

**Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique**

République du Mali

Un Peuple- Un But- Une Foi

Université de Bamako

Année Universitaire

2010-2011 Thèse N°.....

Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

TITRE

**La Planification Familiale dans quatre
Etablissements
d'Enseignement Secondaire de la
commune IV du District de Bamako.**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le..... 2011 à Heures devant la
Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali.

Par Mr Abdoulaye SIDIBE

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

JURY

Président : Professeur Salif DIAKITE

Membre : Docteur Ibrahima TRAORE

Codirecteur de thèse : Docteur Moustapha TOURE

Directeur de thèse : Professeur Mamadou KONE

Dédicaces

Je dédie ce travail à **Dieu le père tout Puissant** de m'avoir accordé une bonne santé jusqu'à ce jour tant attendu. Seigneur enracine en moi l'amour et le respect de ma vocation.

Que ton nom soit glorifié par la terre toute entière. Amen !

A mon père feu Mamourou.

J'aurais tant souhaité que vous soyez avec nous ce jour mais le destin a décidé autrement. Dormez en paix dans le royaume de Dieu. Amen !

A mes défunts : Jacques Koné, Seynali Sangaré, Layla Sakiliba.

J'aurais tant souhaité que vous soyez avec nous ce jour mais le destin a décidé autrement. Dormez en paix dans le royaume de Dieu. Amen !

A ma mère Diakassan Sidibé.

Chère mère les mots ne me suffisent pas à exprimer ma reconnaissance et mon admiration. Tu as consenti d'énormes efforts pour que je réussisse à mes études. Ce travail est le vôtre. Sois en remerciés.

Que Dieu vous accorde une bonne santé et une longévité.

A mes oncles et mes tantes.

Merci pour l'amour que vous m'avez toujours témoigné. Pérennisons ces liens et restons tolérants, croyants, travailleurs et très unis.

Considérez ce travail comme le vôtre.

A tous mes frères et sœurs

Merci pour tous vos soutiens, conseils et l'amour fraternel. Restons toujours unis pour l'amour de Dieu. Recevez mes salutations les plus sincères.

A ma cousine Korotoumou Sidibé

Merci pour tout le soutien que vous avez toujours consenti pour moi.

Soyez rassurée de ma profonde reconnaissance.

A mon neveu Jean Koné

Merci pour tout le soutien que tu as toujours consenti pour moi.

Sois rassuré de ma profonde reconnaissance.

A monsieur Mamadou Cheick Konaté et famille

Les mots me manquent pour exprimer ma reconnaissance car vous avez toujours été à mes cotés pour que mon rêve soit une réalité.

Vous serez toujours pour moi une source d'inspiration.

A mes amis Moussa Samaké, Ousmane M Koné, Kabiné Camara, Mahamadou Konaté.

La couleur, la nationalité ne nuisent pas aux relations nobles. Le cœur est au dessus des diversités culturelles. A travers ces lignes, recevez le témoignage de mon affection.

Remerciements

A tout le personnel du Centre de Santé de Référence de la Commune IV du District de Bamako.

Merci pour la bonne collaboration.

Aux directeurs des établissements d'enseignement secondaire de la Commune IV du district de Bamako.

Merci pour le soutien et pour la facilitation de ce travail.

A tout le corps professoral de la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie.

Merci pour la formation que j'ai reçue.

A mes amis et camarades promotionnaires du cursus universitaire.

Merci pour la bonne collaboration et le chemin laborieux parcouru ensemble.

A Yacouba Dian Diakité.

Merci pour l'effort consenti à l'élaboration de ce document.

A Dr Oumar Diallo ; Dr Ibrahima Traoré, Dr Diakaridia Koné,

Merci pour la très bonne collaboration et la formation.

A toutes les sages femmes du Centre de Santé de Référence de la Commune IV du district de Bamako.

A tous mes camarades internes du Centre de Santé de Référence de la Commune IV du district de Bamako.

Merci pour votre franche amitié et courage pour le chemin parcouru ensemble.

Hommmages

Aux

Membres du jury

A notre maître et président du jury

Monsieur Abdoulaye SIDIBE
Thèse Médecine 2010

Professeur Salif DIAKITE

- **Professeur titulaire de gynécologie et d'obstétrique à la FMPOS,**
- **Gynécologue accoucheur.**

Cher maître,

◇ C'est un honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury ;

◇ Vos qualités académiques et professionnelles et votre courtoisie font de vous un homme remarquable ;

◇ Trouvez ici, l'expression de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.

A notre maître et juge

Docteur Ibrahima Traoré

- ***Gynécologue obstétricien***
- ***Praticien au CSRéf C IV***

Cher maître,

◇ Votre esprit critique et votre objectivité ont largement contribué à renforcer la qualité de ce travail.

◇ Recevez ici, nos sincères remerciements.

A notre Maître et Co-directeur

Monsieur Abdoulaye SIDIBE
Thèse Médecine 2010

Docteur Moustapha TOURE

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

Cher maître,

◇ Votre modestie, votre courage, votre disponibilité et surtout votre souci constant du travail bien fait sont des qualités admirables ;

◇ Nous vous exprimons toute notre fierté d'être encadré par vous ;

◇ C'est l'occasion pour nous de vous exprimer notre profond attachement.

A notre maître et directeur de thèse

Professeur Mamadou KONE

- **Professeur en physiologie à la FMPOS,**
- **Directeur Général Adjoint du centre national des œuvres universitaires du Mali (CNOU),**
- **Directeur technique des compétitions sous régionales des établissements polytechniques,**
- **Médecin du sport,**
- **Membre du comité scientifique international de la revue Française de médecine du sport (Medisport),**
- **Membre du groupement latin et méditerranéen de médecine du sport,**
- **Membre de l'Observatoire de Mouvement (ODM),**
- **Président du collège Malien de réflexion en médecine du sport,**
- **Secrétaire général de la fédération Malienne de taekwondo.**

Cher maître,

◇ Nous sommes honorés que vous ayez accepté la direction de ce travail ;

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

SIGLES ET ABREVIATIONS

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

APF : Association planification familiale

CRDI : Centre de recherche pour le développement international

DSFC : Division Santé Familiale et Communautaire

DSF : Division Santé Familiale

DIU : Dispositif Intra-utérin

EDSM IV : Enquête Démographique et de Santé au Mali (2006)

FUNUAP : Fonds des Nations Unies pour la population

FIPF : Fédération Internationale pour la Planification Familiale

I.A.S : Interférence avec l'Acte Sexuel

IB: Initiative de Bamako

IST/SIDA : Infection Sexuellement Transmissible/Syndrome d'Immuno Déficience Acquise

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

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PF : Planification Familiale

R.H.A.S : Rupture de l'Harmonie de l'Acte Sexuel

SR : Santé de la Reproduction

SSP : Soins de Santé Primaires

SMI: Santé Materno-Infantile

UNICEF: United Nations International Children's Emergency Fund.

SOMMAIRE

| | |
|--|---------|
| I. INTRODUCTION | 1 - 3 |
| II. OBJECTIFS | 4 |
| III. GENERALITES | 5 - 36 |
| IV. METHOLOGIE | 37- 42 |
| V. RESULTATS | 43 - 56 |
| VI. COMMENTAIRES/DISCUSSION | 57- 60 |
| VII. CONCLUSION | 61 |
| VIII. RECOMMANDATONS | 62- 63 |
| REFERENCES | |
| ANNEXES | |

I. INTRODUCTION

La santé de la reproduction est généralement considérée comme un domaine prioritaire dans le monde entier.

Elle affecte la vie des femmes et des hommes, de la conception à la vieillesse en passant par la naissance et l'adolescence. Elle couvre à la fois l'accès à la santé, la protection de la santé, la prévention et le traitement des maladies [1].

La grossesse est un état normal et sain auquel aspirent la plupart des femmes à un moment ou l'autre de leur existence. Ce processus qui est créateur de vie comporte un sérieux risque de décès et de complications.

La croissance de la population actuelle et les problèmes qui lui sont liés sont considérés comme un frein au développement socio-économique des pays en développement [2].

Cette situation attire de plus en plus l'attention des pouvoirs publics et la maîtrise du mouvement naturel de la population, constitue depuis quelques années un enjeu pour la majorité des gouvernements des pays en développement [3].

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

Selon l'OMS, chaque minute qui passe une femme dans le monde meurt suite à des complications liées à la grossesse ou à l'accouchement et 26 à 53 millions d'avortements sont pratiqués chaque année dans le monde entier [4].

