Ministère de l'Enseignement Supérieur

Et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT – UNE FOI

UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO

U.S.T.T-B

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année 2023-2024

N°/……/

TITRE

Connaissances, attitudes et pratiques des prestataires sur l'utilisation et la prescription des méthodes contraceptives de longue durée d'action dans huit structures de santé à Bamako

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 04./03/2025

A la Faculté de Médecine

Mme. Dalilath Morayo Adéyosola DAOUDA

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

JURY

Président :	**M. Youssouf TRAORE, Professeur**
Membres :	**M. Housseini DOLO, Maitre de Conférences**
	Mme. Saoudatou TALL, Gynécologue Obstétricienne
Directeur de Thèse :	**M. Amadou BOCOUM, Maitre de Conférences**

LISTE DES ENSEIGNANTS

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

A mon père **Abdul Rahman DAOUDA**

Papa, c'est toi qui m'as initiée aux sciences et a cultivé en moi l'amour de la connaissance. Ce travail est le résultat de toutes ces années où tu m'as encouragé à me surpasser. Un homme de rigueur, qui sait enseigner avec patience. Tu nous as portés tellement loin mes frères et moi… Je te serai à jamais reconnaissante.

D'après Abdallah Ibn 'Abbas (qu'Allah l'agrée), le Prophète (que la prière d'Allah et Son salut soient sur lui) a dit : « Il n'y a aucun musulman qui a deux filles et s'occupe bien d'elles tant qu'elles sont avec lui sans qu'elles ne le fassent rentrer dans le paradis ».

A ma mère, **Princesse Waikeyne Maimouna SANNI epse DAOUDA**

Maman, tu as toujours eu de l'amour à donner ; beaucoup d'amour. Je n'ai pas de mots pour exprimer ma gratitude et te faire honneur. Tu as à chaque fois eu les mots justes pour me rappeler qui je suis et me pousser vers le haut. Tu es la mère, l'amie, la confidente. Notre lien m'a aidé à garder un esprit fort. Merci pour tes prières, ton optimisme et ta confiance. Merci d'avoir nourri et renforcé notre petite famille par ton amour. Tu es une mère extraordinaire qui ne ménage pas d'efforts pour être le soutien de nos rêves sur tous les plans. Que Dieu te comble au-delà de tes espérances.

« *O Seigneur, pardonne-moi ainsi qu'à mes parents et fais leur miséricorde à tous deux comme ils m'ont élevé quand j'étais petit* » Surah Al Isra, 17-24

A ma sœur et mes frères :

Hanane Adouni, **Ilyas Oloumidé** et **Imad Dine Bolarinwa DAOUDA.** Les 4D. Hanane qui est tendresse et douceur, Ilyas le BG sérieux toujours zen et Imad le dernier à l'esprit vif. Je n'aurais pas rêvé mieux. Mes meilleurs amis, mes antidépresseurs. Je vous aime d'un amour inconditionnel et je vous souhaite d'accomplir de grandes choses dans ce monde. Que Dieu nous unisse davantage et me donne les capacités d'être la meilleure grande sœur pour vous.

A mes feux grands-pères :

Sa Majesté OBA ONIKOYI ABESSAN V et **Inoussa DAOUDA** : Papy et pépé, je tiens ma parole aujourd'hui par la grâce du Tout-Puissant. Qu'Allah vous élève au plus haut niveau du paradis.

To the one who arrives when praised…

Toi dont la présence m'a porté sans bruit.

"*A ma l'owo lowo. A ma bimo lemo. A ma sayo mayo. A ma sola mola. Ka sha mu ife eledumare se laisetan*"

REMERCIEMENTS

A Allah le Tout puissant

Al Fatah, Al Latif, le pourvoyeur en toute chose, le plus patient, le plus aimant, le meilleur soutien. Rien de tout ceci n'aurait été possible sans toi. Je te suis infiniment reconnaissante.

« *Ton Seigneur t'accordera certes Ses faveurs et alors tu seras satisfait* » Surah Ad Duha, 5.

Aux deux tiers de « Les trois D », **Colombe DEGBEY** et **Djelika DIARRA** :

Les mots me manquent pour exprimer ma gratitude. Vous étiez là au début et vous êtes là à la fin. Vous avez été mon père, ma mère et mes sœurs toutes ces années. Que Dieu vous comble au-delà de vos espérances et renforce nos liens. Je vous aime.

À ma mamie **SANNI Abebi Roukayath**

Une femme au cœur blanc. Merci mamie pour tes prières, ton optimisme, ta patience, la persévérance et la foi dont tu as toujours fait preuve malgré les épreuves et qui nous a souvent émerveillé.

À ma mémé **BELLO ARE epse DAOUDA Soubedath**

La première personne qui m'a montré qu'une femme pouvait tout faire si elle s'en donne les moyens. Un exemple de réussite.

À tous mes oncles et tantes : En particulier à Louqman DAOUDA et son épouse Ariane CODJIA-DAOUDA, Aichath DAOUDA-BAKARY, SANNI Amamath et son époux Nima SHAMS, Ayo SANNI, Ayoub DAOUDA, Wadjid DAOUDA et son épouse, Djeliath SANNI et Ibrahim SANNI.

Il faut tout un village pour élever un enfant. Merci d'avoir épaulé mes parents et de m'avoir nourrie de votre amour et de votre soutien.

À tous mes cousins et cousines : En particulier à Samia BAKARY, Gafar AMINOU, Shab, Nooshin et Vala SHAMS, Sarra OSSENI, Fadul SAYEGH, Kabirath SANNI, Khalil BIOKOU. Les petits Sultan et Labeeb DAOUDA, Ifé et Solayo LACHON SANNI dont les appels me faisaient toujours du bien.

A tous mes parents qui ont participé de près ou de loin à mon éducation et mon épanouissement. Que le bon Dieu vous récompense.

À mes feus bien-aimés **Amidath, Ramatou, Salmath, Ishaq DAOUDA** et **Frantz ASSOGBA :**

Je chéris les souvenirs que j'ai de vous. Qu'Allah vous élève au plus haut niveau du paradis.

À ma sœur **Sidicath SAÏBOU :**

La maman de mon bébé : Tu es une perle rare. Sois comblée et que Dieu protège ta petite famille.

À ma famille de Bamako :

Fabrice ATCHAHOUE, Dr Ninelle DOSSOU, Dr Enicha BANTIA BIO, Marc ABGATI, Philippe BALLOU SARY, Himran MOUNDI. Je ne saurai vous remercier pour le soutien. Merci pour la joie, merci pour rires.

À Dr Frédéric SALI ZOUA :

Ce travail est aussi le tien. Tu aurais pu le présenter à ma place. Merci infiniment. Je te souhaite d'accomplir ta destinée et de réaliser de grandes choses. Demain tout ira bien. Le meilleur reste à venir !

A mon grand frère Dr Dan SOHOUENOU :

Merci pour ton soutien et tes conseils avisés. Tu étais avec moi depuis le début de cette aventure. Que Dieu te garde ainsi que ta petite famille et t'accorde le succès.

À mes petits frères **: Ahmed ALIDOU, Amen HOUNMENOU** et **Jolie DOSSOU**.

Toujours prêts à m'aider, même dans les petites choses. Que Dieu vous bénisse infiniment. Vous occupez une place spéciale dans mon cœur.

À mes amis **Dr Said OKETOKOUN, Franck AGBEAGBE, Marcus ADEOCHOUN.**

Merci de me prendre comme votre petite sœur et de m'avoir écoutée me plaindre toutes ces années…Que Dieu vous garde pour moi et vous bénisse.

A **Dr Ahristode AKPLOGAN** pour ton soutien inestimable durant mes premières années à Bamako et après. Je garde une profonde gratitude envers toi. Qu'Allah t'accorde ses grâces.

À l'**AESBM**, en particulier à la Promotion Elites et **au groupe de chorégraphie** (Kelly, Mégane, Opportune, Francine, Carole, Euphrasie, Alliance, Fadnelle) : Merci pour ces moments de fraternité.

A nos maitres **Pr MOUNKORO, Pr BOCOUM, Pr TRAORE, Pr FANE, Dr SANOGO, Dr SYLLA, Dr ADANE** : Merci pour l'enseignement reçu.

Aux internes du service de Gynécologie-Obstétrique du CHU Gabriel Touré.

Bathily, Rachel, Joyce, Lalla, Mariama, Vianney, Hamalla, Konté, Kamissoko. Remerciement spécial à Aminata COULIBALY, mon premier binôme de garde.

Aux DES et Gynécologues du service, en particulier aux docteurs B. DIAWARA, J.P KONE, L. IBRINGO, Madi TRAORE, DIALLO.

Aux sage-femmes, IBODES, infirmières, GES, à tout le personnel du service de Gynécologie-Obstétrique du CHU Gabriel Touré :

Merci pour votre accueil chaleureux et l'enseignement reçu.

Sincères remerciements à **Gaius TATFO** qui m'a accompagné dans la réalisation de ce document.

A tous les clients de Hairlthy : Cette activité m'a aidée sur de nombreux plans. J'ai rencontré des personnes incroyables et j'ai beaucoup appris à votre contact. Que Dieu vous bénisse.

A la P14, la promotion cobaye :

Nous avons enduré tant de choses au cours de notre formation… Nous sommes aujourd'hui à la fin. Que Dieu accueille près de lui nos camarades qui nous ont quitté trop tôt.

A mon beau pays le Bénin qui m'a tant donné.

A ma terre d'acccueil, Maliba, Aw ni ché.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

PROFESSEUR Youssouf TRAORE

- **Professeur titulaire de Gynécologie Obstétrique à la FMOS,**
- **Chef du service de Gynécologie Obstétrique du CHU Gabriel Touré**
- **Praticien hospitalier au service de Gynécologie Obstétrique du CHU Gabriel Touré,**
- **Modérateur national et expert sur la PTME au Mali,**
- **Titulaire d'un diplôme universitaire « Méthode de recherche clinique, et épidémiologique » de Bordeaux II,**
- **Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SO.CHI.MA),**
- **Enseignant chercheur.**

Honorable maitre,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury. L'étendue de votre savoir, votre souci de transmettre vos connaissances et votre rigueur académique fait de vous un maitre admiré de tous. Nous tenons à vous exprimer notre reconnaissance et notre profonde considération.

Que Dieu vous bénisse.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

PROFESSEUR Amadou BOCOUM

- **Maitre de Conférences agrégé en Gynécologie Obstétrique,**
- **Praticien hospitalier au service de Gynécologie Obstétrique du CHU Gabriel Touré,**
- **Titulaire d'un D.I.U d'échographie en Gynécologie Obstétrique en France,**
- **Titulaire d'un diplôme universitaire en coelioscopie en Gynécologie en France,**
- **Titulaire d'un diplôme de formation médicale spécialisée approfondie en Gynécologie Obstétrique à l'Université de Paris Descartes,**
- **Secrétaire général adjoint de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique (SO.MA.GO)**

Cher maitre,

Nous sommes très touchés et reconnaissants de l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de diriger ce travail. Vos qualités scientifiques, pédagogiques mais surtout humaines nous ont profondément marqués. Vous avez rayonné par l'amour du travail de soignant et l'empathie pour les patientes. Veuillez recevoir l'expression de notre gratitude et de notre admiration.

Que Dieu vous bénisse, vous élève parmi vos pairs et vous accorde une longue vie.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

PROFESSEUR Housseini DOLO, MD, MSc, PhD

- **Maitre de Conférences agrégé en épidémiologie à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMOS)**
- **Chef d'Unité adjoint et Chercheur à l'Unité de Recherche et de Formation sur les Maladies Tropicales Négligées**
- **Coordinateur du Master de Santé Publique option Recherche Ethique**
- **Coordinateur du Master de Santé Publique option Recherche de Mise en Œuvre/ Implémentation Research**

Cher maitre,

Nous avons été marqués par votre amour pour la science, votre accessibilité facile et votre rigueur pour le travail qui font de vous un enseignant de qualité. Nous vous remercions du grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Recevez ici toute notre reconnaissance.

Qu'Allah vous bénisse.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

DOCTEUR Saoudatou TALL

- **Gynécologue obstétricienne,**
- **Praticienne hospitalière au service de Gynécologie Obstétrique du Centre de Santé de Référence (CsRef) de la Commune V.**

Cher Maitre,

Nous vous remercions pour l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de juger ce travail. Vous êtes la touche féminine de ce jury. Votre gentillesse, votre patience et l'amour que vous portez à votre travail ont fait de vous un maitre affectionné de tous. Merci de rayonner dans cette spécialité « d'hommes » mais qui s'occupe des femmes. Recevez ici notre profond respect.

Qu'Allah vous bénisse.

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

C : Commune

CAP : Connaissances, attitudes et pratiques

CI : Contre-indication

CSCOM : Centre de santé communautaire

CSREF : Centre de santé de référence

DIU : Dispositif intra-utérin

DIUPP : Dispositif intra utérin du postpartum

EMP : Education en matière de population

EVF : Education à la vie familiale

HPP : Hémorragie du postpartum

HTA : Hypertension artérielle

IST : Infection sexuellement transmissible

MAMA : Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée

MLDA : Méthode contraceptive de longue durée d'action

MVTE : Maladie veineuse thromboembolique

ODD : Objectifs de développement durable

ONG : Organisation non gouvernementale

PF : Planification familiale

PNP: Politiques, normes et procédures

REDI: Rapport building, Exploration, Decision-making and implementing the decision

RDV : Rendez-vous

SIDA : Syndrome de l'immunodéficience acquise

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Jadelle® [31]..... 17
Figure 2: Implanon® [32] 17
Figure 3: Implantation du DIU dans l'utérus [34]..... 18
Figure 4: Dispositif intra utérin en cuivre [35] 19
Figure 5: Dispositif intra utérin progestatif [36] 19
Figure 6 : Disque de l'OMS pour le choix des méthodes contraceptives selon les critères de recevabilité médicale, 2015 (a) 27
Figure 7 : Disque de l'OMS pour le choix des méthodes contraceptives selon les critères de recevabilité médicale, 2015 (b) 27
Figure 8 : Disque de l'OMS pour le choix des méthodes contraceptives selon les critères de recevabilité médicale, 2015 (c) 28
Figure 9: Répartition des prestataires interrogés en fonction du sexe..... 36
Figure 10 : Connaissance de la définition de la contraception par les prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 38
Figure 11: Types de MLDA évoquées par les prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 40
Figure 12: Contre-indications rapportées par les prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 sur les dispositifs intra utérins..... 41
Figure 13: Contre-indications rapportées par les prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 sur les implants sous cutanés..... 42
Figure 14: Connaissances des prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 sur les personnes habilitées à prescrire les MLDA..... 42
Figure 15 : Répartition des prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 selon leur opinion sur la pertinence des MLDA 44
Figure 16: Perception des prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 sur le moment d'insertion des MLDA 46
Figure 17 : Perception des prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 sur l'existence de jours spécifiques réservés à l'insertion des MLDA..... 47
Figure 18 : Répartition des prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 en fonction du désir de recevoir une formation sur les MLDA 48

Figure 19: Motivations des prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 pour recevoir une formation sur les MLDA 49
Figure 20 : Répartition des prestataires ayant reçu une formation sur les méthodes contraceptives de longue durée d'action dans les structures de santé en 2024 50
Figure 21 : Répartition des prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 selon la réalisation de counseling sur les MLDA 50
Figure 22: Répartition des prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 sur le cadre approprié de réalisation de counseling sur les MLDA 51
Figure 23 : Répartition des prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 sur les compétences nécessaires pour la réalisation d'un counseling sur les MLDA 52
Figure 24 : Appréciation des prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 sur leur capacité à insérer les MLDA 53
Figure 25: Perception des prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 sur le cadre de mise en place des MLDA..... 55

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Efficacité des méthodes contraceptives 24
Tableau II: Variables étudiées 32
Tableau III: Répartition des prestataires interrogés en fonction des tranches d'âge dans les structures de santé en 2024 36
Tableau IV: Répartition des prestataires enquêtés selon les structures de santé d'exercice en 2024 37
Tableau V: Répartition des prestataires interrogés selon leurs qualifications dans les structures de santé en 2024 37
Tableau VI: Répartition des prestataires interrogés dans les structures de santé selon le nombre d'années d'exercice en 2024 38
Tableau VII: Répartition des prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 selon le délai entre la dernière formation reçue et le moment de l'enquête 39
Tableau VIII: Corrélation entre les prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 ayant reçu une formation et leurs qualifications 39
Tableau IX: Relation entre le délai de la dernière formation reçue sur les MLDA et le nombre d'années d'exercice des prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 40
Tableau X: Répartition des prestataires interrogés ayant reçu une formation en fonction de leur opinion sur la pertinence des MLDA dans les structures de santé en 2024 43
Tableau XI: Répartition des prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 selon leur opinion sur la fiabilité des MLDA par rapport aux autres méthodes 43
Tableau XII: Perception des prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 sur la durée moyenne d'un counseling sur les MLDA 45
Tableau XIII: Perception des prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 sur la durée moyenne de mise en place des MLDA 45
Tableau XIV: Perception des prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 sur les moyens d'approvisionnement en contraceptifs de longue durée d'action 47
Tableau XV: Perception des prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 sur la méthode contraceptive de longue durée d'action la plus efficace 47
Tableau XVI: Répartition des prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 selon le nombre de MLDA déjà insérées 54

Tableau XVII: Appréciation des prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 sur le type de MLDA déjà prescrites 54
Tableau XVIII: Répartition des prestataires observés dans les structures de santé en 2024 selon l'appréciation de leur technique d'insertion des MLDA 55
Tableau XIX: Répartition des prestataires observés dans les structures de santé en 2024 selon l'appréciation de leur capacité à réaliser un counseling 56
Tableau XX: Répartition des prestataires observés dans les structures de santé en 2024 selon la réalisation d'un examen de consultation avant contraception 56
Tableau XXI: Répartition des prestataires observés dans les structures de santé en 2024 ayant reçu une formation sur les MLDA selon l'appréciation de leur technique d'insertion des MLDA 57
Tableau XXII: Répartition des prestataires observés dans les structures de santé en 2024 ayant reçu une formation sur les MLDA selon l'appréciation de leur réalisation de counseling 57
Tableau XXIII: Appréciation des prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 de leur nombre de MLDA insérées sans counseling 58
Tableau XXIV: Appréciation des prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 de leur nombre mensuel d'insertion d'implants sous cutanés insérés 58
Tableau XXV: Appréciation des prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 de leur nombre mensuel de DIU insérés 59
Tableau XXVI: Relation entre le type de MLDA prescrits et la qualification des prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 60
Tableau XXVII: Appréciation des prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 sur le nombre de salles adéquates pour l'insertion des MLDA en fonction de la structure de santé 61
Tableau XXVIII: Opinion des prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 sur le type d'offre des contraceptifs de longue durée d'action 62
Tableau XXIX: Utilisation des différents types de MLDA par les prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 62
Tableau XXX: Répartition des prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 selon l'imposition d'un âge minimum pour l'insertion des MLDA 63
Tableau XXXI: Répartition selon les tranches d'âge imposées par les prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 pour l'insertion des MLDA 63

Tableau XXXII: Répartition des prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 selon l'imposition d'un minimum de parités pour l'insertion des MLDA..... 64
Tableau XXXIII: Répartition selon le nombre de parités imposé par les prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 pour l'insertion des MLDA..... 65
Tableau XXXIV: Répartition des prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 imposant une limite d'âge en fonction de ceux qui imposent un minimum de parité pour l'insertion des MLDA..... 66

TABLE DES MATIERES

1 Introduction 1

2 Objectifs 5

2.1 Objectif général 5

2.2 Objectifs spécifiques 5

3 GENERALITES 7

3.1 Historique 7

3.1.1 Dans le monde 7

3.1.2 En Afrique 8

3.1.3 Au Mali 8

3.2 Rappels sur la planification Familiale 9

3.2.1 Définition 9

3.2.2 Avantages de la planification familiale 9

3.3 Activités de la planification familiale 10

3.3.1 Evaluation 10

3.3.2 Droits des clients 11

3.3.3 Besoins des prestataires 11

3.4 Moyens de la planification familiale 12

3.5 Concept du Counseling [24] 13

3.5.1 Définition : 13

3.5.2 Etapes du Counseling 13

3.5.3 Etapes du REDI 13

3.6 Méthodes contraceptives 14

3.6.1 Méthodes contraceptives de courte durée d'action 15

3.6.2 Méthodes contraceptives réversibles de longue durée d'action 16

3.6.3 Méthodes contraceptives définitives : stérilisation a visée contraceptive 22

3.6.4 Efficacité des différentes méthodes contraceptives selon l'indice de Pearl [40] 23

3.6.5 Critères et choix d'une bonne méthode contraceptive 24

4 Méthodologie 30

4.1 Cadre d'étude 30

4.2 Lieu d'étude 30

4.3 Type d'étude 30

4.4 Période de l'étude 30

4.5 Population d'étude 30

4.6 Echantillonnage 30

4.6.1 Techniques d'échantillonnage 30

4.6.2 Critères d'inclusion 31

4.6.3 Critères de non-inclusion 31

4.7 Déroulement de l'étude 31

4.8 Technique de collecte des données 31

4.8.1 Variables étudiées 32

4.8.2 Traitement et analyse des données 33

4.9 Considérations éthiques 33

4.10 Définitions opérationnelles 33

5 Résultats 36

5.1 Caractéristiques sociodémographiques des prestataires de planification familiale .. 36

5.2 Connaissances 38

5.3 Attitude 43

5.4 Pratique 49

6 Commentaires et discussion 68

6.1 Limites et difficultés 68

6.2 Caractéristiques sociodémographiques 68

6.3 Niveau de connaissances des prestataires sur les méthodes contraceptives de longue durée d'action 69

6.4 Attitude des prestataires par rapport à l'utilisation et la prescription des méthodes contraceptives de longue durée d'action 70

6.5 Pratique 71

7 Conclusion 75

8 Recommandations 76

9 Références 78

ANNEXE 85

INTRODUCTION

1 INTRODUCTION

La contraception est définie comme étant « l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter » [1]. Elle constitue l'un des piliers de réduction de la mortalité maternelle de l'ordre de 25% [2].

