

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

Université des Sciences Techniques et des Technologies de Bamako



U.S.T.T-B



Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie (FMOS)

Année universitaire : 2022- 2023

Thèse N °

THESE

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES FEMMES EN AGE DE PROCREER FACE AUX METHODES DE CONTRACTIONS MODERNES AU CHU Pr BSS DE KATI

Présentée et soutenue publiquement le 17 / 07 /2023 devant le jury
de la Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie Par :

M. Mamadou Koné

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat)**

JURY :

Président du Jury : M. Tioukani Augustin THERA (Professeur)
Membre du Jury : M. TOURE Ousmane Dantoumé (Chargé de recherche)
Co-directeur de Thèse : M. SIDIBE Souleymane (Maitre-assistant)
Directrice de thèse : Mme. THERA Aminata KOUMA (Maitre-Assistant)



Dédicaces

DEDICACE :

BISSIMILLAH-RAHMANI-RAHIM

Au nom d'ALLAH, le TOUT MISERICORDIEUX, le TRES MISERICORDIEUX.

« GLOIRE à TOI ! Nous n'avons de savoir que ce que tu nous as appris. Certes c'est toi l'omniscient, le sage ». Merci de m'avoir donné la force, la volonté et le courage de terminer ainsi mes études et de pouvoir présenter ma thèse.

Je vous dois ce que je suis devenu.

Louanges et remerciement pour votre clémence et miséricorde.

A notre Prophète MOHAMED : Salut et paix sur lui, à toute sa famille, à tous ces compagnons et à tous ceux qui le suivent jusqu'au jour du jugement dernier.

A Ma Maman : Maïmouna Keïta

Ma chère maman ! Femme croyante, joviale, généreuse, sociable, attentionnée et dynamique.

A toi mère, j'exprime toute ma reconnaissance, tu m'as toujours donnée, de ton amour, de ton temps et de ton énergie. Merci pour tes nuits et jours blanches à veiller sur moi, tes prières qui ne cessent de me protéger. Merci Pour tes conseils précieux, soutiens et accompagnement. En ce jour j'espère réaliser chère mère un de tes rêves, sachant que tout ce que je pourrai faire ou dire ne pourrai égaler ce que tu m'as donnée et faite pour moi. Qu'Allah t'accorde sa grâce, te procure une longue vie, la santé et le bonheur. Amen

Que Dieu me donne la force, la chance et la bénédiction de te combler à mon tour.

A mon Papa : Bréhima Koné

Aucune dédicace ne saurait exprimer mon respect, mon amour éternel, ma considération et toute ma gratitude.

Merci à toi père pour ta présence rassurante et constante.

Merci pour tous les sacrifices et efforts consentis pour notre éducation.

Grace à toi, j'ai appris le sens de l'honneur, la dignité, la tolérance, la loyauté, la rigueur, la probité, le respect de soi et des autres. Je ne saurai te remercier

suffisamment d'avoir été un réel mentor et un père idéal pour moi. Puisse ton existence pleine de sagesse, d'amour me servir d'exemple dans ma vie et dans l'exercice de ma profession. Veuillez cher père trouver à travers ce travail l'expression de mon attachement et ma profonde reconnaissance. Que Dieu me fasse bénir le plus longtemps par ta présence en te prêtant longue vie et bonne santé afin que je puisse te combler à mon tour...

A Mon Frère et Mes Sœurs : Zakaria, Kadia, Diahara

Vos soutiens, encouragements et conseils n'ont jamais fait défaut durant toutes les années de mes études, vous avez toujours été présents à mes cotes pour me consoler quand il fallait. Ce travail me permet de vous réitérer mon amour et c'est aussi l'occasion pour moi de vous rappeler que la grandeur d'une famille ne vaut que son unité. Puisse l'amour et la fraternité nous unissent à jamais.

A mon oncle Dr Keïta Gaoussou

Vous avez été pour moi plus qu'un oncle, c'est grâce à vos soutiens moraux et matériels que j'ai pu mener à terme mon étude universitaire. Votre souci premier a toujours été ma réussite. Ce travail est le vôtre ! Merci !

A Mes Tantes et Oncles :

Je ne peux exprimer à travers ces lignes tous mes sentiments d'amour envers vous. Vous n'avez pas cessé de me soutenir et de m'encourager durant toutes les années de mes études.

Je vous dédie ce travail en témoignage de l'amour et le respect que j'ai pour vous. Qu'Allah vous procure longévité, santé et bonheur.

A Mes Cousins et Cousines :

Vous êtes pour moi des frères et sœurs et des amis. L'amour et la gentillesse dont vous m'avez entouré m'ont permis de surmonter les moments difficiles. Merci pour votre soutien, Qu'Allah vous aide à atteindre vos rêves et de réussir dans votre vie.

A Mes amis et Collègues

Vous êtes pour moi plus que des amis ! je ne saurais trouver une expression témoignant de ma reconnaissance et des sentiments de fraternité que je vous porte. Je vous dédie ce travail en témoignage de ma grande affection et en souvenir des moments formidables passés ensemble. A tous les moments qu'on a passés ensemble, à tous nos souvenirs ! Je vous souhaite à tous une vie pleine de bonheur, santé, longévité et de prospérité. Je vous dédie ce travail en témoignage de ma reconnaissance et respect. Merci pour tous les moments agréables qu'on partage.

A la femme malienne :

En témoignage de notre contribution à l'amélioration de la sante de la femme et de l'enfant.

A tous ce qui me sont chers et que j'ai omis de citer.



Remerciements

Remerciements :

A L'ensemble des professeurs de la FMOS :

A tous nos maîtres de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako pour la qualité des enseignements que vous nous avez prodigués tout au long de notre formation. Soyez rassurés, que je rendrai à vos enfants, « l'instruction que j'ai reçue de leurs pères ».

A Dr Souleymane Sidibé :

La facilité avec laquelle vous nous avez acceptés comme élève ne nous a pas laissé indifférent. Vos qualités humaines et professionnelles jointes à votre compétence et votre dévouement pour votre profession seront pour moi un exemple à suivre dans l'exercice de cette honorable mission. Merci.

A tous les Médecins du service de gynécologie-obstétrique du CHU Kati :

Pr Thera Aminata Kouma, Dr Guindo Boubakary, Dr Diarra Bouroulaye, Dr Diaby Moctar, Dr Drissa Koné, Dr Ibrahima Koné.

Je tiens à vous présenter mes sincères remerciements pour la formation de qualité dont nous bénéficions, vos critiques et suggestions ainsi que vos encouragements. Je ne saurais assez-vous remercier pour tout ce que vous avez pu faire pour moi dans la réalisation de ce travail.

A mes chers professeurs du préscolaire, primaire et secondaire

Les plus grandes leçons ne sont pas tirées d'un livre mais d'un enseignant tel que vous. Merci d'avoir pris le temps de m'aider avec vos conseils, votre enseignement et votre engagement à mes côtés. Je veux que vous sachiez que je garderai toute ma vie de très bons souvenirs.

Que Dieu vous garde et vous protège.

A tout le personnel médical et paramédical du CHU Pr BSS de Kati :

Votre soutien et votre amour ne m'ont jamais manqué. Ce travail est le vôtre.

A tout le personnel administratif et technique de l'hôpital BSS de Kati,

Nos sincères remerciements.

**A toutes les sage-femmes et infirmières du service de gynécologie-obstétrique
du CHU de Kati,**

Merci pour votre soutien moral, votre admiration et votre encadrement.

Merci à tous ceux qui ont contribué à mon éducation et à mon encadrement.

Qu'Allah le tout puissant vous récompense.

A tous mes amis (es) et mes collègues,

Vous êtes si nombreux dans mon cœur. Soyez rassurés de ma très profonde reconnaissance. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de mon respect le plus profond et mon affection la plus sincère.

A tous ceux qui, de près et de loin, ont contribué à la réalisation de ce travail.

Mes vifs remerciements.

A toute ma promotion « Alioune Nouhoum Diallo »

Merci pour les bons moments partagés. Fraternité, Solidarité et Entente nous ont permis d'arriver au bout malgré les multiples difficultés. Puisse ce travail être un souvenir pour nous tous. Que Dieu nous assiste dans notre nouvelle vie de médecin qui commence, courage !

**HOMMAGE AUX MEMBRES
DU JURY**

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY :

Pr Tioukani Augustin THERA

- **Chef de service de gynécologie-obstétrique du CHU point G**
- **Maître de conférences agrégé en Gynécologie Obstétrique**
- **Ancien faisant fonction d'interne des Hôpitaux de Lyon (France)**
- **Diplôme d'étude universitaire en thérapeutique de la stérilité :
Université Paris IX (France)**
- **Diplôme Européen d'Endoscopie Opératoire en Gynécologie :
Université d'Auvergne Clermont Ferrant (France)**
- **Diplôme Inter - Universitaire d'échographie Gynécologique et
Obstétricale : Université Paris Descartes**
- **Membre des sociétés africaine et française de Gynécologie et
d'Obstétrique**
- **Président de la commission médicale d'établissement du CHU
point G**

Honorable Maitre,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations, votre ardeur au travail, votre disponibilité et vos qualités d'homme de science, de culture et de recherche font de vous un homme admirable. Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Docteur TOURE Ousmane Dantoumé

- **Directeur Général Adjoint du CHU Pr Bocar Sidy Sall de Kati**
- **Diplômé de l'école Nationale de Santé Publique (ENSP) de RABAT au MAROC**
- **PHD en Santé Publique (Management des organisations de santé)**
- **Administrateur des services de santé**
- **Chargé de recherche au Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique**
- **Enseignant à l'Institut Supérieur de Santé Publique (ISSP) de BAMAKO**
- **Enseignant à l'institut National des formations Socio-Sanitaires (INFSS) de BAMAKO**
- **Ancien chef de service de santé publique à l'hôpital du Mali**
- **Ancien chef de division santé à la Direction régionale de la Santé de Koulikoro**
- **Coordinateur régional du projet quinquennal de lutte contre la cécité à la direction régionale de la santé de Koulikoro**
- **Ancien Médecin Chef du District sanitaire de Banamba**
- **Consultant à Save the Children International, à Speak up Africa et à Catholic Relief Services.**

Cher maître,

C'était un plaisir pour nous d'avoir eu des moments d'entretien, de partage avec vous pour ce travail. Vous êtes resté disponible, les bras ouverts pour nous et cela malgré vos multiples occupations

Recevez ici le témoignage de notre sincère reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Docteur Souleymane Sidibé

- **Spécialiste en médecine de famille/ médecine communautaire ;**
- **Maitre-assistant à la faculté de médecine et d'odontostomatologie ;**
- **Membre du Bureau de recherche de la faculté de médecine ;**
- **Vice-président du Réseau des Médecin de Famille et Communautaires (REMEFAC) ;**
- **Chargé de la santé de la reproduction au CSCOM-U de Banconi.**

Cher Maitre,

C'est avec un grand plaisir que je me suis adressé à vous dans le but de bénéficier de votre encadrement et j'étais très touché par l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de nous confier ce travail.

Merci pour m'avoir guidé tout au long de ce travail. Merci pour l'accueil aimable et bienveillant que vous m'avez réservé à chaque fois.

C'est pour moi un honneur de vous voir siéger parmi le jury de cette thèse.

Soyez rassuré de notre profonde gratitude.

Que le bon Dieu vous prête la santé et la paix du cœur.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTRICE DE THESE

Dr THERA Aminata KOUMA

- **Chef de service de gynécologie-obstétrique du CHU Pr Bocar Sidy SALL de Kati**
- **Maitre de Conférences de gynécologie et d'obstétrique à la FMOS**
- **Praticienne gynécologue obstétricienne au service de gynécologie et d'obstétrique du CHU Pr Bocar Sidy SALL de Kati**
- **Membre de la Société Malienne de Gynécologie et d'Obstétrique (SOMAGO)**
- **Secrétaire général adjointe de la Société Africaine de Gynécologie et d'Obstétrique (SAGO)**
- **Présidente de la Commission médicale d'Etablissement du CHU Pr BSS de Kati**

Cher maître,

Nous vous remercions pour la gentillesse et la spontanéité avec lesquelles vous avez bien voulu diriger ce travail.

Nous avons eu le grand plaisir de travailler sous votre direction, et avons trouvé auprès de vous la conseillère et le guide. Vous nous avez reçus en toute circonstance avec sympathie et bienveillance.

Votre compétence, votre dynamisme, votre rigueur, vos qualités humaines et professionnelles ont suscité en nous une grande admiration et un profond respect. Nous voudrions être dignes de la confiance que vous nous avez accordée et vous prions, chers Maître, de trouver ici le témoignage de notre sincère reconnaissance et profonde gratitude.



TABLE DES MATIERES

Table des matières

1. INTRODUCTION	2
2- OBJECTIFS.....	6
2.1- Objectif général.....	6
2.2- Objectifs spécifiques.....	6
3- GENERALITES	8
3.1- Définition des concepts	8
3.2- Rappel anatomique	9
3.2.1- Rappel anatomique de l'utérus :.....	9
3.2.2- Rappel anatomique de la trompe.....	15
3.2.3- Rappel anatomique de l'ovaire :.....	23
3.3- Historique de la contraception dans le monde.....	28
3.4- Rappel de la planification familiale au Mali	30
3.5- Les méthodes contraceptives	31
3.4.1- Les méthodes de contraception modernes	32
3.4.2- Les méthodes naturelles	43
3.4.3- Les méthodes de contraception traditionnelles au Mali	45
4- METHODOLOGIE.....	48
4.1- Cadre d'étude	48
4.2- Type et période d'étude.....	51
4.3- Population d'étude.....	51
4.4- Echantillonnage	51
4.5- Critère d'inclusion.....	52
4.6- Critère de non inclusion.....	52
4.7- Collecte des données.....	52
4.8- Saisie et analyse des données	52
4.9- Considération éthique	53
5- RESULTATS	55
5.1- Données sociodémographiques	55
5.2- Connaissance de la planification familiale.....	60
5.3- Attitude et pratique en matière de contraception	62
5.4- Connaissance des effets secondaires.....	67
5.5- Données analytiques	72
6- COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	75
6.1- Approche méthodologique	75
6.2- Limites de l'étude	75
6.4- Connaissances de la contraception.....	76

6.5- Utilisation des méthodes de contraception.....	77
6.6- Effets secondaires	78
7.1- Conclusion.....	80
7.2- Recommandations	81
8- REFERENCES	83
9- ANNEXES	87

**LISTE DES TABLEAUX
ET FIGURES**

Liste des tableaux

Tableau I: Répartition des femmes selon les tranches d'âge	55
Tableau II : Répartition des femmes selon le statut matrimonial	57
Tableau III : Répartition des femmes selon leur niveau d'instruction	57
Tableau IV : Répartition des femmes selon l'intervalle de temps moyen entre deux enfants.	59
Tableau V: Répartition des femmes selon leur avis sur la planification familiale	60
TableauVI: Répartition des femmes selon leur connaissance des méthodes de contraception.	61
Tableau VII : Répartition des femmes sur les raisons de n'avoir jamais utilisé une méthode de contraception	63
Tableau VIII : Répartition des femmes selon le fait qu'elles ont déjà interrompue une méthode de contraception	63
Tableau IX : Répartition des femmes selon le motif d'interruption de la méthode de contraception.	64
Tableau X : Répartition des femmes selon l'utilisation actuelle d'une méthode de contraception.	64
Tableau XI: Répartition des femmes selon la méthode qu'elles utilisent actuellement	65
Tableau XII: Répartition des femmes selon les raisons d'arrêts actuelles de la méthode	65
Tableau XIII : Répartition des femmes selon leur impression sur les unités de Planification familiale	66
Tableau XIV: Répartition des femmes selon leur source d'approvisionnement	66
Tableau XV : Répartition des femmes utilisatrices selon leur niveau d'information sur les effets secondaires des méthodes de contraception	68
Tableau XVI : Répartition des femmes selon les effets secondaires liés aux contraceptifs.	69
Tableau XVII : Répartition des femmes selon les effets secondaires vécus.	70
Tableau XVIII : Répartition des femmes selon leurs attitudes face aux effets secondaires dus aux méthodes de contraceptions	71
Tableau XIX : Répartition des femmes selon la gestion des effets secondaires.	71
Tableau XX: Relation entre l'utilisation des méthodes par les femmes et leur niveau d'instruction	72
Tableau XXI: Relation entre l'interruption d'une méthode par les femmes et leur niveau d'instruction	72
Tableau XXII : Relation entre l'interruption d'une méthode par les femmes et la survenue d'effets secondaires.	73

Liste des figures

Figure 1 : Organes génitaux internes de la femme (face postérieure) _____	9
Figure 2: Les étapes de la fécondation _____	21
Figure 3 : La migration et la nidation de l’embryon _____	22
Figure 4: Méthodes modernes de contraception _____	32
Figure 5: Répartition des femmes en fonction de leur résidence _____	56
Figure 6: Répartition des femmes en fonction de la profession _____	56
Figure 7 : Répartition des femmes selon le nombre d’enfants _____	58
Figure 8: Répartition des femmes selon l’utilisation antérieure d’une méthode _____	62
Figure 9: Répartition des femmes selon le type de méthodes utilisées antérieurement _____	62
Figure 10 : Répartition selon les informations reçues en PF _____	67



ABREVIATIONS

Liste des abréviations :

AMPPF : Association Malienne pour la Promotion et la Protection de la Famille

BSS : Bocar Sidy Sall

CHU : Centre Hospitalière et Universitaire

CIPD : Chartered Institute of Personnel and Development

CPN : Consultation Prénatale

CPON : Consultation Postnatale

DES : Diplôme d'étude Spécialisé

DIU : Dispositif Intra Utérin

DSF : Division de la Santé Familiale

DSFC : Division de la Santé Familiale et Communautaire

EDS : Enquête Démographique et de Santé

EPA : Etablissement Public à caractère Administratif

EPH : Etablissement Public à caractère Hospitalière

FNUAP : Fonds de Nations Unis Pour la Population

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie

INSTAT : Institut National de la Statistique

IST : Infection Sexuellement Transmissible

MAMA : Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée

MST : Maladie Sexuellement Transmissible

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PF : Planification Familiale

UNICEF : Fonds de Nations Unis Pour l'Enfance

URSS : Union des Républiques Socialistes Soviétiques

VIH/SIDA : Virus de l'Immunodéficience Humaine / Syndrome de
l'Immunodéficience acquise

WHO : Word Health Organization



INTRODUCTION

1. Introduction

La planification familiale est reconnue depuis longtemps en Afrique subsaharienne comme un moyen essentiel permettant de garantir la santé et le bien-être des femmes et de leur famille [1].

Dans le monde se sont chaque année, 74 millions de femmes vivante dans les pays à faible revenu ou intermédiaire qui tombent enceintes de façon accidentelle. Il en résulte 25 millions d'avortements pratiqués dans de mauvaises conditions [2].

Environ 830 femmes meurent chaque jour dans le monde du fait de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement. En 2015, 303 000 femmes sont décédées pendant ou après la grossesse ou l'accouchement. La majeure partie de ces décès pourraient être évités si des mesures de prévention étaient prises et des soins adéquats étaient disponibles [2].

En 2019, sur 1,9 milliard de femmes en âge de procréer (15-49 ans) dans le monde, elles sont 1,1 milliard à avoir besoin de planification familiale ; parmi celles-ci, 842 millions utilisent des méthodes de contraception, et 270 millions n'ont pas accès à la contraception dont elles ont besoin [3].