Dans ce cadre une enquête faite au Mali à la clinique pilote de l'AMPPF de 1981-1985 sur 2131 élèves et étudiantes avait trouvé 766 accouchements au fondamental, 323 pour le secondaire, 102 pour le supérieur contre 347, 170,40 avortements au fondamental, au secondaire, au supérieur dans la même population pendant la même période [5].

Ces chiffres déjà inquiétants sont malheureusement en deçà de la réalité car ils ne prennent en compte ni les filles qui refusent de déclarer leur accouchement ou avortement ni celle qui le font clandestinement.

En Afrique le taux de mortalité maternelle est de 940 pour 100.000 naissances vivantes.

Au Mali, le taux de mortalité maternelle est passé de 582 à 464 pour 100000 naissances vivantes sur la période 2001-2006(EDS IV ,2006) [6].

Malgré des efforts techniques organisationnels et financiers faits par le ministère de la santé et les donateurs durant ces dix dernières années, ce taux reste très élevé dans notre pays.

Le taux de mortalité et de morbidité maternelle baisse lorsque les femmes ont moins de grossesse dit Dr FORTNEY « la planification familiale réduit le nombre total de grossesse faisant ainsi baisser le nombre de décès et de morbidité qui sont liés aux grossesses », mais la PF n'a aucun effet sur les risques obstétricaux une fois qu'une femme est enceinte. Il faut donc réduire les risques liés à la grossesse ; pour ce faire, nous devons nous concentrer sur l'amélioration des connaissances sur la planification familiale.

La prévalence contraceptive est de 25% en Afrique mais un peu plus élevée dans certains pays d'Afrique tel que la Tunisie 75%, le Kenya et le Botswana 30%, au Zimbabwe 43% [7].

La prévalence contraceptive moderne est faible dans la majorité des pays de l'Afrique de l'Ouest, sauf au Cap vert avec 46% et au Ghana avec 19%.

Ces taux sont élevés comparativement au reste de l'Afrique de l'ouest mais faible par rapport à d'autres régions.

La prévalence contraceptive au Mali est faible, seulement 8% selon EDS IV en 2006. Face à ce constat, nous avons décidé de faire une étude sur la connaissance des élèves fréquentant les établissements d'enseignement secondaire de la Commune IV du District de Bamako sur la planification familiale.

II. OBJECTIFS

1. Objectif général

Etudier la connaissance des élèves fréquentant certains établissements d'enseignement secondaire de la commune IV du District de Bamako sur la planification familiale.

2. Objectifs Spécifiques

- ✓ Décrire le profil des élèves enquêtés.
- ✓ Déterminer les objectifs de la PF reconnus par les élèves.
- ✓ Déterminer les sources d'information sur la PF connues par les élèves.
- ✓ Identifier les méthodes de contraception connues par les élèves.

III. GENERALITE

1. Rappel sur la planification familiale

a-Définition de la planification familiale (PF) [8].

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

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

b-La PF comporte diverses activités qui sont :

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

Les composantes de la PF retenues au Mali sont :

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

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

c- Historique :

-Dans le monde :

La notion de planification familiale et les activités qui en découlent existent dans le monde depuis plus d'une trentaine d'année.

Les premières actions en faveur de la femme remontent en 1974 à Bucarest où il était question de croissance démographique et de libération de la femme.

La première conférence mondiale des Nations Unies sur les femmes est celle qui s'est tenue à Mexico en 1975 aboutissant à la proclamation de l'année internationale de la femme (1975) et de la décennie de la femme (1976-1985).

L'idée de la planification familiale a officiellement vu le jour dans le monde en Septembre 1978 à Alma Ata (URSS) lors de la réunion mondiale sur les problèmes de santé des populations.

A cette réunion, il a été élaboré un programme de santé pour tous d'ici l'an 2000. Cette politique était basée sur les Soins de Santé Primaires (SSP).

La plupart des pays du monde ont adhéré à ce concept de SSP ou la santé avait une note pluridisciplinaire, la PF a été la quatrième composante des SSP [6].

A partir de 1980, on assiste à une succession de rencontres dans différents pays du monde, dont les thèmes ont traités à la santé de la femme et de la famille.

Il existe de part et d'autre dans le monde entier des Associations de Planification Familiale (APF). Ces APF sont affiliées à une organisation non gouvernementale, la Fédération Internationale pour la Planification Familiale (FIPF) [6].

-Au Mali :

Depuis 1970, le gouvernement malien est préoccupé par les différents problèmes sanitaires de la mère et de l'enfant. En effet, malgré les activités intenses de santé maternelle et infantile et des maternités, le taux de mortalité et de morbidité chez la mère et chez l'enfant continue d'être élevé.

L'évolution de la planification familiale au Mali :

- ✓ En août 1971, une délégation malienne, pour la première fois, assiste à un séminaire organisé par *le Centre de Recherche pour le Développement International (CRDI)* à Montréal. A la suite de ce séminaire, le gouvernement a élaboré un projet d'ordonnance modifiant les articles 1 et 2 de la loi du 31 juillet 1920.
- ✓ En octobre 1971, le Mali a signé un accord avec *le Centre de Recherche pour le Développement International (CRDI)* pour un projet d'assistance en planification familiale couvrant une période de quatre ans.
- ✓ Au début de l'année 1972, est ouvert un centre pilote de PF à Bamako. Le centre est créé pour *l'Association Malienne pour la Protection et la*

Promotion de la Famille (AMPPF) ; ses activités étaient fondées sur les soins, la recherche, des informations, des formations du personnel en PF.

- ✓ En 1972, un projet d'ordonnance légalise la pratique de la PF au Mali (l'ordonnance N°1/CMLN du 28 novembre 1968 portant organisation provisoire en République du Mali vu le décret N°142/PG-RM du 28 novembre 1970 fixant la composition du gouvernement).
- ✓ En mars avril 1973, le premier séminaire inter africain sur l'éducation sexuelle a été organisé à l'école de médecine de Bamako.
- ✓ En mai 1973, a eu lieu le premier séminaire intersyndical sur la PF à Bamako.
- ✓ En 1973, le gouvernement décide d'étendre les activités de PF aux centres de SMI de Bamako et des autres capitales régionales.
- ✓ En avril mai 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 de la PF.
- ✓ En novembre 1974, une requête du gouvernement fut adressée au FNUAP pour un projet de développement d'un programme national de santé au Mali.
- ✓ 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 7^{ème} année ;
- L'extension de la planification familiale au Mali.

L'arrêté N° 795/MSP/AS/CAB du 19 mars 1975 a créé la Division de la Santé Familiale rattachée à la Direction Nationale de la Santé Publique. Cette division remplace l'ancienne section d'hygiène de la maternité et l'enfance rattachée à la division de la médecine socio-préventive.

Le Mali souscrit en 1978 à la déclaration d'Alma Ata (URSS) qui stipulait que la PF est une composante des soins de santé primaires.

La création de la DSF devient effective en devenant en 1980 la division santé familiale et communautaire (DSFC). Elle abrite, depuis 1981 le programme national de la santé materno-infantile et planification familiale.

Toutes les méthodes sont disponibles au Mali.

- ✓ En 1980 la division santé familiale (DSF) a été créée au sein du Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales pour élargir et coordonner les activités de la santé maternelle et infantile et en y intégrant le planning familial.
- ✓ Jusqu'en 1987 le niveau d'utilisation de la contraception au Mali n'était connu que par l'intermédiaire des rapports périodiques internes de la DSFC et par une étude menée par l'AMPPF.
- ✓ Il s'agissait de la 37^{ème} session du comité régional de l'Afrique pour l'initiative de Bamako (IB). L'évaluation de la connaissance et de l'utilisation de la contraception faite au cours de l'EDSM-I, était la première à couvrir l'ensemble du territoire national ; la rencontre la plus

importante en matière de santé maternelle et infantile et la planification familiale.