En 2021, on estimait que sur 1,9 milliard de femmes en âge de procréer de 15 à 49 ans dans le monde, 1,1 milliard avaient besoin d'une planification familiale ; parmi celles-ci, 842 millions utilisaient des méthodes de contraception, et 270 millions n'avaient pas accès à la contraception dont elles avaient besoin [3]. La proportion de femmes en âge de procréer de 15 à 49 ans qui utilisaient des méthodes modernes de planification familiale (indicateur 3.7.1 des ODD) était de 77,5 % à l'échelle mondiale en 2022, ce qui représente une hausse de 10 % par rapport à 1990 (67 %) [3]. Toutefois, moins de la moitié des besoins en planification familiale étaient satisfaits en Afrique centrale et en Afrique de l'Ouest [3].

La contraception offre de nombreux avantages dans d'autres domaines que la santé, qui vont des possibilités élargies d'éducation et d'autonomisation des femmes, à la croissance durable de la population et au développement économique des pays [3]. Ces problèmes constituent une réelle inquiétude pour la santé publique et l'économie des pays en développement [4].

Les contraceptifs de longue durée sont les méthodes les plus efficaces, car ils sont indépendants de l'utilisateur et durent de 3 à 5 ans [5]. Les avantages des contraceptifs de longue durée par rapport aux contraceptifs réversibles à courte durée d'action incluent une efficacité accrue (> 99%) comme en témoignent leurs faibles taux d'échec [6].

Les méthodes contraceptives de longue durée d'action se sont révélées très efficaces et sûrs dans la prévention des grossesses précoces et trop rapprochées, jouant ainsi un rôle essentiel dans la prévention des avortements à risque et des risques associés [7].

Malgré les avantages des MLDA, l'utilisation des progestatifs injectables représente 45 % des méthodes modernes utilisées tandis que l'utilisation des dispositifs intra-utérins (DIU) et des implants sous-cutanés (ISC), qui donnent une meilleure observance et des taux d'abandon plus faibles, reste faible [8].

Une analyse dans huit pays d'Afrique subsaharienne dont le Tchad, Cameroun, Ghana, Malawi, Mali, Rwanda, Zambie et Zimbabwe a indiqué qu'en 2016, seulement 2,61 % des femmes utilisaient soit un dispositif intra utérin, soit un implant [9].

Au Mali, selon l'enquête démographique de la santé de 2018 (EDS-VI), 17 % de femmes de 15-49 ans en union utilisaient une méthode quelconque de planification familiale ; 16 % utilisaient une méthode moderne et 1 % utilisaient une méthode traditionnelle tandis que 36 % des femmes qui n'étaient pas en union et sexuellement actives utilisaient une méthode quelconque de planification familiale. La demande totale en planification familiale au Mali est de 41% [10].

Les agents de santé constituent généralement les personnes de référence que les femmes consultent lorsqu'elles recherchent des services de planification familiale. Il est donc capital que ceux-ci aient de bonnes connaissances, attitudes et pratiques sur l'utilisation et la prescription des méthodes contraceptives de longue durée d'action basées sur des données probantes et récentes pour garantir que toutes les femmes puissent prendre une décision éclairée et recevoir la contraception adaptée.

HYPOTHESES DE RECHERCHE

- Les prestataires n'ont pas une bonne connaissance de l'utilisation des méthodes contraceptives de longue durée d'action.
- La pratique et l'attitude des prestataires concernant les méthodes contraceptives de longue durée d'action est sous optimale.
- La prescription des méthodes contraceptives de longue durée d'action par les prestataires n'est pas conforme aux normes en République du Mali.

OBJECTIFS

2 OBJECTIFS

2.1 Objectif général

Evaluer les connaissances, attitudes et pratiques des prestataires sur l'utilisation et la prescription des méthodes contraceptives de longue durée d'action dans les structures de santé à Bamako.

2.2 Objectifs spécifiques

- Déterminer le niveau de connaissance des prestataires sur les méthodes contraceptives de longue durée d'action ;
- Décrire les attitudes et pratiques des prestataires sur les méthodes contraceptives de longue durée d'action ;

GENERALITES

3 GENERALITES

3.1 Historique

3.1.1 Dans le monde

L'histoire de la contraception remonte à l'antiquité. Les premiers à pratiquer la contraception furent les Mésopotamiens au 17e siècle avant Jésus-Christ. Leur moyen de contraception était très primitif, consistant à introduire une pierre arrondie dans leur vagin, pour empêcher le sperme d'atteindre l'utérus. Ces méthodes ont simplement évolué à travers les cultures au cours des siècles. Selon les différentes civilisations, certains recourent à des méthodes plus radicales telles que l'avortement ou l'homicide de leur enfant. Cela concerne notamment les Grecs et les Romains [11]. D'après David SERFATY, la limitation de naissance existe depuis les époques reculées montrant la constante volonté de l'espèce humaine à échapper à la fatalité de la reproduction naturelle. Cette limitation des naissances a été combattue pour des raisons morales, infanticides ou même religieuses, car la procréation était considérée comme une obligation religieuse [12].

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.

Ces méthodes dont l'efficacité restait limitée étaient également associées à des effets secondaires importants. Ceux-ci ont donc conduit les chercheurs à explorer des voies aboutissant à des produits moins nocifs. En 1865, Jacques SIMS publia les circonstances de la fertilité mais ce n'est que bien plus tard que trois informations capitales furent assimilées : la nature du sperme, sa fonction et la nécessité de sa pénétration dans l'utérus pour féconder l'ovule [13]. Le préservatif fait son apparition et devient non seulement un moyen de prévention de grossesse, mais également une méthode de protection contre les maladies sexuellement transmissibles. Quant aux contraceptifs plus modernes, il a fallu attendre le XXe siècle pour la naissance de la pilule, du stérilet ou du patch contraceptif. En 1930, le premier dispensaire français de contrôle des naissances est créé par le docteur Jean DALSACE (1893-1970) à Suresnes, dans lequel il réalise des consultations sur la contraception. En 1951, aux États-Unis, le Dr Gregory PINCUS commence à travailler sur les hormones sexuelles et met au point avec son équipe, cinq ans plus tard, une combinaison de progestérone et d'œstrogène de synthèse capable de bloquer l'ovulation : c'est la première pilule, baptisée Enovid® [14]. La contraception a évolué depuis l'antiquité avec des méthodes pouvant paraître fantaisistes pour

offrir aujourd'hui aux couples qui le désirent des moyens dont la rigueur scientifique est clairement établie et ce, dans le but de leur permettre de contrôler leur descendance [13].

3.1.2 En Afrique

La régulation des naissances à travers un espacement long entre les naissances a toujours été pratiquée en Afrique. Elle visait surtout la sauvegarde de la santé de la famille, en particulier celle de la mère et de l'enfant. La continence et l'abstinence qui sont les plus vieilles méthodes que l'on rencontre dans tous les pays et les continents ont constitué de tout temps la meilleure façon d'espacer les naissances en Afrique. Depuis plus d'une trentaine d'années, les pays anglophones d'Afrique, à l'exemple du Ghana, du Kenya, du Botswana, etc., ont mis sur pied des programmes ambitieux de planification familiale. Dans certains pays, la mise en œuvre des programmes de PF a pour objectif la réduction du niveau de fécondité en fournissant à la population les méthodes contraceptives d'arrêt des naissances. C'est le cas de la Tunisie, du Maroc, du Rwanda, du Zimbabwe, etc. Mais dans d'autres pays d'Afrique francophone, c'est essentiellement la sauvegarde de la santé de la mère et de l'enfant à travers un espacement long entre les naissances [15]. C'est ainsi qu'à travers tout le continent seront organisées des rencontres ; une des plus importantes réunions au Mali (Bamako) avait regroupé presque tous les responsables de la santé du continent [16].

3.1.3 Au Mali

Comme tout pays soucieux de son développement, le Mali n'est pas resté en marge de la politique de la planification familiale. Les autorités ont encouragé très tôt l'initiative. Une délégation malienne avait pris part à un séminaire sur la planification familiale en 1971 au Canada (Montréal). Ainsi, le 7 juin 1971, fut créée l'Association malienne pour la protection et la promotion de la femme qui donna naissance à un centre pilote pour espacer les naissances. Au tout début, la pratique était conditionnée à une autorisation du mari pour les femmes mariées et des parents pour les célibataires. Trois ans plus tard, en 1974, le Mali a soumis un projet d'assistance en planification familiale pour 4 ans lors de la déclaration de Bucarest [17].

Après deux séminaires organisés au Mali sur l'éducation sexuelle et le planning familial puis en Roumanie sur le droit au planning familial, l'année 1978 voit le Mali prendre un envole prodigieux en souscrivant à la déclaration d'Alma Ata (URSS) [17]. Le 8 mars 1991, le gouvernement malien, conscient de l'impact des problèmes de population sur le développement socio-économique du pays, a adopté une politique nationale de population révisée en 2001. Du 14 au 18 mars 2005 le Mali a organisé sur toute l'étendue du territoire national, sa première

campagne de sensibilisation concernant les enjeux liés au planning familial avec comme thème l'espacement des naissances pour une meilleure qualité de vie. Au Mali, la santé de la reproduction englobe la santé de la mère y compris le planning familial et la santé de l'enfant y compris celle de la petite fille [17]. La prévalence de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes au Mali est passée de 10% en 2012-2013 à 16% en 2018. Le choix préféré en matière de contraceptifs est porté sur les implants avec 31% d'utilisatrices, suivie des injectables 14% de leur échantillon selon l'enquête démographique et de santé sixième édition 2018 [18].

3.2 Rappels sur la planification Familiale

3.2.1 Définition

- Contraception

La contraception se définit comme l'ensemble des méthodes visant à éviter, de façon réversible et temporaire, la fécondation d'un ovule par un spermatozoïde ou, s'il y a fécondation, la nidation de l'œuf [19].

- Planification familiale

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la planification familiale est l'ensemble des moyens et méthodes qui concourent au contrôle des naissances, afin de permettre aux couples de choisir le bon moment pour avoir un enfant, d'avoir le nombre juste d'enfants qu'ils désirent et dont ils peuvent prendre soin et d'espacer convenablement les naissances [20].

3.2.2 Avantages de la planification familiale

- **Pour la femme** : La planification familiale (PF) permet à la femme de se protéger contre les grossesses non désirées et trop rapprochées. La PF favorise ainsi le repos correct de l'organisme de la femme. Elle permet à la femme de limiter les abandons d'enfant ou des cas d'infanticides. Elle contribue à la disponibilité de la mère pour son enfant, son mari et pour toute la famille. Depuis les années 1960, les programmes de planning familial aident les femmes du monde entier à éviter 400 millions de grossesses à haut risque ou d'avortement pratiqués dans les mauvaises conditions [21].
- **Pour l'enfant** : La PF sauve les vies des enfants en aidant les femmes à espacer les naissances. Entre 13 et les 15 millions d'enfant âgés de moins de cinq ans meurent chaque année. On pourrait réduire ce nombre de 3 à 4 millions si tous les enfants naissent à deux

ans d'intervalle au moins [22]. La PF accorde plus de temps d'allaitement et d'affection maternelle à l'enfant. Ceci renforce les défenses immunitaires de l'enfant pour faire face aux infections respiratoires, diarrhée et autres maladies infectieuse et virales [22].

- **Pour l'homme** : La PF allège les charges et aide les hommes et les femmes à mieux prendre soin de leur famille [21].
- **Pour la famille et la nation** : La contraception offre un large éventail d'avantages dans la santé mais aussi dans d'autres domaines tels que l'éducation, l'autonomisation des femmes, la croissance durable de la population et le développement économique des pays [23].

Les composantes de la PF retenues au Mali sont :

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

3.3 Activités de la planification familiale

3.3.1 Evaluation

L'évaluation est l'un des outils primordiaux dont disposent les responsables. Le processus d'évaluation permet aux responsables de prendre des décisions capitales sur les façons d'améliorer la mise en œuvre des programmes et/ou la gestion des organisations.

Elle aide les responsables :

- A vérifier si les résultats escomptés sont en train d'être atteints et identifier les changements qui devraient être faits pour améliorer l'efficience et ou l'efficacité des activités du programme.
- Mesurer les progrès dans la réalisation des objectifs du programme et de l'impact du programme.

La planification familiale est l'un des quatre piliers de la maternité sans risque. L'accès à des services de grande qualité et d'un coût abordable est l'une des interventions les plus importantes

que l'on puisse tenter pour réduire la morbidité et la mortalité maternelle, lutter contre la pauvreté et promouvoir un développement durable.

3.3.2 Droits des clients

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

- Droit à l'information ;
- Droit à l'accès aux services de PF ;
- Droit au choix ;
- Droit à la sécurité ;
- Droit à préserver son intimité ;
- Droit à la confidentialité ;
- Droit à la dignité ;
- Droit au confort ;
- Droit à la continuité des soins ;
- Droit à exprimer son opinion.

Dans la majorité des formations sanitaires, les responsables ont mis en place des dispositifs pour que ces droits soient respectés. On note :

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

3.3.3 Besoins des prestataires

Pour fournir les services de qualité, doivent être mis à la disposition des prestataires :

- Formations portant sur les compétences, techniques et communication ;
- Informations sur les questions techniques avec mises à jour régulières ;
- Infrastructures, notamment des 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 autre niveau de soin ;
- Respect et reconnaissance des collègues, des responsables, des clients et de la communauté ;
- Motivation/encouragement pour fournir une bonne qualité des soins ;
- Feed-back des responsables, des superviseurs, d'autres prestataires de services et des clients ;
- Auto-expression pour que les responsables tiennent compte de leur avis et prennent des décisions.

3.4 Moyens de la planification familiale

La planification familiale fait intervenir :

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

Il convient toutefois de notifier que cette dernière n'est pas reconnue par la législation malienne comme étant un moyen légal de régulation des naissances [13].

3.5 Concept du Counseling [24]

3.5.1 Définition :

Le counseling est conseil, un « tête à tête » qui a lieu dans un endroit pouvant assurer la confidentialité, au cours duquel une personne aide une autre à trouver et choisir une solution à son problème. Le counseling a pour objectif d'établir puis de maintenir un dialogue basé sur la confiance.

3.5.2 Etapes du Counseling

Le counseling est une pratique incontournable dans l'offre des services de santé, surtout ceux relatifs à la prévention comme la planification familiale. Classiquement, pour mener le counseling il était admis de suivre le « BERCER » (Bienvenue, Ecoute, Renseignements, Choix, Explication et Rendez/Reference) mais depuis plus de deux ans un autre concept a été développé par des partenaires. Ce nouveau dispositif aide les prestataires à mieux cerner la situation de chaque client afin de lui offrir un counseling adapté ; C'est le REDI (Rapport, Exploration, Décision, Mise en œuvre).

3.5.3 Etapes du REDI

L'acronyme REDI renvoie à « Etablissement de rapport, exploration, prise de décision et mise en application de la décision » (en anglais : Rapport-building, Exploration, Decision-making, and Implementing the decision).

R (Report-building) = Etablissement de rapport

- Saluer poliment le client ;
- Se présenter (Déterminer la catégorie à laquelle appartient le client : nouveau client satisfait en visite de contrôle, client insatisfait en visite de contrôle) ;
- Garantir la confidentialité et l'intimité ;
- Expliquer la nécessité de discuter des problèmes sensibles et personnels.

E (Exploration)=Exploration

- Examiner en détail les raisons de la visite du client.
- Pour les nouveaux clients ;
- Explorer les intentions du client en matière de santé reproductrice, sa situation personnelle actuelle et ces expériences antérieures
- Focaliser la discussion sur la (les) méthode (s) pertinentes pour le client ;

- Contrôler l'absence de grossesse et explorer les facteurs relatifs aux saignements mensuels, à toute grossesse ou maladie récentes.
- Pour les clients en visite de contrôle :
- Evaluer le degré de satisfaction du client en ce qui concerne la méthode en cours d'utilisation ;
- Vérifier que la méthode est utilisée correctement ;
- Demande au client s'il y a des changements dans sa vie.

D (Decision-making) =Prise de décision

- Identifier les décisions que le client doit prendre ou confirmer ;
- Explorer les options pertinentes pour chaque décision ;
- Aider le client à évaluer les avantages, les inconvénients ainsi que les conséquences de chaque option ;
- Encourager le client à prendre lui-même sa décision.

I (Implementing the decision) =Mise en application de la décision

- Aider le client à élaborer un plan concret et précis pour mettre en application sa (ses) décision (s) ;
- Aider le client à acquérir les aptitudes nécessaires pour l'utilisation de la (des) méthode (s) choisie (s) et du préservatif ;
- Identifier les obstacles que le client pourrait rencontrer dans la mise application de sa décision ;
- Elaborer des stratégies pour surmonter ces obstacles ;
- Elaborer un plan de suivi et /ou référer en fonction de ses besoins.

3.6 Méthodes contraceptives

En général, les contraceptifs ont un mécanisme d'action à trois niveaux essentiellement :

- Une action centrale : au niveau de l'axe hypothalamo-hypophysaire qui a pour conséquence un blocage de l'ovulation ;
- Une action locale : au niveau de l'utérus qui empêche la nidation ;

- Une action barrière : qui consiste à détruire les spermatozoïdes ou à entraver leur progression

3.6.1 Méthodes contraceptives de courte durée d'action

3.6.1.1 Préservatifs masculin et féminin [25]

Très ancien, il existe de nos jours sous la forme de plastic (Latex) et constitue une barrière physique imperméable au sperme, aux sécrétions vaginales et au sang. L'utilisation du préservatif masculin nécessite des règles précises : le placer sur le pénis en érection et le dérouler, laisser un espace, entre le gland et le fond du préservatif afin de recueillir le sperme. Quant à l'utilisation du préservatif féminin, il suffit de plier l'anneau rigide en forme de 8 et le placer ainsi dans le vagin.

3.6.1.2 Diaphragme et cape cervicale [26]

Le diaphragme semblable à la cape cervicale est un morceau de caoutchouc ou de silicone introduit par voie vaginale afin de recouvrir l'entrée du col utérin. Pour une efficacité maximale, il est recommandé d'utiliser un agent spermicide à l'intérieur du diaphragme. Ils ne doivent être retirés que 8h après le rapport sexuel et ne doivent pas être utilisés en cas de collapsus.

3.6.1.3 Spermicides [27]

Ce sont des produits chimiques associant un agent tensio-actif à un agent bactéricide. Ils sont placés 10 minutes avant les rapports sexuels dans le vagin. Chaque nouvel acte nécessite l'utilisation d'un autre spermicide, la durée de leur action est de 3 heures. Il est inadéquat de faire une toilette vaginale à l'eau savonneuse surtout dans les 3 heures qui suivent l'acte sexuel. Pendant l'utilisation d'un spermicide, éviter l'utilisation concomitante d'autres ovules. Les spermicides contribuent à la protection contre les IST/SIDA et le cancer du col de l'utérus.