La planification familiale améliore la santé, réduit la pauvreté et émancipe les femmes. Pourtant, aujourd'hui, plus de 200 millions de femmes vivant dans les pays en développement veulent éviter une grossesse mais n'utilisent aucune méthode de contraception. Elles sont confrontées à de nombreux obstacles, notamment le manque d'accès aux informations et aux services de soin de santé, l'opposition de leurs conjoints et de leur communauté, les perceptions erronées sur les effets secondaires et le coût de la planification familiale [4]. Faciliter l'accès à toutes les femmes actuellement privées des méthodes de contraception modernes dont elles ont besoin préviendrait 74 millions de grossesses non désirées, 25 millions d'avortements non sécurisés, 303.000 décès maternels et 2,4 million de décès de nourrissons seraient également évités [2 ; 5 ; 6 ; 7]

Cependant, la prévalence contraceptive est estimée à 62% dans les pays en développement, mais reste faible en Afrique subsaharienne (23,7%) et parallèlement, le nombre de besoins non satisfaits ne cessent de croître [8]. La prévalence contraceptive est de 25% en Afrique, mais un peu plus élevée dans certains pays d'Afrique tels que la Tunisie 75%, le Kenya le Botswana 30% et au Zimbabwe 43% [9].

Le Mali est parmi les pays à fort taux d'accroissement dans le monde, ce qui s'explique par une fécondité globale élevée, soit la 182^e sur 187 nations du monde [10]. L'indice synthétique de fécondité est de 6,3 enfants par femme. Il est plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain (6,8 contre 4,9) [10].

Le taux de mortalité maternelle est de 325/100.000 naissances vivantes [10].

Dans le domaine de la santé de la reproduction, le Mali figure sur les zones à plus faible taux de contraception en Afrique de l'ouest soit 14,1%, le Niger 13%, le Sénégal 16,1% en 2016 [11]. L'enquête démographique récente (EDS VI) souligne un faible niveau de contraception (16%) des femmes âgées de 15 à 49 ans en union, soit une légère augmentation par rapport aux années précédentes EDSIV et EDSV soit 7% et 10% respectivement [10]. Cependant, ce taux de prévalence demeure élevé chez les femmes ne vivant pas en union mais étant sexuellement actives (36%). Les femmes en âge de procréer en union (24%) ont déclaré avoir des besoins non satisfaits en PF, ce qui contraste avec le niveau actuel de contraception dans la même série [10].

La Planification Familiale constitue l'une des méthodes modernes pour réduire le taux de mortalité et de morbidité maternelle et néonatale. Elle contribue ainsi à réduire les grossesses rapprochées et non désirées, les avortements provoqués qui menacent dangereusement la santé de la femme. Malgré les efforts énormes que le ministère de la santé déploie pour l'utilisation des services de planification familiale, la prévalence contraceptive reste l'un des plus faible.

Cette faible prévalence contraceptive serait liée à :

- L'influence des perceptions socio-culturelles sur les méthodes modernes de contraception ;
- Mais aussi le niveau de connaissance (information) des femmes sur les méthodes modernes de contraception.

C'est au regard de tous ces constats, que nous avons initié ce travail pour évaluer le niveau de connaissance des femmes reçues en consultation sur les méthodes modernes de contraceptions.

Pour ce faire, nous nous sommes fixés les objectifs suivant.



OBJECTIFS

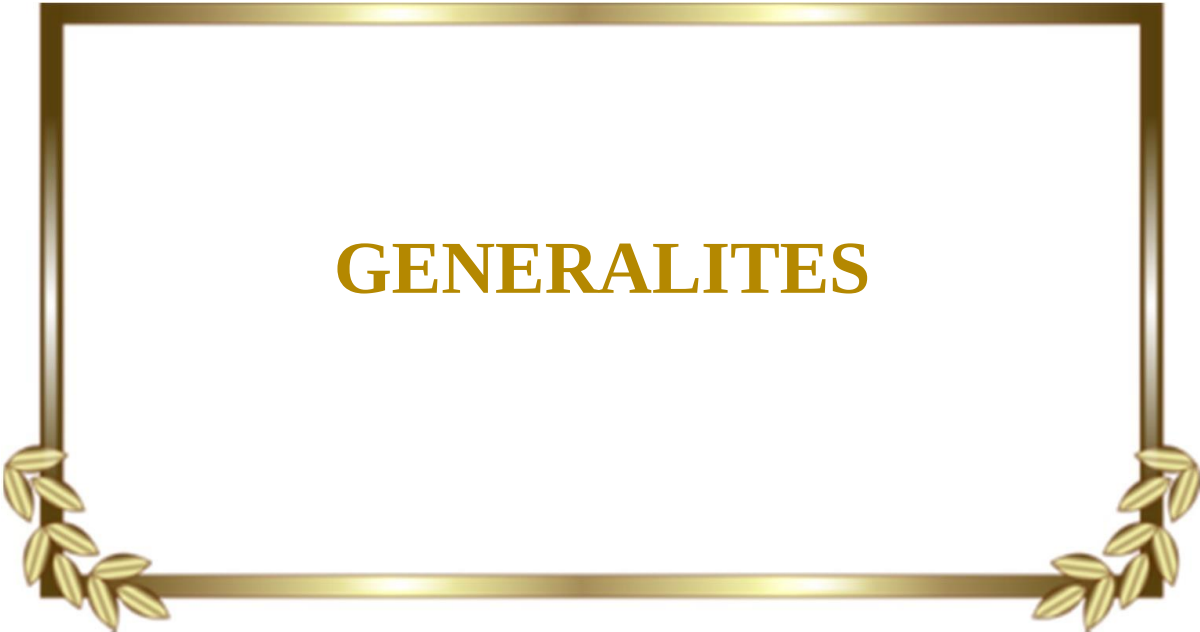
2- OBJECTIFS

2.1-Objectif général :

- Analyser les connaissances, attitudes et pratiques des femmes en âge de procréer face aux méthodes de contraception.

2.2-Objectifs spécifiques :

- Déterminer les connaissances des femmes en âge de procréer en matière de contraception moderne ;
- Identifier les attitudes des femmes en âge de procréer face aux effets secondaires des méthodes de contraceptions modernes ;
- Rapporter les pratiques des femmes en âge de procréer face aux effets secondaires des méthodes de contraceptions modernes ;
- Identifier les facteurs influençant l'accès aux méthodes de contraceptions modernes
- Préciser les causes d'abandon des méthodes de contraceptions modernes.



GENERALITES

3- Généralités

3.1-Définition des concepts

3.1.1- La contraception :

La contraception est l'utilisation de procédés temporaires et réversibles destinés à empêcher la conception, sont donc exclus de cette définition les procédés chirurgicaux irréversibles (vasectomie, ligatures des trompes) qui restent dans le cadre d'une stérilisation [12]. Elle permet aux couples et individus d'avoir des enfants au moment où ils le décident, d'avoir juste le nombre d'enfant qu'ils désirent et dont ils peuvent prendre soins, d'espacer convenablement la naissance de leurs enfants.

3.1.2- La planification familiale :

Selon l'OMS, la planification familiale est l'ensemble des mesures et méthodes que les hommes et les femmes prennent ou utilisent pour éviter des grossesses non désirées et organiser la venue des enfants quand ils le désirent. Elle leur permet d'avoir des enfants au moment où ils le décident, d'avoir juste le nombre d'enfant qu'ils désirent et dont ils peuvent prendre soins, d'espacer convenablement la naissance de leurs enfants [12].

Au Mali, les normes définissent la planification familiale comme l'ensemble des moyens et techniques médicaux ou non, mis à la disposition des individus et des couples pour leur permettre d'assurer leur sexualité de façon responsable de manière à éviter les grossesses non désirées, espacer les naissances, avoir le nombre d'enfant désiré au moment voulu [1].

3.2-Rappel anatomique :

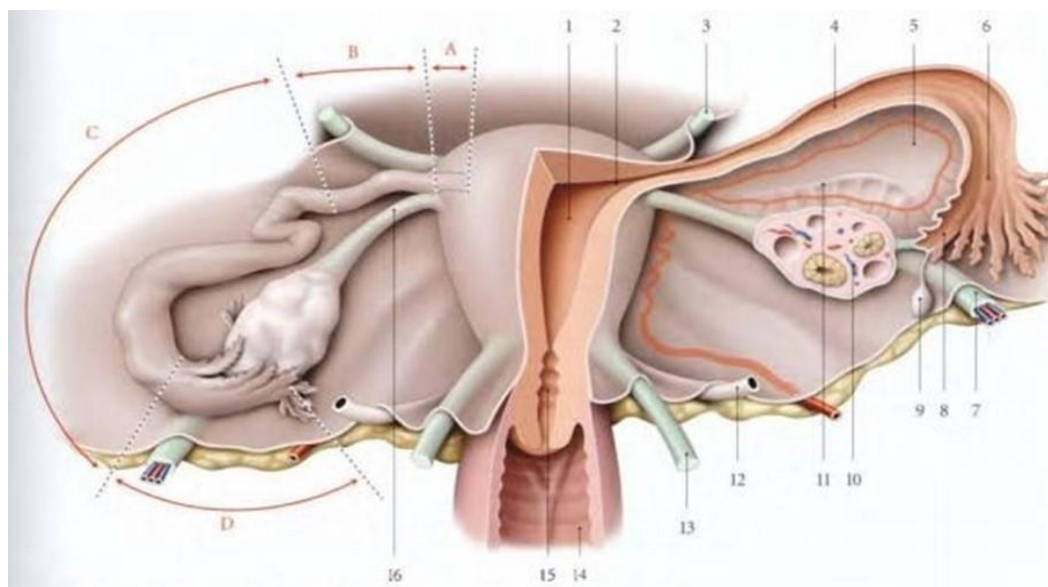


Figure 1 : Organes génitaux internes de la femme (face postérieure) [13].

- A-Partie utérine de la Trompe
- C-Ampoule de la trompe
- B-Isthme de la trompe
- D-Infundibulum de la Trompe
- 1-Cavité Utérine
- 3-Ligament Rond
- 5-Mésosalpinx
- 7-Ligament suspenseur de l'ovaire
- 9-Appendice vésiculeux
- 11-Mésovarium
- 13-Ligament étéro-sacral
- 15-Canal cervical
- 2-Ostium utérin de la trompe
- 4-Cavité tubaire
- 6-Ostium abdominal
- 8-Frange ovarique
- 10-Ovaire
- 12-Urètre
- 14-Vagin
- 16-Ligament propre de l'ovaire

3.2.1- Rappel anatomique de l'utérus : [14]

3.2.1.1- Rappel embryologique :

Vers la 8ème semaine, le segment inférieur du canal de Muller, au-dessous du croisement avec le ligament inguinal fusionne avec son homologue oppose pour former le canal utérovaginal, impair et médian.

La musculuse utérine ou myomètre, se différenciera à partir de la gaine conjonctive résultant de la fusion des deux cordons uro-génitaux.

Le manchon mésenchymateux est relié de chaque côté à la paroi par le mesometrium, prolongement du méso uro-génital.

Les deux canaux de Wolff régressent, laissant parfois persister les organes de GARTNER.

En aval de son croisement avec la corne utérine, le ligament vaginal forme le ligament rond.

3.2.1.2- Anatomie descriptive :

a- Situation :

Organe impaire, l'utérus est situé au centre de l'excavation pelvienne entre la vessie en avant et le rectum en arrière. Il est recouvert par les anses intestinales et est en majeure partie au-dessus de vagin dans lequel il fait saillie.

b- Morphologie et dimensions :

De consistance ferme mais élastique, il à la forme d'un cône tronqué à sommet inférieur. L'utérus présente à peu près à égale distance entre le sommet et la base un rétrécissement ou étranglement plus marqué en avant et latéralement séparant l'utérus en deux parties : l'isthme de part et d'autre de l'isthme se trouvent les deux autres parties de l'utérus :

- le corps au-dessus
- le col en dessous

b.1- Le corps :

Très aplati dans le sens antéropostérieur, on lui décrit deux faces, trois bords, trois angles :

- Face Antéro -inférieure : presque plane, elle est recouverte de péritoine
- Face postéro - supérieure : fortement convexe, présente une crête médiane
- Bords latéraux : larges et arrondis, ils donnent insertion aux ligaments larges
- Fond utérin : base du cône, rectiligne ou convexe en haut

- Angles latéraux : supérieurs ou cornes utérines d'où se détachent en avant les ligaments ronds en ligaments arrière les trompes utérines et les utéroovariens
- Angle inférieur : sommet du cône, répond à l'isthme.

b- 2- L'isthme :

Etranglement peu marqué, il va se dilater pour loger la tête fœtale au cours de la grossesse, formant le segment inférieur. C'est là qu'on incise l'utérus lors de la césarienne.

b- 3- Le col :

En forme de barillet, il donne insertion au vagin suivant une ligne large de ½ cm environ, oblique en bas et en avant. On peut lui distinguer donc trois parties :

-Supra vaginale qui se continue avec le corps

-Vaginale

-Intra-vaginale encore appelée museau de tanche, accessible au toucher vaginal et au speculum. Elle compte deux lèvres, un orifice externe dont la forme varie selon la parité, (nullipare, primipare, multipare).

Les dimensions de l'utérus varient suivant la parité

c- Direction de l'utérus :

- l'utérus est antéversé : L'axe d'ensemble de l'organe est oblique en haut et en avant formant avec l'axe vaginal un angle ouvert en bas et en avant.

- l'utérus est antéfléchi : L'axe du corps forme avec celui du col un angle ouvert en bas et en avant d'environ 120°. Le sommet de cet angle correspond à l'isthme. A côté de ces positions normales, il y a des variations telles que : la rétroversion, La rétroflexion.

d- Configuration intérieure :

- La cavité utérine explorée par l'hystérogaphie est aplatie de forme d'un triangle isocèle aux bords concaves. Les trompes se détachent des angles supérieurs. Les parois sont lisses et accolées. La profondeur de cette cavité mesurée à l'hystéromètre est de 6cm.

La cavité cervicale en forme de fuseau, présente deux orifices :

- Externe au sommet du museau de tanche
- Interne au niveau de l'isthme.

Elle est sillonnée par les plis de l'arbre de vie peu visible sur les clichés d'hystérosalpingographie

3.2.1.3- Anatomie fonctionnelle :

Les systèmes de maintien de l'utérus sont nombreux et de valeurs différentes. On les classe artificiellement en trois groupes :

- les moyens de soutènement
- les moyens de suspension
- les moyens d'orientation

Les moyens de soutènement (système actif) :

- La vessie sur laquelle l'utérus prend appui est soutenu par le vagin à sa base
- Le col utérin prend appui sur la paroi dorsale du vagin soutenu par l'anneau fibreux central du périnée.
- Le vagin représente un hamac qui soutient le système urogénital
- Les éléments musculaires en particulier le releveur de l'anus (faisceaux interne) permettent la fixation et la mobilisation du vagin
- Les éléments fibreux conjonctifs :(fascia pelvien, fascia vaginal, parcevin) participent également au soutènement de l'utérus.

Le système de soutènement sert de contre appui aux extraits abdominaux.

Les moyens de suspension :

- En arrière : les ligaments utérosacrés
- En avant : les ligaments pubo - vesico - utérins
- Latéralement : le paramètre et le parcevin

Les moyens d'orientation : Ils sont essentiellement corporeaux :

- Ligaments ronds : responsables de l'antéflexion
- Ligaments utérosacrés : responsables de l'antéversion
- Le mésomère : limite la latérotation

3.2.1.4- Anatomie topographique :

a- Les rapports péritonéaux :

Les ligaments de l'utérus le péritoine qui tapisse les faces de l'utérus est soulevé par des ligaments en autant de replis : 2 ligaments larges, 2 ligaments ronds, 2 ligaments utéroovariens, 2 ligaments utérosacrés, 2 ligaments vesico-utérins.

- **Ligaments larges :**

Unissent les bords latéraux de l'utérus à la paroi pelvienne. Constitue par deux lames péritonéales, ils constituent deux cloisons transversales divisant la cavité péritonéale en espace pré et retro ligamentaire. De forme quadrilatère, ils présentent à décrire deux faces et quatre bords.

-Face antérieure : est la réflexion en avant et en dehors du péritoine qui a tapissé la face antérieure de l'utérus. L'espace pré ligamentaire prolonge totalement le cul de sac vesico-utérins.

-Face postérieure : réflexion du péritoine de la face postérieure de l'utérus (portion sus-vaginale) : mesovarium .

- le bord supérieur : longe par la trompe utérine, il est constitué par le mesosalpinx qui forme l'aileron supérieur du ligament large.

-Le bord inférieur ou base : constitue pas l'écartement des deux (2) feuillets, il donne accès aux vaisseaux et nerf utérins et est limité par la tente de l'artère utérine

-le bord interne : s'écarte pour envelopper l'utérus.

-le bord externe : s'écarte en deux feuillets au niveau de la paroi pelvienne. Il donne passage au pédicule ovarien dans sa partie supérieure.

- **Ligaments ronds :**

Ils croisent les vaisseaux iliaques externes avant de s'engager dans le canal inguinal pour se terminer dans le tissu cellulaire du Mont de Venus et des grandes lèvres.

Ligaments utéro - ovariens :

Tendus de l'angle utérin au-dessous et en arrière de la trompe, au pôle inférieur de l'ovaire, au niveau du mesovarium.

Ligaments utérosacrés :

Unissent le col utérin (face postérieure) au sacrum. Ils contiennent le plexus nerveux hypogastrique. Ils sont réunis en avant par un ligament transversal : le torus utérin. En arrière, ils englobent le rectum, limitant latéralement le Douglas et se terminent au niveau des 2ème, 3ème et 4ème trous sacrés. Parfois remontent jusqu'au promontoire.

Ligaments vesico - utérins :

Vont de la face antérieure du col utérin à la face postérieure de la vessie, bordant latéralement le cul-de-sac vesico-utérins font partie de la lame pub-vesico-utero-recto-sacrée.

b- Rapport avec les organes :

- Face antérieure : répond à la vessie
- Face postérieure : répond à la grêle, au sigmoïde, au rectum par le biais du Douglas
- Bords latéraux : au-dessus de l'artère utérine répondent au mésomère
au-dessous de l'artère utérine répondent aux paramètres (artère vaginale, artère utérine, veine utérine, lymphatiques, plexus hypogastrique).

3.2.1.5- Anatomie microscopique :

Ce sont des cordons arrondis, Long de 10 à 15 cm, épais de 5 mm ; tendus les cornes utérines et la région inguino - pelvienne. La paroi utérine étudiée au microscope se révèle constituée de trois tuniques qui sont de dehors en dedans : le péritoine, la musculuse (myomètre) et la muqueuse (endomètre).

a- La séreuse :

Elle est constituée d'éléments conjonctivo-élastiques que recouvre l'épithélium péritonéal.

b- La musculuse (myomètre) :

Au niveau du corps utérin

Elle comprend trois (3) couches :

- La couche sous séreuse

- La couche supra vasculaire
- La couche sous muqueuse

c- La tunique muqueuse :

Mince et friable, d'aspect et de structure variables suivant l'endroit où on se trouve dans l'utérus.

3.2.1.7- Vascularisation utérine :

a- Artères :

L'utérus est vascularisé essentiellement par l'artère utérine, branche de l'artère hypogastrique et accessoirement par les artères ovariennes et du ligament rond.

Origine :

Nait du tronc antérieur de l'artère hypogastrique soit isolément soit d'un tronc commun avec l'artère ombilicale et la vaginale.

b- Les veines :

Il y a deux plexus veineux qui drainent l'utérus.

- Le plexus principal :

Il est retro urétéral et est le plus volumineux.

- Le plexus accessoire :

Il est pre-ureteral et satellite de l'artère utérine.

Les veines drainent le sang veineux utérin dans la veine iliaque interne.