- ✓ En 1990 deux séminaires nationaux ont été organisés à Bamako pour ébaucher une politique de population, femme et développement.
- ✓ En 1991 le Mali a fait une déclaration de politique nationale de population. Le 8 mars 1991, le gouvernement conscient de l'impact des problèmes de population sur le développement socio-économique du pays, a adopté une politique nationale de population révisée en 2001.
- ✓ En 1994 avec la conférence internationale sur la population et le développement au Caire (Egypte), le gouvernement du Mali s'est engagé à agir dans le domaine de la santé de la reproduction, engagement réitéré lors de la 4^{ème} conférence mondiale sur les femmes à Beijing (Chine) en septembre 1995.
- ✓ En juin 1995 a été organisé un atelier de révision des normes et procédures de santé maternelle, infantile et planning familial.
- ✓ Du 14 au 18 mars 2005 le Mali a organisé sur toute l'étendue du territoire national, une 1^{ère} campagne de sensibilisation concernant les enjeux liés au planning familial avec comme thème l'espacement des naissances pour une meilleure qualité de vie.
- ✓ En 2006 le Mali a organisé une 2^{ème} campagne avec comme thème le repositionnement de la PF.

- ✓ Le 15 mars 2007 le Mali a lancé la 3^{ème} campagne nationale en faveur de la promotion de la PF avec implication des hommes.

Avec le temps, le concept malien en matière de planning familial a évolué allant de l'espacement des naissances dont la pratique était conditionnée à l'autorisation maritale ou parentale en 1971 au concept actuel qui définit le planning familial comme : l'ensemble des mesures et des moyens de régulation de la fécondité, d'éducation et de prise en charge d'affection de la sphère génitale, mis à la disposition des individus et des couples afin de contribuer à réduire la mortalité et la morbidité maternelles, infantiles et juvéniles notamment celles liées aux IST, VIH /SIDA, aux grossesses non désirées , aux avortements et assurer le bien être familial et individuel.

Ce ci implique la liberté, la responsabilité et le droit à l'information de chaque individu ou couple pour l'aider à choisir le ou les moyens de régulation de la fécondité.

Au Mali, la santé de la reproduction englobe la santé de la mère y compris le planning familial et la santé de l'enfant y compris celle de la petite fille.

1. La contraception

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

Bien que la définition de la contraception prenne en compte le concept de la réversibilité, nous aborderons les méthodes de stérilisation volontaire qui, sont

des méthodes de PF irréversibles mais qui sont intégrées dans le « paquet » de prestation de contraception.

Les différentes méthodes contraceptives sont :

2.1. Les méthodes de contraception moderne :

2.1.1. Les méthodes de barrière :

Ces méthodes font appel à une barrière mécanique ou chimique afin d'entraver la pénétration des spermatozoïdes dans les voies génitales supérieures de la femme.

a) Le condom masculin (Préservatif) :

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

Efficacité :

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

Mécanisme d'action :

Il agit à titre de barrière mécanique afin de prévenir l'échange de fluide corporel et de sperme. Certains sont pré-lubrifiés à l'aide de lubrifiant aqueux ou d'une petite quantité de spermicide qui renforce leur efficacité.

Contre- indications :

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

Effets indésirables :

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

b) Le condom féminin :

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

Efficacité :

Le taux de grossesse à 12 mois pour une utilisation parfaite (correct et systématique) du condom féminin est de 5% [9].

Mécanisme d'action :

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

Contre- indications :

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

Effets indésirables :

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

Parmi les autres inconvénients du condom féminin, on trouve :

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

c) Le diaphragme :

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

Il existe trois types de diaphragme :

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

Efficacité :

Les taux d'échec selon l'OMS au cours des 12 premiers mois d'utilisation sont de 6% selon une utilisation parfaite [9].

Mécanisme d'action :

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

Contre- indications :

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

Effets indésirables :

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

d) La cape cervicale :

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

Efficacité :

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

Mécanisme d'action :

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

Contre- indications :

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

- Une infection de la filière pelvienne,
- Un cancer ou une dysplasie du col ou de l'utérus,
- Une allergie ou une sensibilité aux spermicides.

Effets indésirables :

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

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

e) L'éponge contraceptive :

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

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

Efficacité :

Les éponges contraceptives présentent et des taux d'échec variant entre 18 et 20% pour les multipares [10].

Mécanisme d'action :

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

Contre- indications :

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

- Présentent une allergie au spermicide utilisé ;
- ont des anomalies de l'anatomie vaginale pouvant nuire à la mise en place satisfaisante ou stable du dispositif ;

- sont incapables d'apprendre la bonne technique d'insertion ;
- présentent des antécédents de syndrome de choc toxique ;
- présente des infections récurrentes des voies urinaires ;
- nécessitent une protection contre l'infection au VIH ;
- ont récemment connu un avortement spontané ou provoqué, ou présentent des saignements vaginaux anormaux.

Effets indésirables :

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

f) Les spermicides :

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

Efficacité :

Le taux d'échecs au cours de la première année d'utilisation est de 6% selon une utilisation parfaite [9].

Mécanisme d'action :

Les spermicides sont composés d'un agent spermicide en solution dans un excipient qui en permet la disposition et la rétention dans le vagin.

Comme l'indique leur nom, ils détruisent le spermatozoïde en altérant la couche lipidique de la membrane cellulaire. Ils deviennent alors perméables et gonflent, ce qui entraîne la rupture des membranes plasmique et acrosomique.

Contre- indications :

Le spermicide est contre indiqué en cas de :

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

Effets indésirables :

On estime que l'irritation génitale pourrait faciliter la transmission du VIH [11]. L'utilisation de spermicides a également été associée à un accroissement du risque d'infection des voies urinaires [12].

2.1.2. La contraception hormonale combinée [13]:

Elle désigne des moyens de contraception qui contiennent à la fois des oestrogènes et un progestatif. Il en existe quatre types :

a) Les contraceptifs oraux combinés (COC) [13]:

Ils peuvent être :

- Monophasiques, contenant une quantité fixe d'œstrogène et de progestatif ;

- Biphasique, la quantité d'œstrogène est fixe, alors que celle de progestatif augmente au cours de la seconde moitié du cycle ;
- Triphasiques dont la quantité d'œstrogènes est fixe ou variable, tandis que la quantité de progestatif augmente en trois phases égales.

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

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

- Les estranes (noréthindrone, diacétate d'éthinodiol)
- Les gonanes (lévonorgestratrel, désogestrel, norgestimate) qui semblent être plus puissants [13].

Efficacité :

Les COC constituent un mode de contraception réversible très efficace.

En utilisation parfaite, ils sont efficaces à 99,9% [9].

Mécanisme d'action :

Le principal mécanisme d'action est l'inhibition de l'ovulation. Parmi les autres mécanismes d'action, on trouve :

- L'accentuation de l'atrophie endométriale,
- l'épaississement de la glaire cervicale qui devient visqueuse,
- des effets sur la sécrétion et le péristaltisme au sein des trompes de Fallope.

Contre - indications :

L'OMS, a établi des contre- indications absolues et relatives à l'utilisation des COC [9].

-Contre- indications absolues :

- Moins de 6 semaines à la suite d'un accouchement, si la patiente allaite,
- fumeuses de plus de 35 ans (plus de 15 bâtons /jour),
- HTA (systolique > 160 mm Hg ou diastolique > 100 mm Hg),
- antécédents de thrombo-embolie veineuse,
- cardiopathie ischémique,
- antécédents d'accident vasculaire cérébral,
- cardiopathie valvulaire compliquée,
- migraine accompagnée de symptômes neurologiques en foyer,
- cancer du sein (en cours),
- diabète accompagné de rétinopathie / néphropathie,
- grave cirrhose et tumeur hépatique (adénome ou hépatome).

Contre- indications relatives :

- Fumeuses de plus de 35 ans (moins de 15 bâtons /jour),
- HTA maîtrisée,
- hypertension (systolique : 140 -159 mm Hg, diastolique : 90-99 mm Hg),
- migraine (chez les femmes de plus de 35 ans),
- maladie vésiculaire en phase symptomatique,
- légère cirrhose,
- antécédents de cholestase associée à l'utilisation de COC,
- Utilisatrices de médicaments pouvant entraver le métabolisme des COC.

Effets indésirables :

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

par les patientes .Parmi les autres raisons courantes, on trouve la nausée, le gain pondéral, les sautes d'humeur, la sensibilité des seins et les céphalées.

b) Le timbre contraceptif transdermique :

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

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

Efficacité :

L'indice de Pearl du timbre contraceptif transdermique (taux des échecs en fonction du nombre de grossesse pour 100 années femmes) est de 0,7 (IC de 95%, 0,31-1,10) dans le cas d'une utilisation parfaite [14].

Mécanisme d'action :

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

Contre-indications :

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

Effets indésirables :

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

c) L'anneau vaginal contraceptif :

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

Efficacité :

L'indice de Pearl global de l'anneau, se situe entre 0,65 et 1,18 [15].