3.6.1.4 Patch contraceptif [26]

C'est un timbre qui se colle sur la peau et qui contient un œstrogène et un progestatif qui traversent la peau et passe progressivement dans la circulation sanguine. Le patch protège pendant 4 semaines. Chaque semaine pendant trois semaines, il faut coller un patch. La quatrième semaine, il ne faut pas mettre de patch : des saignements vont alors apparaitre

3.6.1.5 Anneau contraceptif [28]

Il est transparent et souple, mesurant environ 54 mm. On l'insère au fond du vagin pour une période de trois semaines, les hormones qu'il contient sont absorbées grâce à la chaleur du

vagin. Ensuite, l'anneau est retiré pour une période 7 jours pendant laquelle la femme a ses menstruations.

3.6.1.6 Eponge contraceptive [13]

Imprégnée de spermicide, l'éponge contraceptive consiste en de petits dispositifs jetables, ou en mousse de polyuréthane conçus pour recouvrir le col de l'utérus. Elle peut répondre tout particulièrement aux besoins des femmes qui souhaitent ou doivent éviter le recours à la contraception hormonale.

3.6.1.7 Contraceptifs oraux [29]

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

- La pilule œstroprogestative agit principalement en bloquant l'ovulation. Elle modifie l'endomètre de façon qu'il ne puisse accueillir un éventuel œuf et modifie la glaire pour empêcher les spermatozoïdes de franchir le col.
- La micropilule (micro-dose de progestatif) agit uniquement en modifiant la glaire pour empêcher les spermatozoïdes de franchir le col.

3.6.1.8 Contraceptifs injectables [29]

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

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

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

3.6.2 Méthodes contraceptives réversibles de longue durée d'action

3.6.2.1 Implants progestatifs [30]

Sont des contraceptifs contenant un progestatif retard diffusé à travers les capsules. Insérés en sous-cutanée, sous la face interne de l'avant-bras, les implants constituent une méthode contraceptive réversible de longue durée restant pendant cinq ans en moyenne. Ils peuvent être composés d'un, de deux ou six bâtonnets.

Figure 1: Jadelle® [31]

Figure 2: Implanon® [32]

3.6.2.1.1 Mécanisme d'action

Le lévonorgestrel libéré par les bâtonnets supprime l'ovulation, provoque une atrophie endométriale et rend la glaire cervicale imperméable aux spermatozoïdes. Ces systèmes d'implants fondés sur un nombre réduit de bâtonnets disposent de l'avantage d'une facilité accrue en ce qui a trait à l'insertion et au retrait des bâtonnets en question.

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

3.6.2.1.2 Avantages

- Aussi efficace que la ligature des trompes (99,0 à 99, 8%) ;
- Son action est immédiate ;

- N'interfère pas avec les rapports sexuels ;
- N'affecte pas l'allaitement.

3.6.2.1.3 Effets indésirables

La survenue de saignements vaginaux prolongés ou irréguliers constitue le principal effet secondaire. Autres effets indésirables peu courants : céphalées ; vertiges ; nausée ; prise de poids ; acné.

3.6.2.1.4 Indications

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

3.6.2.1.5 Contre-indications

- Femme enceinte ;
- Femme présentant les problèmes suivants : Thrombophlébite aigue ou troubles thromboemboliques ; Saignement génital inexpliqué ; Maladie du foie et tumeurs du foie ; Antécédents d'hypertension intra crânienne.

3.6.2.2 Dispositifs Intra-Utérins [33]

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

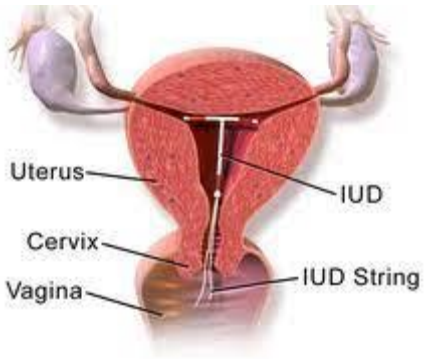


Figure 3: Implantation du DIU dans l'utérus [34]

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

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

Figure 4: Dispositif intra utérin en cuivre [35]

- Le DIU médicamenté qui libère un progestatif (progestérone ou lévonorgestrel) Progestasert [31]

Figure 5: Dispositif intra utérin progestatif [36]

3.6.2.2.1 Efficacité

Le taux d'échec du DIU de cuivre est estimé à 1,26 par 100 femmes années, celui du DIU à libération de Lévonorgestrel est estimé à 0,09 par 100 femmes années [37].

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

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

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

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

L'ovulation peut même s'en trouver inhibée.

Les DIU restent actifs 10 ans en moyenne. [30]

3.6.2.2.3 Indications

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

Les femmes qui présentent des contre-indications ou une sensibilité aux œstrogènes, celles qui allaitent, peuvent s'avérer de bonnes candidates l'utilisation d'un DIU qui peut aussi être utilisé aux fins d'une contraception post-coïtale [30].

3.6.2.2.4 Contre-indications

- ✓ Contre-indications absolues :

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

- ✓ 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 {quatre semaines la suite d'un accouchement ;
- Cancer de l'ovaire ;
- Maladie trophoblastique gestationnelle bénigne. [30]

3.6.2.2.5 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 DIU progestatif ;

• La dysménorrhée avec le DIU de cuivre mais le DIU progestatif est plutôt associé à une diminution des douleurs menstruelles ;

• La dépression, l'acné, les céphalées et la sensibilité des seins ;

• Kystes ovariens fonctionnels chez certaines utilisatrices de DIU progestatif.[30]

3.6.2.2.6 Moment approprié pour l'insertion

Le DIU peut être inséré à n'importe quel moment du cycle (pas seulement pendant la menstruation).

• Si on est raisonnablement sûr que la femme n'est pas enceinte ;

• Dans les 10 mn après la délivrance, 48H après accouchement ou après 4 semaines. [30]

3.6.2.3 Nouvelle méthode contraceptive du DIU : le DIU du postpartum ou DIUPP

Il est inséré immédiatement après la délivrance ou jusqu'à 48 heures après l'accouchement.

Le DIUPP est défini et couramment utilisé sous différents types d'insertion tels que :

- Insertion post placentaire : c'est l'insertion dans les 10 minutes qui suivent la délivrance après un accouchement par voie basse.
- Insertion per césarienne : c'est l'insertion réalisée au cours d'un accouchement par césarienne juste après la délivrance avant l'hystérorraphie.
- Insertion postpartum immédiat : l'insertion réalisée après la période post placentaire mais dans les 48 heures après l'accouchement.
- Insertion postabortum : l'insertion effectuée après un avortement
- Insertion d'intervalle : c'est l'insertion effectuée à n'importe quel moment après 4 semaines postpartum pendant l'intervalle entre les grossesses.

Avantages :

- L'insertion du postpartum semble avoir un taux plus faible de perforation utérine compte tenu de la technique d'insertion qui utilise des instruments moins pointus et de la paroi épaisse de l'utérus.
- Faible risque d'infection
- Insertion immédiate après l'accouchement
- N'affecte pas l'allaitement
- Dure longtemps et réversible

Limites :

Les limitations du DIUPP sont minimes et sont les mêmes que celles du DIU d'intervalle. Risque d'expulsion

Effets secondaires :

- Perforation utérine bien que rare
- Risque d'infection
- Crampes et douleur pelvienne [38].

3.6.3 Méthodes contraceptives définitives : stérilisation a visée contraceptive

3.6.3.1 Stérilisation féminine : ligature ou obturation des trompes [39]

- **Méthode par cœlioscopie et laparotomie**

Elle se pratique sous anesthésie générale (avec hospitalisation), elle consiste soit à sectionner et électrocoaguler les trompes ; poser des anneaux de Yoon (clips) sur les trompes.
Cette méthode est en principe irréversible.

- **Méthode par les voies naturelles**

C'est une nouvelle méthode : le dispositif Essure se pratique par hystéroscopie sans anesthésie générale et sans hospitalisation. On accède aux trompes pour y placer un micro-implant souple dans chacune des trompes pour les obstruer.
C'est une méthode simple et rapide (environ 30 minutes) ne laissant pas de cicatrice. Il faut attendre 3 mois (et continuer sa méthode de contraception habituelle) avant que la méthode soit efficace. Elle est irréversible.

3.6.3.2 Stérilisation masculine : la vasectomie [39]

C'est la section des canaux déférents (canaux transportant les spermatozoïdes). C'est une intervention chirurgicale simple, sous anesthésie locale, sans grands risques opératoires, en

principe irréversible ; il existe la possibilité d'autoconservation du sperme au préalable dans des banques de sperme.

Au Mali, les services de prestation de PF mettent la plus-part de ces méthodes à la disposition de la population.

3.6.4 Efficacité des différentes méthodes contraceptives selon l'indice de Pearl [40]

L'efficacité théorique d'une méthode contraceptive se mesure par l'indice de Pearl qui correspond au pourcentage de grossesses « accidentelles » sur un an d'utilisation optimale de la méthode contraceptive concernée. Un indice de Pearl de 2 signifie que 2 femmes sur 100 utilisant la méthode contraceptive analysée pendant un an ont été enceintes dans l'année. L'efficacité pratique est quant à elle calculée sur l'ensemble de l'échantillon, y compris les couples n'ayant pas respecté la méthode concernée, c'est-à-dire oubli de la pilule, usage incorrect du préservatif, etc. L'écart entre l'efficacité théorique et pratique traduit en général une utilisation complexe ou contraignante du moyen contraceptif. Ainsi, l'écart entre l'efficacité théorique et pratique est grand pour la pilule (oublis fréquents), le préservatif (ruptures ou mises en place incorrectes) et les méthodes naturelles (difficultés liées aux contraintes d'auto-observation). Seuls les préservatifs masculins et féminins protègent des infections sexuellement transmissibles (IST).

Le tableau ci-dessous nous montre l'efficacité pratique des méthodes contraceptives selon l'OMS en 2011.

Tableau I : Efficacité des méthodes contraceptives

Méthodes contraceptives	Indice de Pearl	Efficacité pratique
Pilules oestroprogestatives	0,3	8
Pilules progestatives	0,3	8
DIU au lévonorgestrel	0,2	0,2
DIU au cuivre	0,6	0,8
Préservatifs masculins	2	15
Préservatifs féminins	5	21
Spermicides	18	29
Diagramme avec spermicides	6	16
Cape cervicale	9-26	16-32
Méthodes naturelles	1-9	20
Implants	0,05	0,05
Injectable progestatif	0,3	3
Patch oestroprogestatif	0,3	8
Anneau vaginal	0,3	8
Vasectomie	0,1	0,15
Stérilisation féminine	0,5	0,5
Pas de méthode	85	85

3.6.5 Critères et choix d'une bonne méthode contraceptive

3.6.5.1 Critères d'une bonne méthode contraceptive [41]

Une bonne méthode contraceptive doit répondre aux quatre critères ci-après :

- Efficacité : elle se traduit par le taux d'échec très faible. Les grossesses accidentelles pendant l'application de la méthode contraceptive doivent être négligeables (< 0,5 % d'échec).
- Acceptabilité : c'est la possibilité d'une méthode à être utilisée facilement par un couple par un contexte donné.
- Réversibilité : c'est la possibilité à recouvrer la fécondité par un couple après arrêt de l'utilisation ou de la pratique contraceptive.

- Innocuité : la méthode contraceptive ne doit pas altérer la santé du couple, ici la santé est comprise au sens large.

3.6.5.2 Choix d'une bonne méthode contraceptive

Il n'y a pas de contraception idéale, à chaque femme, à chaque couple sa contraception. Le personnel médical devra aider les candidats à faire un bon choix quant aux méthodes contraceptives. Les quatre critères d'une bonne méthode contraceptive doivent absolument être considérés. Un bon choix dépend de nombreux facteurs : le mobile (désire du couple), les convictions religieuses, les conditions cliniques du patient, les possibilités offertes par le pays, le rapport entre les conjoints, l'harmonie physique et psychologique, la pudeur, les indications et contre-indications des méthodes utilisées [42].

3.6.5.3 Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives de l'OMS [43]

C'est un document qui fournit des recommandations fondées sur des preuves scientifiques pour guider les professionnels de la santé dans la prestation de services contraceptifs sûrs et efficaces.

Il y est question d'évaluer la sécurité de chaque méthode contraceptive ; définie en fonction d'un certain nombre de facteurs au regard de pathologies ou de caractéristiques présentant un intérêt sur le plan médical. C'est-à-dire, savoir avant tout si la méthode contraceptive aggrave la pathologie ou engendre des risques supplémentaires pour la santé, et ensuite si la situation médicale nuit à l'efficacité de la méthode contraceptive. La sécurité de la méthode doit être appréciée en tenant compte des avantages apportés par la prévention d'une grossesse non intentionnelle.

3.6.5.4 Disque de l'OMS pour le choix des méthodes contraceptives selon les critères de recevabilité médicale, 2015 [44]

Ce disque présente les critères médicaux de recevabilité pour l'utilisation des méthodes contraceptives, basés sur les recommandations factuelles des lignes directrices de l'OMS intitulées : « *Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives, Cinquième édition (2015)* ».

Il constitue un outil précieux pour les prestataires de services de planification familiale, leur permettant de conseiller les femmes sur des méthodes de contraception sûres et adaptées à leur état de santé ou à leurs caractéristiques médicales spécifiques.

Le disque fournit des recommandations claires concernant l'utilisation des neuf méthodes contraceptives les plus courantes :

1. les contraceptifs oraux combinés, COC (pilule combinée minidosée, à ≤ 35 µg d'éthynylestradiol) ;

2. le patch contraceptif combiné, Patch ;

3. l'anneau contraceptif combiné intravaginal, AIV ;

4. les contraceptifs injectables combinés, CIC ;

5. les pilules de progestatif seul, PPS ;

6. les progestatifs seuls injectables, AMPR (IM, SC)/NET-EN (acétate de médroxyprogestérone retard – voie intramusculaire ou sous-cutanée, ou énanthate de noréthistérone par voie intramusculaire) ;

7. les implants de progestatif seul, LNG/ETG (lévonorgestrel ou étonogestrel) ;

8. les dispositifs intra-utérins à diffusion de lévonorgestrel, DIU-LNG ;

9. les dispositifs intra-utérins au cuivre, DIU-Cu.

Figure 6 : Disque de l'OMS pour le choix des méthodes contraceptives selon les critères de recevabilité médicale, 2015 (a)

Figure 7 : Disque de l'OMS pour le choix des méthodes contraceptives selon les critères de recevabilité médicale, 2015 (b)

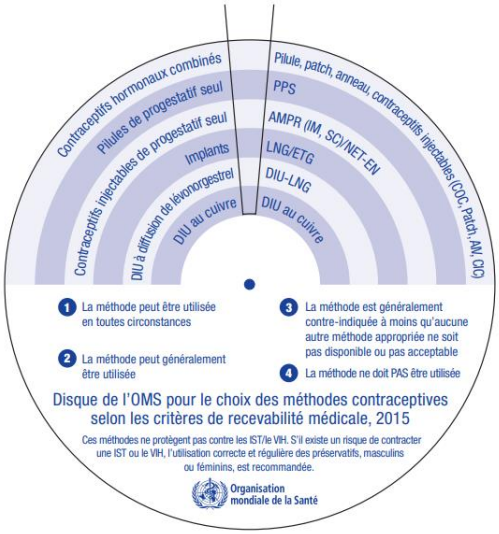


Figure 8 : Disque de l'OMS pour le choix des méthodes contraceptives selon les critères de recevabilité médicale, 2015 (c)

METHODOLOGIE

4 METHODOLOGIE

4.1 Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée dans la ville de Bamako, capitale économique et politique du Mali, un pays d'Afrique de l'Ouest. Avec une superficie de 267 km², Bamako compte 2 529 300 habitants (2020) et est la ville africaine avec le rythme de croissance le plus élevé [45].
La ville de Bamako est divisée en six communes chacune dirigée par un maire.
La politique de santé à Bamako est bâtie sur une structure pyramidale à plusieurs niveaux. Tout en bas de l'échelle, nous avons les Centres de Santé Communautaires (CS-Com), représentant le premier lieu de contact sanitaire. Au deuxième niveau, les Centres de Santé de Référence (CSRef) ; il y en a un dans chaque commune de Bamako donc un total de six CSRef. Au sommet de la pyramide, nous retrouvons les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU).
Le secteur de santé privé joue un rôle prépondérant dans l'accès aux soins de santé et travaille permanemment en étroite collaboration avec le secteur public par le biais des différents ordres professionnels de la santé. La ville de Bamako dispose de nombreux cabinets privés de consultation et de soins et de cliniques privées.

4.2 Lieu d'étude

Notre étude a été menée dans les six Centre de Santé de Références (CSRef) des Communes I, II, III, IV, V et VI du District de Bamako et les cliniques privées KABALA et MOHAMMED V de la ville de Bamako.

4.3 Type d'étude

L'étude était de type transversal.

4.4 Période de l'étude

Notre étude s'est déroulée sur une période de 4 mois allant du 8 janvier 2024 au 9 mai 2024.

4.5 Population d'étude

Notre étude a porté sur les médecins, sage-femmes, infirmières obstétriciennes et internes du secteur gynécologie-obstétrique des huit structures de santé ou l'étude a été réalisée.

4.6 Echantillonnage

4.6.1 Techniques d'échantillonnage

Nous avons opté pour un échantillonnage non probabiliste de type raisonné.

Le choix des établissements de santé a été fait de façon raisonnée afin de bien représenter les secteurs publics et privés.

Nous avons intégré dans notre étude, le personnel impliqué dans la planification familiale et travaillant dans les structures qui ont fait l'objet de l'étude.

4.6.2 Critères d'inclusion

Ont été incluses dans notre étude les structures de santé ayant accepté notre demande d'autorisation de réalisation d'enquête ainsi que les agents de santé offrant des prestations de planification familiale et ayant accepté de participer à l'étude.

4.6.3 Critères de non-inclusion

N'ont pas été inclus dans notre étude, les structures n'ayant pas répondu à notre demande d'autorisation de réalisation d'enquête, les acteurs de santé n'offrant pas des prestations de planification familiale, les acteurs de santé non consentants ainsi que les fiches mal renseignées.

4.7 Déroulement de l'étude

Nous avons rédigé des lettres de demande d'autorisation de réalisation d'enquête signées par notre directeur de thèse à l'intention des directeurs des différentes structures de santé. Ces lettres ont été remises en mains propres et après accord favorable, il a été convenu d'une date pour le début de l'enquête.

Avant le début des activités, nous nous sommes présentés à l'ensemble de l'équipe et nous avons expliqué la raison de notre présence ainsi que la pertinence de notre travail. Nous avons passé quelques temps dans chaque structure. Nous nous sommes rendus chaque jour dans les structures pour interroger les prestataires et recueillir un maximum de fiches d'enquêtes remplies.

4.8 Technique de collecte des données

Les données ont été collectées à l'aide d'une fiche d'enquête individuelle qui a été distribuée à chaque prestataire inclus dans l'étude.

4.8.1 Variables étudiées

Tableau II: Variables étudiées

Variables qualitatives	-Sexe -Type de structure -Catégorie professionnelle -But de la contraception -Formations ultérieures sur les méthodes contraceptives de longue durée d'action -Connaissances sur les méthodes contraceptives de longue durée d'action -Réalisation de counselings -Avis des prestataires sur les méthodes contraceptives de longue durée d'action -Avis des patientes sur les méthodes contraceptives de longue durée d'action -Savoir-faire des prestataires -Impact de l'offre des méthodes contraceptives de longue durée d'action sur l'organisation du service -Moyens d'approvisionnement en méthodes contraceptives de longue durée d'action -Modalités de prescription
Variables quantitatives	-Age -Nombre d'années de service dans la structure -Durée d'un counseling sur les méthodes contraceptives de longue durée d'action -Durée d'insertion d'un contraceptif de longue durée d'action -Nombre de patientes ayant reçu un contraceptif de longue durée d'action sans counseling -Nombre d'insertion de contraceptifs de longue durée d'action par mois

	-Nombre de salles adéquates pour l'insertion de contraceptifs de longue durée d'action

4.8.2 Traitement et analyse des données

L'analyse a été effectuée à l'aide de SPSS 22.0. Les tableaux ont été réalisés sur les logiciels Microsoft Office Excel 2016 et SPSS 22.0. Nous avons utilisé le test de Khi-carré (χ^2) ou au besoin le test exact de Fisher pour comparer les variables catégorielles. Les valeurs de probabilité (p) inférieures à 0,05 ont été considérées comme statistiquement significatives.