3.2.2- Rappel anatomique de la trompe [15] :

Les trompes utérines ou de FALLOPE, sont deux conduits musculo-membraneux droit et gauche qui prolongeant les cornes utérines, s'étendent vers l'ovaire homolatéral. Elles constituent avec les ovaires, les annexes.

3.2.2.1- Topographie :

La trompe utérine est située dans le pli supérieure du ligament large, ou mésosalpinx ; classiquement entre l'ovaire situé en arrière et le ligament rond situé en avant.

En fait, le mésosalpinx très long dans sa partie externe, se rabat en arrière avec la trompe ; donc la trompe, dans sa portion externe, masque l'ovaire (sauf dans le cas du mésosalpinx court).

La trompe et le mésosalpinx déterminent avec l'ovaire et le mésovarium le récessus tubo-ovarique qui est d'un grand intérêt physiologique

3.2.2.2- Constitution :

Elle fut comparée à une trompette par Fallope, d'où son nom.

On lui distingue :

a- La partie utérine :

C'est la portion intra pariétale de la trompe. Elle est située dans l'épaisseur même du muscle utérin : à ce niveau les musculatures tubaires et utérines se confondent. Elle présente un trajet oblique en haut et en dehors, souvent linéaire, parfois flexueux. Sa longueur est environ de 1cm à 1,5cm et son diamètre de 0,2 à 0,5mm. Notons que le diamètre de l'ovule représente le dixième de celui de la portion interstitielle. Elle débouche dans l'angle supérieur de l'utérus par un orifice de 1mm de diamètre, l'ostium uterinum.

b- Le corps :

On distingue du point de vue morphologique 2 segments :

- **L'isthme :**

Il fait suite à la portion interstitielle et naît un peu au-dessus et en arrière du ligament rond, au-dessus et en avant du ligament utéro-ovarien. Il se porte transversalement en dehors. Sa longueur est de 3 à 4 cm, son diamètre est de 2 à 4 mm. Il est cylindrique, à paroi épaisse, dure à la palpation, presque inextensible.

c- L'ampoule :

Elle fait suite à l'isthme au niveau du pôle inférieur de l'ovaire. Plus longue, elle mesure 7 à 8 cm. Elle est aussi plus volumineuse avec un diamètre de 8 à 9 mm. Flexueuse, un peu aplatie d'avant en arrière, elle présente une paroi mince, une consistance molle et une grande extensibilité.

d- L'infundibulum :

Il présente la portion la plus mobile de la trompe. En raison de sa forme en entonnoir évasé, nous lui décrivons une surface extérieure, une surface interne, un sommet et une base.

e- Les franges de la trompe :

Semblables à une corolle de fleur d'œillet, elles sont plus ou moins festonnées en une série de languettes : les franges. Ces franges, au nombre de 10 à 15, ont une longueur de 10 à 15 mm environ. Il en est une plus longue que les autres (20 à 30 mm de longueur) qui, insérée au ligament infundibulo-ovarique, se porte vers le pôle supérieur de l'ovaire : c'est la frange ovarique de RICHARD.

En cas d'inflammation, les bords des franges s'unissent ; la corolle se ferme. Citons la présence de pavillons accessoires qui se rencontrent assez fréquemment au voisinage du pavillon (RICHARD).

3.2.2.3- Vascularisation de la trompe :

a- Les artères :

Elles proviennent de l'artère utérine et de l'ovarique et sont situées dans le mésosalpinx.

Classiquement l'artère utérine se termine au niveau de la corne utérine en trois branches :

- Une branche médiale ou artère rétrograde du fond qui participe à la vascularisation de la portion isthmique tubaire,
- Une branche antérieure ou tubaire médiale qui se dirige dans le mésosalpinx,
- Et une branche postérieure ou ovarique médiale qui chemine dans le mésovarium.

L'artère ovarique se divise dans le ligament suspenseur de l'ovaire en deux branches, une branche tubaire latérale et une branche ovarique latérale, qui vont s'anastomoser avec leurs homonymes.

De l'arcade anastomotique infra-tubaire se détachent, en dents de peigne, des artérioles grêles sinueuses ou hélicines.

b- Les veines :

Les veinules de la muqueuse, situées dans l'axe conjonctif des franges ou des plis, sont entourées des artérioles. Rectilignes, elles sont 2 à 3 fois plus volumineuses que les artérioles et présentent des ectasies.

Les veinules se drainent dans les veines musculaires qui aboutissent au système veineux sous-séreux. Ces veines pariétales sont collectées par l'arcade veineuse infra-tubaire. Celle-ci, unique ou dédoublée se draine vers les veines ovariennes, les veines tubaires moyennes et les veines isthmiques.

c- Les lymphatiques :

Ils sont exceptionnellement abondants, dans la séreuse, et dans les plis où ils se présentent sous forme de fentes anastomosées, constituant habituellement des gaines lymphatiques péri vasculaires autour des paquets d'artérioles et veinules. Ces deux systèmes primaires se drainent dans les réseaux valvulés de la sous séreuse qui rejoignent eux-mêmes les principaux troncs efférents.

Les troncs efférents, au nombre de deux ou trois, descendent comme les veines dans le mésosalpinx.

Ils s'unissent à ceux qui proviennent du corps utérin et de l'ovaire. Ils se mêlent à eux et remontent, pour la plupart, vers les nœuds lymphatiques lombaires.

Assez souvent cependant, un collaborateur de la trompe se rend à un nœud postérieur de la chaîne moyenne des nœuds iliaques externes et un autre aboutit à un nœud iliaque interne (A. Pellé).

3.2.2.4- Innervation de la trompe :

Elle présente la même dualité d'origine que celle ovarienne. Nombreux, ils appartiennent :

- Au plexus ovarien qui donne des rameaux surtout à l'ampoule et à l'infundibulum ;
- Au plexus utérin qui innerve richement l'isthme.

Ces deux systèmes présentent entre eux une anastomose sous-tubaire

3.2.2.5- Anatomie fonctionnelle de la trompe :

La trompe présente une double fonction :

La captation de l'ovule.

Le transit du spermatozoïde, de l'ovule et de l'œuf.

➤ La captation de l'ovule :

Les franges libres du pavillon mobile deviennent érectiles au moment de l'ovulation et enserrant l'ovaire canalisant l'ovule.

Par ailleurs, les franges absorbent la sérosité intra-péritonéale, créent un courant vers l'ostium abdominal entraînant les ovules égarés, ce qui explique la migration de l'ovule vers la trompe contralatérale.

➤ Le transit de l'œuf :

L'œuf est entraîné par le courant entretenu par le cil vibratile et l'épithélium tubaire et par les mouvements péristaltiques de la trompe.

Cet œuf est amené au niveau de la portion isthmique en trois heures. A ce niveau, la progression est bloquée au niveau de la jonction ampulo-isthmique où il séjourne 72 heures. Ce blocage est sous l'influence du taux élevé d'œstradiol et est levé lorsque l'imprégnation progestéronique est suffisante.

La migration trans-isthmique s'effectue en 8 heures, l'œuf fécondé arrive dans la cavité utérine 80 heures après l'ovulation.

3.2.2.6- Rappel physiologique :

a- La fécondation [16] :

Dans l'espèce humaine, la fécondation résulte de la fusion entre un spermatozoïde et un ovocyte après leur rencontre qui a lieu dans l'appareil génital féminin, au niveau de la jonction isthmo-ampullaire de la trompe de Fallope.

Avant la rencontre des gamètes, indispensable à la survenue de la fécondation, les spermatozoïdes ont un long trajet à parcourir depuis la lumière des tubes séminifères.

Pendant ce trajet ils acquièrent leur mobilité, mais ils sont rendus inaptes à la fécondation (décapacitation) au cours de leur transit épидидymaire.

Au décours du rapport sexuel, au moment de l'éjaculation, 2 à 5 cm³ de sperme sont déposés dans les voies génitales de la femme soit 100 à 200 millions de spermatozoïdes, dont une partie à proximité de l'orifice externe du col de l'utérus

❖ **Au niveau du col :**

Quelques jours avant l'ovulation, les glandes cervicales (de l'endocol) sécrètent une glaire cervicale muqueuse. Cette glaire protège les spermatozoïdes situés à l'orifice externe du col de l'acidité vaginale et facilite la migration des spermatozoïdes qui se déplacent du fait de leur mobilité propre (flagelle). La migration sera d'autant facilitée que la glaire aura une viscosité faible.

❖ **Dans la cavité utérine :**

Les spermatozoïdes qui ont franchi le canal cervical se déplacent à la surface de l'endomètre dans le mucus sécrété par les glandes endométriales. C'est pendant ce transit utérin que les spermatozoïdes acquièrent leur propriété fécondante (capacitation).

Une partie d'entre eux (quelques milliers) atteignent l'orifice interne des trompes. Certains atteindront ainsi la région du 1/3 externe de la trompe située du même côté que celui de l'ovaire où s'est produit l'ovulation, c'est là qu'ils pourront rencontrer l'ovule capté par le pavillon.

La rencontre se déroule en plusieurs phases :

- La dissociation des cellules de la corona radiata laisse les spermatozoïdes entrer en contact avec la zone pellucide.
- La dissolution de la zone pellucide vient après la dissolution des cellules de la corona radiata.

Ces deux phénomènes semblent liés à l'activité enzymatique de la tête des spermatozoïdes : la réaction acrosomique qui libère plusieurs types d'enzyme (une hyaluronidase, des enzymes protéolytiques...).

- Un spermatozoïde pénètre enfin dans l'ovocyte, les autres perdent alors contact avec la zone pellucide puis dégénéreront.

Le spermatozoïde se retrouve alors dans l'espace péri vitellin au contact direct de la membrane plasmique ovocytaire avec laquelle il fusionne.

La fusion du spermatozoïde induit une libération de calcium à partir du réticulum endoplasmique lisse ovocytaire.

Ces vagues calciques se propagent à l'ensemble de la cellule et provoquent l'activation de l'ovocyte qui incorpore le spermatozoïde, réalise la réaction corticale et achève sa deuxième division de méiose.

Il s'ensuit la formation des pronoyaux mâle et femelle qui se rapprochent et migrent au centre de l'œuf. La réunion de ces deux matériels génétiques (amphimixie) marque la fin de la fécondation et le début du développement embryonnaire.

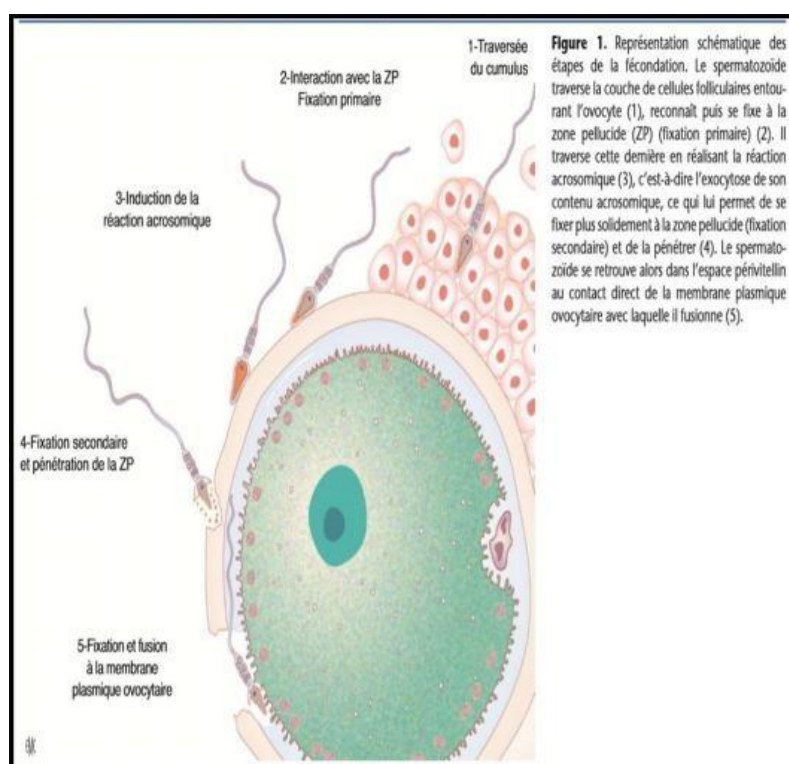


Figure 2: Les étapes de la fécondation [16].

b- La nidation [16] :

Après plusieurs divisions, la cellule œuf est devenue un embryon qui correspond à un amas cellulaire qui migre dans la trompe utérine vers la cavité utérine. 6 à 8 jours après la fécondation, l'embryon arrive dans l'utérus. Il se fixe sur la muqueuse utérine puis pénètre à l'intérieur de celle-ci et entre en contact avec les vaisseaux sanguins de la mère, c'est la nidation.

En cas de fécondation, survient la production d'une hormone spécifique de la grossesse : l'HCG. Cette hormone permet de maintenir la production des autres hormones et donc de garder l'endomètre intact pour que le futur embryon s'y « installe ».

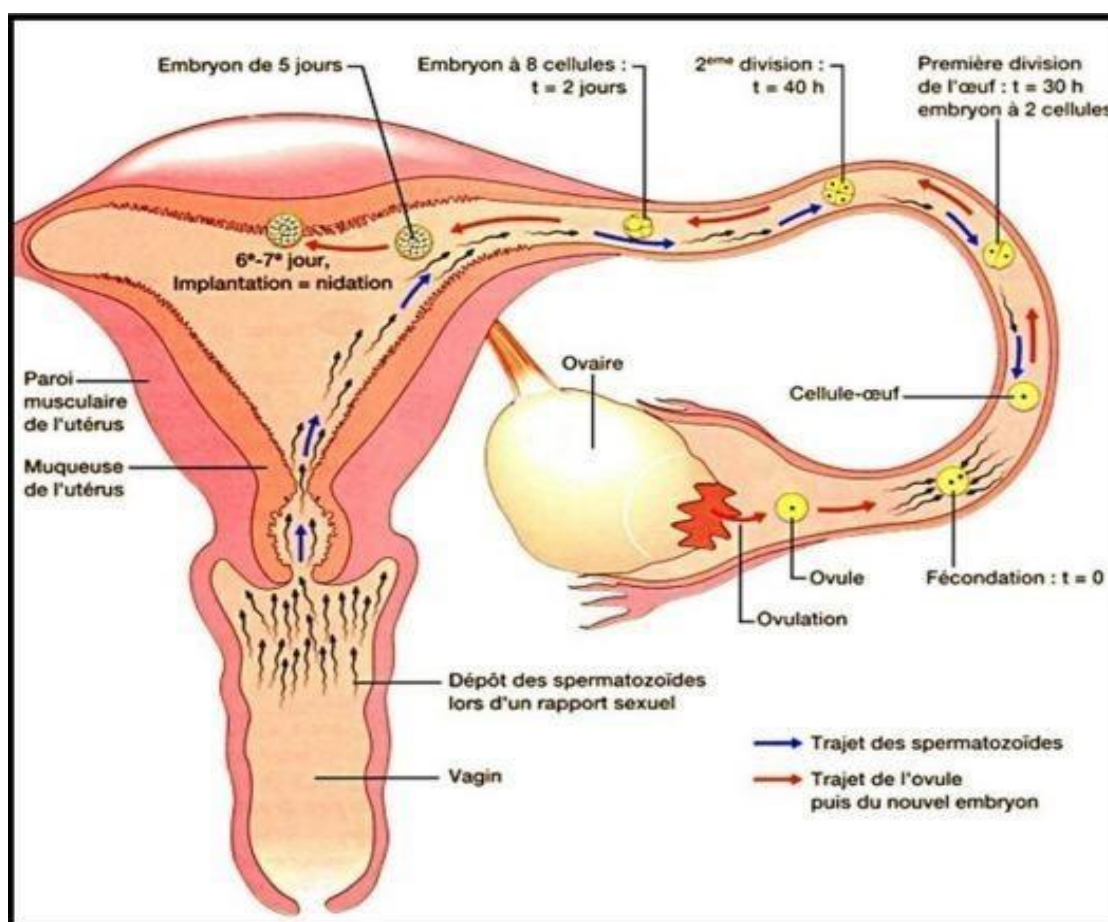


Figure 3 : La migration et la nidation de l'embryon [17].

3.2.3- Rappel anatomique de l'ovaire : [18]

3.2.3.1- Embryogenèse :

Les gonades (ovaires et testicules) se développent à partir du feuillet mésoblastique. Leur développement passe par différentes étapes :

- **Gonocytes primordiaux :**

Les gonocytes primordiaux apparaissent dès la 3ème semaine de développement embryonnaire dans le mésenchyme extra-embryonnaire tapissant la paroi postérieure du léctothèque.

- **Crêtes génitales :**

Les crêtes génitales apparaissent dès la 4ème semaine de développement embryonnaire de chaque côté de la ligne médiane entre le mésonéphros et la racine du mésentère dorsal. L'ensemble constitue le blastème somatique commun.

- **Migration des gonocytes primordiaux :**

A la 5ème et 6ème semaine, il y a migration des gonocytes primordiaux en direction des crêtes génitales. Le blastème somatique commun prolifère activement et forme des cordons qui entourent progressivement les gonocytes primordiaux.

Il est impossible à ce stade de distinguer la gonade mâle et la gonade femelle : c'est le stade de gonade indifférenciée.

Les embryons possèdent, quel que soit leur sexe, deux systèmes pairs de conduits génitaux : les canaux de Wolff et les canaux de Müller.

Dans le sexe féminin, les canaux de Wolff disparaissent et ne laissent que quelques reliquats embryonnaires peu importants sur le plan fonctionnel. Les canaux de Müller formeront les trompes et l'utérus.

- **Différenciation sexuelle féminine :**

Les gonocytes se multiplient dans la partie corticale de la gonade, tandis que la partie médullaire reste dépourvue de cellules germinales mais pourvue de cellules de Leydig à sécrétion androgénique. Les ovocytes se transforment en ovogonie et pénètrent à l'intérieur des cordons du blastème somatique commun.

Chaque ovogonie s'entoure d'une couche de cellules folliculaires issues du blastème somatique commun. Les autres cellules blastémiques donneront les cellules interstitielles et les cellules du stroma ovarien.

- **Différentiation des ovogonies :**

Vers la 11ème semaine, les ovogonies atteignent 5 à 6 millions. En même temps, apparaissent les premiers follicules primordiaux : certains ovocytes près de la médullaire s'entourent de la granulosa constituée d'une assise cellulaire nourricière, régulière et cubique. Les cellules de la granulosa et les cellules de Sertoli forment une barrière autour des cellules germinales et déversent une sécrétion nourricière. Elles sécrètent l'inhibine, l'activateur du plasminogène, les protéoglycanes, l'hormone antimüllérienne. Cependant, les cellules de Sertoli du testicule sécrètent tôt l'hormone antimüllérienne (d'où l'involution des canaux de Müller), tandis que les cellules de la granulosa de l'ovaire sécrètent l'AMH (hormone antimüllérienne) seulement après la naissance, dans les couches les plus internes du follicule antral.

3.2.3.2- Anatomie descriptive :

L'ovaire est une glande sexuelle paire de la femme, il constitue avec les trompes, les annexes de l'utérus.

De siège intra péritonéal, cet organe mobile, est situé dans le petit bassin, de part et d'autre de l'utérus, en arrière du ligament large. C'est un organe ovoïde, long de 35 mm, large de 15 à 20 mm, épais de 10 à 15 mm (selon un diamètre antéropostérieur, chez la femme en période génitale).

L'ovaire est fixé au mésovarium, un repli des ligaments larges ; le ligament suspenseur de l'ovaire le fixe à la paroi latérale du bassin, alors que le ligament propre de l'ovaire l'unit à l'utérus.