Mécanisme d'action :

L'anneau empêche le développement folliculaire et inhibe l'ovulation. Parmi les autres mécanismes d'action possible, on trouve l'accentuation de l'atrophie endométriale et l'altération de la glaire cervicale.

Indications :

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

Contre-indications :

Les contre- indications absolues sont la grossesse connue ou soupçonnée, les antécédents de thrombo-embolie veineuse, les maladies cérébro-vasculaires ou coronariennes, la cardiopathie valvulaire compliquée, l'HTA sévère, le diabète,

les céphalées accompagnées de symptômes neurologiques en foyer, le cancer (connu ou soupçonné) du sein, de l'endomètre ou du col utérin, les saignements vaginaux inexplicables ainsi que les réactions allergiques à un des composants de l'anneau.

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

Effets indésirables :

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

- Des saignements irréguliers au premier cycle d'utilisation,
- des effets indésirables de nature hormonale : céphalées, nausée et sensibilité des seins,
- des symptômes vaginaux : vaginite et leucorrhée.

d) La contraception injectable combinée :

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

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

Dans le cadre d'une étude portant sur 782 américaines suivies pendant un an aucune grossesse n'a été constatée [16].

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

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

2.1.3. Contraception hormonale à base de progestatif [17] :

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

a) Les progestatifs injectables :

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

Efficacité :

L'acétate de médroxyprogestérone retard est une forme grandement efficace de contraception dont le taux d'échec est estimé à moins de 0,3% par an [18].

Mécanisme d'action :

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

Indications :

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

Il peut également convenir aux femmes allaitantes ou ayant :

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

Contre-indications :

- Contre- indications absolues : grossesse, saignements vaginaux inexpliqués, et cancer du sein.
- Contre- indications relatives : cirrhose grave, hépatite virale évolutive et adénome hépatique bénin.

Effets indésirables :

Les effets indésirables associés à l'AMPR sont :

- La perturbation du cycle menstruel (le plus courant),
- la prise de poids,
- les effets indésirables de nature hormonale (céphalée, acné, baisse de la libido, nausée et sensibilité des seins),
- des variations de l'humeur ont également été signalées,
- retour tardif de la fécondité (neuf mois en moyenne),
- baisse de la densité minérale osseuse sans ostéoporose notamment au niveau de la colonne lombaire.

b) Progestatif oral : pilule de progestatif seul

Utilisées selon les indications, les pilules de progestatif seul (PPS) sont très sûres et grandement efficaces. En utilisation parfaite, elles présentent un taux d'échec de 0,5% [16].

Mécanisme d'action :

L'altération de la glaire cervicale (portant sur le volume, la viscosité et la structure moléculaire) constitue le principal mécanisme d'action des PPS. Ceci entrave ou empêche la pénétration des spermatozoïdes. L'ovulation peut être supprimée et des modifications de l'endomètre peuvent se produire.

Indications :

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

Contre-indications :

- Contre indication absolues : grossesse, cancer du sein et saignements vaginaux inexpliqués.
- Contre indications relatives : hépatite virale évolutive et les tumeurs hépatiques.

Effets indésirables :

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

c) Les implants de progestatif :

Insérés en sous-cutanée, à la face interne de l'avant-bras, les implants constituent une méthode contraceptive réversible de longue durée car restant

efficace pendant cinq ans en moyenne. Ils peuvent être composés d'un, de deux ou six bâtonnets.

Efficacité :

Le taux d'échec associé aux implants se situe autour de 0,1% par année [9].

Mécanisme d'action :

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

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

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

Effets indésirables :

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

d) Les dispositifs intra-utérins (Stérilet) [17]:

Il existe deux types de DIU :

- Le DUI libérant du Lévonorgestrel ou « système intra-utérin à libération de Lévonorgestrel » (SIU-LNG) ;
- deux DIU de cuivre (NOVA-T et Flexi-T 300).

Efficacité :

Le taux d'échec du DIU en cuivre est estimé à 1,26 par 100 femmes années, celui du DIU à libération de lévonorgestrel est estimé à 0,09 par 100 femmes années [19].

Mécanisme d'action :

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

Les DIU en cuivre consistent en une tige verticale sur laquelle s'enroule un fil de cuivre à âme d'argent. La présence de cuivre dans la cavité endométriale entraîne des modifications biochimiques et morphologiques au niveau de l'endomètre qui nuisent au transport des spermatozoïdes. Les ions de cuivre ont également un effet direct sur la mobilité des spermatozoïdes, ce qui affecte la capacité de ces derniers à pénétrer la glaire cervicale.

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

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

Les DIU restent actifs 10 ans en moyenne.

Indications :

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

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

Contre-indications :

Contre- indications absolues :

- grossesse,
- infection pelvienne ou ITS (*au cours des trois derniers mois*),
- sepsies puerpérales,
- immédiatement à la suite d'un avortement septique,
- cavité utérine gravement déformée,
- saignements vaginaux inexplicables,
- cancer du col utérin ou de l'endomètre,
- maladie trophoblastique maligne,
- allergie au cuivre (dans le cas du SIU-LING).

Contre -indications relatives :

- Facteurs de risque en ce qui concerne les ITS ou le VIH/ SIDA ;
- immunodépression infectieuse ou médicamenteuse (*corticothérapie*) ;
- de 48 heures à quatre semaines après un accouchement ;
- cancer de l'ovaire ;

- maladie trophoblastique gestationnelle bénigne.

Effets indésirables :

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

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

e) La contraception d'urgence [20]:

Elle fait référence aux moyens utilisables après une relation sexuelle, mais dont l'action se fait avant l'implantation. Il en existe deux types :

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

Il existe deux types de COU dont l'un consiste à prendre deux doses de 750 *ug* de lévonorgestrel par voie orale à 12 heures d'intervalle. La seconde connue sous le nom de méthode *Yuzpe*, consiste en deux doses contenant 100 *ug* d'éthinylestradiol et 500 *ug* de lévonorgestrel, administrées par voie orale, à 12 heures d'intervalle.

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

La mise en place d'un stérilet au cuivre dans les cinq jours suivant une relation sexuelle non protégée, est également un moyen efficace de prévention de la

grossesse. Ce DIU reste efficace dans les 7 jours qui suivent une relation sexuelle non protégée.

Mécanisme d'action :

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

Efficacité :

L'OMS rapporte un taux de grossesse de 1,1% pour la contraception au lévonorgestrel seul, comparativement à 3,2% pour la méthode Yuzpe.

La mifépristone est six fois plus efficace que la méthode Yuzpe. A très faible dose (10 mg), elle est aussi efficace que le lévonorgestrel seul [21].

On n'estime que l'insertion post-coïtale d'un stérilet au cuivre, dans les cinq jours suivant une relation sexuelle non protégée, est efficace à 98,7% [19].

Indications :

Il faut envisager l'utilisation de la COU chez toute femme voulant éviter une grossesse dans les cinq jours suivant :(volontaire ou involontaire)

- une relation sexuelle mal ou non protégée,
- une agression sexuelle.
- défection au préservatif

Contre indications :

La seule allergie aux COU porte sur les composantes du produit. Dans le cas d'un stérilet au cuivre post-coïtal, il faut exclure la possibilité d'une grossesse préexistante, surtout si la femme a eu des rapports sexuels en début de cycle.

Il ne doit y avoir ni signe d'infection vaginale ou cervicale ni antécédents récents d'infection pelvienne ; de plus, le risque d'infection transmise sexuellement doit être faible.

Effets indésirables :

Le traitement comportant deux doses de lévonorgestrel entraîne une incidence inférieure de nausée, de vomissements, d'étourdissements et de fatigue que la méthode Yuzpe.

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

2.1.4. La stérilisation à visée contraceptive :

Elle est régie par des lois dans plusieurs pays [22].

a) La stérilisation féminine : ligature ou obturation des trompes

- Méthode par coelioscopie 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 (clips) sur les trompes.

Cette méthode est en principe irréversible.

- Méthode par les voies naturelles :

C'est une nouvelle méthode : le dispositif Essure se pratique par hystéroscopie sans anesthésie générale et sans hospitalisation. On accède aux trompes pour y placer un micro-implant souple dans chacune des trompes pour les obstruer.

C'est une méthode simple et rapide (environ 30 minutes) ne laissant pas de cicatrice. Il faut attendre 3 mois (et continuer sa méthode de contraception habituelle) avant que la méthode soit efficace. Elle est irréversible.

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.

