes de planification familiale, une communication sur la santé conçue et mise en œuvre avec soin permet d'appuyer et de renforcer les services existants :

- En créant une demande volontaire et éclairée de produits et services de planification familiale ;
- En veillant à ce que chacun sache utiliser les contraceptifs correctement ;
- En aidant les prestataires de soins de santé et leurs clients à communiquer de façon efficace ;
- En traitant des comportements qui contribuent à la maladie ou au bien-être ;
- En faisant progresser les normes susceptibles d'influencer les comportements individuels et collectifs²⁶.

Les canaux de diffusion comme la radio, la télévision, le théâtre sont les plus utilisés pour informer le public.

3. Méthodologie

3.1. Type d'étude

Notre étude est de type descriptif transversal avec collecte prospective des données.

3.2. Lieu d'étude

3.2.1. Cadre de l'étude

Notre étude s'est déroulée à Bamako, capitale de la République du Mali. Le site était le Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako qui occupe le niveau 2 de la pyramide sanitaire au Mali. Il comprend en son sein sept services médicaux et seize unités dont celle de l'unité de planification familiale. Cette unité a été créée en 1982. Son objectif est de prendre en charge les affections génitales afin de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle, infantile et juvénile en évitant les grossesses non désirées. Aussi il organise le contrôle, l'espacement des naissances et assure la sexualité de façon responsable.

3.2.2. Situation géographique et historique

Le Centre de Santé de Référence de la Commune V a été créé en 1993. Il est situé sur la rive droite du fleuve Niger. La Commune V est limitée au nord-ouest par le fleuve, à l'est par la Commune VI et au sud-ouest par la Commune de Kalanban-Koro (cercle de Kati). Elle couvre une superficie de 41 km² pour 252797 habitants. Comme infrastructures sanitaires, cette commune comporte en plus du centre de santé de référence, 13 centres de santé communautaires (CSCOM) opérationnels.

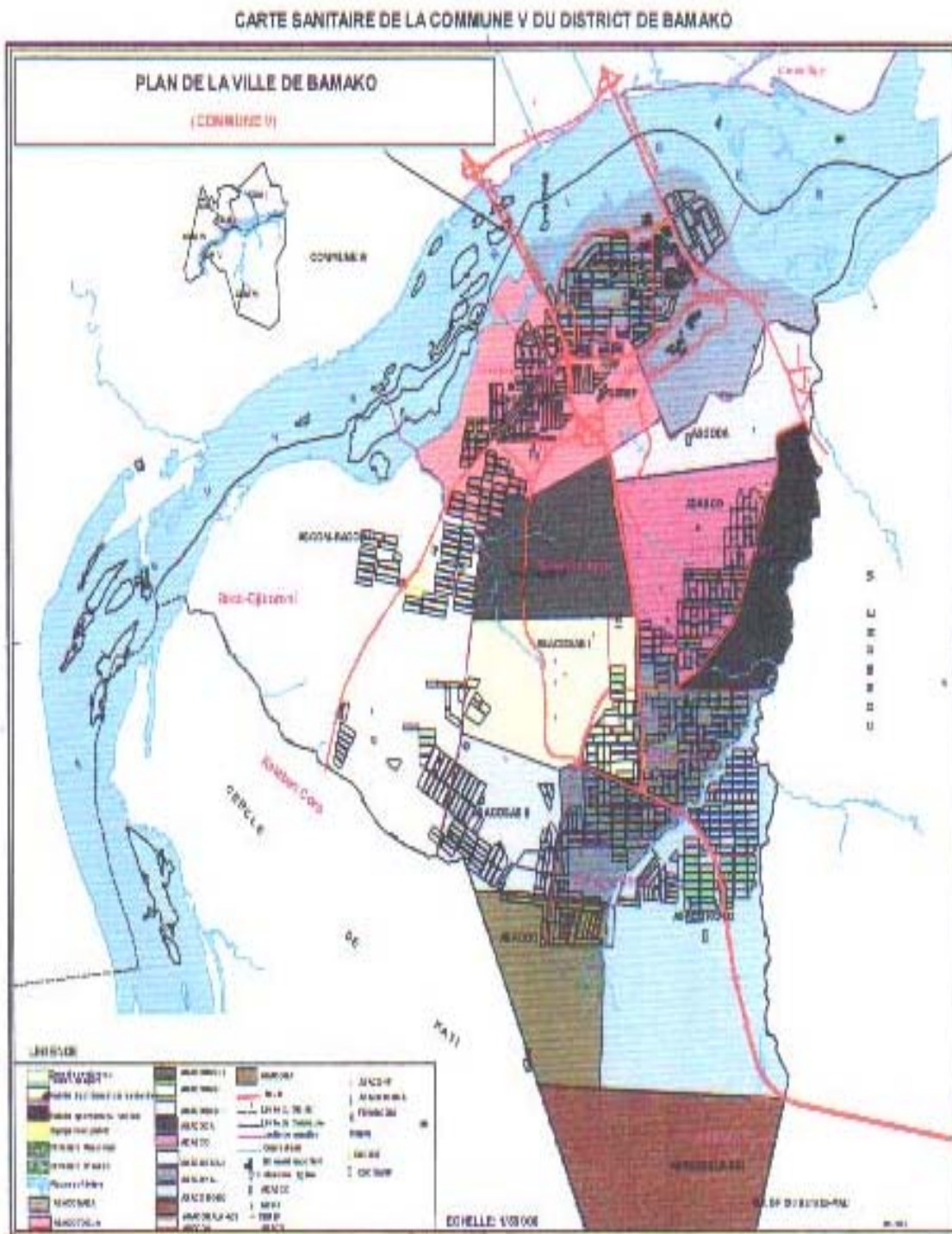


Figure 2 : Carte sanitaire de la commune V¹

¹ CSRéf de la Commune V

3.2.3. Organisation de l'unité

Le planning familial de la commune V est constitué d'une salle de consultation.

Le personnel est composé de :

- le chef d'unité et trois autres sages-femmes
- deux infirmières obstétriciennes.

3.3. Période d'étude

Les données de l'enquête ont été collectées du 01 juin au 01 septembre 2014 soit une période de trois mois.

3.4. Population d'étude

Les femmes consultant à l'unité de planning familial âgées de 15 à 46 ans.

3.5. Echantillonnage

L'échantillonnage était exhaustif et a concerné 198 femmes qui ont consultées à l'Unité de planning familial.

3.6. Critères d'inclusion

Etaient incluent dans cette étude :

- les femmes âgées de 15 à 46 ans.
- les utilisatrices de l'unité de planning familial qui ont acceptées de participer à l'étude.

3.7. Critères de non n'inclusion

N'étaient pas incluent dans cette étude :

- Les femmes qui n'ont pas données leur accord de participer à l'étude,
- Les femmes ne faisant pas partie de la tranche d'âge 15 à 46 ans,
- Les femmes n'ayant pas utilisées l'Unité de planning familial durant la période d'étude.

3.8. Saisie et analyse des données

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées avec le logiciel SPSS version 16.0.

3.9. Considérations éthiques

Le but de l'étude a été expliqué à chaque participante avant le début de l'étude ; leur consentement libre et éclairé a été obtenu. Les risques ont été réduits au minimum, aucune participante ne peut être reconnue à travers les informations personnelles collectées.

L'accès aux données est limité aux personnels de l'unité de planning familial, à l'investigateur aux Directeur et Co-directeur de thèse.

Nous n'avons pas donné de compensation aux participantes.

Les informations personnelles permettant de reconnaître les participantes ne sont pas utilisées dans la rédaction de la thèse, lors des communications scientifiques et ou de la publication d'articles.

Les résultats pourront améliorer les pratiques des prestataires de service, à mieux identifier les besoins et à prendre en compte les préoccupations des utilisatrices en matière de planning familial.

4. Résultats

Tableau I : Répartition des patientes selon la provenance

Tranche d'âge	Fréquence	Pourcentage	Moyenne d'âge ± l'écart-type
Inférieur à 20 ans	43	21,7	
20 à 34 ans	122	61,6	26,21 ± 7,47
Supérieur ou égal 35 ans	33	16,7	
Total	198	100,0	

La tranche d'âge 20 à 34 ans représentait 61,6% des utilisatrices du service de planning familial. La moyenne d'âge était égale à 26,21 ± 7,47 avec une étendue de 15 à 46 ans.

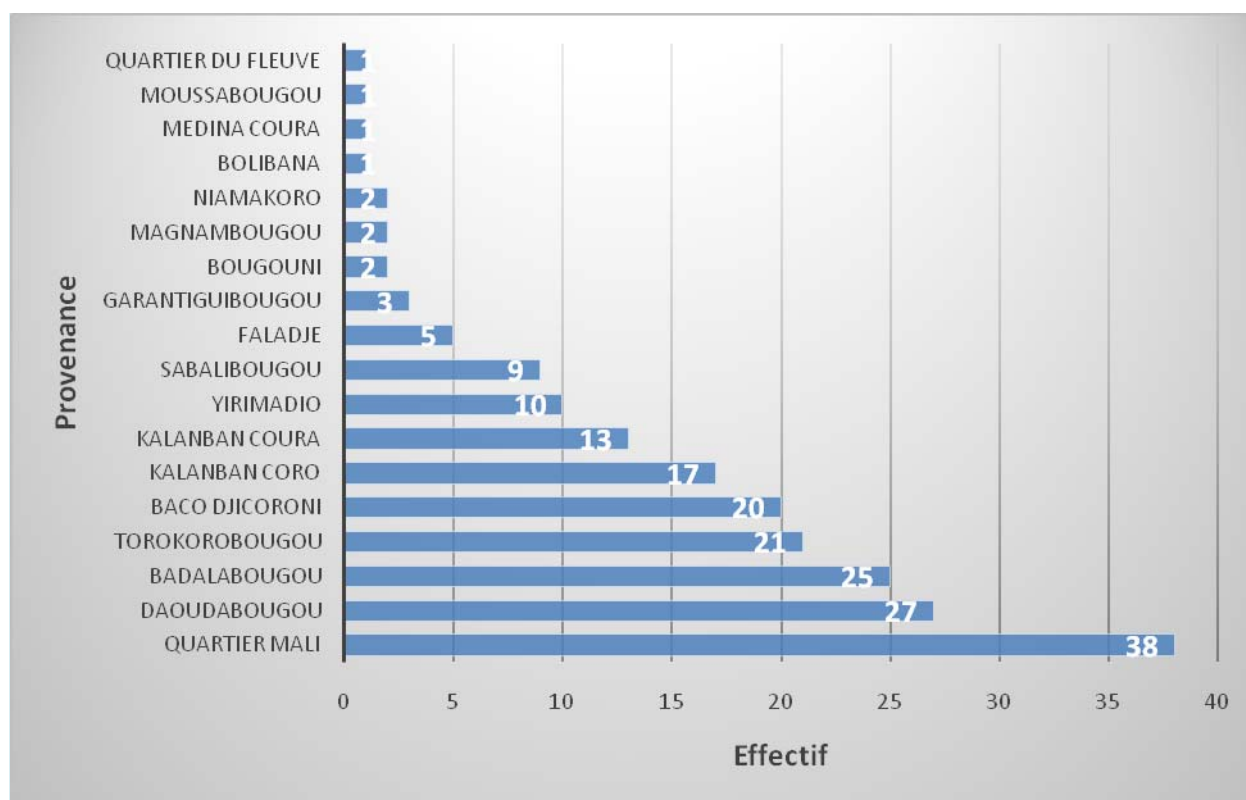


Figure 3 : Répartition des patientes selon la provenance

Les patients venant du Quartier Mali représentaient 19,2%.