Il change d'aspect au cours du cycle menstruel et en fonction de l'âge.

L'ovaire infantile est petit et lisse, chez la femme en période d'activité génitale, la surface de l'ovaire est soulevée par des follicules, fissurée par des corps

Jaunes et rétractée par des cicatrices. L'ovaire sénile est petit et ridé par des cicatrices.

Sa vascularisation est assurée par l'artère utéroovarienne et l'artère utérine.

Le drainage veineux se fait via le plexus ovarien qui communique avec le plexus utérin dans le ligament large.

L'innervation vient du plexus qui accompagne l'artère ovarienne.

Le drainage lymphatique se fait vers les ganglions juxta-aortiques.

3.2.3.3- Histologique :

L'ovaire est constitué d'une zone centrale en liaison avec le hile, la médulla, et d'une zone périphérique, le cortex [19], qui peut représenter les deux tiers de l'organe chez la femme adulte [20].

a- Zones ovariennes :

• Médulla :

C'est une masse de tissu conjonctif lâche fortement vascularisée et innervée.

On y rencontre des vestiges embryonnaires, ainsi que quelques ilots de cellules stéroïdiennes. La médulla se laisse facilement déprimer par les grands follicules présents dans le cortex ainsi que par le corps jaune. Elle reprend son volume initial lorsque ses organites régressent [20].

• Cortex :

Il est constitué d'un tissu conjonctif dense riche en fibroblastes, le stroma ovarien, dans lequel sont inclus les follicules de la réserve ainsi que les follicules en croissance. Il est recouvert par l'épithélium de surface [20].

Cet épithélium est constitué d'une assise de cellules cubiques parfois ciliées qui recouvre la surface de l'ovaire. Il repose sur une couche fibreuse organisée en lamelles collagènes superposée sur une épaisseur variable appelée albuginée, par analogie avec l'albuginée du testicule, elle est responsable de la couleur blanchâtre de l'ovaire [20].

- **Folliculogénèse :**

Elle décrit le cheminement du follicule, depuis le moment où il entre en croissance jusqu'à ce qu'il ovule ou s'involue. Au cours de son développement, le follicule devient de plus en plus réceptif aux hormones gonadotropes. La croissance folliculaire débute avant la naissance [21].

- **Follicule primordial :**

C'est le plus petit des follicules présents dans l'ovaire. Il se repère facilement par une couche de cellules non jointives, aplaties, aux noyaux allongés qui entourent l'ovocyte. Dès la naissance, l'ovaire possède un stock de 2 millions de follicules. Environ 4 à 500 follicules primordiaux évolueront en follicules mûrs ou follicules de De Graaf depuis la puberté jusqu'à la ménopause. L'ovocyte du follicule primordial a déjà débuté sa méiose qui reste cependant bloquée en prophase [22].

- **Follicule primaire :**

Il vient du développement du follicule primordial. Ce stade se repère par les cellules folliculaires qui deviennent plus cubiques et forment une couronne jointive, régulière tout autour de l'ovocyte qui a légèrement augmenté de taille. La zone pellucide se forme tout autour de l'ovocyte [22].

- **Follicule secondaire :**

Il provient de l'évolution du follicule primaire sous l'effet de la FSH. Il se caractérise par plusieurs couches de cellules folliculaires entourant l'ovocyte. Les cellules folliculaires se différencient ; ce sont les cellules de la granulosa dont les noyaux sont bien contrastés autour de l'ovocyte. Autour de la granulosa, il y a des cellules de la thèque interne sécrétrices d'œstrogène [22].

- **Follicule tertiaire ou cavitaire :**

Une cavité folliculaire où antrum se forme. Elle contient le liquide folliculaire qui repousse les cellules de la granulosa à la périphérie. L'ovocyte se trouve suspendu dans la cavité par les cellules de la corona radiata. Le liquide folliculaire contient les hormones œstrogènes sécrétées par les cellules de la granulosa et de la thèque

interne. Sur le plan physiologique, chez la femme, un seul des 2 ou 3 follicules cavitaires va poursuivre une évolution rapide en 14 jours jusqu'au stade de follicule mûr de De Graaf [22].

- **Follicule de De Graaf :**

À ce stade, la taille du follicule devient importante, et permet son observation à la surface de l'ovaire par la cœlioscopie. Le follicule de De Graaf permettra l'expulsion de l'ovocyte à l'ovulation (le 14ème jour du cycle). Sur le plan physiologique, l'ovocyte subit une maturation de son noyau quelques heures avant l'ovulation.

Une reprise de la méiose a lieu et c'est un ovocyte II, à n chromosome, qui est libéré vers les trompes et l'utérus. La méiose est de nouveau arrêtée en métaphase II. Elle ne se poursuivra qu'au moment d'une éventuelle fécondation. L'ovulation marque la fin de la phase folliculaire du fonctionnement de l'ovaire [23].

- **Corps jaune :**

C'est une glande endocrine éphémère qui résulte de la lutéinisation des cellules de la granulosa et de la thèque interne, phénomène initié quelques heures avant la rupture folliculaire.

Les cellules de la granulosa, qui jusqu'alors sécrétaient surtout l'œstradiol, subissent une hypertrophie cellulaire aboutissant à des cellules lutéales et à la sécrétion de la progestérone.

Les cellules thécales stimulées par la LH synthétisent les androgènes qui, amenés près de la membrane basale par le réseau capillaire très dense, diffusent dans la couche la plus profonde de la granulosa pour y subir l'aromatisation sous la dépendance de la FSH. L'aromatase est 700 fois plus importante dans la granulosa que dans la thèque interne. L'aromatisation des androgènes conduira à la fabrication de la progestérone [23].

3.2.3.2- Physiologie :

L'ovaire a une double fonction, exocrine (maturation et émission cyclique de l'ovocyte) et endocrine (imprégnation hormonale oestroprogestative de l'appareil génital féminin), sous le contrôle des gonadotrophines hypophysaires (l'hormone folliculostimulante [FSH] et l'hormone lutéinisante [LH]).

L'activité ovarienne au cours du cycle comporte quatre phases : la phase menstruelle qui marque le début de chaque cycle, la phase folliculaire, la phase ovulatoire et la phase lutéale [24]

3.3-Historique de la contraception dans le monde

La limitation des naissances est présente depuis les époques les plus reculées et serait probablement née dans les sociétés préhistoriques lorsque, malgré une très forte mortalité naturelle, les conditions de survie obligeaient à restreindre les naissances [12]. A chaque époque, de nouveaux moyens de contraception sont inventés afin de limiter la surpopulation et la famine.

En Egypte, 300 ans avant Jésus Christ, des ovules et des barrières mécaniques sont déjà employés et l'ancêtre du préservatif masculin est fabriqué en intestin de petits animaux. Dans l'antiquité, diverses potions à ingurgiter à base de plantes médicinales servent de moyen de contraception. En Grèce, le gynécologue Sopranos parle déjà d'abstinence périodique [25].

Les romains se servent de poires vaginales remplies d'eau glacée pour tuer les spermatozoïdes. Des « préservatifs » sont aussi utilisés en intestin ou vessie d'animaux, avec la notion de limiter la transmission de maladie. Les romains pratiquent des avortements et des infanticides afin de limiter la population.

En Inde, le Kama Sutra recommande les bonnes pratiques des phases d'abstinence dès le IVème siècle.

Asie au XVIème siècle, on utilise des diaphragmes en métal ou en verre et des préservatifs en lin, cuir ou écaille.

En 1846, le premier DIU est inventé. Il est abandonné en raison du risque d'infection.

En 1880, les capes cervicales sont fabriquées à grande échelle. Cette même année, le pharmacien britannique John Rendell fabrique une contraception locale, des ovules spermicides à base de cacao et de quinine qui fondent dans le vagin.

Au début du XXème siècle, on utilise des douches vaginales avec des produits supposés spermicides tels que le vinaigre ou le citron [26].

En 1919, aux Etats Unis, une des premières campagnes pour le droit à la contraception, est lancée par Margaret Sanger, infirmière et sage-femme. Elle crée également « American birth control » qui deviendra le planning familial.

En 1920, en raison des idéaux religieux et du fort besoin de main d'œuvre et de repopulation de l'après-guerre, une loi interdit la propagande anticonceptionnelle.

En 1924, Le Docteur Kiasuku Ogino met au point sa méthode, complétée en 1933 par le Docteur Knauss. Ils précisent les périodes de fertilité de la femme.

En 1943 par le Docteur Hillbard, la méthode Billings est découverte en Australie.

En 1967, la loi Neuwirth permet la dispense de la contraception sur prescription médicale sur un carnet à souche. La contraception est alors prescrite uniquement par le médecin et délivrée obligatoirement par le pharmacien. La prescription à une mineure est soumise à l'autorisation écrite de l'un des deux parents [26]. Ce qui rend la vulgarisation de la contraception à l'échelle mondiale, Ainsi des grandes rencontres et congrès internationaux vu le jour.

En 1974, fut réalisé l'une des premières actions en faveur des femmes à Bucarest où il était question de croissance et de libération de la femme, et la première conférence mondiale des nations unies sur les femmes tenues à Mexico en 1975, aboutissant à la proclamation de l'année internationale de la femme (1976-1985). En septembre 1978, à Alma Ata (URSS), l'idée de la planification familiale vu officiellement le jour lors de la réunion mondiale sur les problèmes de santé des populations.

En 1982, la pilule RU486 est mise au point afin d'interrompre une grossesse débutante [26]. Le stérilet, l'implant, l'anneau vaginal et le patch sont largement disponibles et diffusés aux Etats Unis vers 1990, puis dans les années 2000 en Europe [26].

3.4-Rappel de la planification familiale au Mali :

L'introduction des méthodes modernes de contraception est consécutive à la création, en 1972 de l'Association Malienne pour la Promotion et la Protection de la Famille (**AMPPF**), une ONG à la réorientation de la politique de santé maternelle et infantile [27]. En 1972, le Mali abrogea la loi du 31 Juin 1920 dans ces articles 3 et 4 qui interdisaient la propagande anticonceptionnelle.

Avant, le Mali a participé en 1971 à Montréal (Canada) à un séminaire sur la planification familiale [28].

De mars à avril 1973 : le 1er séminaire interafricain sur l'éducation sexuelle a été organisé à l'Ecole de Médecine de Bamako [29].

Depuis cette période, les initiatives se sont multipliées pour obtenir une plus grande adhésion des populations locales tant dans le secteur étatique que dans le secteur des ONG. En avril 1974, une mission conjointe gouvernementale (**FNUAP/UNICEF/OMS**) à Bamako, établit un plan d'action s'étalant sur 5 ans. La même année le Mali souscrit à la déclaration de Bucarest (Roumanie) celle-ci stipulait le droit sur la planification familiale [30].

En décembre 1974, s'est tenu le congrès constitutif de l'union nationale des femmes du Mali qui a recommandé, la diffusion de l'éducation sexuelle dans les écoles à partir de la classe de 7ème année, et l'extension de la planification familiale au Mali.

En 1978 le Mali souscrit à la déclaration d'Alma Ata (URSS) sur les soins de santé primaire dont l'une des composantes est la planification familiale dans le but d'améliorer la santé de la mère et de l'enfant à travers un espacement judicieux des naissances [27].

En 1980 la division de la santé familiale (**DSF**) devient la division de la santé familiale et communautaire (**DSFC**) au sein du ministère de la santé.

En septembre 1987, le Mali accueille la plus importante rencontre en matière de santé maternelle et infantile et de PF. Il s'agit de la 37^{ème} session du comité régional de l'Afrique pour l'initiative de Bamako.

En 1991, le Mali fait une déclaration de politique nationale de population.

En 1994 avec la **CIPD** au Caire, le Mali s'est engagé à agir dans le domaine de la santé de la reproduction, qui stipulait la **PF** comme un droit.

Le concept malien en matière de planning a évolué, allant de l'espacement des naissances dont la pratique était conditionnée à l'autorisation maritale ou parentale en 1971 au concept actuelle qui donne un droit égal de liberté, dignité entre homme et femme en matière de santé de la reproduction/ planification familiale : « loi N°02-044 du 24 Juin 2002 portant santé de la reproduction qui reconnaît et renforce amplement les droits des femmes en matière de santé de la reproduction/ planification familiale » [10].

3.5-Les méthodes contraceptives

Bien que la définition de la contraception prenne en compte le concept de la réversibilité, nous aborderons les méthodes de stérilisation volontaire qui, elles sont des méthodes de planning familial irréversibles mais qui sont intégrés dans le « paquet » des prestations de contraception.

3.4.1- Les méthodes de contraception modernes [31]

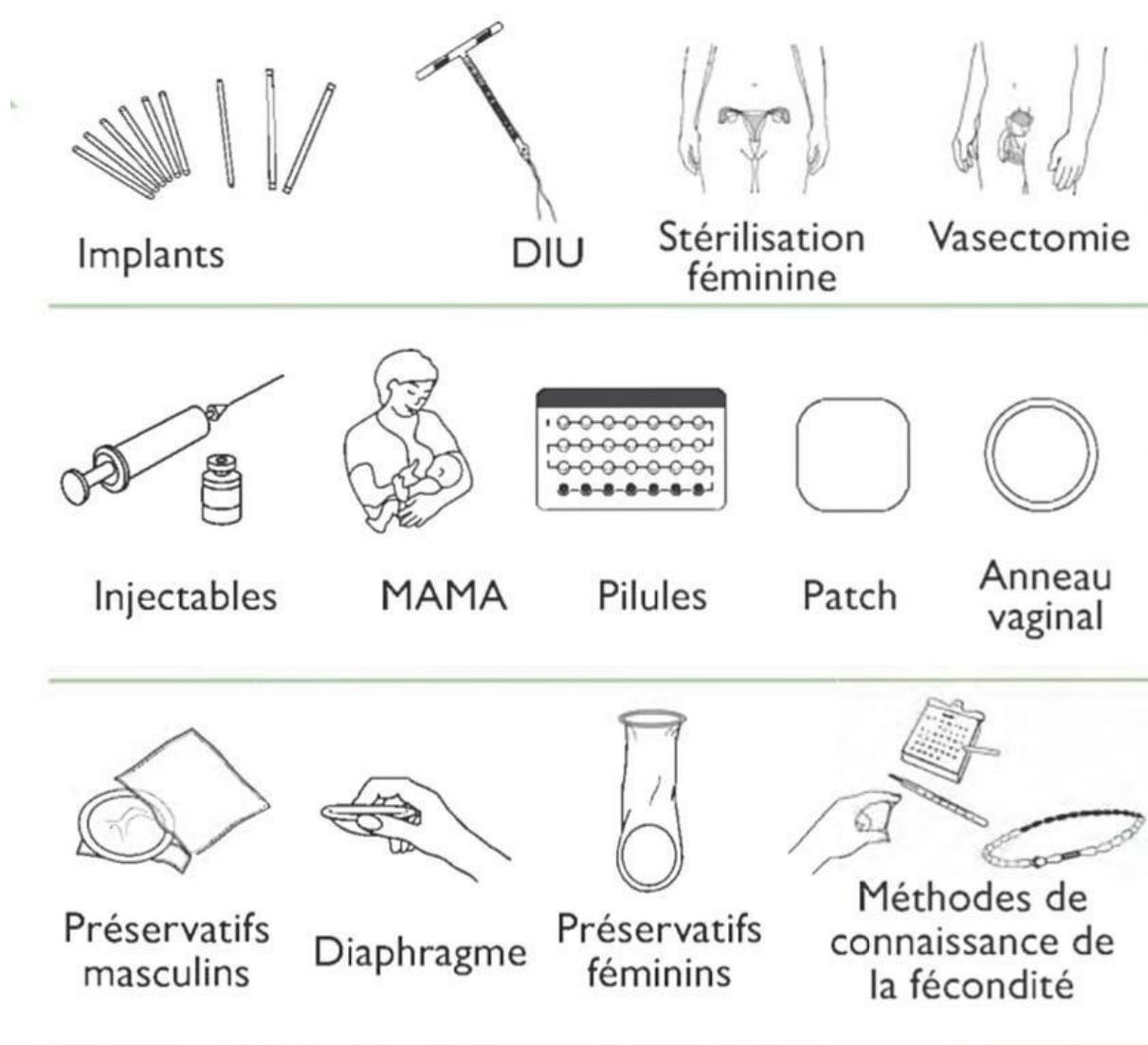


Figure 4: Méthodes modernes de contraception [32].

3.4.1.1- Les contraceptifs oraux ou pilules

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

- **Mécanisme d'action**

- La pilule oestro-progestative agit principalement en bloquant l'ovulation, en modifiant l'endomètre qui devient inflammatoire de façon à ce qu'il ne puisse accueillir un éventuel œuf et en modifiant la glaire pour empêcher les spermatozoïdes de franchir le col.

- La micropilule (micro dose de progestatif) agit uniquement en modifiant la glaire pour empêcher les spermatozoïdes de franchir le col sauf la micropilule Cerazette qui supprime aussi l'ovulation.

- **Avantages des pilules**

C'est une méthode contraceptive très efficace, très bien tolérée, efficace dès le 1er comprimé.

Elle permet d'avoir des cycles réguliers et les règles sont moins abondantes, moins longues et moins douloureuses. Le retour à la fécondité est d'environ 3 à 7 mois.

- **Les effets secondaires**

Il peut y avoir des petits saignements (spotting) en dehors des règles surtout lors des premières plaquettes, de nausées, maux de tête, étourdissements, seins endoloris, saute d'humeur. La prise de poids, exceptionnelle, est toujours modérée.

- **Les contres indications**

Les contres indications sont : l'hypercholestérolémie, l'hypertension artérielle, les antécédents d'accident thromboembolique, les femmes diabétiques, certains cancers, le tabagisme chez les femmes de plus de 35 ans, cancer du sein, antécédent d'ictère sous COC, prise de barbituriques, de la carbamazépine, de l'oxcarbazépine, de la phénytoïne, de la topiramate, de la rifampicine, ou rifabutine ou du ritonavir, prise de lamotrigine.

3.4.1.2- Les contraceptifs injectables

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

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

Les contraceptifs injectables progestatifs (tels le Dépo-Provera et le Noristérat) ne contiennent pas d'œstrogène. Pour prévenir la grossesse, une injection est faite toutes les 8 à 12 semaines, selon le type de contraceptif injectable choisi.

- **Les avantages**

Ils sont faciles à utiliser. Ils nécessitent que peu de consultation médicale et ils sont très efficaces.

- **Les effets secondaires**

Comme les pilules les patientes sous contraceptifs injectables peuvent présenter des saignements en dehors des règles « spotting » et parfois des règles prolongées ou même des ménometrorragies, la prise de poids et le long retour à la fécondité. Maux de tête, étourdissements, seins endoloris.

- **Les contres indications**

- Insuffisance hépatique ;
- Hépatite ou antécédents,
- Cancer du sein ou de l'endomètre ;
- Les maladies thromboemboliques ;
- Les fibromes utérins ;
- Le Diabète ;
- Obésité ;
- Hypertension artérielle ;
- Grossesse ou suspicion de grossesse.
- Prise de lamotrigine ou de ritonavir.

3.4.1.3- La contraception mécanique :

3.4.1.3.1- Le préservatif masculin

La meilleure des protections contre les IST / VIH/ SIDA.

C'est un étui en latex avec ou sans réservoir. Au moment de l'éjaculation le sperme est recueilli dans le préservatif et n'est pas répandu dans le vagin.

- **Mode d'emploi**

Si le préservatif ne possède pas de réservoir il faut laisser 1 à 2 cm en haut afin de créer un réservoir, pincer le haut du préservatif entre les doigts pour en chasser l'air, dérouler le sur le pénis en érection avant la pénétration, aussi loin que possible ; le petit bourrelet de l'anneau doit être tourné vers l'extérieur. Il faut se retirer avant la fin de l'érection en le retenant à la base.