4.9 Considérations éthiques

Le consentement verbal des acteurs de santé a été obtenu. La participation à l'étude était volontaire. Les fiches d'enquête ont été remplies de façon anonyme et les informations n'ont été utilisées qu'à des fins scientifiques.

4.10 Définitions opérationnelles

Exécution parfaite de la technique d'insertion des MLDA : Une technique d'insertion des MLDA qui respecte parfaitement toutes les étapes indiquées dans les Politiques et Normes et Procédures (PNP) relatives à la PF en République du Mali (confère Annexes). Les compétences des prestataires ont été vérifiées au moyen d'observations.

Exécution moyenne de la technique d'insertion des MLDA : Une technique d'insertion des MLDA qui applique correctement au moins la moitié ou un peu plus de la moitié des étapes indiquées dans les PNP relatives à la PF.

Mauvaise exécution de la technique d'insertion des MLDA : Une technique d'insertion des MLDA qui n'applique pas correctement au moins la moitié des étapes indiquées dans les PNP relatives à la PF.

Gestité : La gestité comprend toutes les grossesses, qu'elles aient été menées à terme ou non et la grossesse en cours.

Parité : La parité d'une femme est le nombre de grossesses ayant atteint l'âge de viabilité (24 semaines).

Exécution parfaite du counseling : Counseling respectant toutes des étapes du REDI.

Exécution moyenne du counseling : Counseling appliquant correctement au moins la moitié ou un peu plus de la moitié des étapes du REDI.

Mauvaise exécution du counseling : Counseling n'appliquant pas correctement au moins la moitié des étapes du REDI.

RESULTATS

5 RESULTATS

5.1 Caractéristiques sociodémographiques des prestataires de planification familiale

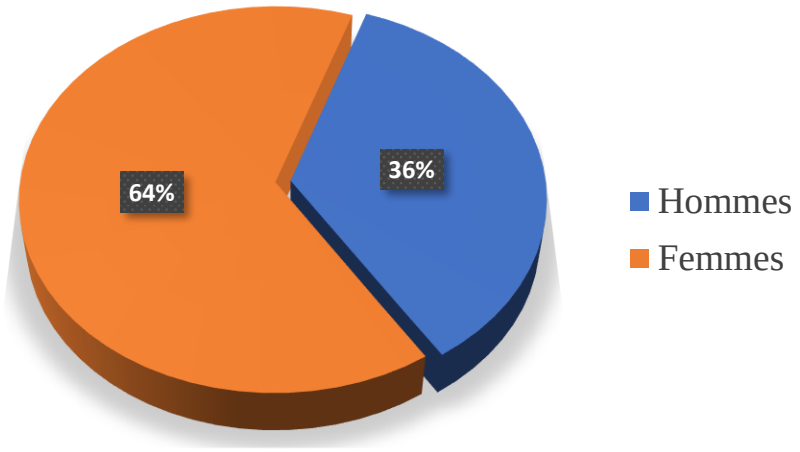


Figure 9: Répartition des prestataires interrogés en fonction du sexe

Dans notre étude, le personnel de santé de sexe féminin était le plus représenté avec un taux de 64,4%.

Tableau III: Répartition des prestataires interrogés en fonction des tranches d'âge dans les structures de santé en 2024

Age	Effectifs	Pourcentages (%)
[20-30 ans]	**80**	**44,4**
]30-40 ans]	46	25,6
]40-50 ans]	36	20
[Plus de 50 ans [	18	10
Total	**180**	**100**

Dans notre étude l'âge moyen était de 32,6 ± 3,2 ans avec des extrêmes de 23 et 61 ans.

Tableau IV: Répartition des prestataires enquêtés selon les structures de santé d'exercice en 2024

Structures de santé	**Effectifs**	**Pourcentages (%)**
Structures de santé publiques (CSRef CI, CSRef CII, CSRef CIII, CSRef CIV, CSRef CV, CSRef CVI)	**172**	**95,5**
Structures de santé publiques (Clinique Kabala et Clinique Mohammed V)	8	4,5
Total	**180**	**100**

C : Commune

Dans notre étude, 172 agents de santé, soit 95,5% des prestataires interrogés venaient des structures publiques.

Tableau V: Répartition des prestataires interrogés selon leurs qualifications dans les structures de santé en 2024

Qualifications	**Effectifs**	**Pourcentages (%)**
Sage-femme	**77**	**42,8**
Etudiants en thèse	31	17,2
Médecins Généralistes	28	15,6
Gynécologues	22	12,2
Infirmières obstétriciennes	22	12,2
Total	**180**	**100**

Dans l'ensemble, nous avions plus de sage-femmes représentées dans notre échantillon, soit 42,8%.

Tableau VI: Répartition des prestataires interrogés dans les structures de santé selon le nombre d'années d'exercice en 2024

Nombre d'années	Effectifs	Pourcentages (%)
>10	**51**	**28,3**
[5-10[	28	15,6
[2-5[	32	17,8
[1-2[	41	22,8
Total	**180**	**100**

Les prestataires avec plus de 10 ans d'exercice étaient les plus représentés à 28,3%.

5.2 Connaissances

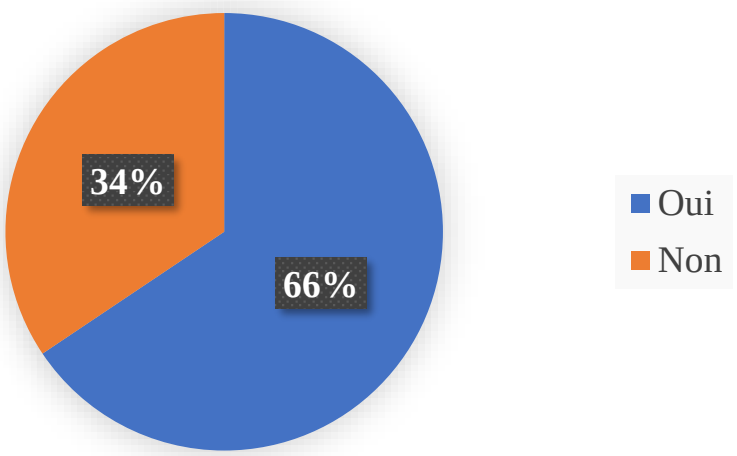


Figure 10 **: Connaissance de la définition de la contraception par les prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024**

La majorité des prestataires soit 65,6% connaissaient la définition de la contraception.

Tableau VII: Répartition des prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 selon le délai entre la dernière formation reçue et le moment de l'enquête

Date de dernière formation	Effectifs	Pourcentages (%)
[1-3[	**34**	**18,9**
<1	3	1,6
[3-5[	17	9,4
[5-10[	16	8,9
>10	28	15,6
Pas de formation	82	45,6
Total	**180**	**100**

Parmi les prestataires ayant reçu une formation, la majorité avaient reçu une formation datant de 1 à 3 ans, soit 18,3%.

Tableau VIII: Corrélation entre les prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 ayant reçu une formation et leurs qualifications

	Formation sur les MLDA		
Qualifications	Oui	Non	Total
Sage-femme	**61**	**16**	**77**
Gynécologue	19	3	22
Médecin généraliste	5	23	28
Infirmière obstétricienne	6	16	22
Etudiants en thèse	7	24	31
Total	**98**	**82**	**180**

Khi carré de Pearson =62,44 P Value =0,001 ddl = 4

Nous avons observé une relation statistiquement significative entre la formation reçue sur les MLDA et les qualifications des prestataires de planification familiale.

Tableau IX: Relation entre le délai de la dernière formation reçue sur les MLDA et le nombre d'années d'exercice des prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024

	Délai de la dernière formation sur les MLDA en années				
Nombre d'années d'exercice	]1-3]	]3-5]	]5-10]	>10	Total
<1	4	2	0	1	7
]1-2]	11	1	0	0	12
]2-5]	9	5	0	0	14
]5-10]	4	7	3	5	19
>10	6	2	13	22	43
Total	34	17	16	28	95

Test exact de Fisher *: p*=7.86×10^-10 alors *p*<0.001 (statistiquement significatif)

Nous avons observé une relation statistiquement significative entre le nombre d'années d'exercice et le délai de la dernière formation reçue sur les MLDA.

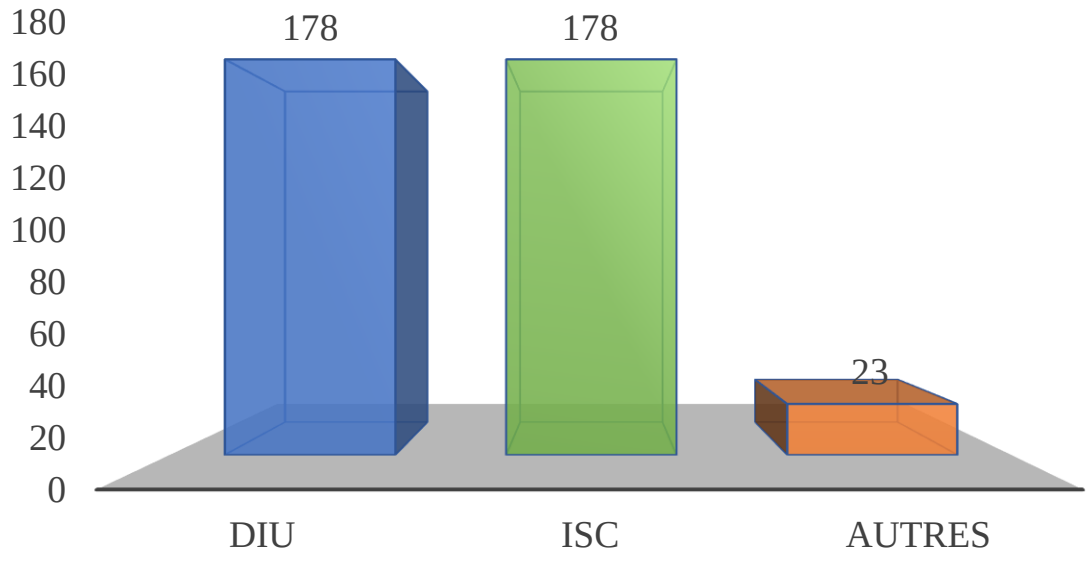


Figure 11: Types de MLDA évoquées par les prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024

Dans notre étude, 178 prestataires, soit 98,8% avaient des connaissances sur les dispositifs intra utérins et les implants sous cutanés.

Mais 23 d'entre eux, soit 12,8% avaient estimés connaitre d'autres méthodes : la vasectomie, les contraceptifs injectables, l'anneau contraceptif, la méthode MAMA, la ligature des trompes.

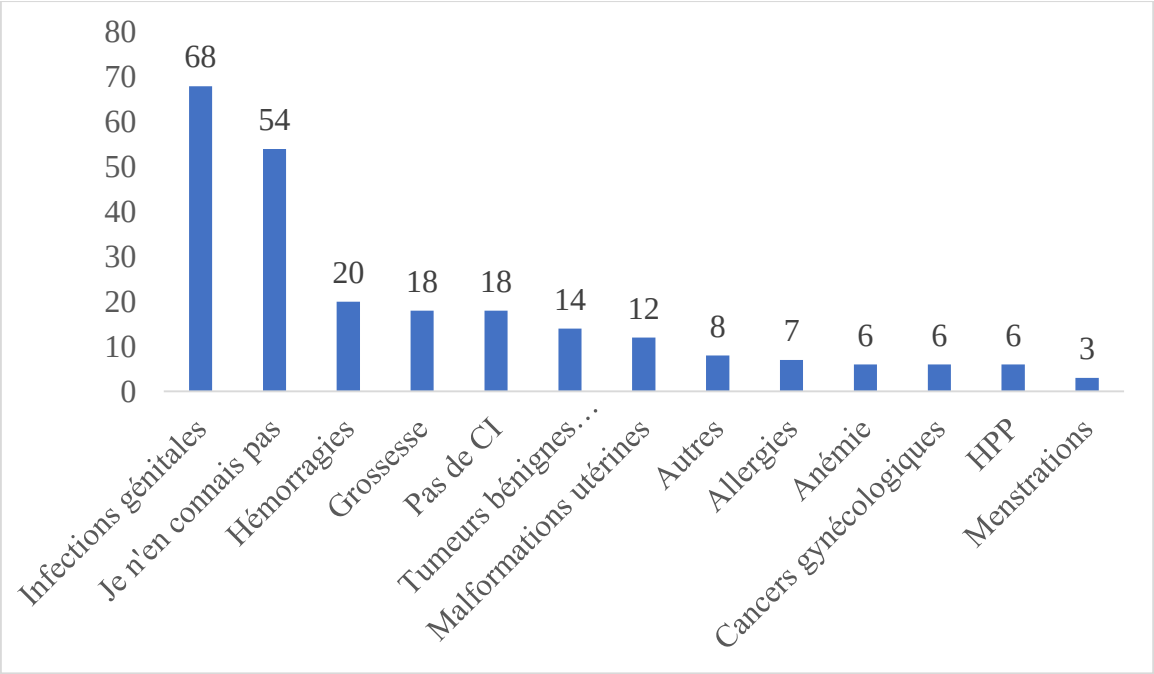


Figure 12: Contre-indications rapportées par les prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 sur les dispositifs intra utérins

Au cours de notre enquête, sur les 180 prestataires de santé interrogés, seulement 68 prestataires, soit 37,8% avaient cité les infections génitales. Aussi, 54 d'entre eux soit 30% ont affirmé qu'ils n'avaient aucune connaissance sur les contre-indications des DIU.

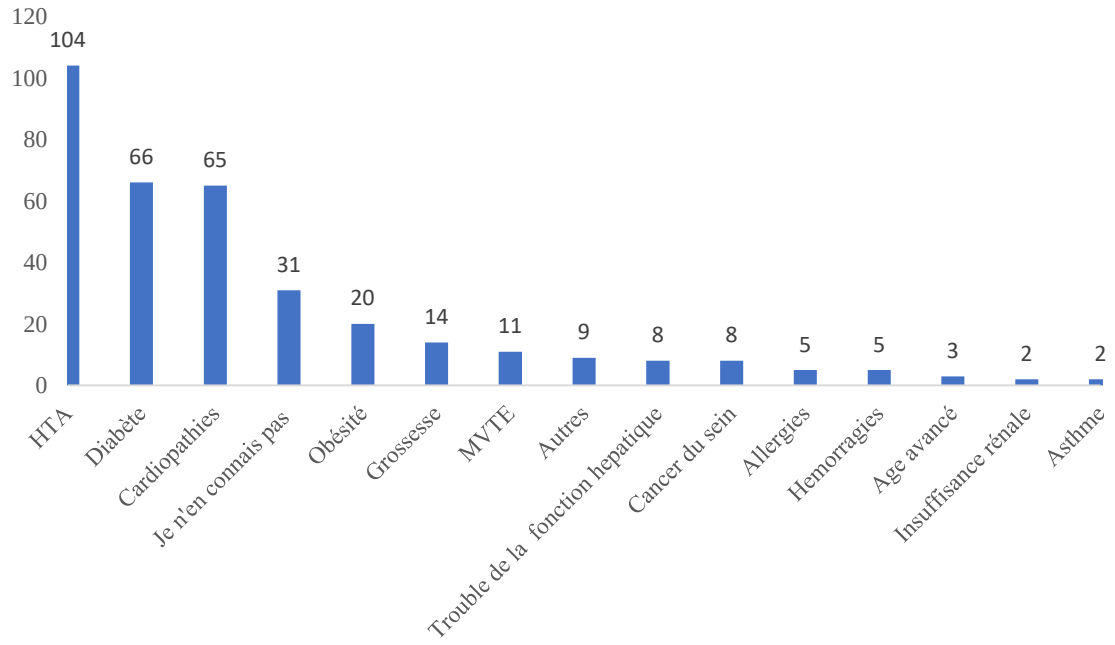


Figure 13: Contre-indications rapportées par les prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 sur les implants sous cutanés

Au cours de notre enquête, sur les 180 interrogés, 104 prestataires, soit 57,8% avaient cité l'hypertension artérielle comme contre-indication des implants sous-cutanés.

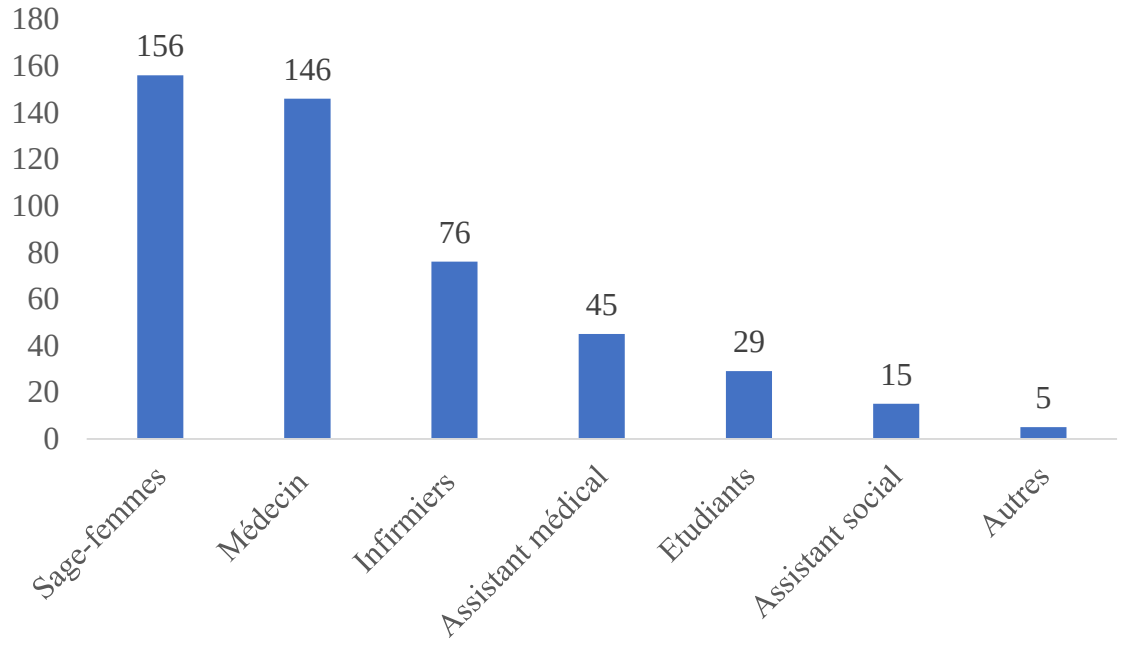


Figure 14: Connaissances des prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 sur les personnes habilitées à prescrire les MLDA

NB : Autres = Matrones formées et toutes autres personnes formées

Au cours de notre enquête, les prestataires avaient identifié les sage-femmes et les médecins comme personnes habilités à prescrire les MLDA avec 156 réponses, soit 86,7% et 146 réponses favorables soit 81,1% respectivement.

5.3 Attitude

Tableau X: Répartition des prestataires interrogés ayant reçu une formation en fonction de leur opinion sur la pertinence des MLDA dans les structures de santé en 2024

Pertinence des MLDA	Formation sur les MLDA		Total
	Oui	Non	
Oui	**57**	**52**	**109**
Non	41	30	71
Total	**98**	**82**	**180**

Khi carré de Pearson =0,51 P Value =0,47 ddl = 1

Nous n'avons pas observé une relation statistiquement significative entre la formation reçue sur les MLDA des prestataires et leur opinion sur la pertinence des MLDA.

Tableau XI: Répartition des prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 selon leur opinion sur la fiabilité des MLDA par rapport aux autres méthodes

Fiabilité	**Effectifs**	**Pourcentages (%)**
Fiables	**144**	**80,0**
Non fiables	36	20,0
Total	**180**	**100**

Dans notre étude, 80% des prestataires interrogés pensaient que les MLDA sont les méthodes contraceptives les plus fiables.