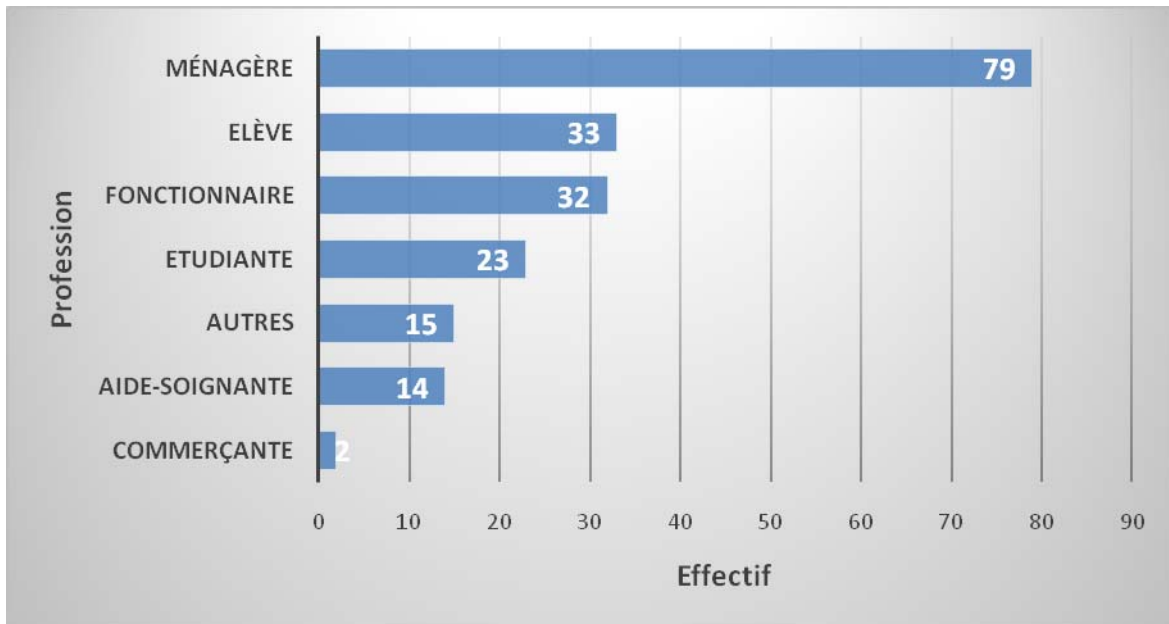


Figure 4 : Répartition des patientes selon la profession

Les ménagères représentaient 39,4 % suivi par les élèves 16,7%, les fonctionnaires 16,16% et les étudiantes 11,62%.

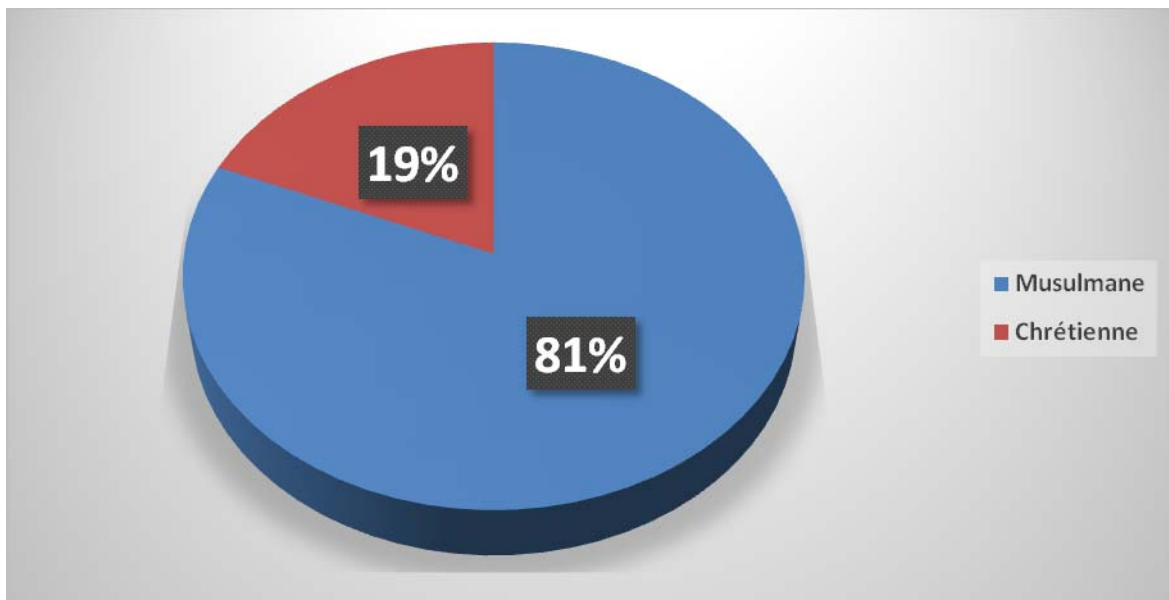


Figure 5 : Répartition des patientes selon la religion

Les musulmanes ont représenté 81,3% de l'échantillon.

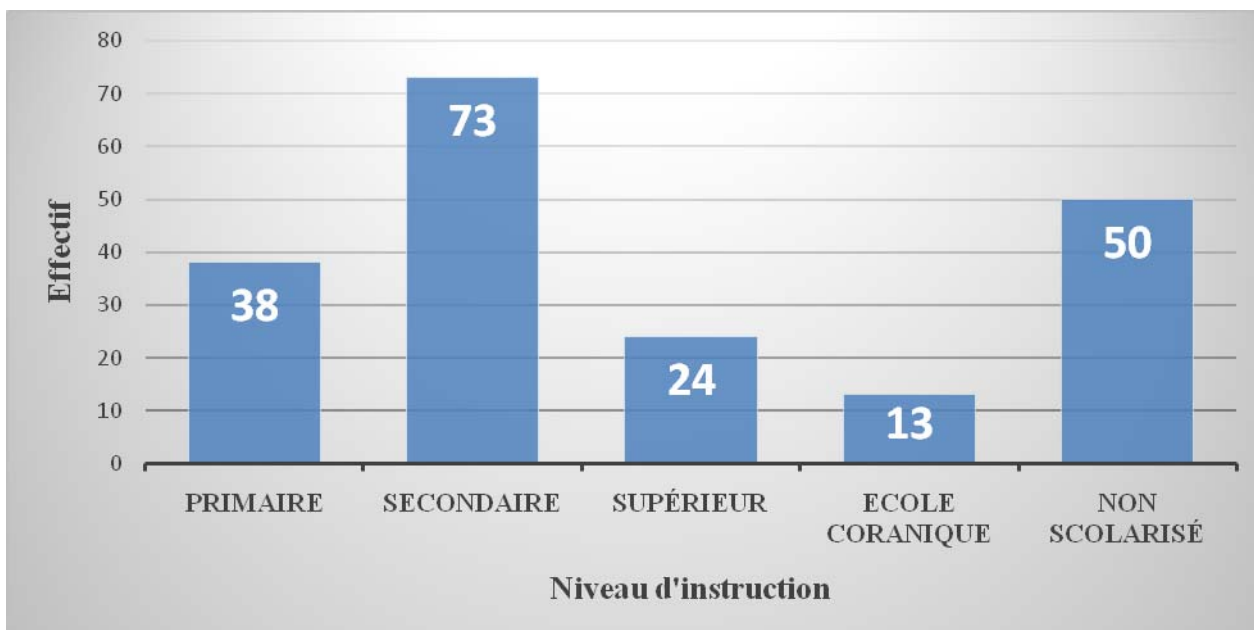


Figure 6 : Répartition des patientes selon le niveau d'instruction

Les utilisatrices (73/198) du service de planning familial soit 36,9% avaient un niveau d'instruction secondaire.

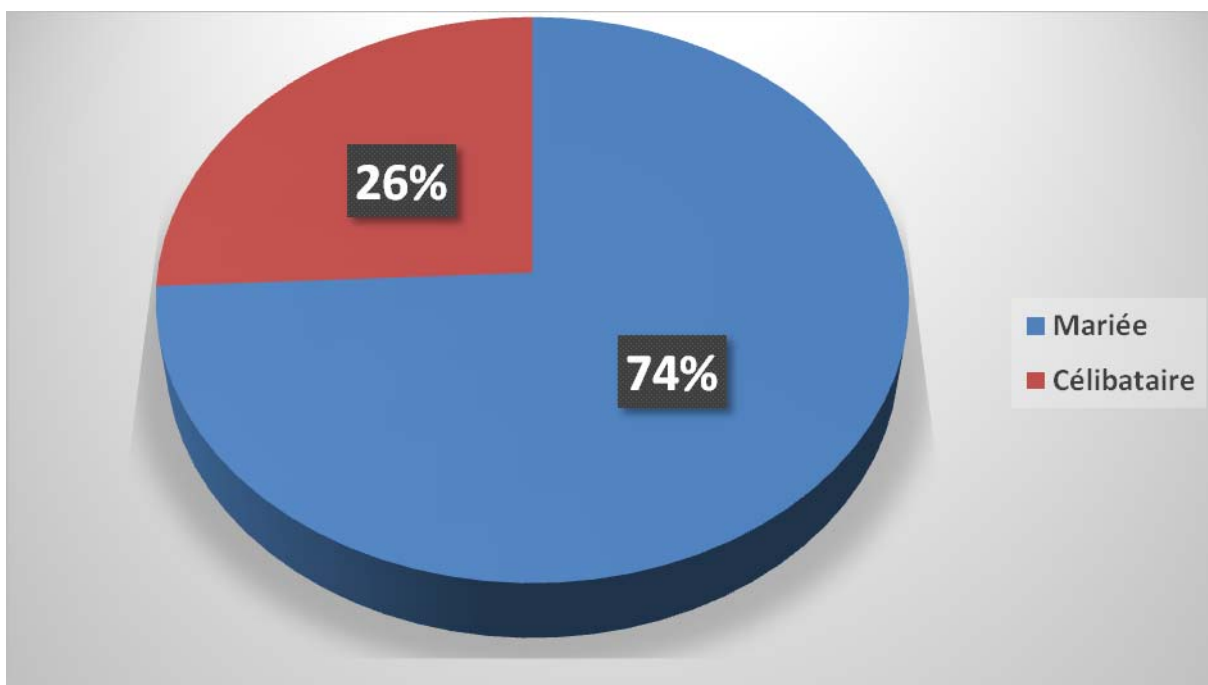


Figure 7 : Répartition des patientes selon le statut matrimonial

Les femmes mariées représentaient la plus grande couche soit 74,2% des cas.