- **L'efficacité**

Le taux d'échec est inférieur à 5 % s'il est bien utilisé, son efficacité est renforcée s'il est associé à des spermicides.

- **Les avantages**

C'est la meilleure protection contre les IST et le VIH/ SIDA. C'est une méthode simple, facile à se procurer. Il permet la prise en charge de la contraception par l'homme et la protection contre le cancer du col. Il est en vente libre et disponible.

- **Les inconvénients**

Il peut diminuer la qualité et la spontanéité de l'acte sexuel. Il doit être mis sur le pénis en érection et être retiré avant la fin de l'érection sinon le préservatif n'est plus maintenu et peut laisser passer le sperme dans le vagin. Il peut se déchirer, le taux de grossesse non-désirée est plus important qu'avec la pilule ou le stérilet.

3.4.1.3.2- Le préservatif féminin : Femidon

C'est une gaine cylindrique pré-lubrifiée en polyuréthane. IL comprend un anneau interne facilite l'introduction dans le vagin et son maintien pendant le rapport et un anneau externe repose sur la vulve pour permettre de retenir le préservatif pendant le rapport.

- **Mode d'emploi**

Peut être mis à n'importe quel moment avant le rapport sexuel.

- **Efficacité**

Elle est comparable à celle du préservatif masculin.

- **Avantages**

C'est une excellente protection contre les IST et le SIDA. Il est utilisable par la femme en cas de refus ou d'impossibilité d'utilisation du préservatif masculin.

3.4.1.3.3- Le diaphragme et la cape cervicale

- **Mécanisme d'action**

Le diaphragme est une membrane en latex ronde et concave tendue sur un ressort circulaire. Il est placé dans le vagin avant les rapports sexuels pour recouvrir le col de l'utérus.

La cape cervicale est une cupule en silicone, elle est placée au fond du vagin avant les rapports sexuels pour couvrir le col de l'utérus, comme un dé à coudre.

- **Mode d'emploi**

Ils sont à utiliser avec des spermicides. Ils empêchent le sperme de pénétrer dans le col de l'utérus.

Il existe différentes tailles de diaphragme et de cape.

L'utilisation des capes cervicales est à rapprocher de celle du diaphragme. Le choix de la taille est évalué par le médecin qui aide la femme à savoir placer le diaphragme ou la cape cervicale.

- **Efficacité**

S'ils sont correctement utilisés et à tous les rapports sexuels, leur efficacité est supérieure à celle des spermicides seuls et équivalente à celle des préservatifs.

- **Avantages**

C'est la méthode vaginale de contraception la plus fiable, peu onéreuse, pas de contre-indication médicale, pas de risque pour la santé. Il peut être placé discrètement à l'avance, il diminue le risque du cancer du col de l'utérus, elle est immédiatement réversible.

- **Inconvénients**

Le taux d'échec est élevé si mal utilisé. La mise en place nécessite un apprentissage qualifié. Le spermicide peut couler de façon excessive.

3.4.1.3.4- Les dispositifs intra-utérins (stérilet)

- **Mécanisme d'action**

Plusieurs modes d'action sont avancées : une altération des spermatozoïdes par l'action du cuivre qui empêche la fécondation, une modification de l'endomètre qui empêche la nidation de l'œuf, une modification de la glaire cervicale pour les stérilets au progestatif ce qui empêche les spermatozoïdes de franchir le col.

Il existe différentes formes, différentes tailles. Le médecin choisira le stérilet le mieux approprié à chaque femme soit en cuivre ou en progestatif.

- **Mode d'emploi**

Il est posé par le médecin ou la sage-femme formée, en principe à la fin des règles ou n'importe quel jour du cycle. Sans anesthésie, il est introduit par le col, placé au fond de l'utérus, les fils du stérilet dépassant le col pour permettre le contrôle du stérilet (par le médecin et par la sage-femme) et aussi le retrait.

En cas de contraception d'urgence il doit être posé dans les 5 jours suivant le rapport sexuel non protégé éventuellement.

La durée est de 3 à 12 ans selon les stérilets. La surveillance médicale régulière est de 1 à 2 fois par an. Le retrait se fait pendant ou après les règles de façon indolore et simple.

- **Efficacité**

Il est efficace dès la pose.

- **Avantages**

C'est une méthode non contraignante, très efficace, généralement bien tolérée, réversible dès le retrait.

- **Effets secondaires**

Les règles peuvent être abondantes et longues avec certains stérilets. Il y a la possibilité de douleurs et saignements en dehors des règles, les risques d'infections en cas de partenaires multiples.

Dans certains cas, il est peu conseillé chez les femmes n'ayant jamais eu d'enfants à cause du risque de stérilité en cas d'infections. Il faut noter qu'il y a moins de risque d'infections avec le stérilet au progestatif.

Avec les stérilets il y a un risque d'expulsion de grossesse.

- **Contres indications**

- Les infections récentes de l'utérus ou des trompes ;
- Antécédent de grossesse extra-utérine (dans certains cas) ;
- Les malformations utérines importantes ;
- Les maladies hémorragiques pour le stérilet en cuivre ;
- Certains fibromes ;
- Les femmes n'ayant jamais eu d'enfant.
- Cancer des ovaires ;
- Maladie trophoblastique gestationnelle non cancéreuse ;
- VIH non suivie ;
- Lupus érythémateux systémique avec thrombocytopénie grave.

3.4.1.4- Les autres méthodes modernes

3.4.1.4.1- Les implants

C'est un implant sous-cutané en forme de bâtonnet cylindrique de 4 cm de long et de 2 mm de large, qui délivre en continu de faibles doses d'hormone (progestérone).

- **Mécanisme d'action :**

Il agit en empêchant l'ovulation et en modifiant la glaire cervicale.

- **Mode d'emploi**

L'implant se met sous la peau de la face interne du bras, à l'aide d'un applicateur stérile à usage unique après une anesthésie locale.

Il se retire aussi après une anesthésie locale, à l'aide d'une petite incision de 2 mm, avec une pince.

La pose et le retrait sont simples et rapides, environ 1 minute 30 pour la pose et 3 minutes 30 pour le retrait. Il est mis en place pour 3 ans par le médecin ou la sage-femme pendant une consultation.

- **Efficacité**

Elle est très efficace dès la pose.

- **Avantages**

Il n'y a pas de problème d'observance, il est bien toléré et réversible.

- **Inconvénients**

Il peut y avoir des troubles du cycle, pouvant être un motif de retrait. Il laisse une petite cicatrice de 2 mm au niveau de la zone d'insertion.

- **Contres indications**

- Thrombose évolutive ;

- Affection hépatique sévère.

3.4.1.4.2- Le patch "EVRA" :

C'est un patch de 20 cm² qui délivre une association oestro-progestative, comme une pilule à 20 microgrammes.

- **Mécanisme d'action**

Il agit comme la pilule, en bloquant l'ovulation et en modifiant la glaire cervicale.

- **Mode d'emploi**

On doit utiliser un (01) patch par semaine pendant 3 semaines, arrêt d'une semaine (comme avec la pilule les règles arrivent pendant la semaine sans patch). Les 4 sites d'application possibles sont : le bras, l'abdomen, le tronc, les fesses.

- **Efficacité**

Il est très efficace à condition d'être bien utilisé.

- **Avantages**

Il y a une meilleure observance qu'avec la pilule, moins de risques d'oubli, très bien toléré et réversible dès l'arrêt. Il permet d'avoir des cycles réguliers, des règles moins abondantes, moins longues et moins douloureuses.

- **Inconvénients**

Il est visible et peut se décoller dans 2 à 3% des cas. Comme pour toute contraception hormonale on peut observer des céphalées, des nausées, une prise de poids et une tension mammaire.

- **Contre- indications**

Les contre- indications sont les mêmes comme pour la pilule oestro-progestative : hypercholestérolémie, hypertension artérielle, antécédent d'accident thromboembolique, certains cancers, le tabagisme chez les femmes de plus de 35 ans.

3.4.1.4.3- L'anneau vaginal "Nuvaring" :

L'anneau NUVARING (diamètre = 54 mm et section = 4 mm) délivre une association oestro-progestative, comme une pilule à 15 microgrammes

- **Mécanisme d'action :**

Il agit comme la pilule, en bloquant l'ovulation et en modifiant la glaire cervicale.

- **Mode d'emploi**

On doit utiliser un anneau par cycle pendant 3 semaines et une (01) semaine sans anneau. Les règles auront lieu pendant la semaine sans anneau, comme avec la pilule. L'insertion et le retrait sont simples.

- **Efficacité**

Comme la pilule oestro-progestative, il est efficace à condition d'être bien utilisé. C'est efficace dès la pose du 1er anneau et aussi pendant la semaine d'arrêt.

- **Avantages**

- Mise en place et retrait facile ;
- Meilleure observance qu'avec la pilule ;
- Moins de risques d'oublis ;
- Mêmes avantages que la pilule.

- **Effets secondaires**

Comme pour toute contraception hormonale, on peut observer des nausées, des céphalées, une prise de poids, de la tension mammaire.

- **Contre – indications**

Les contre-indications sont comme celles de la pilule oestro-progestative.

3.4.1.4.4- Contraception d'urgence

C'est une contraception d'exception à utiliser en cas de rapport sexuel non ou mal protégé et quel que soit le moment du cycle.

A prendre si possible dans les 12h et au plus tard jusqu'à 5 jours pour le stérilet.

D'une part, elle agirait en retardant l'ovulation ou en la perturbant lorsqu'elle est sur le point de se produire, d'autre part, elle modifierait l'endomètre de façon à ce qu'il ne puisse accueillir un éventuel œuf.

Les différents types de contraception d'urgence

La Pilule (le plus connu est le Norlevo) et le Stérilet (dispositif intra-utérin).

- **Mode d'emploi**

Le Norlevo est à prendre le plus tôt possible pendant le repas pour éviter les nausées, dans les 12 heures après le rapport mal ou non protégé, au plus tard dans les 72 heures après le rapport sexuel.

- **Efficacité**

Elle varie avec la méthode.

- **Effets secondaire**

En général, elle est bien tolérée ; il y a la possibilité de vomissements ou de nausées.

3.4.1.4.5- Les spermicides

Mécanisme d'action

Il doit être introduit au fond du vagin avant le rapport sexuel, le spermicide se dissout et se disperse dans le vagin et immobilise les spermatozoïdes. Ils sont essentiellement composés de Chlorure de Benzalkonium. Ils se présentent sous forme d'ovules, de crèmes, de gel ou d'éponges.

- **Avantages**

Ils sont simples à utiliser, facilement disponibles, sans contre-indications médicales ni de risque pour la santé ; ils peuvent jouer un rôle de lubrifiant.

- **Inconvénients**

- L'efficacité est insuffisante ;
- Coûteux ;
- Leur emploi est contraignant (un délai à respecter, mise en place difficile) ;
- Certains peuvent couler de façon excessive ;
- Possibilité d'intolérance locale.

3.4.1.4.6- La stérilisation à visée contraceptive

Elle est régie par des Lois dans plusieurs pays.

a) La stérilisation féminine : ligature ou obturation des trompes

- **Méthode par cœlioscopie et laparotomie**

Elle se pratique sous anesthésie générale (avec hospitalisation), elle consiste soit à sectionner et électro-coaguler les trompes, soit à poser des anneaux de Yoon 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.

b) La stérilisation masculine : la vasectomie

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.

3.4.2- Les méthodes naturelles :

Ce sont les moins efficaces des contraceptions.

3.4.2.1- Le retrait ou coït interrompu

L'homme retire son pénis juste avant l'éjaculation pour qu'elle se produise à l'extérieur du vagin. Si le retrait n'est pas effectué à temps, il y a un risque de grossesse, de même qu'il arrive très souvent qu'avant l'éjaculation qu'un peu de liquide contenant des spermatozoïdes s'écoule du pénis.

C'est une méthode qui rompt l'harmonie du rapport sexuel.

3.4.2.2- L'abstinence périodique

Il s'agit de détecter la phase fertile du cycle menstruel et de s'abstenir d'avoir des rapports sexuels ou d'utiliser des contraceptions locales pendant cette période. Cette méthode est fondée sur le fait que les spermatozoïdes et les ovules ont une durée de vie de quelques jours. La fécondation ne peut se réaliser que si les rapports sexuels ont lieu quelques jours avant, pendant ou après l'ovulation. Cette méthode nécessite un apprentissage. Le moment de l'ovulation est évalué de plusieurs façons.

3.4.2.3- La méthode du calendrier ou Ogino

C'est la plus largement connue et pourtant la moins efficace.

Elle est basée sur le calcul de la période fertile (ovulation), considérant les autres périodes du cycle comme non à risque de grossesse.

Cette méthode est peu fiable car la date de l'ovulation n'est jamais prévisible, elle peut être décalée même si les cycles sont réguliers et de nombreux facteurs peuvent perturber le cycle.

Tout rapport sexuel présente un risque de grossesse, quel que soit le jour du cycle (même pendant les règles).

3.4.2.4- La méthode des températures

Lors de l'ovulation la température basale du corps monte de 1 à 4 degrés et reste la même (en plateau) jusqu'aux règles suivantes. Cette méthode consiste à détecter l'ovulation en prenant sa température rectale tous les matins au réveil avant de se lever.

L'abstinence est longue. Elle doit se faire du début des règles jusqu'au 2ème jour après la montée de température. De nombreux facteurs peuvent perturber la température basale (infections, nuits courtes, heure du réveil) et induire en erreur l'utilisatrice. Cette méthode est contraignante.

3.4.2.5- La méthode de la glaire ou Billings

La glaire cervicale change de consistance au moment de l'ovulation.

Cette méthode consiste à détecter la modification de la consistance de la glaire cervicale observée à l'entrée du col tous les jours : il faut pour cela imbiber le pousseur de glaire et apprécier la longueur du "fil" obtenu (5 à 10 cm) et la transparence de la glaire.

Au moment de l'ovulation et juste avant, la glaire cervicale est plus abondante et a une consistance comparable à celle du blanc d'œuf. L'abstinence doit se faire à partir de cette modification et jusqu'à 3 jours après qu'elle ait disparu.

Cette méthode demande un apprentissage et est réservée aux initiées motivées, elle est source de nombreuses erreurs.

3.4.2.6- Les tests d'ovulation : Persona

Ce sont des tests qui permettent de détecter le début et la fin de l'ovulation par la mesure des variations hormonales dans les urines, si les cycles sont réguliers.

Ils ont une efficacité légèrement supérieure aux méthodes précédentes toutefois leur coût reste très élevé.

3.4.2.7- L'allaitement maternel

La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) est le recours à l'allaitement comme méthode temporaire de planification familiale. La MAMA

est efficace à 98% environ contre la grossesse si les critères suivants sont remplis : la mère n'a pas eu ses règles depuis l'accouchement ; elle nourrit son enfant au sein, exclusivement ou presque exclusivement ; le bébé a moins de 6 mois.

Outre son effet contraceptif temporaire, l'allaitement protège le nourrisson contre les maladies infectieuses, lesquelles peuvent être mortelles. Toutefois, dans le cas des femmes séropositives pour le VIH, il convient de peser soigneusement le risque de transmission de ce virus de la mère à l'enfant contre les avantages bien connus de l'allaitement.

3.4.3- Les méthodes de contraception traditionnelles au Mali

Ces méthodes reposent sur le vécu socioculturel des peuples. On peut citer :

3.4.3.1- Le « Tafo »

Cordelette avec des nœuds imprégnée d'incantations et attachée autour du bassin de la femme. Son pouvoir reposerait sur la psychologie mais également sur le vécu ou valeurs socioculturelles (par exemple perd son efficacité en cas de rapport avec un autre homme que son mari).

3.4.3.2- La Toile d'araignée

Elle se place dans le vagin de façon à obstruer l'orifice externe du col, empêchant donc la montée des spermatozoïdes, donc c'est une méthode de barrière.

3.4.3.3- Le miel et le jus de citron

On les place dans le vagin avant les rapports ; ils entraînent soit une immobilisation des spermatozoïdes (miel), soit une destruction des spermatozoïdes (citron) agissant comme des spermicides.

3.4.3.4- Les solutions à boire

Il peut s'agir : d'écorces d'arbres ou de plantes, des graines à avaler ou de « Nasi » solution préparée par les marabouts ou des charlatans.

3.4.3.5- La séparation du couple après accouchement

Après un accouchement, il est de coutume de séparer le couple pendant un certain temps ceci permettait à la femme de récupérer et à l'enfant de se développer normalement.

Aucune étude scientifique n'a été faite sur l'efficacité de ces méthodes traditionnelles.

Il semble qu'elles peuvent être à la base d'infection à répétition et même créer d'autres problèmes chez la femme tel que l'infertilité, des algies pelviennes.



METHODOLOGIE

4- METHODOLOGIE

4.1- Cadre d'étude

Notre étude a été réalisée au service de Gynéco- Obstétrique du Centre Hospitalier et Universitaire Pr Bocar Sidy Sall de Kati (CHU Pr BSS Kati).

4.1.1- Présentation du CHU Pr Bocar Sidy Sall de Kati :

Le CHU BSS Kati est une structure de 3ème référence.

Ancienne infirmerie de la garnison militaire française, elle fut créée en 1916 ; transformée en hôpital en 1967. Une année plus tard avec le changement de régime, l'hôpital fut érigé en hôpital national en 1968. En 1992 il changea de statut pour devenir un établissement public à caractère administratif (EPA). Puis érigé en établissement public hospitalier (EPH) en 2003. Il fut baptisé CHU Pr Bocar Sidi SALL de Kati le 17 Novembre 2016. Le centre hospitalo-universitaire de Kati est l'un des 4 grands hôpitaux de troisième référence du Mali. Il est situé en plein centre de la plus grande base militaire "Camp Soundiata Keita » à 15 km au nord de Bamako.

Il est limité par :

- A l'Est par le quartier général du commandant de zone et l'aile Est de l'infirmerie militaire,
- A l'ouest par le Prytanée militaire et la cité des médecins,
- Au nord par les logements militaires camp du nord et l'aile nord de l'infirmerie militaire, une partie,
- Au sud par la polyclinique des armées et le quartier Sananfara,

De nos jours CHU a connu un grand changement. Tous les anciens bâtiments coloniaux ont été démolis. Des structures modernes ont vu le jour ou sont en chantier c'est ainsi que nous avons 17 services dont 13 services techniques et 4 services administratifs.

4.1.2- Les services administratifs :

- L'agence comptable,
- Les ressources humaines,
- Le service social,
- La maintenance.

4.1.3- Les services techniques :

- Le service de gynécologie-obstétrique,
- Le service de traumatologie et d'orthopédie,
- Le service du bloc des urgences,
- Le service des urgences,
- Le service d'anesthésie et réanimation,
- Le service d'imagerie médicale,
- Le service de chirurgie générale,
- Le service de médecine interne,
- Le service de cardiologie,
- Le service d'Odontostomatologie,
- Le service d'urologie,
- Le service d'ophtalmologie,
- Les unités de kinésithérapie et d'acupuncture,
- Le laboratoire d'analyses biomédicales,
- La pharmacie hospitalière,
- Le service de pédiatrie

4.1.4- Le service de Gynécologie-Obstétrique :

Le service de Gynécologie Obstétrique : ouvert en Avril 2014, est construit en un étage muni d'un ascenseur. Il se situe au côté sud de l'hôpital.

Au rez-de-chaussée : dans l'aile droite se trouvent les bureaux des médecins gynécologues, la salle d'échographie ; les toilettes ; la salle d'archives et la salle d'admission des urgences.