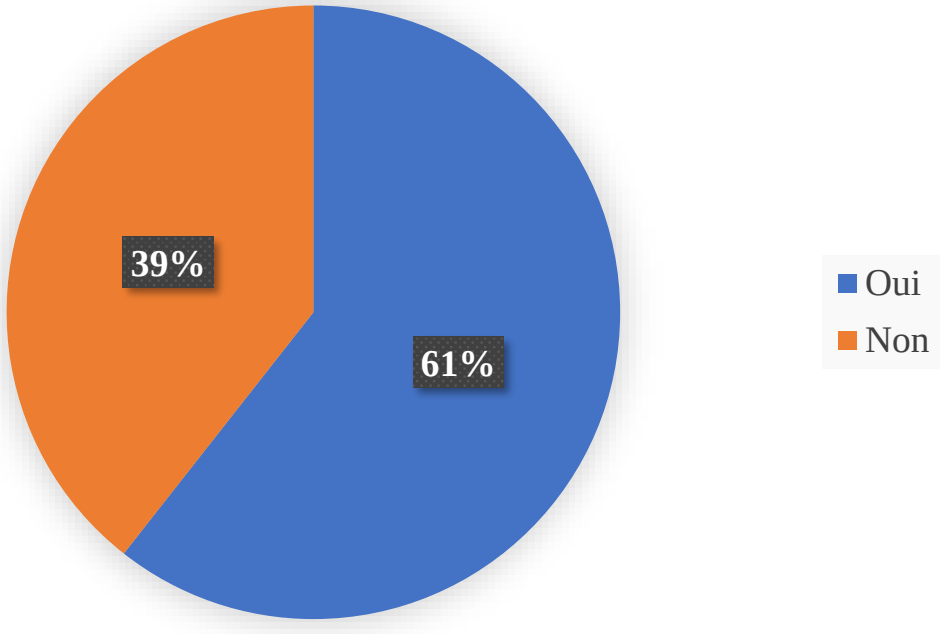


Figure 15 **: Répartition des prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 selon leur opinion sur la pertinence des MLDA**

Dans notre étude, 60,6% des prestataires pensaient que l'utilisation des MLDA n'était pas indispensables.

Tableau XV : Perception des prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 sur l'acceptation des MLDA par les clientes

Acceptation des MLDA par les clientes	**Effectifs**	**Pourcentages (%)**
Acceptées	**156**	**86,7**
Non acceptées	24	13,3
Total	**180**	**100**

Dans notre étude, 86,7% des clientes reçues par les prestataires étaient réceptives aux MLDA.

Tableau XII: Perception des prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 sur la durée moyenne d'un counseling sur les MLDA

Durée counseling	**Effectifs**	**Pourcentage (%)**
<30min	**114**	**63,3**
30-1h	62	34,4
>1h	4	2,2
Total	**180**	**100**

Dans notre étude, la majorité des prestataires, soit 63,3% réalisaient un counseling en moins de 30 minutes.

Tableau XIII: Perception des prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 sur la durée moyenne de mise en place des MLDA

Durée de mise en place des MLDA	**Effectifs**	**Pourcentages (%)**
<30min	**158**	**87,8**
30min-1h	20	11,1
>1h	2	1,1
Total	**180**	**100**

Dans notre étude, 87,8% des prestataires mettaient en place les MLDA en moins de 30 minutes.

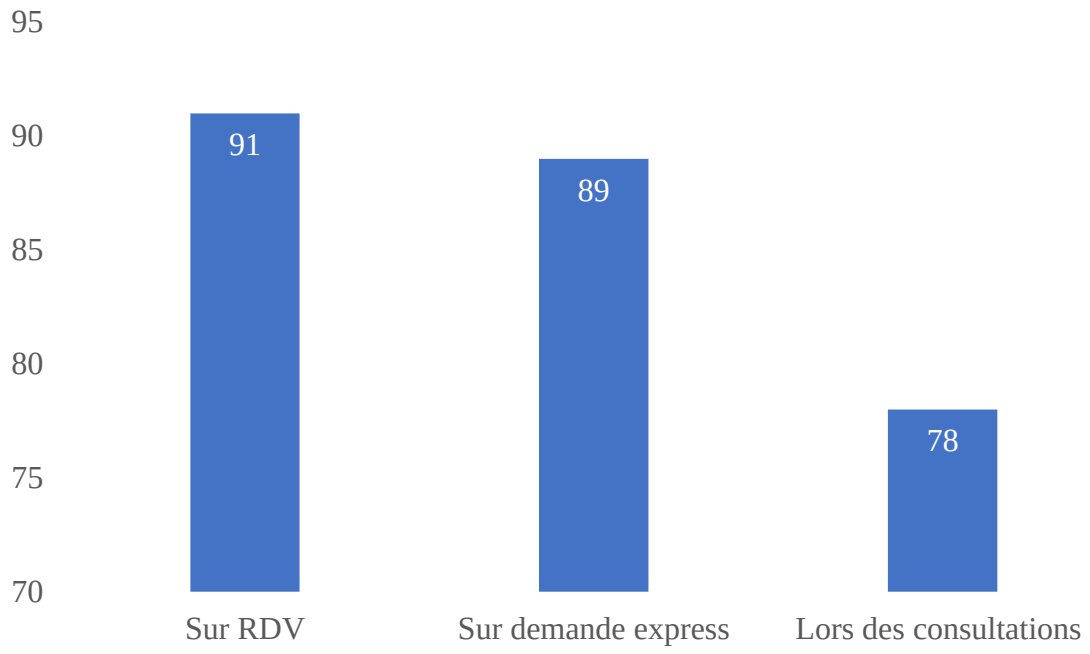


Figure 16: Perception des prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 sur le moment d'insertion des MLDA

Au cours de notre enquête, les prestataires avaient affirmé qu'ils mettaient en place les MLDA principalement sur rendez-vous et sur demande express avec 91 réponses, soit 50,5% et 89 réponses favorables soit 49,4% respectivement.

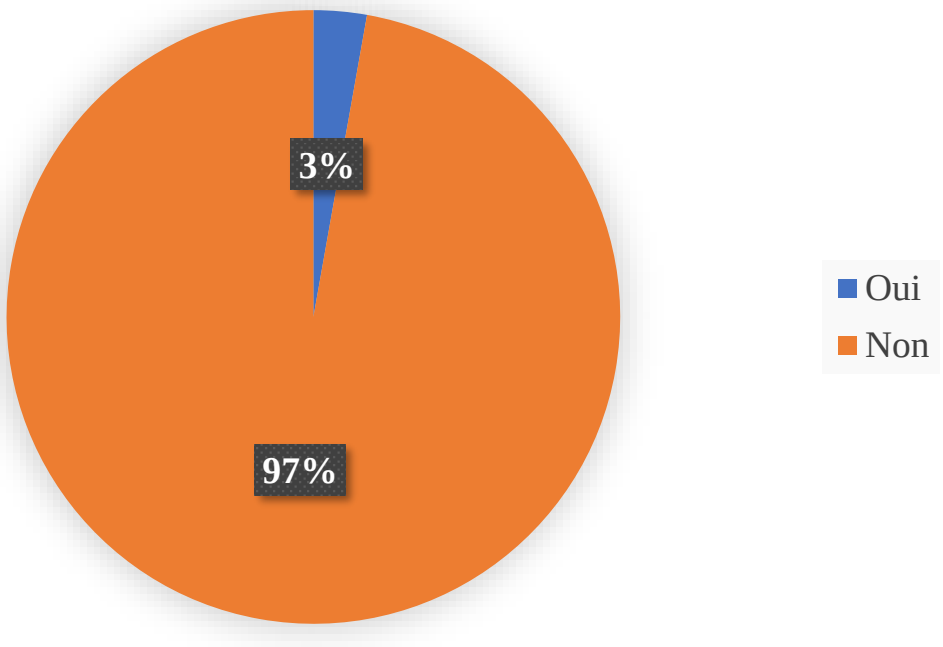


Figure 17 **: Perception des prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 sur l'existence de jours spécifiques réservés à l'insertion des MLDA**

La majorité des prestataires soit 97,2% interrogés n'avaient pas de jours spécifiques réservés à l'insertion des MLDA.

Tableau XIV: Perception des prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 sur les moyens d'approvisionnement en contraceptifs de longue durée d'action

Moyens d'approvisionnement	**Effectifs**	**Pourcentages (%)**
Officines	**71**	**39,4**
Grossistes	33	18,3
Dons de l'état	36	20,0
Patients	10	5,6
ONG	30	16,7
Total	**180**	**100**

Les officines représentaient le moyen d'approvisionnement le plus fréquent avec un taux de 39,4%.

Tableau XV: Perception des prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 sur la méthode contraceptive de longue durée d'action la plus efficace

MLDA la plus efficace	**Effectifs**	**Pourcentages (%)**
Même efficacité	**74**	**41,1**
Dispositif intra-utérin	68	37,8
Implant sous-cutané	38	21,1
Total	**180**	**100**

La majorité des prestataires interrogés, soit 41,1% ont attesté que les deux méthodes contraceptives de longue durée d'action ont la même efficacité.

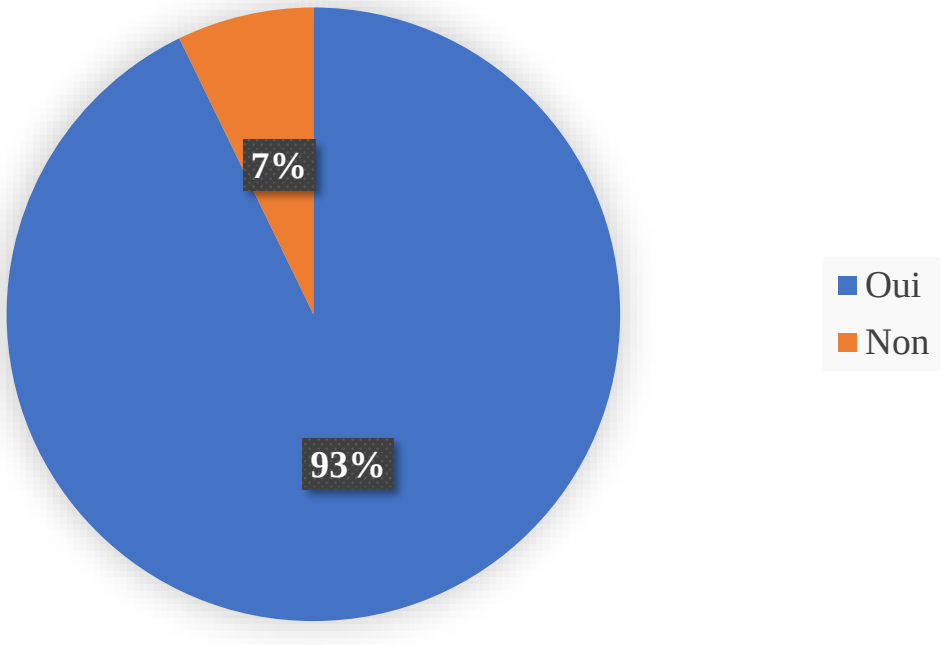


Figure 18 **: Répartition des prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 en fonction du désir de recevoir une formation sur les MLDA**

La majorité des prestataires interrogés, soit 92,8% souhaitaient recevoir une formation sur les MLDA.

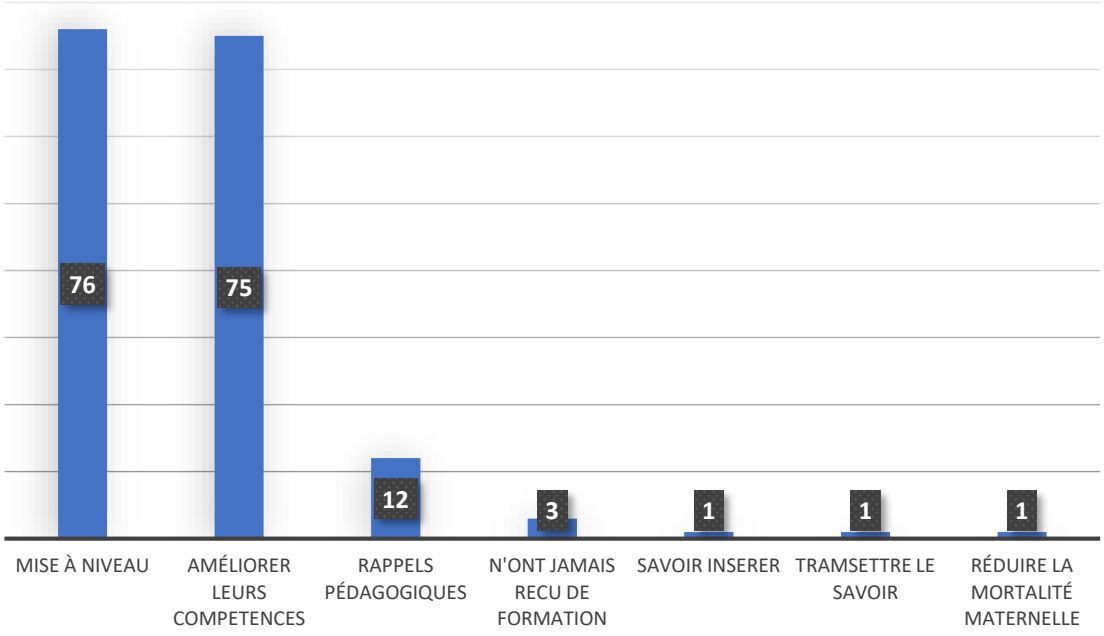


Figure 19: Motivations des prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 pour recevoir une formation sur les MLDA

Au cours de notre enquête, les prestataires avaient affirmé qu'ils souhaitaient recevoir une formation sur les MLDA pour améliorer leurs compétences et se mettre à niveau avec 75 réponses, soit 41,6% et 76 réponses favorables soit 42,2% respectivement.

5.4 Pratique

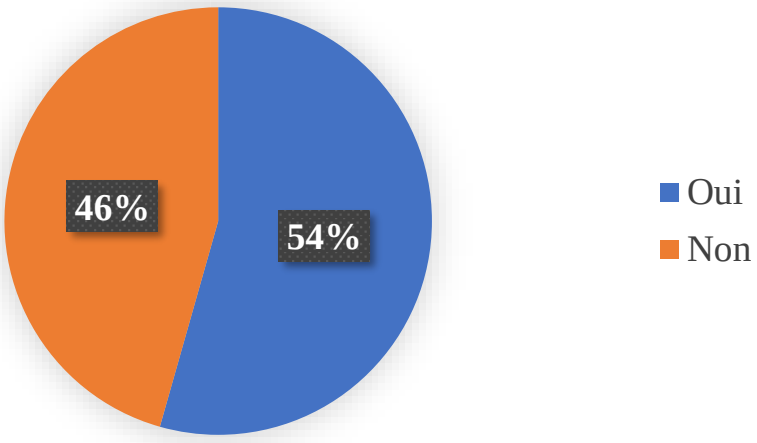


Figure 20 **: Répartition des prestataires ayant reçu une formation sur les méthodes contraceptives de longue durée d'action dans les structures de santé en 2024**

Un peu plus de la moitié des prestataires soit 54,4% avaient reçu une formation préalable sur les MLDA.

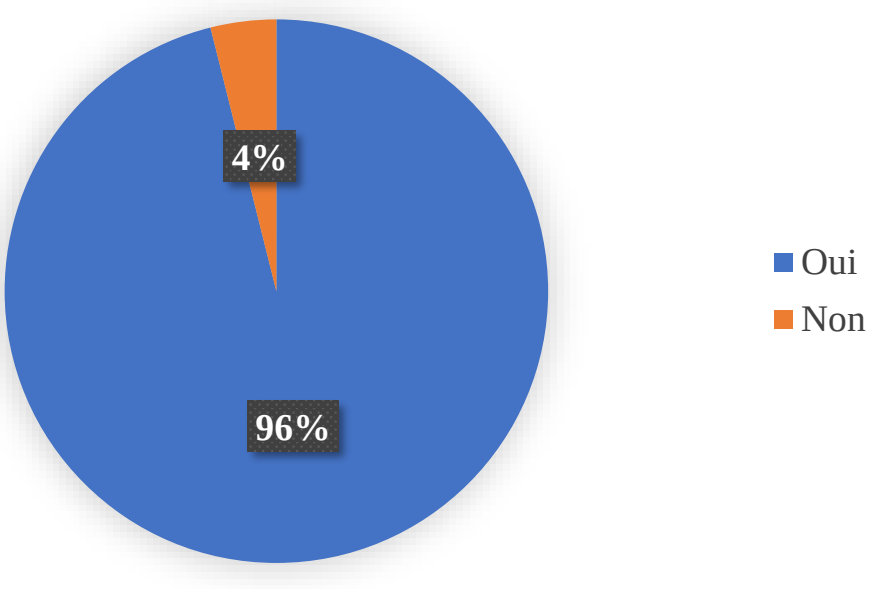


Figure 21 **: Répartition des prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 selon la réalisation de counseling sur les MLDA**

Dans notre étude, 96,1% des prestataires affirmaient réaliser un counseling avant la mise en place d'une MLDA.

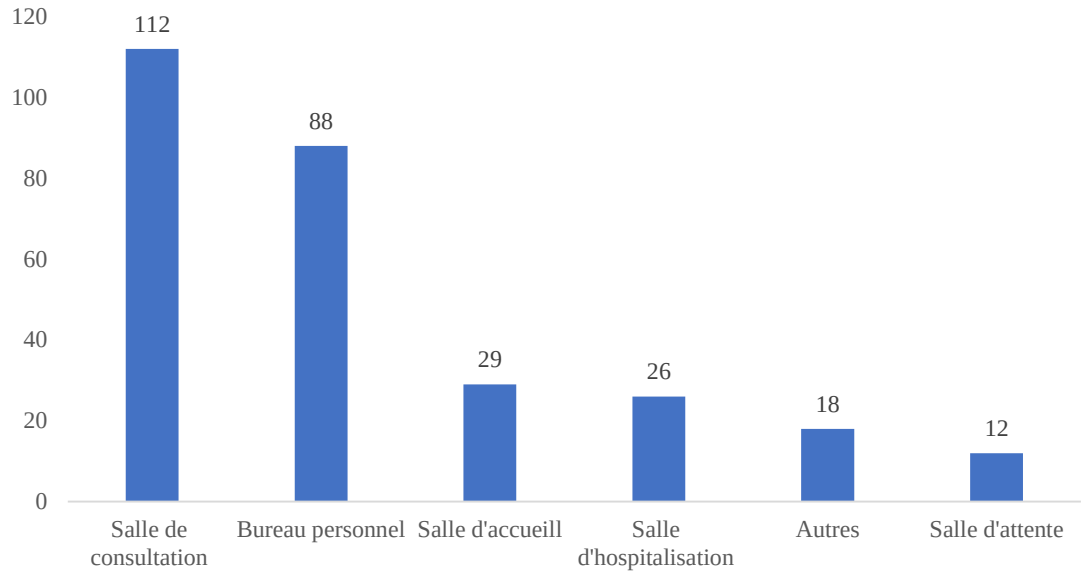


Figure 22: Répartition des prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 sur le cadre approprié de réalisation de counseling sur les MLDA

Autres = Salle d'accouchement, Salle de counseling, Salle de planning familial, tout endroit ou le patient se sent en sécurité.

Au cours de notre enquête, les prestataires avaient affirmé que le cadre approprié de réalisation de counseling sur les MLDA est la salle de consultation principalement sur rendez-vous et sur demande express avec 91 réponses, soit 50,5% et 89 réponses favorables soit 49,4% respectivement.