Tableau II : Répartition des patientes selon la gestité

Gestité	Fréquence	Pourcentage
Nulligeste	26	13,1
Paucigeste	81	40,9
Multigeste	72	36,4
Grande Multigeste	19	9,6
Total	198	100,0

Les paucigestes et les multigestes ont représenté 40,9% et 36,4% suivi par les nuligestes et 13,1%.

Tableau III : Répartition des patientes selon la parité

Parité	Fréquence	Pourcentage
Nullipare	29	14,6
Paucipare	88	44,4
Multipare	67	33,8
Grande multipare	14	7,1
Total	198	100,0

Les paucipares et les multipares ont représenté 44,4% et 33,8% suivi par les nuligestes et 14,6%.

Tableau IV : Répartition des patientes selon l'intervalle inter-génésique

Intervalle inter-génésique	Fréquence	Pourcentage
≤ 2 ans	150	75,8
> 2 ans	48	24,2
Total	198	100,0

L'intervalle inter-génésique était de la tranche 0 à 2 ans chez 75,8% des utilisatrices.

Tableau V : Répartition des patientes selon la tranche d'âge et l'intervalle inter-génésique

Tranche d'âge		Intervalle inter-génésique		Total	X ² (ddl)	p
		≤ 2 ans	> 2ans			
<20 ans	Effectif	38	5	43	2,962 (1)	0,085
	Pourcentage	25,3%	10,4%	21,7%		
20 à 34 ans	Effectif	88	34	122		
	Pourcentage	58,7%	70,8%	61,6%		
≥ 35 ans	Effectif	24	9	33		
	Pourcentage	16,0%	18,8%	16,7%		
Total	Effectif	150	48	198		
	Pourcentage	100,0%	100,0%	100,0%		

Les femmes de la tranche 20 à 34 ans soit 58,7% avaient un intervalle inter-génésique inférieur ou égal 2 ans sans différence statistiquement significative ($X^2=2,962$; $p=0,085$).

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

Nombre d'enfants vivants	Fréquence	Pourcentage
0	24	13,7
1 à 2	82	46,9
3 à 6	61	34,9
>6	8	4,6
Total	175	100,0

Les femmes avec un à deux enfants vivants représentaient 46,9% suivi par celles qui avaient trois à six enfants vivants avec 34,9%.

² Chi 2 de Fisher parce que une des valeurs attendues est inférieure à 5.

Tableau VII : Répartition des patientes selon le nombre d'enfant décédé

Nombre d'enfant décédé	Fréquence	Pourcentage
0	132	80,0
1 à 2	31	18,8
3	2	1,2
Total	165	100,0

Les femmes qui avaient au moins un enfant décédé représentaient 18,8%.

Tableau VIII : Répartition des patientes selon l'avortement provoqué

Avortement provoqué	Fréquence	Pourcentage
Oui	7	3,5
Non	183	92,4
Pas de réponse	8	4,1
Total	198	100,0

L'avortement provoqué était retrouvé chez 3,5% des patientes et 4,1% des patientes non pas répondu à cette question.

Tableau IX : Répartition des patientes selon l'avortement spontané

Avortement spontané	Fréquence	Pourcentage
Oui	13	6,6
Non	174	87,9
Pas de réponse	11	5,6
Total	198	100,0

L'avortement spontané était retrouvé chez 6,6% des patientes.

Tableau X : Répartition des patientes ayant au moins un enfant

Au moins un enfant	Fréquence	Pourcentage
Oui	164	83,0
Non	34	17,0
Total	198	100,0

Les patientes ayant au moins un enfant vivant représentaient 83,0% des cas.

Tableau XI : Répartition des femmes ayant au moins un enfant avec le statut matrimonial

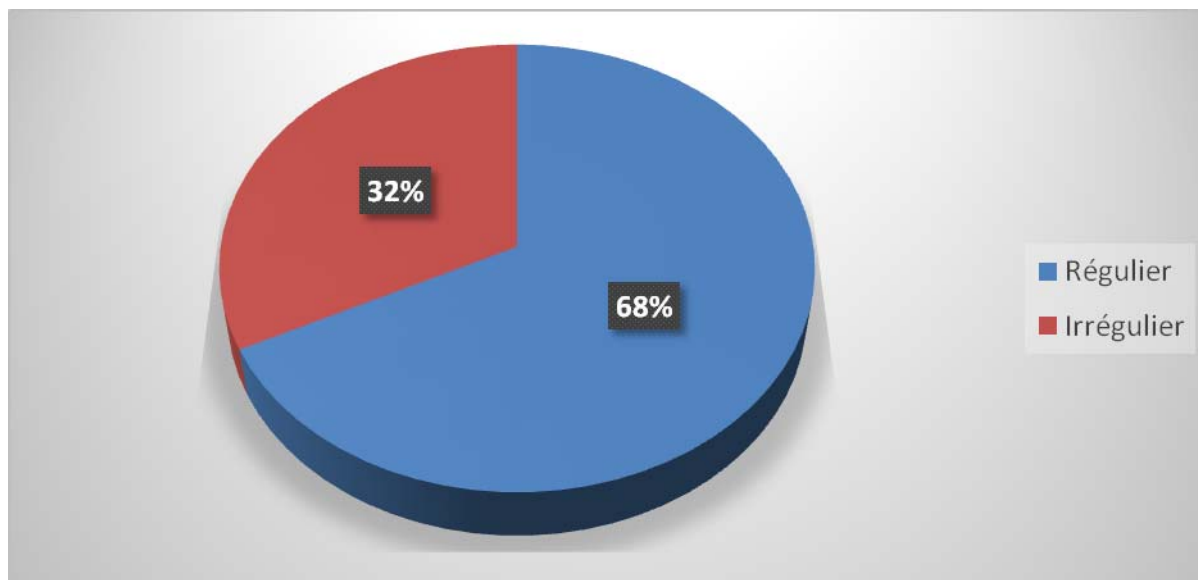
Statut matrimonial		Avez-vous un enfant		Total	X ² (ddl)	p
		Oui	Non			
Mariée	effectif	129	18	147	9,74 (1)	0,002
	Pourcentage	78,7%	52,9%	74,2%		
Célibataire	effectif	35	16	51		
	Pourcentage	21,3%	47,1%	25,8%		
Total	effectif	164	34	34		
	Pourcentage	100,0%	100,0%	100,0%		

Les femmes ayant au moins un enfant et mariée représentaient 78,7% comparées aux célibataires avec 21,3% avec une différence statistiquement significative ($X^2=9,74$; $p=0,002$).

Tableau XII : Répartition des femmes ayant au moins un enfant avec la tranche d'âge

Tranche d'âge		Avez-vous un enfant		Total	X ² (ddl)	p
		Oui	Non			
<20 ans	effectif	31	12	43	8,12(2)	0,017
	Pourcentage	18,9%	35,3%	21,7%		
20 à 34 ans	effectif	101	21	122		
	Pourcentage	61,6%	61,8%	61,6%		
≥ 35 ans	effectif	32	1	33		
	Pourcentage	19,5%	2,9%	16,7%		
Total	effectif	164	34	198		
	Pourcentage	100,0%	100,0%	100,0%		

Les femmes avec au moins un enfant et de la tranche d'âge 20 à 34 ans représentaient 61,6% comparées aux moins de 20 ans (18,9%) et 35 ans et plus (19,5%) avec une différence statistiquement significative ($X^2=8,12$; $p=0,017$).

**Figure 8 : Répartition des patientes selon le cycle menstruel**

Les troubles du cycle menstruel étaient retrouvés chez 32,% des patientes.

Tableau XIII : Répartition des patientes selon la tranche d'âge et le cycle menstruel

Tranche d'âge		Cycle			X ² (ddl)	p
		Régulier	Irrégulier	Total		
<20 ans	Effectif	32	11	43	3,57(2)	0,168
	Pourcentage	23,9%	17,2%	21,7%		
20 à 34 ans	Effectif	84	38	122		
	Pourcentage	62,7%	59,4%	61,6%		
≥ 35 ans	Effectif	18	15	33		
	Pourcentage	13,4%	23,4%	16,7%		
Total	Effectif	198	64	198		
	Pourcentage	100,0%	100,0%	100,0%		

Les femmes de la tranche d'âge 20 à 34 ans ayant un cycle irrégulier représentaient 59,4% suivi des plus de 35 ans 16,7% sans une différence statistiquement significative ($X^2=3,57$; $p=0,168$).

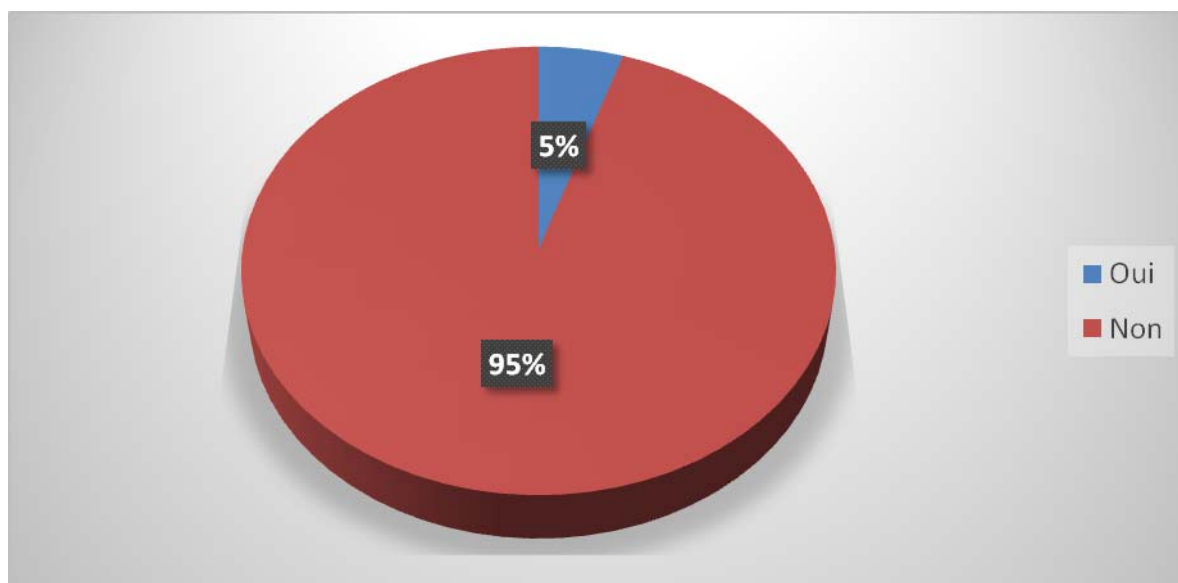


Figure 9 : Répartition des patientes selon la présence de ménorragie

Les participantes(95,0%) n'avaient pas de ménorragie.