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

2.2. Les méthodes naturelles : les moins efficaces des contraceptions

Historiquement, ce sont les plus utilisées et pourtant ce sont les moins fiables. Elles peuvent être utilisées par des femmes voulant espacer les grossesses et qui accepteraient l'échec de ces méthodes.

a) 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, un peu de liquide contenant des spermatozoïdes s'écoule du pénis.

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

b) 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.

c) La méthode Ogino et Knauss :

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, quelque soit le jour du cycle.

d) 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.

e) 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 pouce 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.

f) 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 [22].

g) 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 [23].

h) La méthode de collier du cycle :

Le collier du cycle est un collier avec des perles de différentes couleurs et un anneau mobile qui sert à indiquer les différentes phases du cycle. L'anneau est placé sur la perle rouge le premier jour des règles et progresse d'une perle par jour. Les couleurs des perles aident les utilisatrices à connaître les jours où elles peuvent tomber enceintes. C'est une méthode très efficace si elle est correctement utilisée.

Le collier fonctionne bien si le cycle dure entre 26 et 32 jours.

2.3. Les méthodes de contraception traditionnelles au Mali :

Ces méthodes reposent sur le vécu socio-culturel des peuples [24]. On peut citer :

a) Le Tafo :

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

b) La Toile d'araignée :

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

c) 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.

d) 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 les charlatans.

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.

IV. METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée dans quatre établissements d'enseignement secondaire de la commune IV du district de Bamako(Mali)

La commune IV du district de Bamako

a) Aperçu historique

L'histoire de la commune IV est intimement liée à celle de la ville de Bamako qui selon la tradition orale a été créée vers le 17^e siècle par les Niakatés sur la rive gauche du fleuve Niger et qui s'est développée au début d'Est en Ouest entre les cours d'eaux Woyowayanko et Banconi.

Le plus ancien quartier de la commune IV Lassa a été créé vers 1800 en même temps que Bamako et le plus récent Sibiribougou en 1980.

Les quartiers sont dirigés par les chefs de quartier regroupés au sein d'un collectif dirigé par un président.

La commune IV fut créée en même temps que les autres communes de Bamako par l'ordonnance 78-34 : CMLN du 18 Août 1978 et est régie par les textes officiels suivants :

-l'ordonnance 78-34 CMLN du 18 Août fixant les limites et le nombre de communes ;

-la loi N° 93-008 du 11 Février 1995 déterminant la condition et la libre administration des collectivités territoriales ;

-la loi N° 95-034 du 22 Avril 1995 portant code des collectivités territoriales.

b) Les données géographiques

✓ Situation

Située dans la partie Ouest de Bamako, la commune IV couvre une superficie de 37,68 km² soit 14,11% de la superficie du district de Bamako.

Elle est limitée :

- à l'Ouest par la limite Ouest du district de Bamako qui fait frontière avec le cercle de Kati ;
- à l'Est et au Nord par la partie Ouest de la commune III ;
- au Sud par le lit du fleuve Niger et la limite Ouest de la commune III ;
- au Nord Ouest par les monts Mandingues. (Source PUS CIV Mars 2001)

✓ Relief

Le relief est dominé par les collines se situant dans sa partie ouest et Nord-Ouest notamment Lassa « Kulu » de Nabaye, Tanfala Kulu, Dogodoumana Kulu, Kulu Yeleke et Koko Kulu.

Taliko et Lassa se trouvent sur les collines, Dogodoumana et Sibiribougou situés sur des flancs de collines. Les quartiers Djicoroni para, Sébénikoro, Kalabambougou se situent dans la vallée du fleuve Niger. Les collines constituent des contrastes physiques pour l'accessibilité des quartiers surtout Lassa.

✓ Climat

Toute la commune est soumise à un climat Soudanien. Il comprend deux saisons : une saison sèche (froide de Novembre à Janvier, chaude de Février à Mai) ; une saison humide (pluvieuse) de Juin à Octobre.

✓ **L'hydrographie**

La commune IV est traversée par des marigots Woyowayanko, Diafarana Souroutoumba et le fleuve Niger qui constitue sa limite naturelle Sud.

c) Présentation socio-économique et démographique

✓ **Le milieu économique**

• **Le secteur primaire**

Le secteur primaire (l'agriculture, la pêche, l'élevage) occupe une place importante. L'agriculture est maraîchère ; la pêche est pratiquée pour la subsistance ; l'élevage est extensif et on y élève des bovins, des ovins et caprins.

• **Le secteur secondaire**

Le secteur secondaire (l'artisanat, l'industrie) est relativement timide ; cependant, il existe quelques unités industrielles

-SECAM aluminium à Djicoroni Para s'occupe de la fabrique d'article ménagé en aluminium ;

-Usine céramique à Djicoroni Para s'occupe actuellement de la production de la chaux vives et de la porcelaine.

• **Le secteur tertiaire**

Le secteur tertiaire est de plus en plus présent avec l'émergence de la zone ACI 2000 où quelques services commencent à s'installer.

Pour le commerce il existe un démembrement de la chambre de commerce et d'industrie, une coopération multifonctionnelle des commerçants détaillants, une mutuelle pour les opérateurs économiques de la commune IV.

En plus des installations économiques situées sur le domaine public : étalagiste, aires de lavage, des cabines téléphoniques, les activités de commerce sont menées dans 09 (neuf) marchés

✓ **Le milieu humain**

La majorité des ethnies du Mali sont représentées en commune IV et les ressortissants d'autres pays. La commune IV comptait 245.421 habitants en 2008 (source DNSI, actualisation de population selon le recensement RGPH 1998 dont 51% sont des hommes et 49% des femmes.

Lafiabougou est le quartier le plus peuplé et Lassa le moins peuplé.

2. Type d'étude :

Nous avons réalisé une étude transversale portant sur les élèves fréquentant les établissements d'enseignement secondaire de la commune IV du district de Bamako.

3. Population et période d'étude :

L'étude a porté sur les filles et garçons fréquentant les établissements d'enseignement secondaire de la commune IV du district de Bamako, du mois de février au mois de Mai 2009.

4. Echantillonnage :

L'étude a porté sur un échantillon de 800 élèves (400 filles et 400 garçons) dans quatre établissements d'enseignement secondaire de la commune IV soit 200 élèves par établissements.

Choix des établissements :

Nous avons pris au hasard 4 établissements qui sont :

- Lycée Mamadou M'Bodj de Sébénikoro,
- Centre Abdoulaye Diarra de Sébénikoro,
- Lycée El Madani Dravé de Lafiabougou,
- Lycée Mamadou Sarr de Lafiabougou,

Choix des élèves :

Les élèves ont été choisis sur la base du volontariat

Déroulement de l'enquête :

-Au niveau des lycées l'enquête s'est déroulée de la façon suivante :

Dans les classes de 10^{ème} année : 30 garçons et 30 filles,

Dans les classes de 11^{ème} année: 35 garçons et 35 filles,

Dans les classes de 12^{ème} année : 35 garçons et 35 filles.

-Au niveau de l'enseignement technique et professionnel

De la 1^{ère} année à la 4^{ème} année : 25 garçons et 25 filles,

Nous avons donné les questionnaires aux élèves puis nous avons expliqué les mots difficiles. Ils ont répondu aux questionnaires qui ont été ensuite récupérés le même jour.

5. Critères d'inclusion :

Nous avons inclus dans notre étude :

- Tous les élèves des établissements concernés;
- tous les élèves ayant accepté de répondre à notre questionnaire.

6. Critères de non inclusion :

Les élèves des autres établissements et les élèves qui n'ont pas accepté de participer à l'étude ;

7. Questionnaire :

L'instrument d'enquête a été le questionnaire individuel ; c'est le même type de questionnaire qui a été utilisé aussi bien pour les garçons que pour les filles.

8. Recueil des données :

Les données quantitatives :

Elles ont été recueillies sur un questionnaire individuel.

9. Analyse des données :

Les données individuelles ont été codifiées en numérique afin de permettre leur exploitation sur un ordinateur.

Les logiciels suivants ont servi à la saisie du rapport et à l'exploitation des données :

- SPSS 12.0 : Logiciel d'épidémiologie pour la saisie et l'analyse des données,
- Word : Traitement de texte pour la saisie.