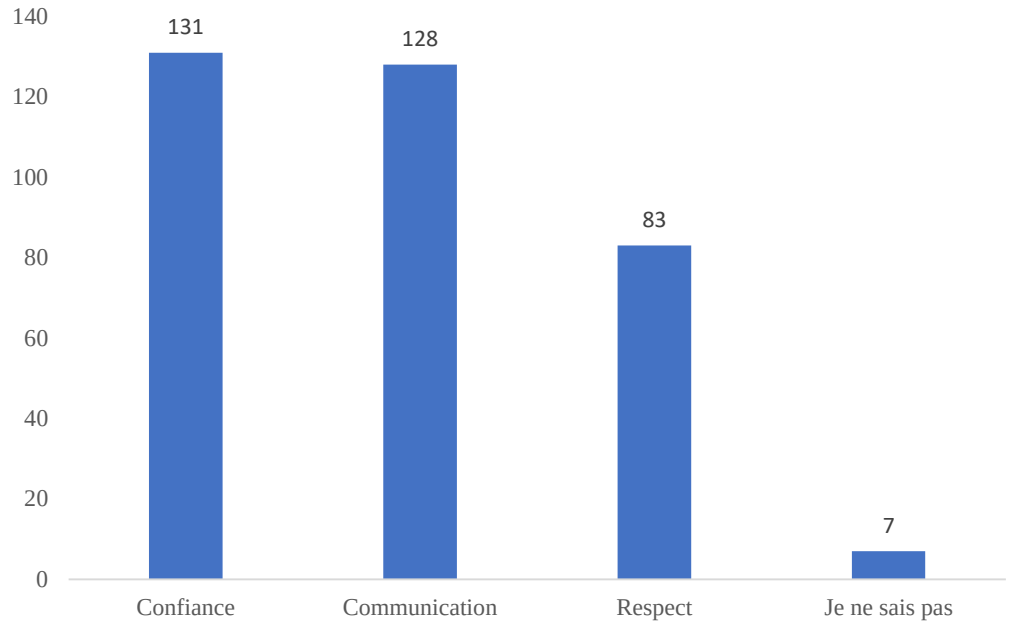


Figure 23 : Répartition des prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 sur les compétences nécessaires pour la réalisation d'un counseling sur les MLDA

Au cours de notre enquête, les prestataires avaient affirmé que les compétences nécessaires pour la réalisation d'un counseling sur les MLDA étaient principalement la confiance et la communication avec 131 réponses, soit 72,7% et 128 réponses favorables soit 71,1% respectivement.

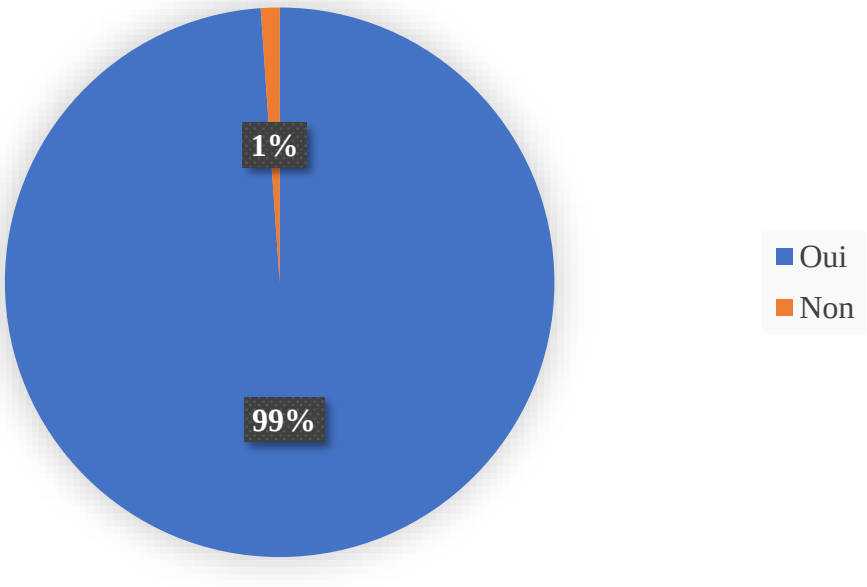


Figure 24 : Appréciation des prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 sur leur capacité à insérer les MLDA

Dans notre étude, 98,9% des prestataires interrogés estimaient qu'ils savaient correctement implanter les MLDA.

Tableau XVI: Répartition des prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 selon le nombre de MLDA déjà insérées

Nombre de MLDA Insérées	**Effectifs**	**Pourcentages (%)**
]0-10]	**52**	**28,9**
]21-50]	**51**	**28,3**
]11-20]	24	13,3
]51-100]	22	12,2
>100	17	9,4
Innombrables	12	6,7
Ne savent pas insérer	2	1,1
Total	**180**	**100**

Dans notre étude, 28,9% des prestataires avaient déjà inséré entre 0 et 10 MLDA et 28,3% entre 21 et 50 de MLDA durant leur carrière.

Tableau XVII: Appréciation des prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 sur le type de MLDA déjà prescrites

MLDA prescrites	**Effectifs**	**Pourcentages (%)**
Implant sous cutané	**87**	**48,3**
Dispositif intra utérin	42	23,3
Les deux	51	28,3
Total	**180**	**100**

Dans notre étude, 48,3% des prestataires préféraient prescrire les implants sous cutané comme MLDA.

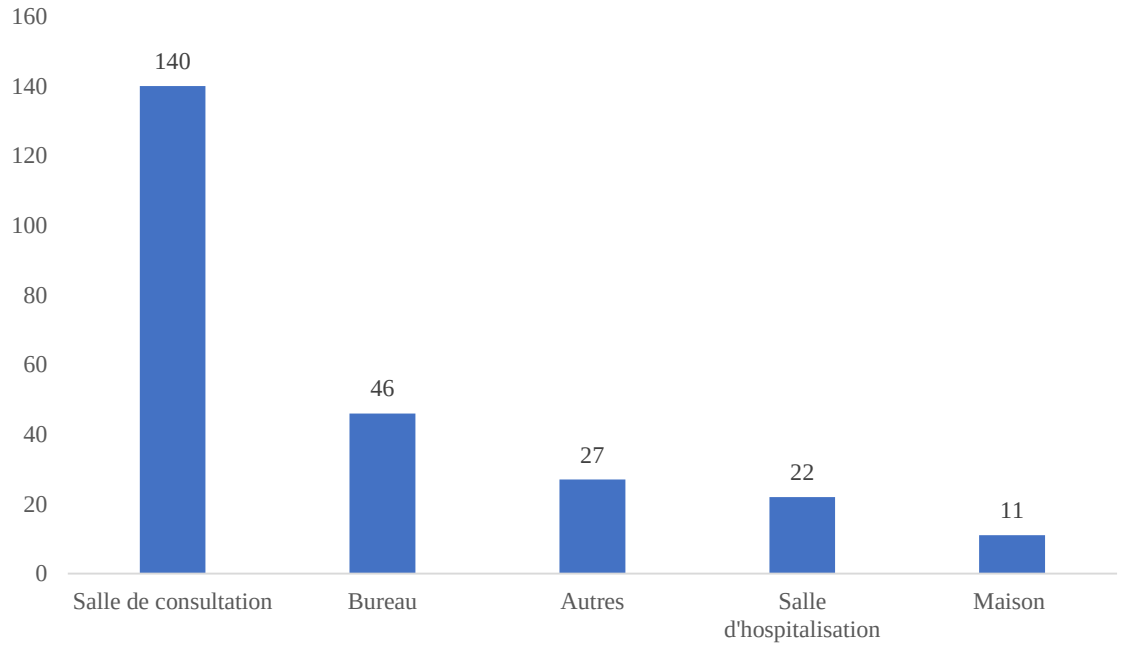


Figure 25: Perception des prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 sur le cadre de mise en place des MLDA

NB : Autres = Salle d'accouchement, bloc opératoire, salle de planning familial et salle de soin.

Au cours de notre enquête, les prestataires avaient affirmé que le cadre approprié de mise en place des MLDA est la salle de consultation avec 140 réponses favorables, soit 77,77%.

Tableau XVIII: Répartition des prestataires observés dans les structures de santé en 2024 selon l'appréciation de leur technique d'insertion des MLDA

Technique d'insertion	**Effectifs (n=32)**	**Pourcentages (%)**
Exécution moyenne	**22**	**68,75**
Exécution parfaite	9	28,12
Mauvaise exécution	1	3,13
Total	**32**	**100**

Dans la majorité des cas, soit 68,75%, la technique d'insertion des prestataires ne respectait qu'en partie toutes les étapes requises.

Tableau XIX: Répartition des prestataires observés dans les structures de santé en 2024 selon l'appréciation de leur capacité à réaliser un counseling

Réalisation de counseling	**Effectifs (n=32)**	**Pourcentages (%)**
Mauvaise exécution	**19**	**59,4**
Exécution parfaite	3	9,4
Exécution moyenne	10	31,2
Total	**32**	**100**

La majorité des prestataires, soit 59,4% ne respectaient pas toutes les étapes du REDI dans la réalisation du counseling.

Tableau XX: Répartition des prestataires observés dans les structures de santé en 2024 selon la réalisation d'un examen de consultation avant contraception

Examen avant contraception	**Effectifs (n=32)**	**Pourcentages (%)**
Non	**21**	**65,62**
Oui	11	34,38
Total	**32**	**100**

La majorité des prestataires, soit 65,62% ne réalisaient pas une consultation avant contraception.

Tableau XXI: Répartition des prestataires observés dans les structures de santé en 2024 ayant reçu une formation sur les MLDA selon l'appréciation de leur technique d'insertion des MLDA

Technique d'insertion	Formation sur les MLDA		Total
	Oui	Non	
Exécution moyenne	**14**	**8**	**22**
Exécution parfaite	3	6	9
Mauvaise exécution	0	1	1
Total	**17**	**15**	**32**

Test exact de Fisher : *p*=0.233 (Statistiquement non significatif)

Nous n'avons pas observé une relation statistiquement significative entre la formation reçue sur les MLDA et la technique d'insertion des MLDA des prestataires.

Tableau XXII: Répartition des prestataires observés dans les structures de santé en 2024 ayant reçu une formation sur les MLDA selon l'appréciation de leur réalisation de counseling

Réalisation de counseling	Formation sur les MLDA		Total
	Oui	Non	
Mauvaise exécution	**11**	**8**	**19**
Exécution parfaite	2	1	3
Exécution moyenne	4	6	10
Total	**17**	**15**	**32**

Test exact de Fisher : *p*=0.559 (Statistiquement non significatif)

Nous n'avons pas observé une relation statistiquement significative entre la formation reçue sur les MLDA et la méthode de réalisation de counseling sur les MLDA des prestataires.

Tableau XXIII: Appréciation des prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 de leur nombre de MLDA insérées sans counseling

MLDA insérées sans counseling	**Effectifs (n=53)**	**Pourcentages (%)**
]1-5]	**25**	**47,3**
]6-10]	19	35,8
>10	9	16,9
Total	**53**	**100**

Dans notre étude, sur les 180 interrogés, 53, soit 29,4% des prestataires avaient déjà mis en place des MLDA sans counseling. Dans cet effectif, 47,3% l'avait fait entre 1 et 5 fois.

Tableau XXIV: Appréciation des prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 de leur nombre mensuel d'insertion d'implants sous cutanés insérés

Implants sous cutanés insérés par mois	**Effectifs**	**Pourcentages (%)**
<5	**77**	**42,8**
[5-10]	44	24,4
>10	51	28,3
Pas d'offre	8	4,4
Total	**180**	**100**

La majorité des prestataires soit 42,8% inséraient moins de 5 implants sous cutanés par mois.

Tableau XXV: Appréciation des prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 de leur nombre mensuel de DIU insérés

Dispositifs intra utérins insérés par mois	**Effectifs**	**Pourcentage (%)**
<5	**83**	**46,1**
[5-10]	42	23,3
>10	36	20,0
Tous vos patients	1	0,6
Pas d'offre	18	10
Total	**180**	**100**

La majorité des prestataires soit 46,1% inséraient moins de 5 dispositifs intra utérin par mois.

Tableau XXVI: Relation entre le type de MLDA prescrits et la qualification des prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024

Catégorie des prestataires	Type de MLDA			Total
	ISC	DIU	Les deux	
Sages-femmes	**33**	**9**	**35**	**77**
Gynécologues	4	12	6	22
Médecins généralistes	13	12	3	28
Infirmières obstétriciennes	20	2	0	22
Etudiants en thèse	17	7	7	31
Total	**87**	**42**	**51**	**180**

Khi carré de ¨Pearson =50,81 P Value =0,001 ddl = 8

Nous avons observé une relation statistiquement significative entre la qualification des prestataires et le type de MLDA prescrits.

Tableau XXVII: Appréciation des prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 sur le nombre de salles adéquates pour l'insertion des MLDA en fonction de la structure de santé

Structure	Nombre de salles adéquates			Total
	<2	[2-4]	>6	
CSREF C1	17	17	1	35
CSREF C2	11	13	0	24
CSREF C3	24	10	1	35
CSREF C4	20	10	2	32
CSREF C5	10	12	2	24
CSREF C6	17	5	0	22
Clinique KABALA	3	4	0	7
Clinique Mohammed 5	0	0	1	1
Total	102	71	7	180

Khi carré de ¨Pearson = 9,89 P Value =0,004 ddl = 14

Nous avons observé une relation statistiquement significative entre la structure de santé et le nombre de sales adéquates pour l'insertion des MLDA.

Tableau XXVIII: Opinion des prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 sur le type d'offre des contraceptifs de longue durée d'action

Offre de contraceptifs	Effectifs	Pourcentage (%)
Payante	**141**	**78,3**
Gratuite	39	21,7
Total	**180**	**100**

Dans la majorité des cas, soit 78,3%, l'offre des contraceptifs était payante.

Tableau XXIX: Utilisation des différents types de MLDA par les prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024

MLDA utilisées	Effectifs	Pourcentage (%)
Dispositif intra-utérin	**89**	**49,4**
Implants sous-cutanés	65	36,1
Les deux	26	14,4
Total	**180**	**100**

La majorité des prestataires interrogés, soit 49,4% préféraient le dispositif intra-utérin.

Tableau XXX: Répartition des prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 selon l'imposition d'un âge minimum pour l'insertion des MLDA

Age minimum	Effectifs	Pourcentage (%)
Non	**139**	**77,2**
Oui	41	22,8
Total	**180**	**100**

La majorité des prestataires interrogés, soit 77,12% n'avaient pas fixé une limite d'âge pour l'insertion des MLDA.

Tableau XXXI: Répartition selon les tranches d'âge imposées par les prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 pour l'insertion des MLDA

Age	Effectifs (n=41)	Pourcentage (%)
Entre 15 et 18 ans	**17**	**41,46**
Inférieur à 14 ans	2	2,87
Entre 19 et 24 ans	15	36,6
Entre 25 et 34 ans	1	2,44
Entre 35 et 44 ans	5	12,19
Supérieur à 45 ans	1	2,44
Total	**41**	**100**

Les prestataires imposant une limite d'âge pour l'insertion des contraceptifs de longue durée d'action fixaient un minimum de 10 ans et un maximum de 55 ans.

Tableau XXXII: Répartition des prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 selon l'imposition d'un minimum de parités pour l'insertion des MLDA

Minimum de parité	Effectifs	Pourcentage (%)
Non	**139**	**77,2**
Oui	41	22,8
Total	**180**	**100,0**

La majorité des prestataires interrogés, soit 77,2% n'imposaient pas un minimum de parité pour l'insertion des MLDA.

Tableau XXXIII: Répartition selon le nombre de parités imposé par les prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 pour l'insertion des MLDA

Parité	**Effectifs (n=41)**	**Pourcentage (%)**
1	**18**	**43,9**
2	5	12,2
3	1	2,4
4	2	4,9
5	1	2,4
6	10	24,4
7	3	7,3
10	1	2,4
Total	**41**	**100**

La majorité des acteurs de santé imposant un minimum de parité pour l'insertion des contraceptifs de longue durée d'action, soit 43,9% fixaient un minimum d'une parité.

Tableau XXXIV: Répartition des prestataires interrogés dans les structures de santé en 2024 imposant une limite d'âge en fonction de ceux qui imposent un minimum de parité pour l'insertion des MLDA

Imposition d'un minimum de parité	Imposition d'une limite d'âge		Total
	Oui	Non	
Oui	21	20	41
Non	20	119	139
Total	41	139	180

Khi carré de Pearson =24,41 P Value =0,001 ddl = 1.

Nous avons observé une relation statistiquement significative entre l'imposition d'un âge limite et l'imposition d'un minimum de parité pour l'insertion des MLDA.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6 COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Notre étude « connaissances, attitudes et pratiques » (CAP) portant sur l'évaluation des connaissances, attitudes et pratiques des prestataires sur l'utilisation et la prescription des méthodes contraceptives de longue durée d'action à Bamako s'est déroulée de janvier 2024 à mai 2024, soit sur une durée de 4 mois et a concerné 180 acteurs de santé.

6.1 Limites et difficultés

Durant ce travail, nous avons rencontré plusieurs difficultés entre autres :

- La non-disponibilité des prestataires des différentes structures pour répondre au questionnaire
- Le manque de moyens financiers pour déployer efficacement les fiches d'enquête dans toutes les structures
- Le manque d'engagement de certains prestataires vis à vis de l'étude
- Le soutien insuffisant de certains responsables des différentes structures de santé.

Ces limites ne nous permettaient pas de réaliser ce travail de manière optimale.
Cependant, malgré toutes ces entraves, nous avons colligé 180 fiches d'enquête remplies par les prestataires répondant conformément aux critères d'inclusion de notre série. Ceux-là ont donc fait l'objet de notre étude.

6.2 Caractéristiques sociodémographiques

Dans notre étude, 66,4% des prestataires étaient des femmes. Ces résultats sont différents de ceux de Abebaw Y et al. qui ont trouvé 38,29% de femmes [46]. Cette différence pourrait s'expliquer par l'organisation des acteurs de santé du secteur gynécologie-obstétrique dans les structures de santé au Mali.

Notre étude a révélé que la tranche d'âge la plus représentée était celle des [20-30[ans avec 44,4% et des extrêmes de 23 à 63 ans. Aussi, les prestataires exerçant depuis moins de cinq ans étaient les plus représentés dans notre étude avec une valeur de 56,11%. Nos résultats sont similaires à ceux de Abebaw Y et al. qui ont trouvé une proportion plus importante des [18-34[ans et un nombre plus important d'acteurs de santé avec moins de 5 ans d'années d'expérience avec 67,77% [46]. Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que les prestataires les plus actifs et les plus disponibles pour répondre à nos questions étaient les plus jeunes.

Le secteur public était le plus représenté avec un taux de 95,5% dont la majorité des acteurs de santé venaient du Csref de la commune I et du Csref de la commune III avec un taux de 19,4% chacun. Aussi, le personnel du Csref de la commune I et du Csref de la commune III ont été plus collaboratifs et intéressés par notre étude.

Les sage-femmes étaient la catégorie d'exercice la plus représentée avec un taux de 42,8%. Ces résultats sont similaires à ceux de Abebaw Y et al. qui avaient trouvé une proportion de 39,5% de sage-femmes [46]. Ce résultat s'explique par la proportion plus importante de leur corps de métier dans les services de gynécologie-obstétrique.

6.3 Niveau de connaissances des prestataires sur les méthodes contraceptives de longue durée d'action

La totalité des prestataires inclus dans notre étude attestaient avoir des connaissances sur les méthodes contraceptives de longue durée d'action.

La majorité des prestataires avaient des connaissances sur les Dispositifs intra utérin et les Implants sous cutanés avec un taux de 98,8%. Mais, 12,8% d'entre eux avaient estimé connaitre d'autres méthodes et cité principalement des méthodes contraceptives définitives. Aussi, très peu de prestataires avaient une maitrise parfaite des contre-indications des MLDA.

Dans notre étude, un peu plus de la moitié des prestataires (54,4%) avaient reçu une formation sur les méthodes contraceptives de longue durée d'action. Ces résultats sont similaires à ceux de L. Rouncivell et al. qui ont rapporté que la proportion globale des prestataires ayant reçu une formation sur l'insertion des DIU dans sept études menées en Afrique de l'Est, de l'Ouest et du Sud était de 50 % [47]. Ils concordent aussi avec deux études menées respectivement au Malawi [48] et en Ouganda [49] qui ont fourni un aperçu des connaissances sur les implants sous-cutanés. Au Malawi, seulement 51 % des prestataires ont déclaré avoir reçu une formation sur l'insertion des implants, tandis que 47 % des prestataires ougandais se sentaient bien formés pour fournir cette méthode à leurs clients [48-49].

Les prestataires interrogés dans notre étude estimaient que les sage-femmes sont le personnel le plus indiqué pour prescrire les méthodes contraceptives de longue durée d'action avec 86,67% de réponses favorables. Notre étude a révélé que les sage-femmes étaient les agents de santé ayant reçu le plus de formation sur les méthodes contraceptives de longue durée d'action. Ces résultats peuvent s'expliquer par l'organisation et le fonctionnement des secteurs de

gynécologie-obstétrique dans notre milieu, plaçant les sage-femmes au cœur des activités de planification familiale. Les sage-femmes sont les prestataires de première ligne en matière de contraception, par conséquent, les formations s'adressent plus à elles.

La date de la dernière formation reçue la plus représentée était celle comprise entre 1 et 3 ans, avec une valeur de 18,3%. On peut expliquer ce résultat par la forte proportion de jeunes prestataires interrogés au cours de notre étude.