Dans l'aile gauche se trouvent la salle des soins intensifs, la salle d'accouchement avec trois (3) tables d'accouchement, un bloc opératoire non opérationnel, une salle de garde de D.E.S ; la salle de garde des sages-femmes, une salle de néonatalogie, la salle de pré-travail et les toilettes.

A l'étage dans l'aile droite se trouve l'unité d'obstétrique composée :

- Du bureau d'un Gynécologue,
- De quatre (4) salles d'hospitalisation dont une salle de césarienne, une salle de suites de couche pathologique, deux salles de grossesses pathologiques,
- Une salle de garde des manœuvres,
- Une salle de staff dans laquelle se déroulent les réunions de comptes rendus des gardes,
- Et d'une toilette.

Dans l'aile gauche se trouve l'unité de gynécologie composée :

- Du bureau de la Sage-femme Maitresse,
- D'une salle de CPN, CPON, PF et PTME,
- De la salle de garde des étudiants faisant fonction d'interne,
- De la salle de garde des infirmières,

De quatre (4) salles d'hospitalisation,

- D'une toilette.

Entre les deux (2) unités se trouve une salle de vaccination et de déclaration des nouveau-nés

4.1.5- Personnels du service de Gyneco-Obstetrique :

- ❖ Chef de service Gynécologue-obstétricienne maitre de conférence à la FMOS.
- ❖ Un Gynécologue – Obstétricien attaché de recherche à la FMOS,
- ❖ 02 Gynécologues – Obstétriciens,
- ❖ Un Médecin généraliste,
- ❖ 16 Sages-femmes dont 02 en formation,
- ❖ Un infirmier de bloc,

- ❖ 14 Infirmière-obstétriciennes dont 01 en formation,
- ❖ 4 manœuvres,
- ❖ 2 agents de sécurité.

4.1.6- Les activités du service :

Les activités du service se résument en :

- ❖ Consultations externes : du lundi au vendredi,
- ❖ CPN, CPON, PF, PTME : tous les jours ouvrables de la semaine,
- ❖ Dépistage du cancer du col : tous les jours ouvrables de la semaine,
- ❖ Interventions chirurgicales programmées sont du mardi au jeudi ;
- ❖ Hospitalisations
- ❖ Visite des malades admis au service se fait tous les jours ;
- ❖ Des urgences gynéco-obstétricales sont prises en charge tous les jours.
- ❖ Un staff est tenu du lundi au vendredi dans la salle de Staff, avec pour but de faire le compte rendu de la garde.
- ❖ Des séances de présentations faites par des D E S et des faisant fonctions d'interne tous les vendredis au cours du staff.

4.2- Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude prospective transversale de type descriptive allant de Juin à Novembre 2022.

4.3- Population d'étude

Toutes les femmes qui ont consultées dans le service pour un besoin de soins répondant aux critères d'inclusions.

4.4- Echantillonnage

La méthode probabiliste et la technique de sondage aléatoire simple ont été utilisées pour identifier les enquêtées de l'étude.

La formule de Schwartz a été utilisée pour calculer la taille de l'échantillon.

$$n = Z^2 \alpha pq / i^2$$

Où $Z_{\alpha}=1,96$: écart réduit correspondant au risque α consenti (avec un seuil de signification=0,05)

P=Prévalence de l'utilisation de la contraception dans la population générale, qui est de 16% selon l'EDSM VI au Mali en 2018.

$q=1-p=1-0,231=0,769$.

n étant la taille de l'échantillon.

i=précision ($\alpha=5\%$)

La taille de l'échantillon calculée **n=206,5244**. Ainsi nous avons décidé de partir avec 207 femmes comme notre taille minimale.

4.5- Critère d'inclusion

Toutes les femmes en âge de procréer(15-49ans) identifiées par la technique de sondage lors d'une demande de soin et ayant accepté de se soumettre à notre questionnaire durant la période d'étude.

4.6- Critère de non inclusion

Les femmes dont l'âge n'est pas dans la tranche d'âge concernée(15-49ans), les femmes éligibles refusant de participer à l'étude et les femmes éligibles en dehors de la période d'étude.

4.7- Collecte des données :

Le recueil des données a été fait sur la base d'un questionnaire préétabli, dont le remplissage a été basé sur des réponses verbales des femmes et une base de données a été créée.

4.8- Saisie et analyse des données

Le traitement de texte et les tableaux ont été réalisés avec le logiciel Microsoft office Word 2016, l'analyse des données par le logiciel EPI info version 7.2. Les tests statistiques de comparaison utilisés étaient le Khi 2 et le test de Yates en fonction des effectifs. Le seuil de significativité était $P= 0,05$.

4.9- Considération éthique

Le consentement éclairé de chaque cliente interrogée a été acquis de façon volontaire et aucune contrainte ne leur a été imposée.

- La confidentialité et l'anonymat ont été garantis.



RESULTATS

5- Résultats

Notre étude a portée sur 207 femmes venues en consultation au service de Gyneco-Obstetrique du CHU Pr BSS de Kati sur une période de 6 mois. Parmi ces femmes, 157 ont utilisées une méthode de contraception et 57 enquêtées n'ont jamais utilisées une méthode de contraception.

5.1- Données sociodémographiques

Tableau I: Répartition des femmes selon la tranche d'âge.

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
15-20	30	14,49%
21-25	52	25,12%
26-30	58	28,02%
31-35	34	16,43%
36-40	22	10,63%
41-45	9	4,35%
46-49	2	0,97%
Total	207	100%

Plus de la moitié des femmes avaient un âge compris entre 21-30 ans. L'âge moyen était de 29,57 ans avec des extrêmes de 16 à 47 ans.

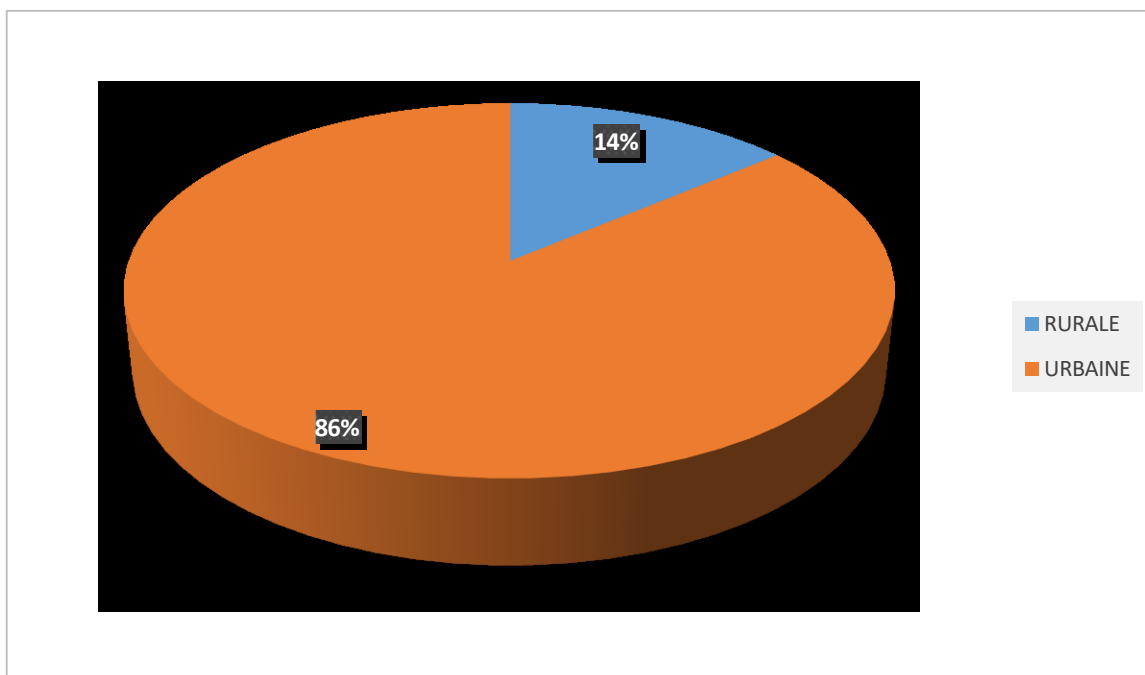


Figure 5: Répartition des femmes en fonction de leur résidence.

La majorité des femmes de notre étude résidait en milieu urbaine.

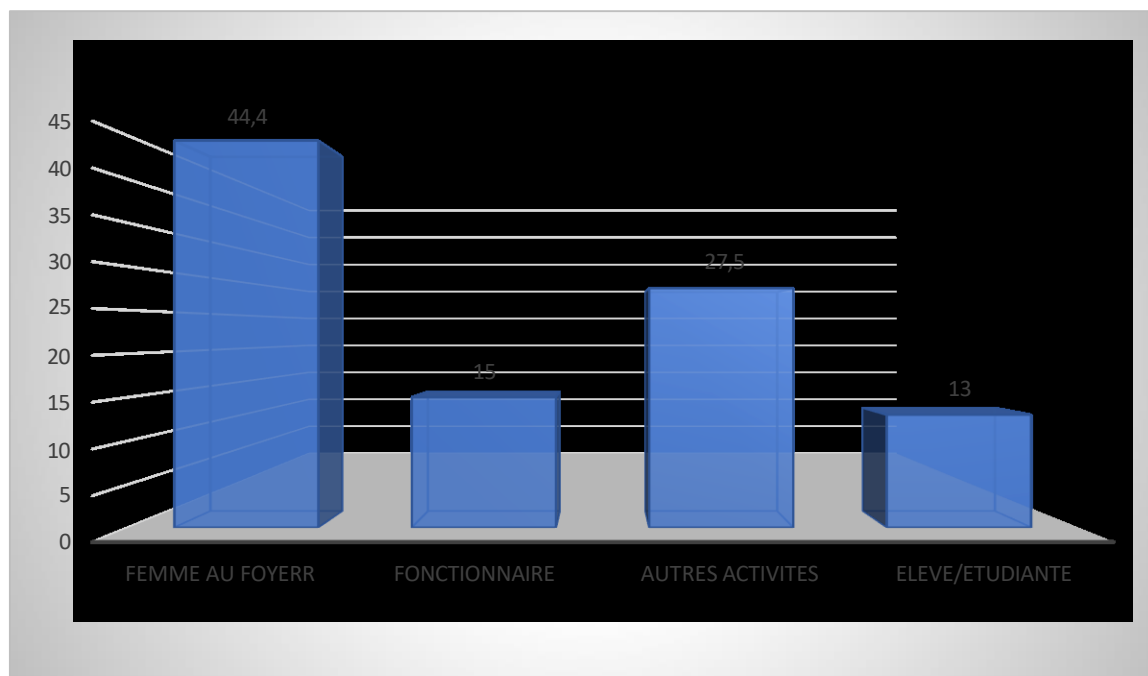


Figure 6: Répartition des femmes en fonction de la profession.

Les femmes au foyer représentaient plus de la moitié des femmes enquêtées.

Tableau II : Répartition des femmes selon le statut matrimonial.

Statuts matrimonial	Effectif	Pourcentage
Monogame	138	66,67%
Polygame	44	21,26%
Célibataire	24	11,59%
Veuve	1	0,48%
Total	207	100%

La majorité des femmes était mariée dans un régime monogamique.

Tableau III : Répartition des femmes selon leur niveau d'instruction.

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Non alphabétisée	39	18,84%
Primaire	64	30,92%
Secondaire	70	33,82%
Supérieur	34	16,43%
Total	207	100%

Les femmes scolarisées étaient les plus représentées avec pour la plupart un niveau d'étude secondaire.

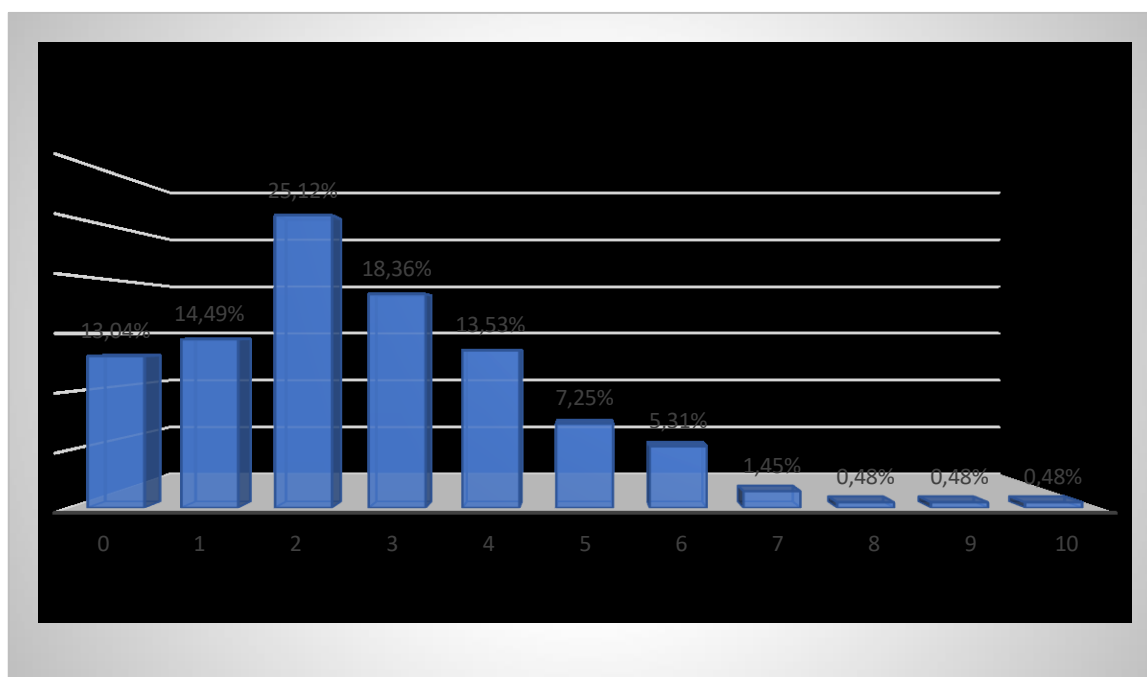


Figure 7 : Répartition des femmes selon le nombre d'enfants.

Plus de la moitié des femmes enquêtées étaient des paucipares avec 57,97%.

Tableau IV : Répartition des femmes selon l'intervalle de temps moyen entre deux enfants.

Intervalle de temps entre deux enfants	Effectif	Pourcentage
1an	16	10,67%
2ans	48	32%
3ans	44	29,33%
4ans	22	14,67%
5ans	16	10,67%
7ans	1	0,67%
8ans	1	0,67%
12ans	1	0,67%
23ans	1	0,67%
Total	150	100%

La majorité des femmes avaient un intervalle de temps entre les enfants de deux ans, soit un pourcentage de 32%.

5.2- Connaissance de la planification familiale :

Tableau V: Répartition des femmes selon leur avis sur la planification familiale.

Avis sur la planification familiale	Oui	Non
	Effectif	Effectif
Espacement des naissances	175	32
Empêcher les grossesses rapprochées	172	35
Empêcher une grossesse	152	57
Santé materno-infantile	91	116
Prévention des MST	53	154
Facteur de débauche	42	165
Limiter les naissance	27	180
Politique pour réduire les bras valides	12	195
Avortement	12	195
Santé de la mère	12	195
Rend stérile	11	196

Les avis les plus retrouvés étaient, l'espacement des naissances (175), empêcher les grossesses rapprochées (172) et empêcher une grossesse (152).

Tableau VI: Répartition des femmes selon leur connaissance des méthodes de contraception.

Méthode de contraception	Oui	Non
	Effectif	Effectif
Contraception orale	197	10
Implants	186	21
Injectables	180	27
Collier	150	57
DIU (stérilet)	116	91
Contraception chirurgicale	59	148
Préservatif féminin	53	154
Mama	34	173
Anneau	12	95

La contraception orale était la méthode la plus connue chez 197 femmes, suivie des implants chez 186 ; suivie des injectables chez 180.

5.3- Attitude et pratique en matière de contraception :

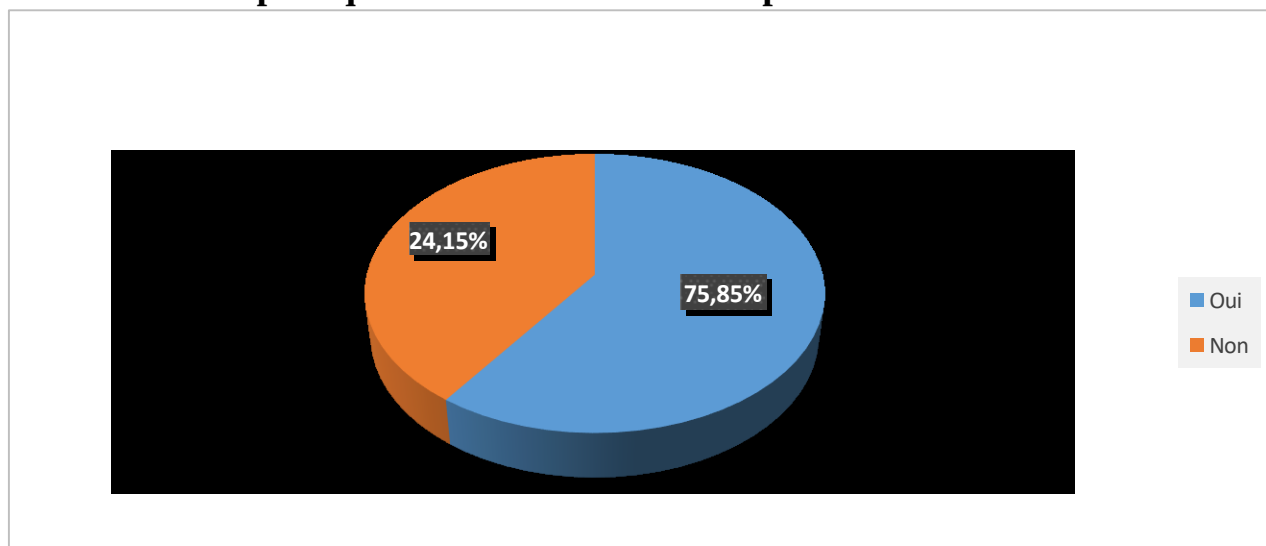


Figure 8: Répartition des femmes selon l'utilisation antérieure d'une méthode

Les femmes ayant déclaré avoir une fois utilisé une méthode de contraception représentaient 75,85%.

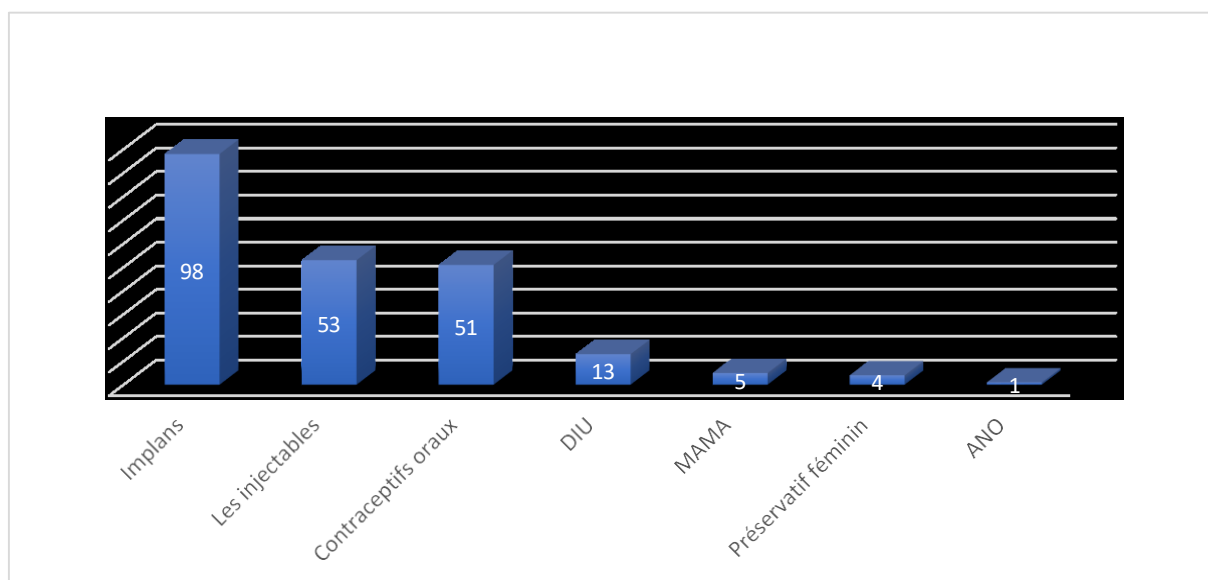


Figure 9: Répartition des femmes selon le type de méthodes utilisées antérieurement

Les implants étaient la méthode la plus utilisée avec 62,42%.