V. RESULTATS

A. Profil des élèves enquêtés :

Tableau I : Répartition des élèves selon les tranches d'âge :

| Tranches d'âge | Effectif | Pourcentage |
|-----------------------|-----------------|--------------------|
| 15-18 ans | 124 | 15, 5 |
| 19 -21 ans | 601 | 75,1 |
| 22-25ans | 75 | 9, 4 |
| Total | 800 | 100 |

Les élèves de 19 à 21ans ont été les plus représentés avec **75,1%**.

Tableau II : Répartition des élèves selon le lieu de résidence :

| Adresse | Effectif | Pourcentage |
|----------------|-----------------|--------------------|
| Commune | 681 | 85,1 |
| Hors commune | 119 | 14,9 |
| Total | 800 | 100 |

La majorité des élèves résidaient dans la commune avec **85,1%**.

Tableau III : Répartition des élèves selon la religion :

| Religion | Effectif | Pourcentage |
|-----------------|-----------------|--------------------|
| Musulmane | 749 | 93,6 |
| Chrétienne | 51 | 6,4 |
| Total | 800 | 100 |

Les musulmans ont été majoritaires avec **93,6%**.

Tableau IV : Répartition des élèves selon l'ethnie :

| Ethnie | Effectif | Pourcentage |
|---------------|-----------------|--------------------|
| Malinké | 355 | 44,4 |
| Bambara | 232 | 29 |
| Peulh | 93 | 11,6 |
| Soninké | 40 | 5 |
| Bobo | 34 | 4,3 |
| Sonrhaï | 24 | 3 |
| Sénoufo | 22 | 2,7 |
| Total | 800 | 100 |

Les Malinkés ont été les plus représentés avec **44,4%**.

Tableau V : Répartition des élèves selon le statut matrimonial :

| Statut matrimonial | Effectif | Pourcentage |
|---------------------------|-----------------|--------------------|
| Marié | 144 | 18 |
| Célibataire | 656 | 82 |
| Total | 800 | 100 |

Les célibataires ont prédominés avec **82%**.

B .Connaissance du planning familial :

Tableau VI : Répartition des élèves selon la connaissance des objectifs du planning :

| Objectifs du Planning | Effectif | Pourcentage |
|------------------------------|-----------------|--------------------|
| Espacement des naissances | 768 | 57,27 |
| Limitation des naissances | 311 | 23,19 |
| Lutte contre la stérilité | 8 | 0,60 |
| Lutte contre I.S.T/SIDA | 254 | 18,94 |
| Total | 1341 | 100 |

L'objectif le plus connu du planning familial par les élèves est l'espacement des naissances avec **57,27%**.

Tableau VII : Répartition des élèves selon les sources d'information :

| Sources d'information | Effectif | Pourcentage |
|------------------------------|-----------------|--------------------|
| Radio/Télé | 768 | 57,22 |
| Agents de santé | 378 | 28,16 |
| Ami | 140 | 10,43 |
| Voisin | 40 | 2,99 |
| Parent | 16 | 1,20 |
| Total | 1342 | 100 |

Les sources d'informations les plus citées ont été Radio/Télé avec **57,22%**.

Tableau VIII: Répartition des élèves selon la connaissance des catégories de personne visées par le P.F :

| Catégories de personnes visées par le P.F | Effectif | Pourcentage |
|--|-----------------|--------------------|
| Homme | 2 | 0,3 |
| Femme | 481 | 60,3 |
| Les deux | 317 | 39,6 |
| Total | 800 | 100 |

Les femmes sont les plus concernées par le planning familial avec **60,3%**.

Tableau IX : Répartition des élèves selon la connaissance de l'âge à partir duquel une personne peut utiliser la planification familiale:

| L'âge de la planification | Effectif | Pourcentage |
|----------------------------------|-----------------|--------------------|
| Homme : 14-50 ans | 317 | 28,49 |
| Femme : 14-50 ans | 796 | 71,51 |
| Total | 1113 | 100 |

L'âge propice pour le planning familial chez les femmes est de **14 à 50 ans** soit **71,51%** des cas.

Tableau X : Répartition des différentes méthodes modernes du planning familial selon leur connaissance par les élèves.

| Différentes méthodes modernes du P.F | Elèves | | | | Total | |
|--------------------------------------|---------|-------|--------|-------|-------|-------|
| | Garçons | | Filles | | | |
| | EFF | % | EFF | % | EFF | % |
| Condom | 400 | 15,12 | 377 | 14,25 | 777 | 29,37 |
| Pilule | 322 | 12,17 | 400 | 15,12 | 722 | 27,29 |
| Injectable | 202 | 7,63 | 371 | 14,02 | 573 | 21,65 |
| Implants | 31 | 1,17 | 291 | 11 | 322 | 12,17 |
| Spermicides | 15 | 0,56 | 137 | 5,18 | 152 | 5,74 |
| Ligature des trompes | 00 | 00 | 68 | 2,57 | 68 | 2,57 |
| Diaphragme | 00 | 00 | 28 | 1,06 | 28 | 1,06 |

| | | | | | | |
|----------------------------|------------|--------------|-------------|--------------|-------------|---------------|
| Ligature du canal déférent | 3 | 0,11 | 1 | 0,04 | 4 | 0,15 |
| D.I.U | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 |
| Total | 973 | 36,76 | 1673 | 63,24 | 2646 | 100,00 |

Les élèves connaissant le condom ont représenté **29,37%** des cas.

Tableau XI : Répartition des différentes méthodes traditionnelles du planning familial selon leur connaissance par les élèves.

| Différentes méthodes traditionnelles du P.F | Elèves | | Total | |
|---|------------|------------------|-------|-------|
| | Garçons | Filles | | |
| | EFF % | EFF % | EFF % | |
| Tafo | 45 3,66 | 396 32,2 5 | 441 | 35,91 |
| Solution à boire | 11 0,90 | 260 21,1 7 | 271 | 22,07 |
| Allaitement prolongé | 7 0,57 | 240 19,5 4 | 247 | 20,11 |
| Abstinence périodique | 79 6,43 | 76 6,19 | 155 | 12,62 |
| Coït interrompu | 51 4,15 | 10 0,81 | 61 | 4,96 |
| Abstinence complète | 18 | 20 | 38 | 3,10 |

La Planification Familiale dans quatre Etablissements d'Enseignement Secondaire de la C.IV du District de Bamako.

| | | | |
|------------------|-----------------|-----------------|------------------|
| | 1,47 | 1,63 | |
| Miel | 00 00 | 11 0,90 | 11 0,90 |
| Toile d'araignée | 00 00 | 4 0,33 | 4 0,33 |
| Total | 211 17,1 | 101 82,8 | 122 100,0 |
| | 8 | 7 2 | 8 0 |

Les élèves connaissant le tafo ont représenté **35,91%** des cas.

Tableau XII: Répartition des élèves selon la connaissance du rôle de prévention du condom contre les IST/SIDA et dans la P.F :

| Avis | Elèves | | | | Total | |
|--------------|------------|-----------|------------|-----------|------------|---------------|
| | Garçons | | Filles | | | |
| | EFF | % | EFF | % | EFF | % |
| Oui | 400 | 50 | 232 | 29 | 632 | 79 |
| Non | 00 | 00 | 168 | 21 | 168 | 21 |
| Total | 400 | 50 | 400 | 50 | 800 | 100,00 |

Les élèves enquêtés connaissant le rôle de prévention du condom contre les IST/SIDA et dans la P.F ont représenté **79%** des cas.

C .Pratique du planning familial :

Tableau XIII: Répartition des élèves selon une méthode moderne du P.F déjà utilisée :

| Différentes méthodes modernes du P.F | Elèves | | | | Total | |
|--------------------------------------|---------|-------|--------|-------|-------|-------|
| | Garçons | | Filles | | EFF | % |
| | EFF | % | EFF | % | | |
| Condom | 71 | 27,20 | 00 | 00 | 71 | 27,20 |
| Injectable | 00 | 00 | 121 | 46,36 | 121 | 46,36 |
| Pilule | 00 | 00 | 64 | 24,52 | 64 | 24,52 |
| Implants | 00 | 00 | 5 | 1,92 | 5 | 1,92 |

| | | | | | | |
|----------------------------|-----------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|
| Spermicides | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 |
| Ligature des trompes | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 |
| Diaphragme | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 |
| Ligature du canal déférent | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 |
| D.I.U | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 |
| Total | 71 | 27,20 | 190 | | 261 | 100,0 |
| | | | | 72,80 | | 0 |

Tableau XIV: Répartition des élèves selon une méthode traditionnelle du P.F déjà utilisée :

| Différentes méthodes traditionnelles du P.F | Elèves | | | | Total | |
|---|----------|--------------|----------|--------------|-----------|---------------|
| | Garçons | | Filles | | | |
| | EFF | % | EFF | % | EFF | % |
| Tafo | 00 | 00 | 3 | 25 | 3 | 25 |
| Solution à boire | 00 | 00 | 1 | 8,33 | 1 | 8,33 |
| Allaitement prolongé | 00 | 00 | 1 | 8,33 | 1 | 8,33 |
| Abstinence périodique | 3 | 25 | 2 | 16,67 | 5 | 41,67 |
| Coït interrompu | 2 | 16,67 | 00 | 00 | 2 | 16,67 |
| Abstinence complète | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 |
| Miel | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 |
| Toile d'araignée | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00 |
| Total | 5 | 41,67 | 7 | 58,33 | 12 | 100,00 |

Une minorité des élèves enquêtés ont l'habitude d'utiliser une méthode du planning familial soit **34,1%**.