Tableau XIV : Répartition des patientes selon la tranche d'âge et la présence de ménorragie

Tranche d'âge		Ménorragie			X ² ³ (ddl)	p
		Oui	Non	Total		
<20 ans	effectif	2	41	43	0,070(1)	0,791
	Pourcentage	20,0%	21,8%	21,7%		
20 à 34 ans	effectif	6	116	122		
	Pourcentage	60,0%	61,7%	61,6%		
≥ 35 ans	effectif	2	31	33		
	Pourcentage	20,0%	16,5%	16,7%		
Total	Effectif	10	188	198		
	Pourcentage	100,0%	100,0%	100,0%		

La tranche d'âge 20 à 34 ans avec des ménorragies représentaient 60,0% comparées aux moins de 20 ans et aux plus de 34 ans avec chacune 20,0% sans une différence statistiquement significative (X²=0,070 ; p=0,791).

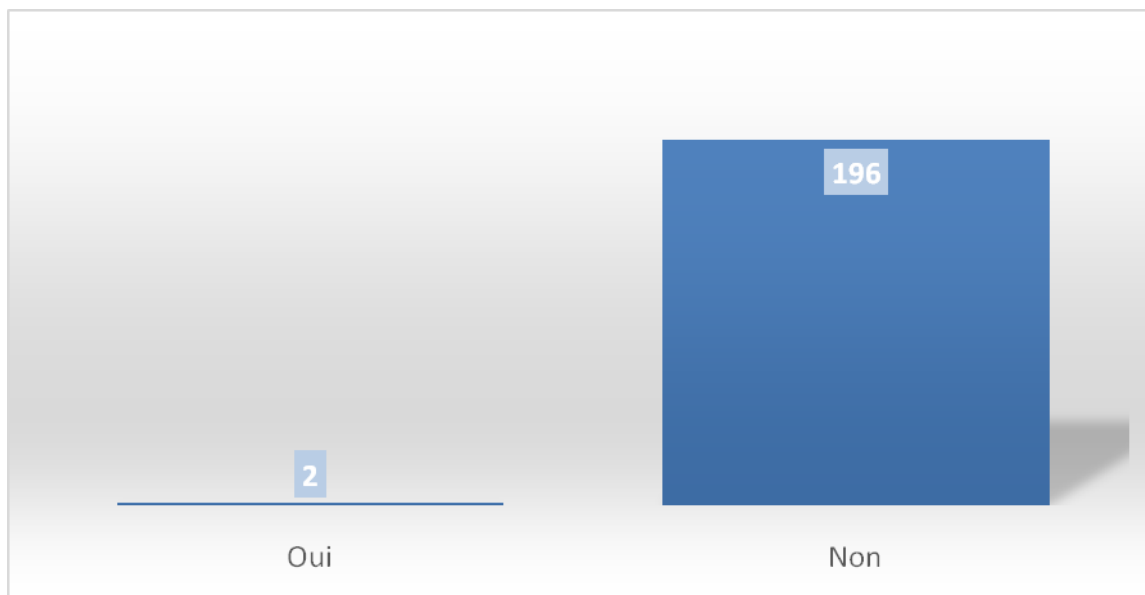


Figure 10 : Répartition des patientes selon la présence de dysménorrhée

Les patientes ayant la dysménorrhée étaient minoritaires avec 1,0%.

³ Chi 2 de Fisher

Tableau XV : Répartition des patientes selon la tranche d'âge et la présence de dysménorrhée

Tranche d'âge		Dysménorrhée			X ² ⁴ (ddl)	p
		Oui	Non	Total		
<20 ans	Effectif	0	43	43	1,59(1)	0,206
	Pourcentage	0,0%	21,9%	21,7%		
20 à 34 ans	Effectif	1	121	122		
	Pourcentage	50,0%	61,7%	61,6%		
≥ 35 ans	Effectif	1	32	33		
	Pourcentage	50,0%	16,3%	16,7%		
Total	Effectif	2	196	198		
	Pourcentage	100,0%	100,0%	100,0%		

Les tranches d'âge 20 à 34 ans et les plus de 34 ans avec des dysménorrhées représentaient respectivement 50,0% comparées aux moins de 20 ans avec 0,0% sans une différence statistiquement significative ($X^2=1,59$; $p=0,206$).

Tableau XVI : Répartition des patientes selon la présence de prurit

Prurit	Fréquence	Pourcentage
Oui	3	1,5
Non	195	98,5
Total	198	100,0

Le prurit était absent dans 98,5 % des cas.

⁴ Chi 2 de Fisher parce que une des valeurs attendues est inférieure à 5.

Tableau XVII : Répartition des patientes selon la présence de leucorrhée

Leucorrhée	Fréquence	Pourcentage
Oui	20	10,1
Non	178	89,9
Total	198	100,0

La leucorrhée était retrouvée chez 20/198 patientes soit 10,1% des cas.

Tableau XVIII : Répartition des patientes selon leurs antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Fréquence	Pourcentage
Hypertension artérielle	32	72,7
Asthme	7	15,9
Diabète	3	6,8
Drépanocytose	2	4,5
Total	44	100

L'hypertension artérielle était présent chez 32/44 patientes soit 72,7% suivi de l'asthme avec 15,9% qui avaient des antécédents médicaux.

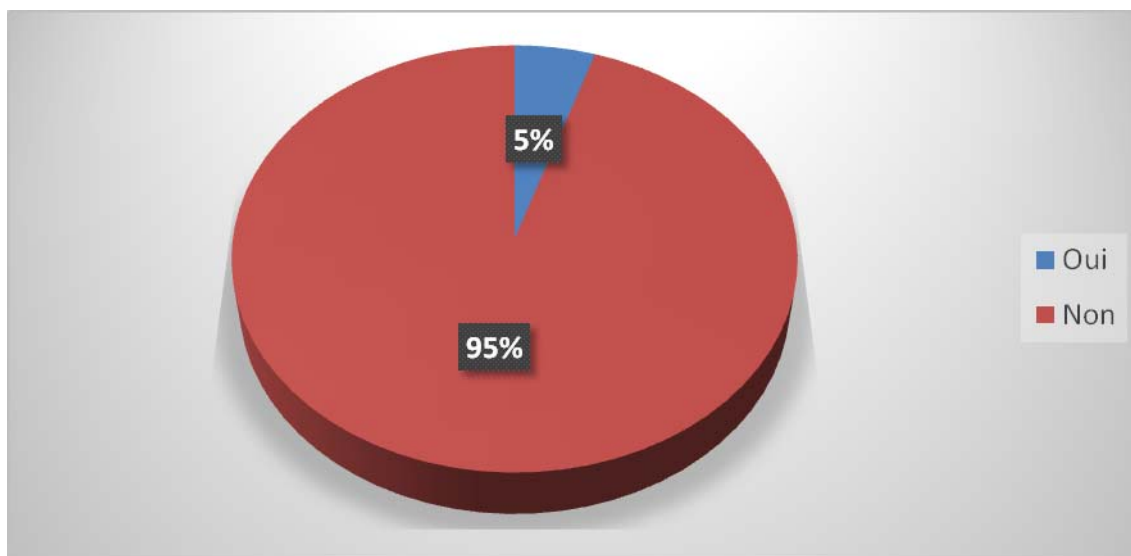


Figure 11 : Répartition des patientes selon leurs antécédents chirurgicaux

Les patientes n'ayant pas d'antécédents chirurgicaux étaient majoritaires avec 95,0% des cas.

Tableau XIX : Répartition des patientes selon la tranche d'âge l'antécédent chirurgical

Tranche d'âge		Antécédents chirurgicaux		Total	X ² ⁵ (ddl)	p
		Oui	Non			
<20 ans	Effectif	3	40	43	1,72(1)	0,189
	Pourcentage	30,0%	21,3%	21,7%		
20 à 34 ans	Effectif	2	120	122		
	Pourcentage	20,0%	63,8%	61,6%		
≥ 35 ans	Effectif	5	28	33		
	Pourcentage	50,0%	14,9%	16,7%		
Total	Effectif	10	188	198		
	Pourcentage	100,0%	100,0%	100,0%		

Les femmes de plus de 34 ans avaient un antécédent chirurgical dans la moitié des cas suivi des moins de 20 ans avec 30,0% sans une différence statistiquement significative ($X^2=1,72$; $p=0,189$).

⁵ Chi 2 de Fisher parce que une des valeurs attendues est inférieure à 5.

Tableau XX : Répartition des patientes selon la méthode de contraception actuellement utilisée

Méthode contraceptive	Fréquence	Pourcentage
Implants	104	52,5
DIU	32	16,2
Pilules	23	11,6
Contraception injectable (confiance)	20	10,1
Condom	16	8,1
Diaphragme	2	1,0
Condom + DIU	1	0,5
Total	198	100,0

Les implants représentaient 52,55% des méthodes contraceptives utilisées, suivies des DIU (16,2%) et des pilules (11,6%).

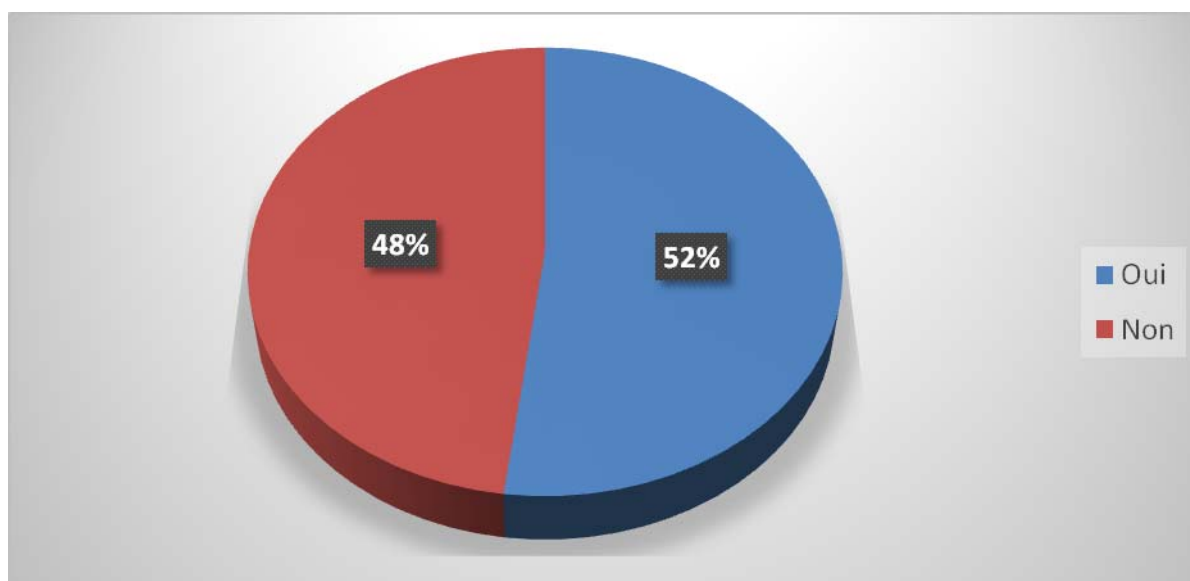


Figure 12 : Répartition des patientes ayant changé de méthode contraceptive
Plus de la moitié des femmes soit 57,0% ont changé de méthode contraceptive.