Tableau VII : Répartition des femmes sur les raisons de n'avoir jamais utilisé une méthode de contraception

Raisons de non utilisation	Effectif	Pourcentage
Pas de raison	22	44%
Refus du Mari	15	30%
Préjugé sur les effets secondaires	6	12%
Contraire à la religion	4	8%
Manque d'information	2	4%
Désir d'avoir beaucoup d'enfants	1	2%
Total	50	100%

Parmi les femmes qui déclarent n'avoir jamais utilisé une méthode de conception, 44% n'ont pas données de raison spécifique contre l'utilisation des contraceptifs.

Tableau VIII : Répartition des femmes selon le fait qu'elles ont déjà interrompu une méthode de contraception.

Interruption d'une méthode de contraception	Effectif	Pourcentage
Oui	150	95,54%
Non	7	4,46%
Total	157	100%

L'interruption de la méthode a été retrouvée chez 150 femmes ayant une fois utilisée une méthode de contraception, soit 95,5%

Tableau IX : Répartition des femmes selon le motif d'interruption de la méthode de contraception.

Motif d'interruption de la méthode de contraception	Effectif	Pourcentage
Effets secondaires	57	38%
Désir de tomber enceinte	52	34,67%
Refus du Mari	17	11,33%
Raison liée à la santé	13	8,67%
Pas de raison	10	6,67%
Grossesse déjà présente avant la méthode	1	0,67%
Total	150	100%

Les effets secondaires ont été notifié comme raison d'interruption de la méthode avec 38%.

Tableau X : Répartition des femmes selon l'utilisation actuelle d'une méthode de contraception.

Utilisation actuelle d'une méthode de contraception	Effectif	Pourcentage
Non	83	52,87%
Oui	74	47,13%
Total	157	100%

Femmes utilisant en ce moment une méthode de contraception représentaient 47,13%.

Tableau XI: Répartition des femmes selon la méthode qu'elles utilisent actuellement.

Méthodes actuellement utilisées	Effectif	Pourcentage
Implants	43	58,11%
DIU	15	20,27%
Contraception orales	11	14,86%
Injectables	5	6,76%
Total	74	100%

Les méthodes de longue durée étaient les plus utilisées avec 78,38%.

Tableau XII: Répartition des femmes selon les raisons d'arrêt actuelle de la méthode.

Raisons	Effectif	Pourcentage
Désir de tomber enceinte	39	46,99%
Effets secondaires	27	32,53%
Refus du Mari	10	12,05%
Pas de raison	6	7,23%
Contraire à la religion	1	1,20%
Total	83	100%

Le désir de tomber enceinte était la raison la plus avancée par 39 femmes comme raison de la non utilisation actuelle d'une méthode de contraception.

Tableau XIII : Répartition des femmes selon leur impression sur les unités de Planification familiale.

Impression sur les unités de Planification familiale	Effectif	Pourcentage
Satisfaites des services	107	52,97%
Jamais été	67	32,36%
Non satisfaite des services	33	16,34%
Total	207	100%

La satisfaction des services proposés dans les unités de PF était l'avis de 52,97% soit 107 femmes.

Tableau XIV: Répartition des femmes selon leur source d'approvisionnement

Source d'approvisionnement	Effectif	Pourcentage
Centre de Santé	79	50,32%
Centre de santé + Pharmacie	45	28,66%
Pharmacie	22	14,01%
Tiers personne	6	3,82%
Centre de santé + Tiers personne	2	1,27%
Pharmacie + Tiers personne	2	1,27%
Pharmacie + Rue	1	0,64%
Total	157	100%

Le centre de santé était la source d'approvisionnement la plus retrouvée

5.4- Connaissance des effets secondaires :

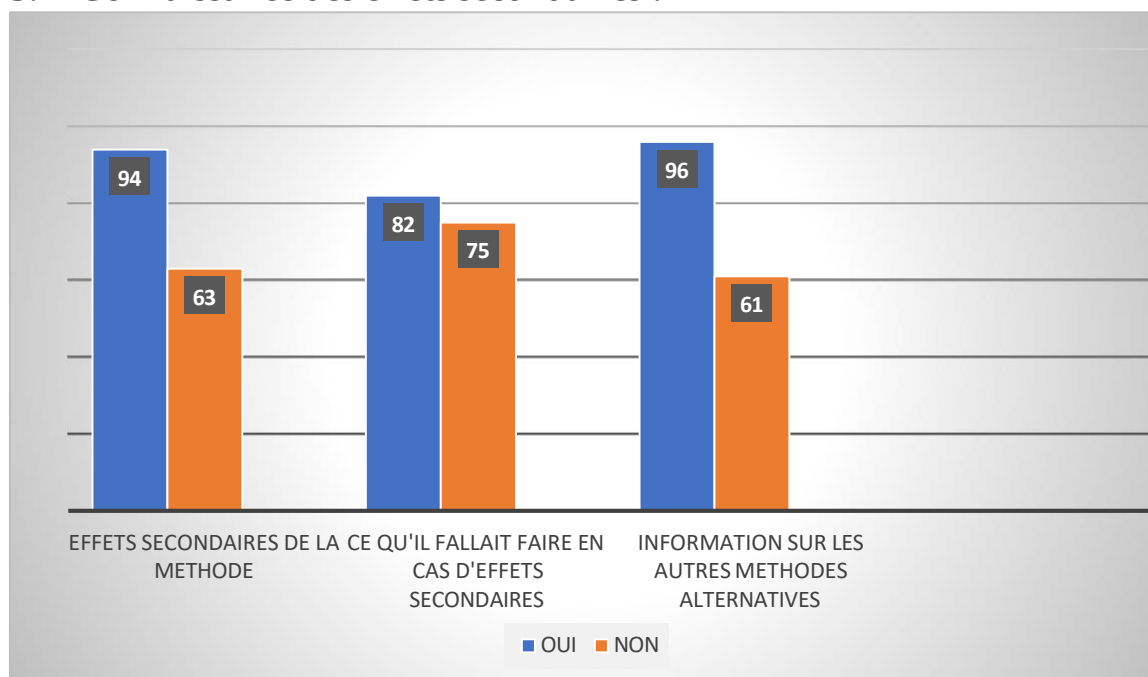


Figure 10 : Répartition selon les informations reçues en PF.

Sur 157 femmes qui ont utilisées une méthode de contraception, 59,87% (94 cas) ont déclarées avoir eu des informations sur les effets secondaires avant utilisation, 52,23% (82 cas) ont dit avoir été informées sur la conduite à tenir devant ces effets secondaires, et 61,15% (96 cas) ont affirmées avoir eu connaissance d'autres méthodes de contraception alternative.

Tableau XV : Répartition des femmes utilisatrices selon leur niveau d'information sur les effets secondaires des méthodes de contraception.

Effets secondaires	Oui	Non
	Effectif	Effectif
Aménorrhée	150	7
Prise de poids	140	17
Saignements irréguliers	133	24
Perte de poids	48	109
Vertiges	46	111
Algies pelviennes	41	116
Céphalées	34	123
Nausées	27	130
Aucun	26	131
Dx dorso-lombaire	17	140
Courbature	11	146
Baisse de la libido	4	153
Acné	3	154
Paresthésie des membres	2	155
Troubles de l'humeur	1	156
Appétit intense	1	156

L'aménorrhée est l'effet secondaire le plus connu chez 150 femmes utilisatrices.

Tableau XVI : Répartition des femmes selon les effets secondaires liés aux contraceptifs.

Effets secondaires liés aux contraceptifs	Effectif	Pourcentage
Oui	95	60,51%
Non	62	39,49%
Total	157	100%

Les effets secondaires ont été retrouvés chez 60,51% des femmes qui ont déclarées avoir utilisées une méthode de contraception.

Tableau XVII : Répartition des femmes selon les effets secondaires vécus.

Effets secondaires rencontrés	Oui	Non
	Effectif	Effectif
Aménorrhée	50	45
Saignement irréguliers	47	48
Prise de poids	32	63
Perte de poids	12	83
Algies pelviennes	9	86
Vertiges	9	86
Céphalées	8	97
Nausées	6	89
Douleurs dorso-lombaires	4	91
Courbature	3	92
Acnés	3	92
Paresthésie des membres	1	94
Troubles de l'humeur	1	94
Appétit intense	1	94

L'aménorrhée était l'effet secondaire le plus rencontré chez 50 femmes utilisatrices.

Tableau XVIII : Répartition des femmes selon leurs attitudes face aux effets secondaires dus aux méthodes de contraceptions.

Attitude	Effectif	Pourcentage
Aller au centre de santé	66	69,47%
Rien	26	27,37%
Utilisation de produits pharmaceutique	3	3,16
Total	95	100%

Aller au centre de santé était l'attitude la plus retrouvée chez les femmes devant les effets secondaires avec 69,47%.

Tableau XIX : Répartition des femmes selon la gestion des effets secondaires.

Gestion des effets secondaires	Effectif	Pourcentage
Prendre un traitement	88	56,05%
Arrêter la méthode	69	43,94%
Total	157	100%

Un traitement médical corrigerait les effets secondaires selon 59,46%.

5.5- Données analytiques :

Tableau XX: Relation entre l'utilisation des méthodes par les femmes et leur niveau d'instruction.

Utilisation d'une méthode	Niveau d'instruction				Total
	Primaire	Secondaire	Supérieur	Non Scolarisée	
Oui	49	50	29	29	157
Non	15	20	5	10	50
Total	64	70	34	39	207

Khi 2=2,467

DDL=3

P=0,481

La relation entre le niveau d'instruction et l'utilisation d'une méthode n'est pas statistiquement significative.

Tableau XXI : Relation entre l'interruption d'une méthode par les femmes et leur niveau d'instruction.

Interruption d'une méthode de contraception	Niveau d'instruction				Total
	Primaire	Secondaire	Supérieur	Non Scolarisée	
Oui	45	51	27	27	150
Non	3	1	1	2	7
Total	48	52	28	29	157

Khi2 corrigé de Yates= 1,717

DDL= 3

P= 0,633

La relation entre le niveau d'instruction et l'interruption d'une méthode de contraception n'est pas statistiquement significative.

Tableau XXII : Relation entre l'interruption d'une méthode par les femmes et la survenue d'effets secondaires.

Interruption d'une méthode de contraception	Effets secondaires		
	Oui	Non	Total
Oui	95	55	150
Non	0	7	7
Total	95	62	157

Khi2 corrigé de Yates= 8,732 DDL= 1 P= 0,03

Il y a une relation significative entre l'interruption d'une méthode de contraception et la survenue des effets secondaires.



COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6- Commentaires et Discussion

6.1- Approche méthodologique :

Nous avons réalisé une étude prospective transversale et descriptive qui s'est déroulée du mois de Juin au mois de Novembre 2022 soit une période de six mois. Notre étude a porté sur 207 femmes en âge de procréer (15-49 ans).

Cette étude nous a permis de mieux connaître les connaissances, attitudes et pratiques des femmes face aux méthodes de contraceptions modernes au service de Gyneco-Obstetrique du CHU Pr BSS de Kati.

6.2- Limites de l'étude :

L'échantillon n'était représentatif de la population générale de Kati, car l'étude s'est déroulée au CHU Pr BSS de Kati ;

Le refus de certaines femmes de participer à l'étude ;

6.3- Caractéristiques sociodémographique :

Parmi les 207 femmes enquêtées la tranche d'âge de 21-30 ans était la plus représentée à 53,14% avec un âge moyen de 29,57 ans avec des extrêmes de 16 à 47 ans. La représentation majoritaire de cette tranche d'âge s'explique par le fait qu'elle représente la période active de la fécondité chez la femme.

Les femmes mariées étaient majoritaires avec 87,92% dont 66,67% de monogame et 21,26% de polygame. Notre résultat est sensiblement égal à celui de **M'Baye R [33]** qui a retrouvé une prédominance des femmes mariées à 88,3% et à celui de **Mounkoro J [34]** avec 83,2% de femmes mariées. Pour des raisons socio-culturelles, les femmes célibataires fréquentent moins les services de maternité. La maternité dans notre pays est plus acceptée pour les femmes mariées.

Les femmes au foyer étaient les plus représentées avec 44,44%. Notre résultat est sensiblement égal à ceux de **M'Baye R [33]** qui a retrouvé 48,3% de femmes au foyer et de **Mounkoro J [34]** avec 45,3% de femmes au foyer. Ceci s'explique par la faible employabilité des femmes au Mali.

Concernant la scolarisation, 33,82% des femmes avaient un niveau d'étude secondaire, suivi de 30,92% de niveau primaire, 16,43% de niveau supérieur et de 18,84% des non scolarisées. Ces résultats sont comparables à ceux de **Mounkoro J [34]** avec 37,9% de femmes qui ont un niveau secondaire. Cependant, nos résultats diffèrent de celui de **DOUMBIA T [35]** qui a retrouvé 32,97% de non scolarisées. Cela s'expliquerait par le fort taux de scolarisation des femmes en milieu urbain. Ainsi, nous n'avons pas trouvé de relation significative entre le niveau d'instruction des femmes et l'utilisation d'une méthode de contraception.

6.4- Connaissances de la contraception :

Au cours de notre étude, les avis les plus retrouvés étaient l'espacement des naissances (84,54%), empêcher les grossesses rapprochées (83,09%) et empêcher une grossesse avec respectivement (73,43%). Néanmoins 20,29% des femmes considéraient que la planification familiale est un facteur de débauche.

Certains de nos résultats sont comparables à ceux de **DOUMBIA T [35]** qui à trouver l'espacement des naissances comme l'avis le plus donné chez 87,77% des femmes. Ceci pourrait être expliquer par le nombre élevé d'instruits dans notre étude.

Dans notre étude, la contraception orale était la méthode la plus connue chez 95,17% des femmes, suivie des implants à 89,86%, des injectables avec 86,96%. Les méthodes les moins citées étaient la méthode MAMA et l'anneau avec respectivement 16,43% et 5,80%. Nos résultats sont comparables à ceux de **M'Baye R [33]** qui a retrouvé que les méthodes contraceptives les plus citées par les femmes étaient les injectables, les implants et les méthodes orales avec respectivement 96,7% ; 95% et 88,3% des cas. Nos résultats sont nettement supérieurs à ceux de **DOUMBIA T [35]** qui a retrouvé que les méthodes les plus connus étaient la contraception orale, les implants et les injectables dans respectivement 62,43% ; 57,84% ; 55,13%. Ceci pourrait être expliquer par la réalisation de notre étude en milieu urbaine par rapport à ce dernier.

Selon l'**EDS VI** se sont les implants, les injectables et la contraception orale avec 88% pour les deux premières et 87% pour la dernière.

6.5- Utilisation des méthodes de contraception

Dans notre étude, le taux de prévalence de l'utilisation antérieure de méthode de contraception était de 75,85% contre un taux national de 16% selon l'**EDS VI**. Sur 157 femmes qui ont déclaré avoir utiliser au moins une méthode de contraception, les implants étaient la méthode la plus utilisée antérieurement avec 62,42%. Nos résultats sont comparables à ceux de **Kanté F [36]** avec une fréquence d'utilisation d'implant à 62,2%. Cependant, nos résultats sont nettement supérieurs à ceux de l'**EDS VI** (31%). Cela pourrait être expliquer par la taille de notre échantillonnage. L'utilisation majoritaire des implants est due au fait que plusieurs femmes les apprécient par rapport aux autres méthodes modernes de contraception, car de par leur efficacité et leur discrétion, elles n'ont pas besoin de faire des examens gynécologiques et ou sanguin avant leur pose (en dehors d'une grossesse), de se rappeler des heures de prise et n'interfère pas avec les rapports sexuels.

Parmi les femmes qui déclarent n'avoir jamais utilisé une méthode de conception, 44% n'ont pas donné de raison spécifique contre 30% qui ne l'ont pas utilisé à cause de leur mari. Le manque d'information et le désir d'avoir beaucoup d'enfants étaient des réponses rares avec respectivement 2% et 4%. Nos résultats sont différents de ceux de **M'Baye R [33]** qui a trouvé que 67% des femmes n'ont pas donné de raison spécifique, 11% donnaient le désir d'enfant comme raison. Ces difficultés d'avoir des raisons spécifiques, pourraient être dues à nos méthodes de questionnaire qui se répond par interview.

Au cours de notre étude, sur les 157 femmes qui ont déjà utilisée une méthode, 150 ont déclaré l'avoir interrompues soit 95,5%. Parmi les causes, les effets secondaires étaient les plus retrouvés avec 38% suivi du désir de tomber enceinte à 34,67%. Il y avait une relation significative entre l'interruption d'une méthode

de contraception et la survenue des effets secondaires. Ce phénomène pourrait être due au manque d'information que certaines femmes avaient concernant ce qu'il fallait faire devant les effets secondaires car selon la majorité, l'arrêt la méthode serait la seule solution. Mais nous n'avons pas trouvé de relation significative entre le niveau d'instruction des femmes et l'utilisation d'une méthode contraceptive ainsi que l'interruption d'une méthode de contraception. Ainsi toute la population d'étude avait des informations concernant les méthodes contraceptives.

6.6- Effets secondaires

Sur les 157 femmes qui ont déclarées avoir déjà utilisé une méthode, 95 femmes ont déclarées avoir eu des effets secondaires soit 60,51%.

Les effets secondaires les plus retrouvés étaient l'aménorrhée, les saignements irréguliers et la prise de poids chez les femmes qui ont utilisé une méthode de contraception avec respectivement 52,63% ; 49,47% ; 33,68%. Nos résultats sont comparables à ceux de **Traoré JM [12]** qui a retrouvé une prédominance des troubles du cycle à 53,7%, suivie de la prise de poids à 43,1%. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la plupart des contraceptifs utilisés sont des hormones et peuvent créer un dérèglement du cycle menstruel et un gain de poids.

Aller au centre de santé était l'attitude la plus retrouvée chez les femmes devant les effets secondaires avec 69,47%.



CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

7.1- Conclusion :

Notre étude était prospective transversale et descriptive qui s'est déroulée de juin à Novembre 2022 au service de Gyneco-Obstetrique du CHU Pr BSS de Kati.

Au cours de notre étude, toutes les femmes avaient une connaissance générale sur les méthodes de contraception.

La plupart des femmes donnait comme sens à la planification, l'espacement des naissances, l'empêchement des grossesses rapprochées ou empêcher les grossesses tout simplement.

Les méthodes les plus utilisées étaient les implants suivis des injectables. Nous n'avons pas trouvé de relation significative entre l'utilisation d'une méthode de contraception et le niveau d'instruction des femmes.