Notre étude a révélé un lien entre le délai de la dernière formation reçue et le nombre d'années d'exercice. Les prestataires étant en exercice depuis plus de 10 ans sont ceux qui ont reçu une formation datant de plus de 10 ans. Aussi, les prestataires étant en exercice depuis moins de trois ans sont ceux qui ont reçu une formation datant de moins de trois ans. Ce résultat s'explique par le manque de formation continue des prestataires.

6.4 Attitude des prestataires par rapport à l'utilisation et la prescription des méthodes contraceptives de longue durée d'action

Au cours de notre enquête, 96,1% des prestataires interrogés ont affirmé réaliser un counseling sur les méthodes contraceptives de longue durée d'action à leurs patientes. Ces résultats diffèrent de ceux de L. Rouncivell et al. qui ont rapporté que leur analyse, basée sur cinq études réalisées en Afrique subsaharienne a montré que 60% des prestataires fournissaient ce service à leurs clients [47]. Cette différence peut s'expliquer par les nombreux efforts mis en place ces dernières années par les gouvernements pour former les prestataires et accroitre l'accès de la population aux services de PF.

Notre étude a révélé que 80% des prestataires interrogés pensaient que les MLDA sont les méthodes contraceptives les plus fiables. De plus, la majorité des prestataires interrogés, soit 41,1% ont attesté que les deux méthodes contraceptives de longue durée d'action ont la même efficacité. Néanmoins, 60,6% des prestataires ont affirmé qu'elles ne sont pas indispensables. Nous avons mis en évidence un lien entre la notion de formation reçue et cette dernière opinion. C'est-à-dire que malgré la formation reçue, la majorité des prestataires restaient sceptiques à propos des MLDA. Ces résultats peuvent s'expliquer par les nombreuses idées populaires préconçues sur les MLDA du fait qu'elles sont invasives et de la durée de la protection contre les grossesses non désirées.

Notre étude a révélé que les officines représentaient le moyen d'approvisionnement en contraceptifs de longue durée d'action le plus fréquent avec un taux de 39,4%. Aussi, dans la majorité des cas, soit 78,3%, l'offre des contraceptifs était payante. Ces résultats s'expliquent par le manque de subventions continues et une distribution peu importante de contraceptifs de longue durée d'action par les autorités et les organismes non gouvernementaux.

Au cours de notre enquête, la majorité des prestataires interrogés, soit 92,8% souhaitaient recevoir une formation sur les MLDA ; 83,3% d'entre eux avaient l'ambition d'améliorer leurs compétences et se mettre à niveau. Ces résultats diffèrent de ceux de L. Rouncivell et al. qui ont rapporté que selon les données provenant de quatre études réalisées en Afrique subsaharienne, 63 % des prestataires souhaitaient recevoir une formation sur l'insertion des DIU [47]. Cette différence s'explique par le fait que seulement la moitié des prestataires interrogés dans notre étude avaient reçu une formation préalable sur les MLDA. Concernant les implants, nous n'avons pas des études rapportant des résultats pouvant être utilisés convenablement.

6.5 Pratique

Dans notre étude, 98,9% des prestataires interrogés ont affirmé qu'ils étaient suffisamment outillés pour l'insertion des MLDA. Une proportion de 28,9% estimaient qu'ils avaient déjà inséré entre 0 et 10 MLDA durant leur carrière, suivis de près par 28,3% qui ont évalué leur nombre entre 21 et 50 MLDA insérées. Aussi, 87,8% des prestataires affirmaient mettre en place les MLDA en moins de 30 minutes. Sur 32 prestataires dont la pratique a été observée au cours de notre enquête, plus de la moitié, soit 68,75% ne respectaient qu'en partie toutes les étapes indiquées dans les Politiques et Normes et Procédures relatives à la PF en république du Mali. De plus, 65,62% d'entre eux ne réalisaient l'examen de consultation avant contraception comme requis. Notre étude a révélé que la formation reçue ne garantissait pas une technique parfaite d'insertion des MLDA. Malgré la formation, la plupart des prestataires démontraient une exécution moyenne. Ces résultats concordent à ceux d'une étude nigériane qui a montré que parmi les prestataires ayant reçu une formation, nombreux étaient ceux qui manquaient d'expérience pratique réelle pour l'insertion [50].

Notre étude a révélé que malgré la forte proportion de clientes reçues par les agents de santé réceptives aux MLDA, soit 86,7%, 48,3% des prestataires prescrivaient majoritairement les implants sous cutané. Ces résultats pourraient s'expliquer par les idées reçues des clientes selon lesquelles le DIU serait plus dangereux car inséré dans l'utérus.

Néanmoins, la majorité des prestataires interrogés, soit 49,4% préféraient le dispositif intra-utérin au cuivre. Nous pouvons expliquer ce résultat par un meilleur rapport durée/efficacité/cout pour cette méthode et l'absence d'hormones, réduisant effets indésirables et contre-indications absolues.

Au cours de notre étude, nous avons notifié un lien entre le type de MLDA prescrits et la catégorie de prestataires. Les sage-femmes étaient les prestataires les plus versatiles et réalisaient les deux méthodes, les médecins offraient plus de prestations de DIU tandis que les infirmières obstétriciennes s'occupaient uniquement d'implants sous-cutanés. Ces résultats s'expliquent par notion élevée de formation chez les sage-femmes et leur rôle dans les activités de planification familiale. Aussi, les médecins sont plus à l'aise avec le DIU car il est plus rapide à insérer et réalisable en per césarienne. Les infirmières obstétriciennes quant à elles, étaient jugées incompétentes et inaptes à insérer le DIU car elles n'auraient pas de connaissances poussées sur le fonctionnement de l'utérus malgré leurs notions de gynécologie.

Notre étude a révélé que certains prestataires étaient enclins à imposer des restrictions inutiles et non médicalement justifiées aux MLDA en fonction de l'âge et de la parité. Nous avons mis en évidence une relation entre l'existence d'un âge minimum et l'existence d'une parité minimum chez les prestataires. En effet, 41 personnes, soit 22,8 % des prestataires interrogés avaient fixé un âge minimum et un minimum de parité pour l'insertion des MLDA. Dans cet effectif, 41,46% affirmaient que la tranche d'âge requise pour l'insertion des MLDA se situe entre 15 et 18 ans. Ce résultat diffère de celui de L. Rouncivell et al. qui ont rapporté qu'ils ont observé des restrictions en fonction de l'âge, où 56% des prestataires (à partir de cinq études menées en Afrique subsaharienne) ont imposé des restrictions d'âge minimum (le plus souvent aux clients adolescents) pour la fourniture de DIU [47]. Au Sénégal, 45% des prestataires travaillant dans des établissements publics exigeaient un âge minimum pour fournir l'implant [51]. De même, sur 433 prestataires kenyans, 44% exigeaient que les clients aient au moins 20 ans avant d'insérer un implant [51].

Aussi, 43,9% des prestataires qui demandaient un minimum de parité, exigeaient que les clientes soient au moins primipares. Ce résultat est différent de ceux de L. Rouncivell et al. qui ont rapporté à partir de cinq études réalisées en Afrique subsaharienne, que 29% des prestataires ont suggéré qu'ils exigeaient une parité minimum avant de se sentir à l'aise pour fournir un DIU à leur client [47]. Sur 90 prestataires kenyans, 56,2% exigeaient au moins un enfant, 32,6% en

exigeaient au moins deux et 11,2% en exigeaient trois ou plus [52]. Ceci peut s'expliquer par les fausses idées et les peurs attribuables au contexte culturel conservateur présent dans notre milieu. Ces résultats sont conformes à ceux d'études nigériane [53] et sud-africaine [54] explorant les expériences des femmes confrontées à des biais imposés par les prestataires lorsqu'elles demandent des services de contraception.

Dans notre étude, les prestataires ont estimé que le cadre le plus approprié pour réaliser un counseling est une salle de consultation avec 62,2% de réponses favorables. Notre enquête a aussi rapporté que les prestataires estimaient que la confiance et la communication étaient les compétences nécessaires pour réaliser un counseling avec 72,78% et 71,11% de réponses favorables respectivement et la majorité des prestataires, soit 63,3% réalisaient un counseling en moins de 30 minutes. Sur 32 prestataires dont la pratique a été observée au cours de notre enquête, un peu plus de la moitié 59,4% ne respectaient pas toutes les étapes du REDI dans la réalisation du counseling. Nous avons remarqué des séances de counseling expéditives, réalisées avec peu de patience et sans expliquer le mécanisme et les effets secondaires de MLDA. De plus, 29,4% du personnel de santé interrogé avait déjà mis en place des MLDA sans counseling. Dans cet effectif, 47,3% l'avait fait entre 1 et 5 fois. Nous avons mis en lumière le fait que la formation reçue n'avait pas l'impact espéré sur la qualité des counselings réalisés. Ces résultats concordent avec ceux d'une étude indiquant un besoin non satisfait élevé en matière de conseil en planification familiale de qualité, tel qu'identifié par les femmes au Ghana [55]. Ces résultats sont préoccupants car des recherches antérieures sud-africaines [56] et indiennes [57] ont souligné l'impact positif de la formation des prestataires en conseil contraceptif sur l'augmentation de l'utilisation des MLDA.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

7 CONCLUSION

Notre travail a trouvé un niveau de connaissances insuffisant des prestataires sur les MLDA, d'où l'importance de leur fournir une formation approfondie et continue sur celles-ci, y compris leur mode d'action, leurs indications, et contre-indications et leur technique d'administration. Ceci permettra d'améliorer la qualité des soins et la satisfaction des patientes et promouvoir la santé reproductive des femmes au Mali.

8 RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude, nous pouvons formuler ces quelques recommandations :

- **Aux autorités sanitaires :**

- Initier des stratégies novatrices pour développer les programmes de formation en MLDA
- Renforcer le plateau technique au sein des structures offrant les prestations de contraception
- Accentuer les campagnes de communication et de sensibilisation autour des MLDA

- **Aux prestataires**

- S'informer continuellement sur l'utilisation des MLDA
- Participer activement aux campagnes de formation
- Respecter les normes et politiques relatives aux MLDA en vigueur dans le pays
- Perfectionner les techniques de communication pour prodiguer des conseils basés sur des données scientifiques récentes aux clientes

REFERENCES

9 REFERENCES

1. Elsan [Internet]. 2024 [cité 9 oct 2024]. Contraception : définition, choix, méthodes. Disponible sur: https://www.elsan.care/fr/nos-actualites/contraception-definition-choix-methodes
2. Lhagadang F. CONTRACEPTION DE LONGUE DUREE D'ACTION AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE LA MERE ET DE L'ENFANT DE N'DJAMENA: EPIDEMIOLOGIE ET EFFETS SECONDAIRES. J SAGO Gynécologie–Obstétrique Santé Reprod. 2021;22(1):6.
3. Planification familiale/méthodes de contraception [Internet]. [cité 9 oct 2024]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception
4. Magazine L. L'accès à la contraception est une clé du développement, selon l'ONU [Internet]. [cité 9 oct 2024]. Disponible sur: https://www.lepoint.fr/societe/l-acces-a-la-contraception-est-une-cle-du-developpement-selon-l-onu-15-11-2012-1529430_23.php
5. Fleming CF. Long-acting reversible contraceptives. Obstet Gynaecol. 2009;11(2):83-8.
6. Foster-Rosales A, Stewart FH. Contraceptive technology. In: Handbook of Women's Sexual and Reproductive Health. Springer; 2011. p. 395-415.
7. Goldthwaite LM, Shaw KA. Immediate postpartum provision of long-acting reversible contraception. Curr Opin Obstet Gynecol. 2015;27(6):460-4.
8. Benova L, Cleland J, Daniele MA, Ali M. Expanding method choice in Africa with long-acting methods: IUDs, implants or both? Int Perspect Sex Reprod Health. 2017;43(4):183-91.
9. Adedini SA, Omisakin OA, Somefun OD. Trends, patterns and determinants of long-acting reversible methods of contraception among women in sub-Saharan Africa. PloS One. 2019;14(6):e0217574.
10. Institut National de la Statistique. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018 Rapport de synthèse [Internet]. 25 [cité 9 oct 2024]. Disponible sur: https://dhsprogram.com/pubs/pdf/SR261/SR261.pdf
11. Alsaco B. Histoire de la contraception | ALSA::CO [Internet]. 2018 [cité 9 oct 2024]. Disponible sur: https://www.alsa-co.fr/histoire-de-la-contraception/
12. Serfaty D. Contraception. 2011;592.

13. Kourékama M. Etudier Connaissances et attitudes pratiques des utilisatrices sur les méthodes contraceptives au CSREF Commune V du District de Bamako [Internet] [Thesis]. [Bamako, Mali]: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2023 [cité 9 oct 2024]. Disponible sur: https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/12516
14. Kassab SY. L'historique des méthodes de contraception à travers l'âge et le monde : la contraception en France au XXIème siècle, rôle du pharmacien d'officine. 7 juin 2019;141.
15. Ta Ngoc Châu. Les Aspects démographiques de la planification de l'éducation - UNESCO Bibliothèque Numérique [Internet]. France; 2002 [cité 9 oct 2024]. 117 p. Disponible sur: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000129355_fre
16. Kansaye D. Connaissances, attitudes, et pratiques comportementales des femmes de Baguinéda âgées de 15 à 45 ans en matière de la planification familiale [Internet] [thesis]. [Bamako, Mali]: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2010 [cité 9 oct 2024]. Disponible sur: https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/9454
17. Enquête Démographique et de Santé (EDSM-V) [Internet]. 2013 [cité 9 oct 2024]. Disponible sur: https://dhsprogram.com/pubs/pdf/fr286/fr286.pdf
18. Institut National de la Statistique. Enquête Démographique et de Santé 2018 [Internet]. 2019 [cité 9 oct 2024]. Disponible sur: https://dhsprogram.com/pubs/pdf/Fr358/Fr358.pdf
19. Définitions : contraception - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 9 oct 2024]. Disponible sur: https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/contraception/18642
20. Contraception [Internet]. [cité 9 oct 2024]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/health-topics/contraception
21. TRAORE S, BALLO M. Planification familiale Cellule de planification et de statistique du Ministère de la Santé (CPS/MS). Dir Natl Stat L'Informatique DNSI ORC Macro 2002 Enq Démographique Santé Au Mali 2001 Calverton Md USA CPSMS DNSI ORC Macro 63 64 70 72 98 103p.
22. Consensus canadien sur la contraception. J Obstet Gynaecol Can. 1 mars 2004;26(3):255-96.

23. WHO's evidence-based guidelines for family planning [Internet]. [cité 9 oct 2024]. Disponible sur: https://www.gfmer.ch/Medical_education_En/PGC_RH_2008/pdf/WHO_EB_guidelines_family_planning_Gaffield_WHO_2008.pdf
24. Manuel de référence PF du post partum et du post abortum-PNSME [Internet]. 2020 [cité 9 oct 2024]. Disponible sur: https://tciurbanhealth.org/wp-content/uploads/2018/12/MODULE-REFERENCE-GENERAL-VALIDE-GROUPE.pdf
25. World Health Organization. Guide de la planification familiale à l'usage des agents de santé communautaires et de leurs clients. Guide Fam Plan Community Health Work Their Clients. 2012;50.
26. Contraception : classification des méthodes contraceptives [Internet]. [cité 9 oct 2024]. Disponible sur: https://www.aly-abbara.com/livre_gyn_obs/termes/contraception.html
27. ADANKANHOUNDE TM. CHOIX ET EFFICACITE DES METHODES DE CONTRACEPTION: UNE REDUCTION DES BESOINS NON SATISFAITS EN PLANIFICATION FAMILIALE. Rev Int Mark Manag Strat. 2019;1(1).
28. Contraception : classification et description des méthodes contraceptives hormonales [Internet]. [cité 9 oct 2024]. Disponible sur: https://www.aly-abbara.com/livre_gyn_obs/termes/contraception_hormonale.html
29. Koné ND. L'utilisation des méthodes contraceptives modernes à l'unité de planification familiale du Centre de Santé de Référence de la Commune 6 de Bamako [Internet] [Thesis]. [Bamako, Mali]: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2019 [cité 9 oct 2024]. Disponible sur: https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/3764
30. N'Djigaba M. Etude des raisons d'abandons des méthodes contraceptives de longue durée et Dépo provera dans le CSCOM U de Banconi [Internet] [Memoire]. [Bamako, Mali]: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2021 [cité 9 oct 2024]. Disponible sur: https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/4371
31. Examens des implants - Le faible effondrement [Internet]. [cité 9 oct 2024]. Disponible sur: https://thelowdown.com/contraceptives/jadelle-implant
32. Barranquero M. Reproducción Asistida ORG. 2024 [cité 9 oct 2024]. ¿Cómo funciona el Implanon? - Ventajas y efectos adversos. Disponible sur:

https://www.reproduccionasistida.org/implante-anticonceptivo-implanon-ventajas-y-efectos-adversos/

33. Black A, Francoeur D, Rowe T, Collins J, Miller D, Brown T, et al. SOGC clinical practice guidelines: Canadian contraception consensus. J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstet Gynecol Can JOGC. mars 2004;26(3):219-96.
34. La contraception par stérilet ou dispositif intra-utérin (DIU) [Internet]. [cité 9 oct 2024]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/contraception/contraception-sterilet
35. Elsan [Internet]. [cité 9 oct 2024]. Stérilet. Disponible sur: https://www.elsan.care/fr/pathologie-et-traitement/maladies-gynecologiques/sterilet
36. LaPresse. Faut t´il crnaidre le stérilet? [Internet]. 2019 [cité 9 oct 2024]. Disponible sur: https://www.lapresse.ca/societe/sante/2019-11-12/faut-il-craindre-le-sterilet-miren
37. Anderson K, Odlind V, Rybo G. Levonorgestrel-Releasing and Copper-Releasing (Nova-T) IUDs During 5 Years of Use: A Randomized Comparative Trial. Obstet Gynecol Surv. 1994;49(8):563-6.
38. Eric D. Contraception chez la femme en post-partum [Internet]. France: Haute Institut de Santé; 2019 p. 7. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj-contraception-post-partum-060215.pdf
39. Banhoro L. Connaissances, attitudes et pratiques de la Contraception en milieu estudiantin des universités publiques de la ville de Ouagadougou (Burkina Faso) [Thesis]. [OUAGADOUGOU, BURKINA FASO]: UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU; 2013.
40. Aulagner G, Cazin JL, Demoré B, Dupuis A, Fagnoni P, Fernandez C, et al. Pharmacie clinique et thérapeutique. Elsevier Masson; 2018.
41. Organisation mondiale de la Santé. Disque pour le choix des méthodes contraceptives selon les critères de recevabilité médicale [Internet]. Geneve; 2016 [cité 9 oct 2024] p. 8. Disponible sur: https://iris.who.int/handle/10665/249516
42. médicale L. Qare. [cité 9 oct 2024]. Contraception : comment faire le bon choix ? Disponible sur: https://www.qare.fr/sante/contraception/
43. Organisation Mondiale de la Santé. Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives, 5e édition. 2015, 210p.

44. Organisation Mondiale de la Santé. Disque pour le choix des méthodes contraceptives selon les critères de recevabilité médicale, 2015, 8p.
45. City Majors Statistics Les villes du monde qui connaissent la croissance la plus rapide et des zones urbaines de 2006 à 2020 [Internet] [consulté le 14-03-2025] Disponible sur : http://www.citymayors.com/statistics/urban_growth1.html
46. Abebaw Y, Berhe S, Abebe SM, Adefris M, Gebeyehu A, Gure T, et al. Providers' knowledge on postpartum intrauterine contraceptive device (PPIUCD) service provision in Amhara region public health facility, Ethiopia. PloS One. 2019;14(4):e0214334.
47. Rouncivell L, Takuva S, Ledibane N, Musekiwa A, Leong TD. Knowledge, attitudes, and perceptions of long-acting reversible contraceptive methods among healthcare workers in sub-Saharan Africa. Trop Med Int Health. 2021;26(8):840-61.
48. Mwafulirwa T, O'Shea MS, Hamela G, Samuel E, Chingondole C, Hosseinipour MC, et al. Family planning providers' experiences and perceptions of long-acting reversible contraception in Lilongwe, Malawi. Afr J Reprod Health. 2016;20(2):62-71.
49. Morse J, Chipato T, Blanchard K, Nhemachena T, Ramjee G, McCulloch C, et al. Provision of long-acting reversible contraception in HIV-prevalent countries: results from nationally representative surveys in southern Africa. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 2013;120(11):1386-94.
50. Newmann SJ, Mishra K, Onono M, Bukusi EA, Cohen CR, Gage O, et al. Providers' Perspectives on Provision of Family Planning to HIV-Positive Individuals in HIV Care in Nyanza Province, Kenya. AIDS Res Treat. 2013;2013(1):915923.
51. Sidze E, Lardoux S, Speizer I, Faye C, Mutua M, Badji F. Young women's access to and use of contraceptives: the role of providers' restrictions in urban Senegal. Int Perspect Sex Reprod Health. 2014; 40: 176–84.
52. Tumlinson K, Okigbo CC, Speizer IS. Provider barriers to family planning access in urban Kenya. Contraception. 2015;92(2):143-51.
53. Omishakin M. Knowledge, attitude and practice of family planning among healthcare providers in two selected health centres in Osogbo Local Government, Osun State. 2015;
54. Solo J, Festin M. Provider bias in family planning services: a review of its meaning and manifestations. Glob Health Sci Pract. 2019;7(3):371-85.