Tableau XXI : Répartition des patientes selon la méthode de contraception actuellement utilisée et la tranche d'âge

Méthode contraceptive		Tranche d'âge en année			Total	X ² (ddl) ⁶	p
		<20 ans	20 à 34 ans	≥ 35 ans			
Pilule	Effectif	4	16	3	23	0,01 (1)	0,916
	Pourcentage	9,3%	13,1%	9,1%	11,6%		
Diaphragme	Effectif	0	1	1	2		
	Pourcentage	0,0%	0,8%	3,0%	1,0%		
Injectable (Confiance)	Effectif	8	8	4	20		
	Pourcentage	18,6%	6,6%	12,1%	10,1%		
DIU	Effectif	8	17	7	32		
	Pourcentage	18,6%	13,9%	21,2%	16,2%		
Condom	Effectif	0	16	0	16		
	Pourcentage	0,0%	13,1%	0,0%	8,1%		
Condom + DIU	Effectif	0	1	0	1		
	Pourcentage	0,0%	0,8%	0,0%	0,5%		
Implant	Effectif	23	63	18	104		
	Pourcentage	53,5%	51,6%	54,5%	52,5%		
Total	Effectif	43	122	33	198		
	Pourcentage	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		

Les femmes de la tranche d'âge 20 à 34 ans ont utilisé l'implant dans un peu plus de la moitié des cas (51,6%) sans une différence statistiquement significative ($X^2=0,01$; $p=0,916$).

⁶Chi 2 de Fisher parce que une des valeurs attendues est inférieure à 5.

Tableau XXII : Répartition des patientes selon la tranche d'âge et le changement de la méthode contraceptive

Tranche d'âge		Changement de méthode contraceptive		Total	X ² ⁷ (ddl)	p
		Oui	Non			
<20 ans	Effectif	10	33	43		
	Pourcentage	9,7%	34,7%	21,7%		
20 à 34 ans	Effectif	70	52	122		
	Pourcentage	68,0%	54,7%	61,6%		
≥ 35 ans	Effectif	23	10	33	17,94 (1)	0,0001
	Pourcentage	22,3%	10,5%	16,7%		
Total	Effectif	95	103	95		
	Pourcentage	100,0%	100,0%	100,0%		

Les femmes des tranches d'âges 20 à 34 ans et de 35 ans et plus ont le plus changé de méthode contraceptive avec respectivement 68,0% et 23,3% (X²=17,94 ; p=0,0001).

Tableau XXIII : Répartition des patientes selon la cause du changement ou l'arrêt de la méthode contraceptive

Cause du changement de la méthode contraceptive	Fréquence	Pourcentage
Aménorrhée	30	27,0
Oublie	24	21,0
Désir d'enfants	12	11,0
Vomissement	11	10,0
Menométrorragie	11	10,0
Vertige	9	8,0
Métrorragie	6	5,0
Sécheresse vaginale	4	3,5
Hyperménorrhée	3	2,5
Prise du Poids	2	2,0
Total	112	100,0

L'aménorrhée était la première cause du changement de la méthode avec (27,0%) suivi par l'oubli (21,0), les pilules et le désir d'enfant (11,0%).

⁷ Chi 2 de Fisher parce que une des valeurs attendues est inférieure à 5.

Tableau XXIV : Répartition des patientes selon la cause du choix de planning familial

Choix du planning familial	Fréquence	Pourcentage
Espacement des naissances	107	54,0
Eviter une grossesse	75	37,9
Limitation des naissances	15	7,6
Lutte contre des IST/ SIDA	1	0,5
Total	198	100,0

L'espacement des naissances était la cause la plus citée dans le choix de planification familiale soit 54,0 %.

Tableau XXV : Répartition des patientes en fonction de la personne ayant conseillé le planning familial

Conseiller	Fréquence	Pourcentage
Agent de santé	92	46,5
Ami(e)	56	28,3
Mari	20	10,1
Parents	13	6,6
Après réflexion personnelle	12	6,1
Voisins	12	6,1
Total	198	100,0

Les patientes étaient conseillées par un agent de santé dans 46,5 % des cas, secondé par les amies (28,3%).

Tableau XXVI : Répartition des patientes selon les raisons du choix du Centre de Santé Référence de la Commune V

Choix du centre de santé	Fréquence	Pourcentage
Qualité meilleure	90	45,5
Plus grand	39	19,7
Compétence	26	13,1
Accessibilité géographique	19	9,6
Accessibilité financière	9	4,5
Total	198	100,0

La qualité était le choix qui a guidé les patientes vers le centre de santé dans 45,5 % des cas.

Tableau XXVII : Répartition des patientes selon le coût du planning

Le prix du planning en FCFA	Fréquence	Pourcentage	Moyenne	Médiane
1000 à 2000	18	9,1		
Plus de 2000	180	90,9	3977,27 ± 1267,81	2500
Total	198	100,0		

Le prix médian du planning familial était de 2500 (FCFA) et une moyenne de 3977,27 ± 1267,81(FCFA).

Tableau XXVIII : Répartition des patientes favorables au coût de la prestation

Favorable au coût de la prestation	Fréquence	Pourcentage
Oui	110	55,6
Non	88	44,4
Total	198	100,0

55,6 % des cas ont répondu être favorable au coût de la prestation.

Tableau XXIX : Répartition selon l'acceptation des canaux de diffusion

Acceptation des canaux de diffusion	Fréquence	Pourcentage
Oui	118	59,6
Non	80	40,4
Total	198	100,0

Plus de la moitié des participantes soit 59,6% acceptaient les canaux de diffusion.

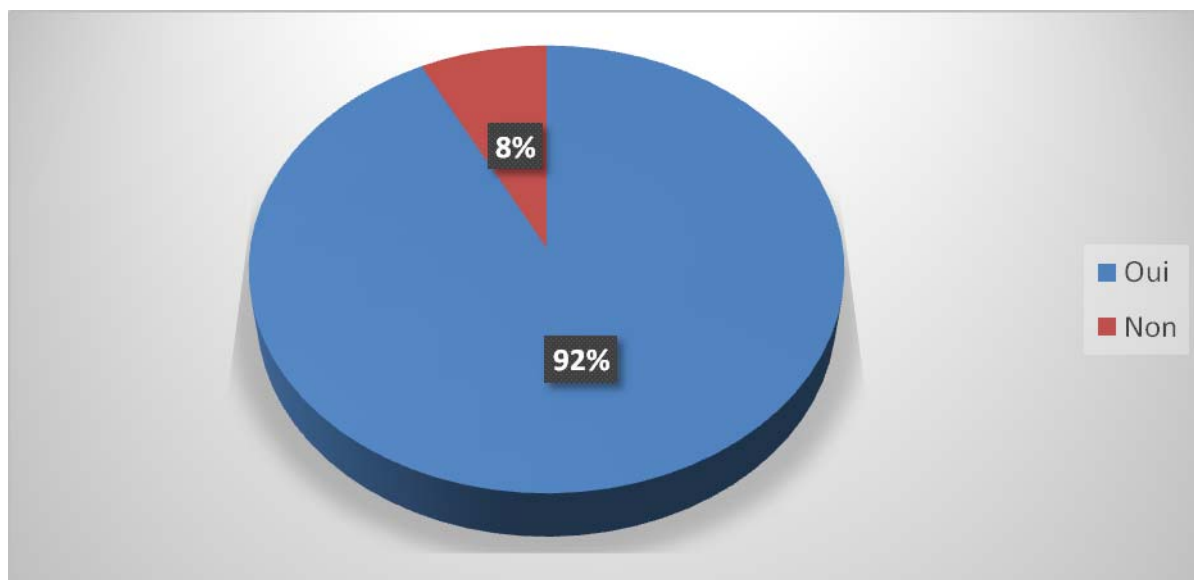


Figure 13 : Diminution de la morbi-mortalité liée à la grossesse et l'accouchement selon les patientes.

Les femmes ont affirmées la contraception diminue la morbi mortalité liée à la grossesse et à l'accouchement dans 92,0 %.

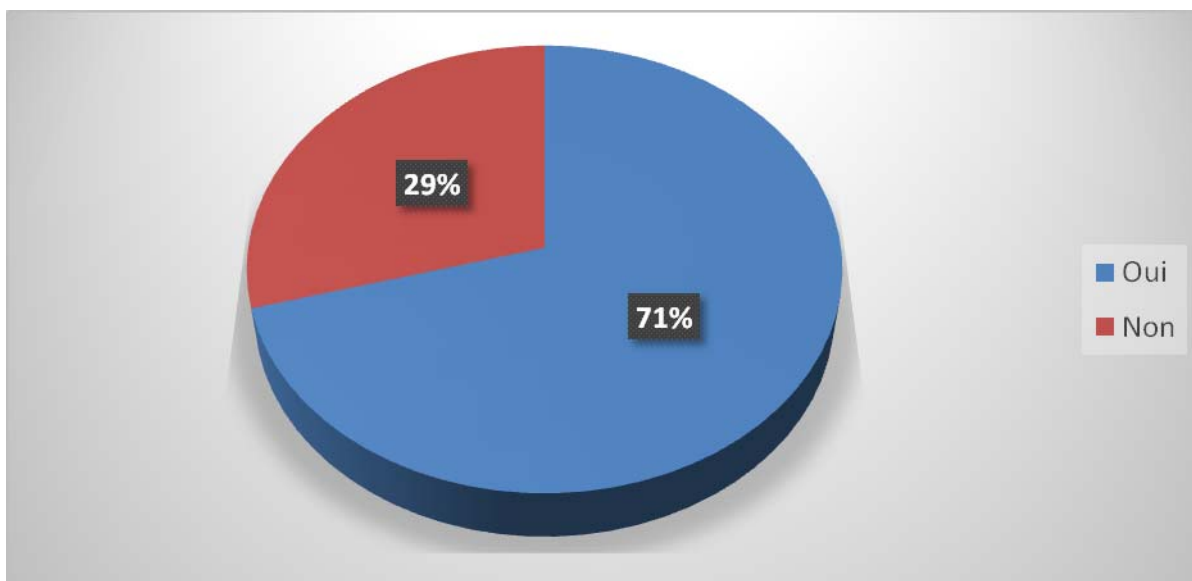


Figure 14 : Répartition selon la méthode contraceptive utilisée par la patiente ou son partenaire

Les patientes étaient sur une méthode contraceptive avec leurs partenaires dans 71,0 %.

Tableau XXX : Répartition des patientes selon la durée des menstruations

Durée des menstruations	Fréquence	Pourcentage
2 à 5 jours	133	67,2
6 à 10 jours	65	32,8
Total	198	100,0

Dans 2/3 des cas soit 67,2% la durée des menstruations était de 2 à 5 jours.

Tableau XXXI : Répartition des patientes en fonction des choix de la méthode laissé à l'initiative de la patiente.

Choix de la méthode par la patiente après conseling	Fréquence	Pourcentage
Oui	183	92,4
Non	15	7,6
Total	198	100,0

Les patientes (92,4 %) ont eu à choisir la méthode de planning familial.