La plupart des femmes soulignaient comme obstacle à la contraception, les effets secondaires liés à ce dernier et le refus du mari. Effectivement dans nos tests statistiques nous avons trouvé une relation significative entre les effets secondaires et l'interruption d'une méthode de contraception. Mais il n'y avait pas de relation significative entre l'interruption d'une méthode de contraception et le niveau d'instruction des femmes.

7.2- Recommandations :

Aux autorités sociopolitiques et sanitaires

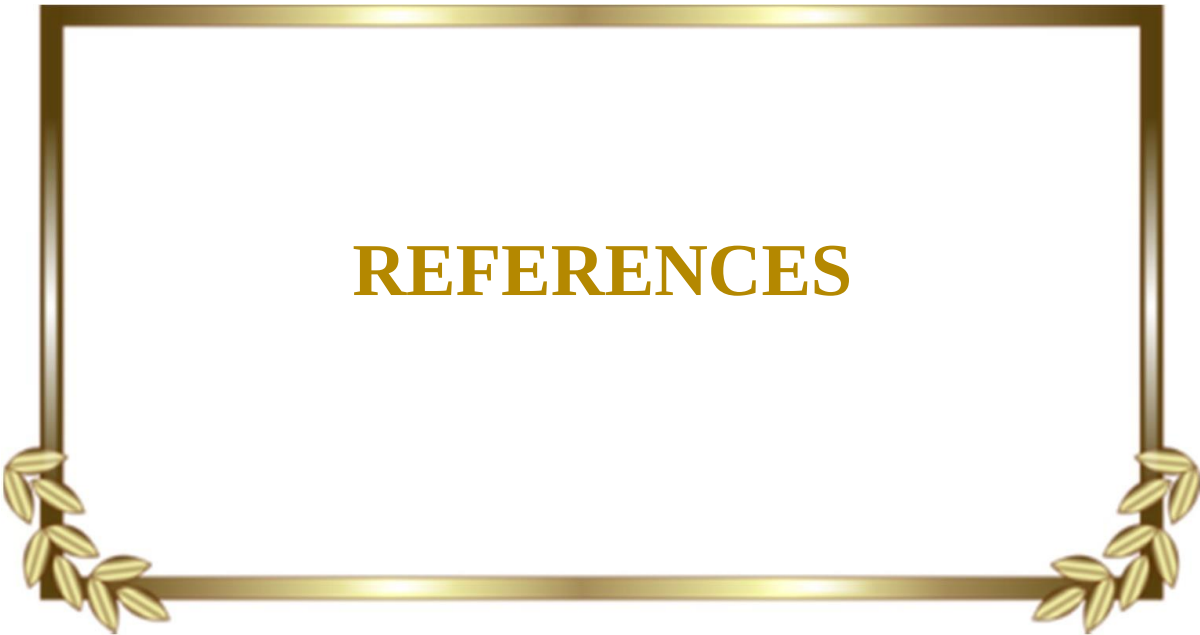
- Renforcer les capacités en formations et matériels des prestataires de santé dans le domaine de la planification familiale/ santé de la reproduction ;
- Garantir la disponibilité continue des méthodes dans les formations sanitaires et officines ;
- Rendre l'accès encore plus simple à la population aux méthodes contraceptives afin d'accroître le choix aux utilisatrices ;
- Renforcer davantage les campagnes de sensibilisation afin d'éclairer la population sur les avantages de la contraception ;

Aux Personnels de Santé de la reproduction/ planification familiale

- Renforcer davantage les connaissances (formations professionnelles) afin de mieux répondre aux besoins ;
- Créer un cadre confortable de prestation pour les clientes ;
- Informer et sensibiliser toutes les femmes sur l'importance de la contraception
- Renforcer d'avantage les relations avec partenaires en santé de la reproduction

Aux Populations

- Mieux s'informer concernant les différentes méthodes de contraception ;
- Eviter l'automédication et fréquenter les services de planification familiale pour une bonne information et une pratique rassurante ;
- Informer et sensibiliser les maris sur l'importance de la contraception ;



REFERENCES

8- Références

1. Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique. Plan d'action national budgétisé de planification familiale du Mali 2014-2018. 2p.
2. OMS. Mortalité Maternelle 2018 : 1-3p
3. OMS. Planification familiale/Contraception. 2020 : 2-5p
4. John Bongaarts, John C Clealand, John Townsend, Jane T Bertrand, Monica Das Gupta. Programmes de planification familiale du XXIème siècle : Fondement et conception. 2012. 2p
5. OMS. Grossesse non désirées. 2019 : 1-4p
6. OMS. Avortement, principaux faits. 2021 : 2-3p
7. OMS. Nouveau-nés : améliorer leur survie et leur bien-être. 2020 : 1-5p
8. Nations unies. Objectifs du millénaire pour le développement. Rapp 2010. 36p.
9. World Health Organization Division of family and reproductive health : Improving access to quality care in family planning, Algidity criteria for initiating use of selected methods of contraception. 1-6p
10. Institut National de la Statistique (INSTAT), Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille, (CPS/SS-DS-PF), Bamako, Mali. Enquête Démographique et de Santé au Mali. Août 2019. 2018 ; EDS VI : 93-337-121p.
11. Equilibre et Population. Les enjeux de planification familiale en Afrique de l'Ouest. 2016 ; 8p.
12. TRAORE JM. Connaissance Et Attitude De La Contraception Au Centre De Sante De Référence De Commune II. [Bamako] : 2010. 62p.
13. KAMINA P. Anatomie clinique de l'appareil génital féminin. 2008 ; 2eme édition. 211p
14. Diakité MK : Hystérectomie au service de Gyneco-Obstetrique à l'Hôpital Régional de Kayes à propos de 37 cas ; 2010 -2011
15. Drake RL., Wayne V., Mitchell AWM. Anatomie pour les étudiants.
16. Delaroche L., Patrat C. Fécondation dans l'espèce humaine. EMC - Obstétrique Gynécologie. 2012 ; 7(3) : 1-9p

17. Elisabeth Planchet : Corps humain et santé 2014 : 1p
18. Czyba J C, Montella A. Biologie de la reproduction humaine, Sauramps médical 1993 ; 3-13p
19. Prat J. Granulosa cell tumors : pathology of the ovary. Philadelphia ; Modern Pathology 2011 ; 24 : 1360–1367p.
20. Pectasides D, Pectasides E, Psyrri A. Granulosa cell tumors of ovary. Cancer treat Rev 2008 ; 34(1) : 1-12p.
21. Ray coquard I, Pujade Lauraine E, Pautier P, Méeus P, Morice P, Treilleux I et al. Rare ovarian tumors : thérapeutic strategies in 2010, national website observatory for rare ovarian cancers and delineation of referent centers in France. Bull cancer 2010 ; 97(1) : 123-135p.
22. Gougeon A. Physiologie ovarienne. Encyclopédie Médico-chirurgicale 2000 ; 10 :27-30p.
23. Tavassoli FA et Devilee P. Pathology and Genetics : Tumours of the Breast and Female Genital Organs. WHO Classification of Tumours series - volume IV ; Lyon, France : IARC Press ; 2003 : 250p.
24. Bazot M, Nassar J, Jonard S, Rocourt N et Robert Y. Ovaire normal, variations physiologiques et pathologies fonctionnelles de l'ovaire. Elsevier SAS ; 2004 : 12p.
25. SIDIBE I. Connaissances, Attitudes Et Pratiques Comportementales Des Ménages De Yanfolila En Matière De Planification Familiale. 2015 ; 93p.
26. JOULIA Audrey. Contraception orale : Améliorer l'observance par le conseil minimal-Etude de cohorte. Université Paris Diderot. Faculté de médecine. [Paris]. 2013 ; 108p.
27. Cellule de Planification et de Statistique, Ministère de la Santé, Direction Nationale de Statistique et de l'information BAMAKO MALI. Enquête Démographique et de Santé (EDS-III). Juin 2002. 2001 ; 57p.

28. SOGOBA A K. Etude De La Connaissance Et De La Perception Du Planning Familial Dans Le Milieu Universitaire : Cas Des Etudiantes De La FMOS, FAPH, FSEG, fSJP. FMOS. 2015 ; 88p.
29. SYNAYOKO T. Connaissances, Attitudes et Pratiques des jeunes de 15 à 24 ans de la commune I et II du district de Bamako en matière de Planification Familiale. [Bamako]. FMOS. 2015 ; 74p.
30. SIDIBE A. Planification Familiale dans quatre Etablissements d'Enseignement Secondaire de la commune IV du District de Bamako. [Mali]. FMOS. 2011 ; 89p.
31. SG Meador M, Lenihan J, Shangold G, Fisher A, Creasy G ORTHO EVRA/EVRA 002 Study Group. Efficacy and safety of a transdermal contraceptive system », ObstetGynecol. 2001 ;98 :799-805p.
32. Ecole de santé publique Bloomberg de l'université Johns Hopkins, Agence des états unis pour le développement international. OMS : Planification familiale : Manuel à l'intention des prestataires de service du monde entier. 2011. 374 p.
33. M'Baye R. Evaluation des connaissances, attitudes et pratiques du comité de femmes utilisatrices des services du centre de santé communautaire de Doumanzana en matière de planification familiale. 2021. 14-21-22p
34. MOUNKORO J. Préférence des femmes âgées de 14 à 45 ans en matière de contraception dans la commune urbaine de Koulikoro. 2019. 31-36-35p
35. DOUMBIA T. Connaissances, Attitudes et pratiques en matière de la planification familiale dans le district sanitaire de Kolondiéba. 2020. 20-24-25p
36. Kanté F. Connaissances, attitudes et pratiques comportementales des adolescentes du lycée Michel ALLAIRE et des seconds cycles de Béléko en matière de la contraception (Dioïla-Koulikoro). 2020. 25p



ANNEXES

9- ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES FEMMES EN AGE DE PROCREER FACE AUX METHODES MODERNES DE CONTRACEPTION AU SERVICE DE GYNECO-OBSTETRIQUE DU CHU PR BSS DE KATI

Il est strictement anonyme et contient des questions sur vos connaissances, attitude et pratique en matière de planification familiale.

Fiche N°/____/ Unité de soins :

I- Identité de la personne

Q1 : Age : /____ans /

Q2 : Profession : /____/ 1= militaire ; 2= commerçante ; 3= femme au foyer ;
4 =Administratrice ; 5=couturière ;6=Enseignante ;7=Infirmière ;8=Coiffeuse ;
8=élève/Etudiante ;9= Aide-ménagère ; 10=Secrétaire ;11= autre a précisé1 :

Q3 : Résidence : /____/ 1=Urbaine 2= Rurale

II- Caractéristiques sociodémographiques

Q4 : Niveau d'instruction : /____/ 1= primaire ; 2= secondaire ; 3=supérieur ;
4=non alphabétisé

Q5 : Statut matrimoniale : /____/ 1= monogame ; 2= polygame ; 3=
célibataire ; 4= divorcée ; 5= veuve

Q6 : Religion : /____/ 1= musulmane ; 2=chrétienne ; 3= autre a précisé 2 : ...

Q7 : Nombre d'enfants : /____/

Q8 : Quel est l'intervalle de temps moyen entre vos enfants : /____/

III- Connaissances de la contraception

Q9 : Qu'est-ce que la planification familiale pour vous : /____/

1= empêcher une Grossesse ; 2= empêcher les grossesses rapprochées ;

3= espacement de naissances ; 4= limiter les naissances ; 5= avorter ou arrêter la
fécondité ; 6= Prévention des maladies sexuellement transmissibles ;

7= politique pour réduire les bras valides ; 8=facteur de débauche ; 9=Santé maternelle ; 10=Rends stérile la femme ; 11=Santé materno-infantile ;12= autres à préciser 3 :

Q10 : Quelles sont les méthodes contraceptives que vous connaissez ? / ____/

1= Contraceptifs oraux ; 2= Les contraceptifs injectables ; 3= Les implants [(Norplant (6 bâtonnets), Jadelle (2 bâtonnets), Sino-Implant (2 bâtonnets), Implanon (1 bâtonnet)] ; 4= Le dispositif intra-utérin (DIU) ; 5=les préservatifs ; 6= le collier ; 7= les méthodes MAMA. 8= Contraception chirurgicale volontaire (ligature des trompes) ; 9= Ano ; 10=Tafo ; 11=Autres à préciser 4 :

Q11 : Parlez-vous de la planification familiale avec votre époux ? / ____/

1= Oui ; 2= Non

IV- Attitudes face aux méthodes de contraception

Q12 : Avez-vous une fois utilisé une méthode contraceptive : / ____/

1= Oui ; 2= Non

Q13 : Si oui laquelle 1 : / ____/ 1= Contraceptifs oraux ; 2= Les contraceptifs injectables ; 3= Les implants [(Norplant (6 bâtonnets), Jadelle (2 bâtonnets), Sino-Implant (2 bâtonnets), Implanon (1 bâtonnet)] ; 4= Le dispositif intra-utérin (DIU) ; 5=les préservatifs ; 6= le collier ; 7= les méthodes MAMA. 8= Contraception chirurgicale volontaire (ligature des trompes) ; 9= Ano ; 10=Tafo ; 11=autres méthodes à préciser 5 :

Q14 : cette méthode a été choisie par qui 1 ? / ____/

1= En couple ; 2= Par la femme seule ; 3= Par le mari ; 4=par indication médicale ;5= Autre à préciser 6 :

Q15 : Si non pourquoi 1 : / ____/

1= pas de raison ; 2= contraire à la religion ; 3= à cause des effets secondaires ; 4= Refus du mari ; 5= difficulté d'accès aux contraceptifs ; 6=autres à préciser7 :

Q16 : Vous êtes-t-il arrivé d'interrompre une méthode contraceptive/ ____/

1= Oui ; 2= Non

Q17 : si oui pourquoi 1 ? / ____ / 1= désire de tomber enceinte ; 2= les effets secondaires ; 3= des raisons liées à la Santé ; 4= raison du mari ; 5= raisons religieuses 6= autres à préciser 8 :

Q18 : Utilisez-vous actuellement une méthode contraceptive/ ____ / 1=Oui ; 2= Non

Q19 : Si Oui laquelle 2 / ____ / 1= Contraceptifs oraux ; 2= Les contraceptifs injectables ; 3= Les implants [(Norplant (6 bâtonnets), Jadelle (2 bâtonnets), Sino-Implant (2 bâtonnets), Implanon (1 bâtonnet))] ; 4= Le dispositif intra-utérin (DIU) ; 5=les préservatifs ; 6= le collier ; 7= les méthodes MAMA. 8= Contraception chirurgicale volontaire (ligature des trompes) ; 9= Ano ; 10=Tafo ; 11=Autres à préciser 9 :

Q20 : cette méthode a été choisie par qui 2 ? / ____ /

1= En couple ; 2= Par la femme seule ; 3= Par le mari ; 4=par indication médicale ; 5= Autre à préciser10 :

Q21 : Si non pourquoi 2 ? / ____ /1= pas de raison ; 2= contraire à la religion ; 3= Par peur des effets secondaires ; 4= Par manque d'information sur les méthodes de contraception ; 5=Refus du mari ou de la belle famille ; 6= autres raisons à préciser11 :

Q22 : Quelles sont vos impressions sur le service proposé par l'unité de planification familiale ?

V- Pratiques face aux méthodes de contraception

Q23 : Quelles sont vos sources d'approvisionnement en méthodes de contraception ? / ____ /

1= Centre de santé ; 2= Pharmacie ; 3= Dans la rue (Boutique, pharmacie par terre) ; 4= Par une tierce personne ; 5= Autres à préciser11 :

Q24 : Au moment où vous avez commencé une méthode contraceptive, avez-vous été informée sur les effets secondaires de la méthode : / ____ /

1= oui ; 2= non

Q25 : Au moment où vous avez commencé une méthode contraceptive avez-vous été informée sur ce qu'il fallait faire en cas d'effets secondaires : / ____ /

1= oui 2= non

Q26 : Au moment où vous avez commencé une méthode contraceptive avez-vous été informée sur d'autres méthodes que vous pourriez utiliser ? : /___/

1= oui 2= non

Q27 : connaissez-vous les effets secondaires des contraceptives ? /___/

1= prise de poids ; 2= retard des règles, aménorrhée ; 3= vertiges ; 4= perte de poids ; 5= Paresthésie des membres ; 6= maux de tête ; 7= Crampes musculaires ; 8= baisse de la libido ; 9= saignements irréguliers ; 10= Douleurs dorso-lombaire ; 11= Nausées ; 12 = Courbature ; 13= algies pelvienne ; 14= Aucun ; Autres à préciser 12 =.....

Q28 : Avez-vous eu des effets secondaires causer par les méthodes contraceptives /___/ 1= Oui ; 2= Non

Q29 : Si oui lesquelles 1 : 1= prise de poids ; 2= retard des règles, aménorrhée ; 3= vertiges ; 4= perte de poids ; 5= Paresthésie des membres ; 6= maux de tête ; 7= Crampes musculaires ; 8= baisse de la libido ; 9= saignements irréguliers ; 10= Douleurs dorso-lombaire ; 11= Nausées ; 12 : Courbature ; 13= algies pelvienne ; 14= Aucun ; Autres à préciser 12 =.....

Q30 : Qu'avez-vous fait devant ces effets secondaires :

.....

Q 31 : Savez-vous qu'on peut corriger les effets secondaires ? /___/

1= Oui ; 2= Non

Q32 : Si oui comment :

Fiche Signalétique :

Nom : Koné

Prénom : Mamadou

Titre : Connaissances, Attitudes, et Pratique des femmes en âge de procréer face aux méthodes de contraceptions modernes au CHU Pr BSS de KATI

Année de Soutenance : 2023

Ville de Soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

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

Secteur d'intérêt : Santé publique/Santé de la reproduction et Gyneco-Obstétrique

Adresse Email : konemamadou7596@gmail.com

Résumé :

Notre étude avait pour but d'analyser les connaissances, attitudes et pratiques des femmes en âge de procréer face aux méthodes modernes de contraception au CHU Pr Bocar Sidi Sall de Kati.

Nous avons effectué une étude prospective transversale de type descriptive allant de Juin à Novembre 2022 au CHU BSS de Kati sur un échantillon de 207 femmes.

Au terme de notre étude, plus de la moitié des femmes avaient un âge compris entre 21-30 ans. L'âge moyen était de 29,57 ans avec des extrêmes de 16 à 47 ans.

Les femmes vivaient en milieu urbaine (86%), étaient femme au foyer (44,4%), monogame (66,67%) et avaient un niveau d'étude secondaire dans 33,82%.

Les femmes étaient paucipares (57,97%) avec un intervalle de temps moyen entre deux grossesses de deux ans (32%).

L'espacement des naissances (84,50%), Empêcher les grossesses rapprochées (83,09%) et Empêcher une grossesse (73,43%) étaient les avis les plus connus.

La contraception orale (95,17%), les implants (89,86%), les injectables (86,96%) étaient les méthodes les plus connues.

Dans notre étude, la prévalence contraceptive était de 75,85%.

Les méthodes utilisées : Implants (62,42%), Injectables (33,76%) et des contraceptifs oraux (32,48%).

Parmi les femmes qui déclarent n'avoir jamais utilisée une méthode de conception, 44% n'ont pas données de raison spécifique, par contre, 30% ont déclarées un refus du mari.

Les effets secondaires ont été notifiés comme raison d'interruption de la méthode avec 38%, l'aménorrhée était l'effet secondaire le plus connu et était présent chez 52,63% des utilisatrices.

Mots clés : Connaissances, attitudes, pratiques, méthodes modernes de contraception, Kati

SERMENT D'HIPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et 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. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

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

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

JE LE JURE