Tableau XIV : Répartition des élèves selon la source de guide vers le P.F moderne (source qui a poussé à la décision de pratiquer le planning familial) :

| Source de conseils | Elèves | | | | Total | |
|-----------------------------|-----------|--------------|------------|--------------|------------|---------------|
| | Garçons | | Filles | | | |
| | EFF | % | EFF | % | EFF | % |
| Après réflexion personnelle | 64 | 23,44 | 102 | 37,36 | 166 | 60,80 |
| Amis | 10 | 3,66 | 12 | 4,40 | 22 | 8,06 |
| Maris | 00 | 00 | 24 | 8,80 | 24 | 8,80 |
| Agents de santé | 00 | 00 | 47 | 17,21 | 47 | 17,21 |
| Parents | 00 | 00 | 8 | 2,93 | 8 | 2,93 |
| Voisins | 2 | 0,73 | 4 | 1,47 | 6 | 2,20 |
| Total | 76 | 27,83 | 197 | 72,17 | 273 | 100,00 |

La majorité des élèves pratiquant le planning familial l'ont fait après une réflexion personnelle soit **60,80%**.

Tableau XVI : Répartition des élèves selon le but de la pratique du planning familial :

| But du PF | Elèves | | | | Total | |
|---------------------------|-----------|--------------|------------|-------------|------------|--------------|
| | Garçons | | Filles | | | |
| | EFF | % | EFF | % | EFF | % |
| Espacement des naissances | 00 | 00 | 55 | 20,1 | 55 | |
| | | | | 5 | | 20,15 |
| Limitation des naissances | 00 | 00 | 37 | 13,5 | 37 | |
| | | | | 5 | | 13,55 |
| Lutte contre IST/SIDA | 55 | 20,15 | 40 | 14,6 | 95 | |
| | | | | 5 | | 34,80 |
| Autres | 42 | 15,38 | 44 | 16,1 | 86 | |
| | | | | 2 | | 31,50 |
| Total | 97 | 35,53 | 176 | 64,4 | 273 | 100,0 |
| | | | | 7 | | 0 |

34,80% pratiquant le planning familial l'ont fait pour lutter contre les IST/SIDA.

Autres à préciser : grossesses non désirées.

Tableau XVII : Répartition des élèves selon les consultations effectuées dans un centre de planification familiale :

| Consultations effectuées | Elèves | | | | Total | |
|--------------------------|-----------|--------------|------------|--------------|------------|---------------|
| | Garçons | | Filles | | EFF | % |
| | EFF | % | EFF | % | | |
| Oui | 00 | 00 | 112 | 41,03 | 112 | 41,02 |
| Non | 97 | 35,53 | 64 | 23,44 | 161 | 58,98 |
| Total | 97 | 35,53 | 176 | 64,47 | 273 | 100,00 |

La majorité des élèves pratiquant le planning familial affirment n'avoir pas effectué une consultation soit **58,98%**.

Tableau XVIII : Répartition des élèves selon les effets secondaires observés :

| Effets secondaires | Elèves | | | | Total | |
|---------------------|-----------|-------------|-----------|-----------|-----------|-------------|
| | Garçons | | Filles | | | |
| | EFF | % | EFF | % | EFF | % |
| Vertiges | 00 | 00 | 12 | 4,39 | 12 | 4,39 |
| Vomissement | 00 | 00 | 21 | 7,69 | 21 | 7,69 |
| Prise de poids | 00 | 00 | 35 | 12,82 | 35 | 12,82 |
| Sécheresse vaginale | 00 | 00 | 9 | 3,30 | 9 | 3,30 |
| I.A.S | 20 | 7,33 | 00 | 00 | 20 | 7,33 |
| R.H.A.S | 15 | 5,49 | 00 | 00 | 15 | 5,49 |
| Aucun | 41 | 15,02 | 120 | 43,96 | 161 | 58,98 |

| | | | | | | |
|--------------|-----------|--------------|------------|-------------|------------|---------------|
| Total | 76 | 27,84 | 197 | 72,1 | 273 | 100,00 |
| | | | 6 | | | |

La majorité des élèves utilisant une méthode de contraception moderne n'ont pas signalé d'effets secondaires après utilisation du produit soit **58,98%**.

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Notre étude a porté sur un échantillon de 800 élèves avec une part égale de garçons et filles.

La tranche d'âge 19-21ans a été la plus représentée, l'âge moyen a été de 19,78 ans avec des extrêmes de 15 et 25ans. Ces chiffres se rapprochent de ceux trouvés par SIDIBE A [25] et par Clément B [26] qui ont rapporté respectivement 17,14 ans et 17,05 ans comme âge moyen. Cela s'explique par le niveau d'étude des élèves enquêtés.

Les Malinkés ont été majoritaires avec 44,4% des cas, suivis des bambaras avec 29% des cas ; ceci peut être lié à la situation géographique de la commune qui est proche du Mandé.

Dans notre étude 85,1% des élèves résidaient dans la commune. Clément B [26] en 2009 à Mopti a fait la même remarque avec un taux de 71% des élèves résidant à Mopti. Cela s'explique par le fait que les élèves fréquentent les écoles proches de leur résidence.

Nous avons enregistré 18% des élèves mariés, taux supérieur à celui trouvé par Clément B [26] soit 4,9%. Ce faible taux pourrait s'expliquer par l'importance accordée par les élèves et leurs parents aux études avant tout mariage.

L'objectif le plus reconnu du planning familial par les élèves est l'espacement des naissances, avec 57,27%, suivi de la limitation des naissances avec 23,19%.

Les autres objectifs : lutte contre la stérilité, les IST/SIDA sont peu connues ; cela dénote d'une insuffisance d'information sur le plan pratique des différentes activités du planning familial.

Dans notre étude, 100% des élèves avaient entendu parler du planning familial ; avec 57,22% des cas à la radio ou la télévision.

Notre taux d'élèves informés à travers les medias est supérieur à ceux trouvés par Clément B [26] : 13,3% et SIDIBE A [25] : 5,7%. Notre taux élevé pour l'information à travers les medias pourrait s'expliquer par les multiples sensibilisations faites par les medias surtout avant les feuillets qui sont très appréciés par cette couche de la population.

Les parents ont constitué la source d'information dans 1,20% des cas, ce taux est inférieur à celui trouvé par Clément B [26] : 4,9%, mais égal à celui trouvé par SIDIBE A [25] : 1,20%.

Notre faible taux pour l'information à travers les parents peut être lié à l'absence d'éducation familiale sur la sexualité. En effet la sexualité constitue toujours un sujet tabou entre les parents et leurs enfants.

Nous avons relevé que les personnes concernées par le planning familial sont surtout les femmes avec 71,51% (âge situé entre 14 et 50 ans). Cela s'explique par le fait que les hommes ne se sentent pas directement concernés par le planning familial.

L'ensemble des élèves enquêtés soit 100% connaissent au moins une méthode de planning familial.

Ce taux est supérieur à celui trouvé par Clément B [26] soit 79,2%.

Parmi ces méthodes le condom et la pilule ont été les plus connus avec respectivement 29,37% et 27,29%. Cela peut être dû aux nombreuses publicités sur le condom et la pilule et leur disponibilité presque permanente.

Nous avons enregistré 79% d'élèves connaissant le rôle du condom dans la prévention contre les IST/SIDA et dans la PF. Une étude similaire effectuée par Kouma M [26] au Csréf CVI en 1999 a trouvé un taux de 32,94%. La différence entre ces études s'explique par la taille de l'échantillon, le type et le lieu d'étude. Malgré cette différence, ces deux études permettent de comprendre que le condom constitue la meilleure des protections contre les IST/SIDA.