Tableau XXXII : Patientes ayant estimé été traité dignement par les prestataires

Traité dignement par le prestataire	Fréquence	Pourcentage
Oui	188	94,9
Non	10	5,1
Total	198	100,0

Les patientes estimaient être traitées dignement dans une proportion de 94,9 %.

Tableau XXXIII : Répartition des patientes estimant l'entretien avec le prestataire confortable

Entretien avec le prestataire confortable	Fréquence	Pourcentage
Oui	184	92,9
Non	14	7,1
Total	198	100,0

L'entretien était confortable avec le prestataire dans 92,9 %.

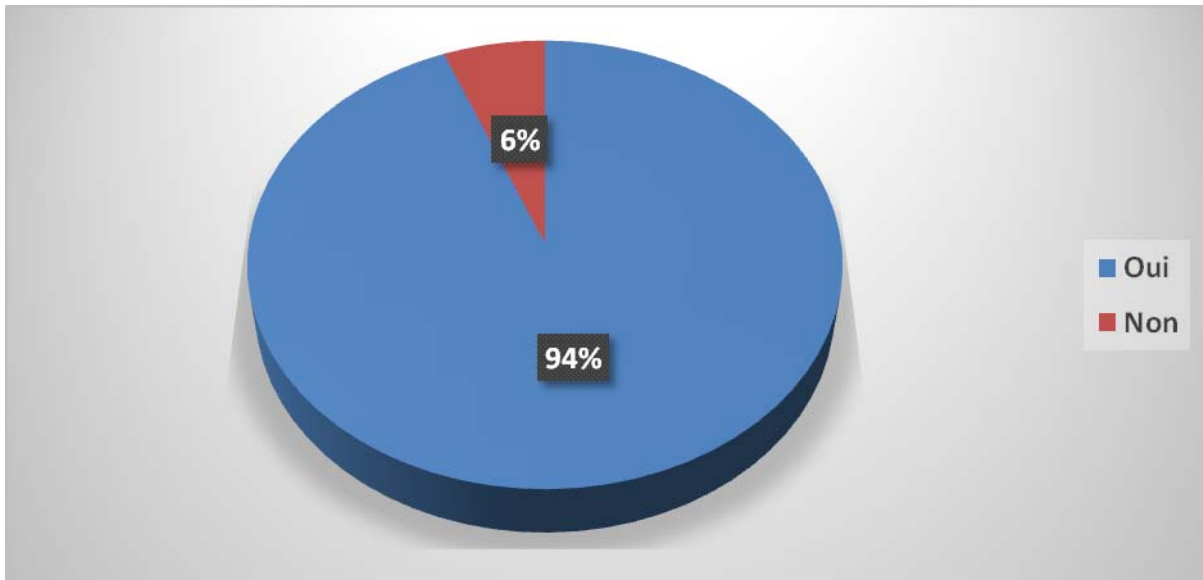


Figure 15: Répartition selon le rendez-vous donné par les prestataires pour le suivi
Les patientes étaient d'accord(94,0%)pour une autre visite.

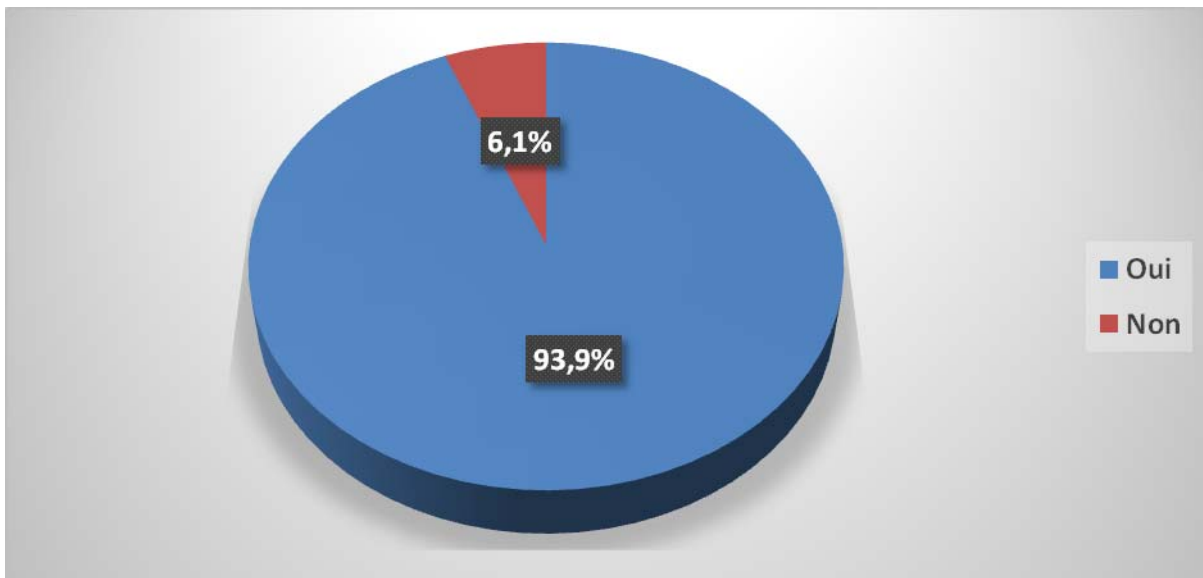


Figure 16 : Répartition des prestataires ayant donné le temps aux patientes de poser des questions

Les patientes dans leur majorité ont eu le temps de poser les questions soit 93,9 %.

5. Discussion

Nous avons pris la tranche d'âge 15-46 ans comme étant celles des femmes en âge de procréer. La plupart des clientes avaient un âge compris entre 20-34 ans soit 59,1%.

Diakité en 2013 ²⁷ a trouvé un résultat similaire soit 61% des femmes âgées de plus de 30 ans.

Nos résultats ont montré une représentation faible des ménagères avec 39,4 % des clientes et une part relativement importante des élèves (16,7%), des fonctionnaires (16,2%) et des étudiantes (11,6%). Ce qui reste largement inférieur à l'étude de **Sango** en 1996 ²⁸ a trouvé que 74% des femmes étaient des ménagères en Commune IV du District de Bamako.

Ce résultat pourrait être dû à l'amélioration de l'éducation des femmes (plus des deux tiers des participantes avaient au moins un niveau d'instruction secondaire), l'urbanisation, le développement des services de santé, un meilleur accès des femmes à l'emploi avec évolution de l'autonomisation financière et la disponibilité des services de planning familial.

Les clientes dans 67,9% avaient au moins un niveau d'instruction secondaire contre 25,3% non scolarisées. Celles qui ont fait l'école coranique représentaient seulement 6,6% suivies du niveau supérieur 12,1% et d'instruction primaire 19,2%. Ce résultat est différent de celui de l'enquête démographique et de santé de 2001 ou 59,1% des femmes étaient instruites ² et largement supérieur à celui de DIAKITE en 2013 qui trouve que 46% des femmes avaient au moins un niveau d'étude fondamentale contre 49% d'analphabètes²⁷.

Les clientes dans 74,2% étaient des femmes mariées, les célibataires ont représenté 25,8%. Cependant les célibataires auraient une préférence à se planifier avec les formes injectables et orale disponibles dans les officines que de venir aux unités de planning familial car elles auraient honte de discuter de sexualité avec les prestataires. Nous pouvons penser que la situation matrimoniale a une grande influence sur la fréquentation des services de planning familial. Elle peut aussi s'expliquer par un âge plus avancé donc une maturité plus élevée mais aussi par une autonomie plus grande des femmes mariées.

Ce résultat est proche de l'étude de DIAKITE en 2013 ²⁷ avec 80% des femmes mariées. Selon l'OMS la majorité des femmes d'Asie du Sud ne connaît pas l'existence de méthodes d'espacement des naissances²⁹. En Inde, 65 % des femmes accouchent à domicile et seulement 48 % des femmes mariées ont recours à la contraception.

En Inde, les décisions en matière d'utilisation de contraceptifs sont prises par la belle-mère et d'autres anciens de la famille et il est difficile pour une jeune maman de s'opposer à la décision ou d'y prendre part²⁹.

Le taux de prévalence est faible pour les femmes sans enfant (17,2%) contre (82,8%) des clientes ayant au moins un enfant vivant. L'âge du dernier enfant influence beaucoup l'utilisation des méthodes contraceptives. Nous avons constaté que la prévalence contraceptive diminue en fonction de l'âge du dernier enfant. Nous pouvons dire qu'elle a une influence significative dans le choix de la méthode. La preuve en est que les grandes multipares ont opté beaucoup plus pour la méthode de stérilisation définitive.

Sango en 1996²⁸ qui trouve que 83,1% des femmes avaient au moins un enfant vivant contre 16,1% qui n'avaient pas d'enfants vivants. Diakité en 2013²⁷ trouve que 6% des femmes n'avaient pas d'enfant vivant contre 94% des femmes ayant au moins un enfant vivant.

Les femmes dans 68,0% avaient un cycle régulier contre 32,0% des femmes qui avaient un cycle irrégulier. Certaines méthodes nécessitent la régularité du cycle pour son utilisation : le collier du cycle par exemple le prurit était présent chez 1,5 % des femmes. La dysménorrhée, la ménorragie étaient retrouvées respectivement chez un pourcent et cinq pourcent des cas.

Diakité en 2013²⁷ qui trouve que 90,5% des clientes avaient un cycle régulier contre 8,5% des clientes qui avaient un cycle irrégulier.

Un peu plus de la moitié des femmes soit 54,0 % ont choisi l'espacement des naissances pour avoir choisi le planning familial. Ce résultat est différent de l'étude de Diakité en 2013²⁷ trouve que 61,5% des femmes ont été informées par le personnel de la santé. Cette différence peut être due à l'amélioration de l'accès aux services de planning familial, une meilleure éducation et une meilleure information de celles-ci.

Globalement dans notre étude les prestataires laissent le choix aux clientes de la méthode de planning familial (92,4%), celles-ci estimaient être traitées dignement (94,9 %) et considéraient l'entretien comme étant confortable (92,9%). Ce résultat est proche de l'étude de Diakité en 2013²⁷ qui trouve que 90% des femmes étaient satisfaites de la prestation de service contre 10%²⁷. 93,9 % des patientes étaient d'accord pour une autre visite.

Le délai d'attente des femmes en consultation semble long mais nous ne l'avons pas évalué contrairement à l'étude réalisée au Bangladesh³⁰ sur l'attente et le degré de satisfaction des usagers. Une forte proportion des usagers (34,2 %) n'était pas satisfaite du laps de temps pendant lequel les formations sanitaires étaient ouvertes au public. Un peu moins d'un tiers (28,2 %) de l'ensemble des usagers n'étaient pas satisfaits du délai d'attente avant de recevoir des soins. Pour ces usagers, le temps moyen d'attente était de $57,1 \pm 4,2$ min contre $21,4 \pm 1,6$ min pour ceux qui étaient satisfaits.