55. Guure C, Maya ET, Dery S, da-Costa Vrom B, Alotaibi RM, Rezk HR, et al. Factors influencing unmet need for family planning among Ghanaian married/union women: a multinomial mixed effects logistic regression modelling approach. Arch Public Health. 2019;77:1-12.
56. Potgieter F, Kapp P, Coetzee F. Factors influencing post-partum women's choice of an implantable contraceptive device in a rural district hospital in South Africa. South Afr Fam Pract. 2018;60(6):174-80.
57. Dehingia N, Dixit A, Averbach S, Choudhry V, Dey A, Chandurkar D, et al. Family planning counseling and its associations with modern contraceptive use, initiation, and continuation in rural Uttar Pradesh, India. Reprod Health. 2019;16:1-11.

ANNEXES

ANNEXE

FICHE D'ENQUETE

Vous avez été sollicité pour participer à cette étude ; votre point de vue est important et peut améliorer les « connaissances, attitudes et les pratiques des acteurs de santé sur l'utilisation et la prescription des méthodes contraceptives de longue durée d'action ».

Nous vous remercions d'avance de votre participation.

NB: Les informations recueillies seront anonymes et confidentielles.

I. IDENTIFICATION

NUMERO:

Q1- Sexe: □ M □ F

Q2- Age: _____ □]20-30] ans ; □]30-40] ans ; □]40-50] ans ; □ Plus de 50 ans

Q3- Structure dans laquelle vous intervenez _____

□ Privée; □ Publique

Q4- Catégorie professionnelle: _____

□ Médecin; □ Sage-femme □ Médecin généraliste □ Infirmier obstétricien

Autre à préciser…….

Q5- Depuis quand travaillez-vous là ?

□ Moins d'une année; □]1 à 2] ans; □] 2-5] ans; □] 5-10] ans;

□Plus de 10 ans

II. CONNAISSANCES

Les énoncés ci-dessous visent à mesurer les connaissances générales sur les méthodes contraceptives de longue durée d'action. Prière de répondre aux questions autant que vous sachiez, sans vous référer à une autre source d'information.

Q6-Avez-vous des connaissances sur la contraception ? □ Oui □ Non

Si oui, c'est quoi?

□ L'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter

□ Une technique visant à réduire l'activité sexuelle

□ Un dialogue interactif, confidentiel, impliquant une femme et un homme

□ Un processus, confidentiel, impliquant un acteur de santé et une femme

□ Toutes les propositions

□ Aucune des propositions

Q7-Avez-vous déjà reçu une formation sur les méthodes contraceptives de longue durée d'action?

□ Oui □ Non

Si oui, quand?.

Q8-Quelles sont les méthodes contraceptives de longue durée d'action que vous connaissez?

_____

_____

Q9- Quels sont les contre-indications des méthodes contraceptives de longue durée d'action que vous connaissez?

_____

_____

_____

Q10-Qui peut prescrire les méthodes contraceptives de longue durée d'action?

□ Médecin; □ Infirmier(e); □ Sage-femme; □ Etudiant; □ Assistant médical, □Assistant social, Autre à préciser _____

Q11-Réalisez-vous des counselings sur les méthodes contraceptives de longue durée d'action à vos patients?□ Oui □ Non

Q12-Quel est le cadre idéal pour réaliser un counseling?

□ Salle d'accueil, □ Salle d'attente, □ Salle de consultation, □ Salle d'hospitalisation □ Bureau personnel, □ Autre à préciser_____

Q13 - Selon vous, quelles sont les compétences nécessaires pour faire un counseling?

□ Relation et confiance □ Respect □ Communication □ Ne sais pas

III. ATTITUDES

Q14-Pensez-vous que les méthodes contraceptives de longue durée d'action sont plus fiables ?

□ Oui □ Non

1) Si non, pourquoi? .
2) Si oui, pourquoi ? .

Q15- Selon-vous, peut-on se passer des méthodes contraceptives de longue durée d'action ?

□ Oui □ Non

Q16- Les patientes sont-elles réceptives aux méthodes contraceptives de longue durée d'action ?

□ Oui □ Non

IV. PRATIQUES

Q17 - Savez-vous implanter les méthodes contraceptives de longue durée d'action ? □ Oui □ Non

Si oui, combien de fois l'avez-vous fait?_____.

Q18- Quelles méthodes contraceptives de longue durée d'action êtes-vous habitués à prescrire ?

□ Implants sous-cutanés □ Dispositifs intra-utérins

Q19- Dans quel cadre mettez-vous en place les contraceptifs de longue durée d'action chez vos patientes?

□ Bureau □ Salle de consultation □ Salle d'hospitalisation □ Maison

□ Autre à préciser……..

Q20- Quelle est la durée d'un counseling sur les méthodes contraceptives de longue durée d'action ?

□ Moins de 30 minutes

□ Entre 30 minutes et une heure

□ Plus d'une heure

Q21- Quelle est la durée de mise en place d'un contraceptif de longue durée d'action?

□ Moins de 30 minutes

□ Entre 30 minutes et une heure

□ Plus d'une heure

Q22- Sur combien de patientes avez-vous mis en place les contraceptifs de longue durée d'action sans faire le counseling ?_____

□ Inférieure à 5; □ [5-10]; □ Supérieure à 10

Q23- Combien d'offre de contraceptifs faites-vous mensuellement ?

- DIU_____

□ Inférieure à 5; □ [5-10]; □ Supérieure à 10; □ Tous vos patients

- Implant_____

□ Inférieure à 5; □ [5-10]; □ Supérieure à 10; □ Tous vos patients

Q24 – Comment se fait l'insertion des contraceptifs de longue durée d'action ?

□ Sur Rendez-vous □ Lors des consultations □ Sur demande express

Q25- Combien de salles adéquates avez-vous pour réaliser l'insertion des contraceptifs de longue durée d'action? _____

□ Inférieure à 2 □ [2-4] □ Supérieure à 6

Q26- Avez-vous des jours spécifiques réservés aux counselings ?

□ Oui □ Non

Si oui pourquoi ? _____

_____

_____

Q27- Avez-vous des jours spécifiques réservés à l'insertion de contraceptifs de longue durée d'action ?

□ Oui □ Non

Si oui pourquoi ?_____

_____

_____

Q28- L'insertion des contraceptifs de longue durée d'action et la réalisation des counselings perturbent-elles votre emploi du temps ?

□ Oui □ Non

Q29- Comment êtes-vous approvisionné en dispositifs pour contraceptions ?

□ Grossistes □ Dons de l'Etat □ Officines □ Apportés par les patientes □ ONG

Q30- L'offre des contraceptifs de longue durée d'action est :

□ Gratuite □ Payante

Q31- Quels sont les plus efficaces ?

□ DIU □ Implants

Q32- Lesquels préférez-vous ?

□ DIU □ Implants

Q34-Imposez-vous une limite d'âge pour l'insertion des contraceptifs de longue durée d'action?

□ Oui □ Non

Si oui, quel âge ?_____

Q35- Imposez-vous un minimum de parité pour l'insertion des contraceptifs de longue durée d'action? □ Oui □ Non

Si oui, combien? _____

Q36- Souhaitez-vous recevoir une formation sur les méthodes contraceptives de longue durée d'action? □ Oui □ Non

1. Si non, pourquoi?_____
   _____
   _____
   _____
2. Si oui, pourquoi? _____

_____
_____

FICHE TECHNIQUE N° 1 : Insertion du DIU

TACHES AVANT L'INSERTION : Après l'accueil, le counseling spécifique DIU et l'examen clinique de la cliente

- Se laver les mains soigneusement avec de l'eau et du savon et les sécher avec un linge propre et sec ;
- Dire à la cliente ce qu'on va faire et l'encourager à poser des questions.

INSERTION DU DIU :

- Mettre des gants d'examen ; faire un examen bi manuel ;
- Retirer les gants, se laver les mains, les sécher avec un linge propre et sec ou à l'air libre.
- Mettre des gants d'examen ;
- Placer le spéculum et examiner le col ;
- Désinfecter soigneusement le col (surtout l'orifice) et le vagin deux fois ou plus avec un antiseptique (polyvidone iodée dosé à 10%) ;
- Saisir doucement le col avec un tenaculum entre 10h et 14h (pince pozzi ou tire col) ou pince stoppes à 12 h (là où c'est disponible) ;
- Passer l'hystéromètre une seule fois dans l'ouverture du col sans toucher les parois vaginales ou le spéculum ;
- Déterminer la profondeur de la cavité utérine et retirer l'hystéromètre ; charger le DIU dans l'emballage stérile :
- Ouvrir partiellement le paquet et replier les côtés à l'arrière ; o mettre le mandrin blanc (piston) à l'intérieur du tube de l'inserteur ;
- Mettre le paquet à plat et glisser la carte ID sous les bras du DIU ;
- Tout en tenant les pointes des bras du DIU, pousser le tube de l'inserteur pour commencer à plier les bras vers le bas ;
- Quand les bras sont repliés, retirer l'inserteur de dessous les bras ;

- Enlever le tube de l'inserteur, pousser et tourner pour attraper les pointes des bras dans le tube ;
- Placer le curseur à la profondeur mesurée avec le DIU encore dans son emballage stérile et ouvrir ensuite complètement l'emballage ;
- Retirer l'inserteur chargé (veiller à ne toucher aucune surface non stérile et ne pas pousser le mandrin blanc vers le DIU) ;
- Passer doucement l'inserteur chargé à travers le col en tenant le curseur bleu jusqu'à ce que le curseur touche le col ou qu'une résistance soit sentie ;
- Tenir immobile avec une main le tenaculum et le mandrin blanc ;
- Libérer les bras du DIU en utilisant « la technique du retrait » (tirer le tube de l'inserteur vers vous jusqu'à ce qu'il touche la griffe pour le pouce du mandrin) ;
- Retirer le mandrin blanc et pousser doucement (vers le haut) le tube de l'inserteur jusqu'à ce qu'une résistance soit sentie ;
- Retirer partiellement le tube de l'inserteur et couper les fils du DIU en laissant 3 ou 4 cm.
- Retirer le tube de l'inserteur ;
- Retirer doucement le tenaculum ;
- Examiner le col et en cas de saignement, placer la compresse sur l'endroit du saignement là où la pince tire col a blessé, pendant 30 à 60 secondes ; □ refouler le fil dans le cul de sac du douglas ;
- Retirer doucement le spéculum.

TACHES POST-INSERTION :

- Placer les instruments utilisés dans une solution de décontamination pendant 10 minutes ;
- Limiter les déchets (compresse, coton, gants à jeter) selon les directives ;
- Plonger les deux mains gantées dans une solution chlorée ;
- Retirer les gants en les retournant et les jeter dans la poubelle ;

- Se laver les mains soigneusement avec de l'eau et du savon ;ssuyer les mains avec un linge individuel sec et propre ;
- Remplir la carte de rendez-vous et noter dans le dossier de la cliente ;
- Aider la femme à se relever.

FICHE TECHNIQUE N° 2 : Insertion de la ou des capsules d'implants

- Vérifier que la cliente a lavé soigneusement son bras avec du savon et de l'eau ;
- Choisir et placer correctement le bras de la femme ;
- Marquer l'endroit où sera faite l'insertion ;
- Vérifier la présence d'instruments stériles ou DHN (désinfection à haut Niveau) et la disponibilité de la ou les capsules d'implants.

TACHES PREALABLES A L'INSERTION

- Se laver les mains avec de l'eau et du savon et les sécher à l'air libre ou essuyer avec un linge individuel propre et sec ;
- Mettre des gants stériles ;
- Passer une solution antiseptique à l'endroit de l'insertion selon les directives ;
- Placer un linge stérile ou désinfecté à haut niveau (DHN) sur le bras (facultatif) ;
- Injecter un anesthésique (Xylocaïne 2% sans Adrénaline diluer à 50%) local juste sous la peau ;
- Gonfler légèrement la peau ;
- Avancer l'aiguille d'environ 4 cm et injecter 1 ml d'anesthésique local dans chacun des 2-3 sillons subdermiques (Jadelle, Sino-plant) et un sillon pour l'Implanon ;
- Vérifier l'effet anesthésique.

INSERER LA OU LES CAPSULES D'IMPLANTS

- JADELLE, SINO-IMPLANT

- Insérer directement le trocart sous la peau ;
- Tout en gonflant la peau, avancer le trocart et le mandrin jusqu'à la marque (1) près de la garde du trocart ;

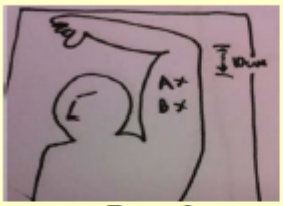
- Retirer le mandrin et charger la capsule dans le trocart (avec mains gantées ou pinces) ;
- Réinsérer le mandrin et l'avancer jusqu'à ce qu'on sente une résistance.
- Tenir le mandrin fermement en place avec une main et retirer le trocart de l'incision jusqu'à ce qu'il arrive au manche du mandrin ;
- Retirer le trocart et le mandrin ensemble jusqu'à ce que la marque (2) près du bout du trocart apparaisse dans l'incision (ne pas retirer le trocart de la peau) ;
- En tenant avec le doigt la capsule déjà placée, guider l'insertion du trocart et du mandrin jusqu'à la marque (1) ;
- Ne retirer le trocart qu'après avoir inséré la dernière capsule ;
- Palper les capsules pour vérifier que la ou les capsules ont été insérées en forme de v pour Jadelle et sino –implant ;
- Palper l'incision pour vérifier que la ou toutes les capsules sont éloignées de l'incision.

TACHES APRES L'INSERTION

- Resserrer les lèvres de l'incision et la refermer avec un pansement compressif et du sparadrap ou un pansement chirurgical et du sparadrap ;
- Mettre l'aiguille et la seringue dans la boite de sécurité et placer tous les instruments dans une solution chlorée pour la décontamination ;
- Eliminer les déchets avec les mesures de précaution qui s'imposent ;
- Plonger les mains gantées dans une solution chlorée ; enlever les gants en les retournant et les mettre dans la poubelle ;
- Se laver les mains avec de l'eau et du savon et les sécher à l'air libre ou les essuyer avec un linge individuel, sec et propre ;
- Coller l'étiquette de l'emballage sur la fiche d'admission.

➢ **IMPLANON**

Etape 1

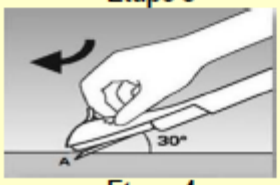


- Marquer deux points A et B centrés sur l'intérieur du bras, à 4 cm d'écart l'un de l'autre, et à 10 cm du coude.
- Nettoyer la peau à cet endroit avec le désinfectant.
- Ne pas trop se rapprocher du coude ni de l'aisselle.

Etape 2

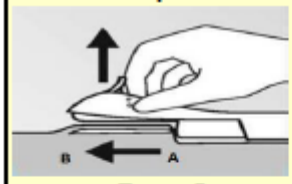
- Injecter l'anesthésique local le long de la ligne prévue pour l'implant.
- Pénétrer la peau au point A et suivre la ligne jusqu'au point B.
- Ne pas aller trop profond, rester au niveau de la peau.

Etape 3



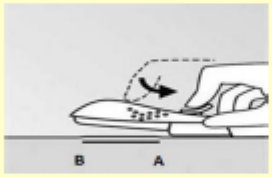
- Sortir l'applicateur de son emballage.
- Pénétrer la peau au point A.
- Ne pas toucher l'aiguille avec les doigts, elle doit rester propre.

Etape 4



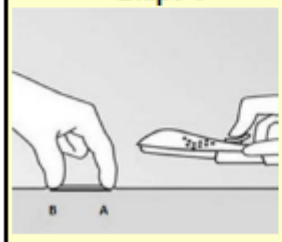
- Pousser l'applicateur sous la peau de A à B, en le gardant bien à plat.
- En poussant, soulever un peu la peau en même temps.
- Ne pas aller trop profond, rester au niveau de la peau.

Etape 5



- Pousser l'applicateur jusqu'à introduire l'aiguille sur toute sa longueur maintenir l'applicateur dans cette position, Déverrouiller la glissière violette en la déplaçant jusqu'à la butée.
- Ne pas retirer l'applicateur tant que la glissière violette n'est pas complètement tirée en arrière.

Etape 6



- Vérifier qu'on sent l'implant au toucher et que la cliente le sent aussi.
- Appliquer une compresse si la zone saigne puis mettre un pansement.
- Ne pas pousser l'implant et le forcer sous la peau.
- S'il ressort le retirer et recommencer la procédure avec un nouvel applicateur et un nouvel implant.

FICHE SIGNALETIQUE

Nom et prénoms : DAOUDA Dalilath Morayo Adéyosola

Titre de la thèse : Connaissances, attitudes et pratiques des prestataires sur l'utilisation et la prescription des méthodes contraceptives de longue durée d'action dans huit structures de santé à Bamako.

Année académique : 2023-2024

Lieu de soutenance : Bamako (Mali)

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

Secteur d'intérêt : Gynécologie Obstétrique.

RESUME : L'objectif était d'évaluer l'état actuel des connaissances, attitudes et pratiques des prestataires sur l'utilisation et la prescription des méthodes contraceptives de longue durée d'action dans les structures de santé privées et publiques de Bamako.

Il s'agissait d'une étude transversale réalisée après un échantillonnage non probabiliste de type raisonné dans les CSRef des six communes du district de Bamako et les cliniques Mohammed V et Kabala. Les prestataires ayant donné leur consentement ont rempli une fiche d'enquête anonyme.

Au total 180 fiches d'enquête ont été analysée. Les sage-femmes étaient les plus représentées à 42,8% et les plus formées sur les MLDA. Malgré la formation reçue, la majorité des prestataires restaient sceptiques à propos des MLDA, démontraient une réalisation de counseling, ne respectant pas toutes les étapes du REDI et technique d'insertion qui était moyenne selon les normes. Aussi, certains prestataires étaient enclins à imposer des restrictions inutiles et non médicalement justifiées aux MLDA en fonction de l'âge et de la parité. Mais 92,8% d'entre eux souhaitaient recevoir une formation sur les MLDA.

Mots clés : CAP, contraception, méthodes contraceptives de longue durée d'action, Bamako

DATA SHEET

Name and surname: DAOUDA Dalilath Morayo Adeyosola

Thesis title: Knowledge, attitudes and practices of providers on the use and prescription of long-acting contraceptive methods in eight health structures in Bamako.

Academic year: 2023-2024

Place of defense: Bamako (Mali)

Place of deposit: Library of the Faculty of Medicine and Odontostomatology

Area of interest: Gynecology Obstetrics.

ABSTRACT: The objective was to assess the current state of knowledge, attitudes and practices of providers on the use and prescription of long-acting contraceptive methods in private and public health structures in Bamako.

This was a cross-sectional study carried out after non-probability purposive sampling in the CSRefs of the six communes of the Bamako district and the Mohammed V and Kabala clinics. Providers who gave their consent completed an anonymous survey form.

A total of 180 survey sheets were analysed. Midwives were the most represented at 42.8% and the most trained on LARC. Despite the training received, most providers remained sceptical about LARC, demonstrated counselling performance, did not follow all the steps of REDI and insertion technique which was average according to standards. Also, some providers were inclined to impose unnecessary and not medically justified restrictions on LARCs based on age and parity. But 92.8% of them wanted to receive training on LARC.

Keywords: KAP, contraception, long-acting contraceptive methods, Bamako

SERMENT D'HYPPOCRATE

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

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

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admise 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 reçu de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur 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 !