Notre étude a montré que 93,9 % des patientes ont eu le temps favorable de poser les questions. Murphy et al en 2000³¹ trouvent dans les lignes directrices émanant des travaux de recherche et de l'expérience accumulée par les programmes résumés indiquant qu'une amélioration des interactions entre clients et prestataires surtout en ce qui a trait à l'apport d'informations et de services axés sur les clientes permettra une augmentation de l'adoption, de l'utilisation efficace et de la poursuite des méthodes de planification familiale, ainsi que du degré de satisfaction des clientes. La qualité de l'interaction client-prestataire, est aussi associée à d'autres facteurs propres aux circonstances de chaque cliente³¹.

Les femmes utilisaient couramment les implants (52,5%) comme méthode de contraception, suivis des DIU (16,2%) et de la pilule (11,6%). Ce résultat est contraire à celui de l'enquête démographique et de santé de 2001 qui montre que 80% des femmes ont utilisé la forme orale². Cette différence peut s'expliquer par l'approche méthodologique couvrant l'ensemble du territoire et par une disponibilité des méthodes contraceptives comme les implants et les DIU dont l'utilisation nécessite une qualification du personnel. Ces personnels qualifiés sont relativement plus concentrés dans les capitales régionales et surtout à Bamako. Nos résultats sont comparable à l'étude de Diakitité en 2013²⁷ qui trouve que 59,8% des femmes pouvaient citer plusieurs méthodes contraceptives, la méthode la moins connue était la stérilisation masculine. Sango en 1996²⁸ a trouvé que 99,7% des femmes connaissaient au moins une méthode contraceptive en 1996 à Bamako en commune IV.

Nous avons observé aussi les leucorrhées chez 20 patientes soit 10,1% des cas. Cette fréquence est relativement élevée, les implants, les DIU et les méthodes de contraception orales ne protégeant pas contre les infections sexuellement transmissibles. Le planning familial peut et doit être un moment pour sensibiliser les femmes de la prévention contre les infections sexuellement transmissibles. Les avis divergent quant à l'association des IST aux méthodes de contraception orale.

Selon l'OMS la majorité des études ont recherché les *Chlamydiae* chez les utilisatrices de contraceptifs oraux associés ou de médroxyprogestérone-retard. Elles font généralement état d'associations positives avec l'infection chlamydienne, même si toutes les associations n'étaient pas statistiquement significatives³². Pour d'autres IST, les résultats ne suggèrent aucune association entre l'utilisation de contraceptifs hormonaux et l'acquisition d'une IST, ou bien les résultats sont trop limités pour tirer des conclusions quelconques. Les données sont généralement en quantité et en qualité limitées, en particulier en ce qui concerne les facteurs confondants mentionnés précédemment³². Certaines des associations positives sont vraisemblablement dues à des expositions différentes aux IST des femmes utilisant une méthode de contraception particulière, ou à une probabilité supérieure de détecter les IST chez les utilisatrices de contraceptifs³². Le Groupe d'experts de l'OMS a estimé qu'il ne devrait y avoir de restriction à l'utilisation d'aucune méthode de contraception hormonale pour aucune femme sur la base du risque estimé d'acquisition d'une IST³². Les lignes directrices soulignent également que la contraception hormonale ne protège pas contre les IST (VIH compris) et recommandent l'utilisation correcte et systématique du préservatif, seul ou en association avec une méthode de planification familiale, pour prévenir les IST et le VIH³².

Parmi les raisons du choix du Centre de Santé de Référence de la Commune V, la qualité a été le critère du choix de ce centre de santé dans 45,5 % des cas.

Seulement 55,6 % des femmes étaient favorable au coût de la prestation alors que le prix médian du planning familial était de 2500 (FCFA) et une moyenne de 3977,27 ± 1267,81(FCFA) qui nous semble accessible au regard des caractéristiques de notre échantillon. Près de la totalité (96,5%) des clientes de Diakité en 2013 ont trouvé le coût des produits contraceptifs abordable²⁷.

Les femmes reconnaissent l'apport positif de la contraception sur les grossesses et au cours de l'accouchement. Ainsi 92,0 % d'entre elles ont répondu par une diminution de la morbidité et de la mortalité liée à la grossesse et à l'accouchement. De ce fait plus des deux tiers soit 70,7 % des participantes étaient déjà sur une méthode contraceptive. Selon l'OMS, les pays pauvres sont loin derrière les nations développées en matière d'indicateurs de santé génésique²⁹. Ainsi selon EDSM V il y a 368 décès maternel pour 100 000 naissances qui restent très élevés⁵.

Les primigestes et les deuxièmes ont représenté 20,7% et 21,2% suivi par les quatrièmes gestes et troisièmes geste avec respectivement 14,5 % chacune. 23,3% des femmes avaient deux parités. Ces résultats peuvent être liés aux choix de la méthode contraceptive qui sont dominées par l'espacement des naissances.

L'avortement provoqué était retrouvé chez 3,5% des patientes et 4,1% des patientes non répondu à cette question. Ces avortements peuvent survenir à la suite de plusieurs facteurs, d'abord une grossesse non désirée, grossesse précoce, le viol, l'inceste et plus rarement d'une maladie maternelle avec nécessité d'un avortement thérapeutique. Une grande partie de ces avortements pourrait être évité avec une meilleure sensibilisation des femmes sur la disponibilité des méthodes contraceptives et surtout des contraceptions d'urgence.

Selon l'OMS, la contraception d'urgence permet dans la plupart des cas d'éviter la grossesse lorsqu'elle est prise après un rapport sexuel. Elle peut être utilisée après un rapport non protégé, un échec de la contraception, un usage défectueux d'une méthode contraceptive ou en cas d'agression sexuelle³³. Elle n'est efficace que dans les tous premiers jours après le rapport, avant l'ovulation et avant la fertilisation de l'ovule par le sperme. Elle ne peut interrompre une grossesse déjà installée, ni nuire à un embryon en train de se développer³³.

6. Conclusion

Les activités de planning familial sont satisfaisantes sur le plan de la performance et passables sur le plan de la distribution de l'information. Ces services sont utilisés par toutes les couches socioprofessionnelles et choisissent surtout les méthodes contraceptives de longue durée comme l'implant et le dispositif intra-utérin.

Nous devons explorer davantage tous les canaux de communication pour diffuser plus d'information le planning familial.

7. Recommandations

Au ministère de la santé et de l'hygiène publique

- Renforcez les capacités des agents quelle qu'en soit la catégorie ;
- Mettre à la disposition des prestataires les infrastructures adéquates afin de leurs permettre un suivi plus adéquat des clientes ;
- Assurer la disponibilité effective de toutes les méthodes contraceptives disponibles au Mali au sein des CSRéf afin d'accroître le choix des clientes.
- Renforcer la lutte contre les IST en mettant en place des programmes spécifiques afin de permettre la pratique de contraception de longue durée comme le DIU.
- Maintenir les campagnes de sensibilisations sur la contraception afin d'obtenir une adhésion massive de la population.
- Renforcer la communication autour du planning familial à travers les moyens de transmission des messages aux populations bénéficiaires.

Aux prestataires

- Continuer à prescrire la méthode de contraception appropriée à chaque patiente ;
- A plus de collaboration entre les différents services afin de permettre aux clientes de pouvoir en bénéficier pleinement ;

8. Références

1. AMPPF. *Situation de la planification au Mali*. (AMPPF, 2004).
2. EDS III. *Enquête démographique et de santé au Mali*. (Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, 2001).
3. OMS. Planification familiale/Contraception. *WHO* (2015). at <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/fr/>
4. Une contraception responsable pour les femmes du district de Tchamba. at <http://www.afro.who.int/togo/press-materials/item/4976-une-contraception-responsable-pour-les-femmes-du-district-de-tchamba.html?lang=fr>
5. Cellule de Planification et de Statistique (CPS), Institut National de la Statistique (INSTAT), INFO-STAT & ICF International. *Enquête Démographique et de Santé au Mali 2012-2013*. 577 (Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, 2014).
6. Dembele, M. S. Problematique de la planification familiale en commune V du district de Bamako. A propos de 199 cas. (USTTB, 2009). at <http://www.keneya.net/fmpos/theses/2010/med/pdf/10M73.pdf>
7. Définition coïtus obstructus. at <http://www.definition-of.com/coitus%20obstructus>
8. Définition coïtus interruptus, reservatus. *Ebauche concernant la sexualité* at <http://fr.wikipedia.org/>
9. Dolian, G., Lüdicke, F., Katchatrian, N., Campana, A. & Morabia, A. Contraception and induced abortion in Armenia: a critical need for family planning programs in eastern Europe. *Am J Public Health***88**, 803–805 (1998).
10. Bianchi-Demicheli, F. *et al.* Contraceptive practice before and after termination of pregnancy: a prospective study. *Contraception***67**, 107–113 (2003).
11. Traore, S. & Ballo, M. *Enquête démographique et de santé au Mali : Planification familiale*. 63–103 (2001).
12. Black, A., Francoeur, D. & Rowe, T. *Consensus Canadien sur la contraception*. 158–74 (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 2004).

13. CERPOD. *Impacte de la planification familiale sur la vie des femmes : résultats d'une étude réalisée dans le district de Bamako*. (1999).
14. OMS. Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive use. *Organisation mondiale de la santé* (2001).
15. Hoffmann, T., Thaha, T. & Martinson, F. Adverse health event occurring during an n-9 gel pilot study Malawi, 13th international AIDS Conference. in (2000).
16. Hooton, T. M. *et al.* A prospective study of risk factors for symptomatic urinary tract infection in young women. *N. Engl. J. Med.***335**, 468–474 (1996).
17. Moore, E. E. *et al.* Sexual intercourse and risk of symptomatic urinary tract infection in postmenopausal women. *J Gen Intern Med***23**, 595–599 (2008).
18. Speroff, L. & Darney, P. D. *A Clinical Guide for Contraception*. (Lippincott Williams & Wilkins, 2010).
19. Smallwood, G. H. *et al.* Efficacy and safety of a transdermal contraceptive system. *Obstet Gynecol***98**, 799–805 (2001).
20. Iebento, Roumen, F. & Apte, R. Efficacy, cycle control and user acceptability of a novel combined contraceptive vaginal Ring. *Obstetrics and Gynecology***100**, 585–93
21. Kaunitz, A., Garceau, R. & Cromie, M. Comparative safety, efficacy and cycle control of Lunelle monthly contraceptive injection and ortho. *Contraception***60**, 179–87 (1999).
22. Tcher, R. *et al.* Contraceptive technology. *Ardent Media Inc* 297 (1998).
23. Anderson, K., Odlin, D. & Rybo, G. Levonorgestrel-releasing and copper-releasing (Nova-T) IUDS during five years of use: a randomized comparative trial. *Contraception***49**, 56–72 (1994).
24. Trussell, J., Rodriguez, G. & Ellertson, C. New estimates of the effectiveness of the yuzpe regimen of emergency contraception. *Contraception***57**, 363–9 (1998).
25. Guillebau, D. Contraception your questions answered. 23–37 (1999).
26. Pratiques à Haut Impact dans la Planification Familiale (HIP). Communication sur la santé: favoriser des décisions volontaires et éclairées. (2012). at <www.fphighimpactpractices.org/resources>

27. Diakité, M. Etude du niveau de satisfaction de la population de Yirimadio par rapport aux services de planification familiale offerts par le CSCoM de Yirimadio. (USTTB, 2013). at <http://www.keneya.net/fmpos/theses>
28. Sango, S. Contribution à l'étude de la planification familiale dans la commune IV du district de Bamako. (Ecole Nationale de Médecine, 1996).
29. Peedicayil, A. Éducation en matière d'utilisation de contraceptifs par les femmes après l'accouchement : Commentaire de la BSG (dernière révision : 17 décembre 2003). Genève : Organisation mondiale de la Santé. (2003). at http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/care_after_childbirth/apcom/fr/
30. Aldana, J. M., Piechulek, H. & Al-Sabir, A. Satisfaction des patients et qualité des soins dans des zones rurales du Bangladesh. *Bulletin of the World Health Organization* **79**, 512–517 (2001).
31. Murphy, E., PATH, Steele, C. & AVSC International. Interactions clients-prestataires en matière de planification familiale : lignes directrices émanant des travaux de recherche et de l'expérience des programmes. *USAID* **1**, 1–12 (2000).
32. OMS. La contraception hormonale modifie-t-elle le risque d'acquisition d'IST ? *WHO* (2007). at http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/pbrief2/fr/
33. Contraception d'urgence. *WHO* at <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/fr/>

9. Annexes

9.1. Annexe 1 : Liste des tableaux

Tableau I : Répartition des patientes selon la provenance	38
Tableau II : Répartition des patientes selon la gestité	41
Tableau III : Répartition des patientes selon la parité	41
Tableau IV : Répartition des patientes selon l'intervalle inter-génésique	41
Tableau V : Répartition des patientes selon la tranche d'âge et l'intervalle inter-génésique	42
Tableau VI : Répartition des patientes selon le nombre d'enfant vivant	42
Tableau VII : Répartition des patientes selon le nombre d'enfant décédé	43
Tableau VIII : Répartition des patientes selon l'avortement provoqué	43
Tableau IX : Répartition des patientes selon l'avortement spontané	43
Tableau X : Répartition des patientes ayant au moins un enfant	44
Tableau XI : Répartition des femmes ayant au moins un enfant avec le statut matrimonial	44
Tableau XII : Répartition des femmes ayant au moins un enfant avec la tranche d'âge	45
Tableau XIV : Répartition des patientes selon la tranche d'âge et le cycle menstruel	46
Tableau XVI : Répartition des patientes selon la tranche d'âge et la présence de ménorragie	47
Tableau XVIII : Répartition des patientes selon la tranche d'âge et la présence de dysménorrhée	48
Tableau XIX : Répartition des patientes selon la présence de prurit	48
Tableau XX : Répartition des patientes selon la présence de leucorrhée	49
Tableau XXI : Répartition des patientes selon leurs antécédents médicaux	49
Tableau XXIII : Répartition des patientes selon la tranche d'âge l'antécédent chirurgical	50
Tableau XXIV : Répartition des patientes selon la méthode de contraception actuellement utilisée	51
Tableau XXV : Répartition des patientes selon la méthode de contraception actuellement utilisée et la tranche d'âge	52
Tableau XXVII : Répartition des patientes selon la tranche d'âge et le changement de la méthode contraceptive	53
Tableau XXVIII : Répartition des patientes selon la cause du changement ou l'arrêt de la méthode contraceptive	53
Tableau XXIX : Répartition des patientes selon la cause du choix de planning familial	54
Tableau XXX : Répartition des patientes en fonction de la personne ayant conseillé le planning familial	54
Tableau XXXI : Répartition des patientes selon les raisons du choix du Centre de Santé Référence de la Commune V	55
Tableau XXXII : Répartition des patientes selon le coût du planning	55

Tableau XXXIII : Répartition des patientes favorables au coût de la prestation.....	55
Tableau XXXIV : Répartition selon l'acceptation des canaux de diffusion	56
Tableau XXXVII : Répartition des patientes selon la durée des menstruations.....	57
Tableau XXXVIII : Répartition des patientes en fonction des choix de la méthode laissé à l'initiative de la patiente.	58
Tableau XXXIX : Patientes ayant estimé été traité dignement par les prestataires.....	58
Tableau XL : Répartition des patientes estimant l'entretien avec le prestataire confortable	58

9.2. Annexe 2 : Liste des figures

Figure 1 : Carte sanitaire de la commune V	35
Figure 2 : Répartition des patientes selon la provenance	38
Figure 3 : Répartition des patientes selon la profession	39
Figure 4 : Répartition des patientes selon la religion.....	39
Figure 5 : Répartition des patientes selon le niveau d'instruction	40
Figure 6 : Répartition des patientes selon le statut matrimonial.....	40
Figure 7 : Répartition des patientes selon le cycle menstruel	45
Figure 8 : Répartition des patientes selon la présence de ménorragie	46
Figure 9 : Répartition des patientes selon la présence de dysménorrhée	47
Figure 10 : Répartition des patientes selon leurs antécédents chirurgicaux	50
Figure 11 : Répartition des patientes ayant changé de méthode contraceptive	51
Figure 12 : Diminution de la morbi-mortalité liée à la grossesse et l'accouchement selon les patientes.	56
Figure 13 : Répartition selon la méthode contraceptive utilisée par la patiente ou son partenaire.....	57
Figure 14 : Répartition selon le rendez-vous donné par les prestataires pour le suivi....	59
Figure 15 : Répartition des prestataires ayant donné le temps aux patientes de poser des questions.....	59

9.3. Annexe 3 : Fiche signalétique

Nom : SEKOU ;

Prénom : Fatoumata

E-mail : fatimasek@yahoo.fr

Année universitaire : 2014-2015

Ville de soutenance : Bamako ; **Pays** : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS

Centre d'intérêt : Santé de la reproduction/Santé publique.

Titre : Niveau de satisfaction des utilisatrices du service de planning familial au CSRéf de la commune V du district de Bamako.

Résumé

But : Le but de l'étude était de décrire la qualité des prestations et le niveau de satisfaction des utilisatrices de l'unité de planning familial du CSRéf de la Commune V.

Méthode : Nous avons effectué une étude descriptive transversale offerts par le CSREF de la commune V du 01 juin au 01 septembre 2014 soit une période de trois mois. L'échantillonnage était exhaustif et a concerné 198 femmes âgées de 15 à 46 ans qui ont consultées à l'unité de planning familial et acceptées de participer à l'étude.

Résultats : La tranche d'âge 20 à 34 ans représentaient 61,6% avec une moyenne d'âge de $26,21 \pm 7,47$ des utilisatrices du service de planning familial. Les ménagères représentaient 39,4 % suivi par les élèves 16,7%, les fonctionnaires 16,16% et les étudiantes 11,62% et 36,9% avaient un niveau d'instruction secondaire. Les paucigestes et les multigestes ont représenté 40,9% et 36,4% Les paucipares et les multipares ont représenté 44,4% et 33,8%. La méthode contraceptive était l'implant (52,55%), le DIU (16,2%), la pilule (11,6%), la confiance 10,1%. l'utilisation du diaphragme (1,0%) et l'association du condom aux méthodes contraceptives telle que le DIU reste très faible (0,5%). Plus de la moitié ont changé de méthode contraceptive (57,0%) avec comme cause du changement l'aménorrhée (27,0%), l'oublie (21,0) pour les pilules. Les femmes étaient favorable (55,6 %) au coût de la prestation avec une moyenne de $3977,27 \pm 1267,81$ F CFA et estimaient être traitées dignement (94,9 %) avec un entretien confortable avec le prestataire (92,9 %). 93,9 % des patientes ont eu le temps de poser les question. 92,4 % des patientes ont eu le droit de choisir la méthode de planning familial.

Conclusion : Les activités de planning familial sont satisfaisantes sur le plan de la performance et passable sur le plan de distribution de l'information.

Mots clés : Qualité ; Méthodes ; Contraception ; Prestation ; Bamako.

Annexe 3 : Fiche d'enquête FICHE D'ENQUÊTE POUR LES UTILISATRICES

I IDENTIFICATION DE LA PERSONNE

- 1- n° 4-Profession
 2- Age 5- religion
 3- Adresse 6- ethnies

II LES CARACTERITIQUES SOCIO-ECONOMIQUES

1 Niveau d'instruction

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

2 Etat matrimonial

- a- Mariée f- polygame h- Monogamie
 b- Célibataire g- sans enfants j- Avec enfant

3 Antécédent obstétrical

- a- Gestité
 b- Parité
 c- Intervalle inter-génétique
 d- Vivant
 e- Décès
 f- Avortement provoqué
 g- Avortement spontané
 4- Antécédent gynécologique
 a- Cycle régulier : e- Prurit
 b- Cycle irrégulier f- Leucorrhée
 b1- Cycle irrégulier abondante g- Pollakiyrie
 b2- Cycle irrégulier non abondante h- Antécédent de contraception
 c- Durée du cycle
 d- Dysménorrhée :
 e- Dysurie
 5- Les autres antécédents
 a- Médicaux : Diabète... ; Asthme... ; Drépanocytose... ; HTA..... Autre.....
 b- Chirurgicaux

III METHODE DE CONTRACEPTION

1 Méthode de contraception actuellement utilisée

- a- Pilule f- Condom
 b- Diaphragme g- Implant
 c- injectables h- autre
 d- DIU i- Aucune

e- spermicides

2 Pourquoi a-t-elle changé de méthode ?

- a- Vertiges e- Aménorrhée h- Métrorragie
b- Vomissement f- désir d'enfant i- Menometrorragie
c- prise de poids g- oubli j- hyperménorrhée
d- sécheresse vaginale k- Autres à préciser

IV POURQUOI PRATIQUEZ-VOUS LE PLANNING FAMILIAL ?

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

V QUI VOUS A CONSEILLÉ DE PRATIQUER LE PLANNING FAMILIAL ?

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

VI POURQUOI AVEZ-VOUS CHOISI LE CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE V ?

- 1- Bonne qualité 5- Accessibilité géographique
2- Plus grande discrétion 6- Accessibilité financière
3- Compétences du personnel
4- Autres à préciser

- Combien la prestation du PF vous a coûté
- Ce prix vous semble a-t-il raisonnable : non oui
- Trouvez-vous acceptable que les informations sur le PF soient diffusées à la radio, TV, théâtres ou autres : non oui
- Pensez-vous qu'on diminue la morbidité et la mortalité liée à la grossesse et ou l'accouchement : non oui
- Avez-vous (ou votre partenaire) déjà utilisé une méthode contraceptive : non oui
- Le prestataire vous a-t-il laissé le droit de choisir la méthode de PF que vous souhaitez ? non oui

- Estimez-vous avoir été traité dignement ? non oui

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

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

non oui

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

9.4.

Serment d'Hippocrate

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

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

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

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

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

Que les hommes m'accordent leurs estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque !

Je le jure !