Notre étude montre que 34,1% des élèves ont l'habitude d'utiliser une méthode de planning familial.

Ce taux est inférieur à ceux trouvés par Clément B [26] : 47,1% ; Kamtchouing [28], Duprez [29], et Daures [30] qui ont rapporté chacun 41%.

Il est supérieur à ceux trouvés par Miller [31] et SIDIBE A [25] avec respectivement 17% ; 16,9%.

Ce faible taux d'utilisation d'une méthode de contraception peut s'expliquer par le fait que les jeunes non mariés ne se sentent pas concernés par le planning familial.

Nous avons observé un taux 60,80% d'adhésion au planning familial après réflexion personnelle et 17,21% des élèves ont été poussés à la décision par les agents de santé. Par contre Kouma M [27] avait trouvé que 24,27% ont pratiqué après réflexion personnelle et que 26,58% ont été poussés par les agents de

santé. La différence entre ces deux études s'explique par le fait que notre population d'étude était constituée essentiellement de célibataires qui avaient eu moins de contact avec les agents de santé.

Les élèves dans 34,80% des cas ont adhéré au planning familial pour lutter contre les IST/SIDA, et dans 31,50% des cas pour la protection contre les grossesses non désirées.

Ces chiffres sont comparables à ceux de BERTHE C [26] qui a trouvé 32,3% pour chaque cas. Cela s'explique par le fait que notre population d'étude était constituée par des jeunes célibataires.

Nous avons relevé que 41,02% des élèves pratiquant une méthode de planning familial ont effectué une consultation.

Ce résultat est supérieur à celui de BERTHE C [26] et de SIDIBE A [25] qui avaient trouvé respectivement 20% et 22%.

Ce faible taux de consultation peut s'expliquer par la pudeur socioculturelle des enquêtés.

Dans notre étude 41,02% des élèves utilisant une méthode de contraception ont présenté des effets secondaires dont le plus cité est la prise de poids. Ce taux est légèrement supérieur à celui de KOUMA M [27] qui avait trouvé 31,80%. Cela s'explique par le fait que la majorité de nos enquêtés n'avaient pas fait de consultation préalable.

Difficultés rencontrées :

Nous avons rencontré certaines difficultés durant cette étude :

- Une phase de notre étude a coïncidé avec la période de révision des élèves pour le trimestre,

- Il y'a eu aussi de multiples rendez-vous manqués à cause des grèves intermittentes des élèves et des enseignants,

VII. CONCLUSION

Notre étude nous a permis d'étudier la connaissance de 800 élèves sur le planning familial allant de Février à Mai 2009.

L'ensemble des élèves enquêtés soit 100% connaissaient au moins une méthode de planning familial et 34,1% avaient déjà utilisé une méthode de contraception.

Les élèves avaient plusieurs sources d'information, mais seulement 1,20% avaient eu des informations avec leurs parents.

La première source d'information des élèves était la radio/ télé avec 57,22%.

Les élèves pensent qu'on peut pratiquer le planning familial depuis la puberté jusqu'à la ménopause (14 à 50ans) avec 71,51%.

L'espacement des naissances est signalé comme le but principal de la pratique du planning familial avec 57,27%.

La majorité des élèves pratiquant le planning familial n'ont pas signalé d'effets secondaires après la prise du produit soit 58,98%.

Une meilleure promotion des méthodes du PF dans les établissements d'enseignement secondaire permettra d'améliorer la connaissance des élèves afin d'éviter les grossesses à risque.

VIII. RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude nous recommandons :

1. Au Ministère de la santé :

- Promouvoir la pratique du planning familial en levant les incompréhensions sociales, culturelles et religieuses afin d'améliorer la prévalence contraceptive chez les élèves.
- Rendre accessibles les services de planification familiale dans les établissements d'enseignement secondaire.
- Organiser des campagnes de sensibilisation à l'endroit des élèves pour mieux connaître les bienfaits du planning familial.
- Informer les élèves à travers les émissions sous forme de débats radio télévisés pour qu'ils comprennent mieux le but et les objectifs du planning familial dans le développement socio sanitaire.
- Sensibiliser les élèves avec des messages spécifiques en insistant sur les avantages de la planification familiale liés à la prévention des infections

sexuellement transmissibles et les conséquences des grossesses non désirées.

2. Aux enseignants :

- Participer aux programmes de sensibilisation des élèves pour mieux les orienter.
- S'impliquer d'avantage aux éducations sexuelles des élèves afin de leur aider à mener une vie responsable.

3. Aux parents :

Surmonter les tabous sexuels religieux, socioculturels pour permettre aux élèves d'affronter leur sexualité de manière responsable.

4. Aux élèves :

S'informer même avant l'âge de la puberté des différentes modifications physiologiques de l'organisme afin de comprendre le cycle menstruel, l'acte sexuel, la contraception.

REFERENCES

- 1. LOCOH (Thérèse) Centre français sur la population et le développement (CFPD) :** Groupement d'intérêt scientifique EHES S-INED-INSEE-ORSTOM-PARISVI 20 ans de planification familiale en Afrique sub saharienne 1992-27-P n°19.
- 2. CERPOD, impact de la planification familiale sur la vie des femmes :** Résultats d'une étude réalisée dans le district de Bamako, Mali, Mai 1999.
- 3. Cahier d'étude et de recherche francophone/santé** volume 10. 6, 407-12 Novembre Décembre 2000, étude originale.
- 4. AMPPF :** situation de la planification familiale au Mali, 2004
- 5. Prestation des services intégrés de planning familial au Mali :**Jim Wolff,MD,MPH Novembre 1988.

6. EDSM IV : Enquête Démographique et de santé au Mali en 2006.

7. World Health Organization Division of family and reproductive health:
Improving access to quality care in family planning, Eligibility criteria for initiating use of selected methods of contraception, WHO/FRH/FPP/969

8. WWWOMS.Org (Février 2009).

9. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

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

10. HOFFMAN T, THAHA T, MARTINSON F.

« Adverse health event occurring during an n-9 gel pilot study : Malawi », 13th international AIDS Conference, du 9 au 14 juillet 2000, Durban, AFRIQUE DU Sud, n° de résumé TuPpC1171

11. CREEATSAS G, GUERRERO E, GUILBERT DROUIN J, SERFATY D, LEMIEX L et coll.

« A multinational evaluation of the efficacy, safety and acceptability of the Protectaid contraceptive sponge », Eur J Contracept Reprod Health Care, vol.6, n°3, 2001, P.172-82.

12. HOOTON TM, SCHOLES D, HUCHES JP, WINTER C, ROBERTS PL, STAPLETON AL et coll.

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

13. A. BLACK-N. FLEMING – H. PYMAR, T. BROWN, T. SMITH,
Concensus Canadien sur la contraception : N°143 ,26(3) : 219 –96, Mars 2004.

14. SMALLWOOD G, MEADOR M, LENIHAN J, SHANGOLD G, FISHER A, CREASY G

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

15. DIEBEN TO, ROUMEN FJ, APTER D.

«Efficacy , cycle control, and user acceptability of a novel combined contraceptive vaginal ring», *Obstet Gynecol*, vol. 100, n°3, 2002, p.585-93.

16. KAUNITZ AM, GARCEAU RJ, CROMIE MA.

«Compative safety, efficacy, and cycle control of Lunelle monthly contraceptive injection and Ortho- Novum 7/7/7 oral contraceptive», *Contraception*, vol .60, n°4, 1999,p. 179-87.

17. A. BLACK, T. O'GRADY, H. P Consensus Canadien sur la contraception : N° 143,26(3) :219 –96, Mars 2004

18. HATCHER R TRUSSEL. J, STEWART F, CATES W, STEWART G, GUEST F et coll. *Contraceptive technology*, 17e éd., New York, Ardent Media Inc, 1998. 297 p

19. ANDERSSON K, ODLIND V, RYBO G.

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

20. S. DUNN, E. GUILBERT Concensus Canadien sur la contraception No 143,26(2) :158-74, Février 2004

21. TRUSSEL J, RODRIGUEZ G, ELLERTSON C.

«New estimates of effectiveness of the yuzpe regimen of emergency contraception», vol.57,1998,p.363-9.

22. La contraception

[http://www.contraceptions.org/html/index.:\(Février 2008\)](http://www.contraceptions.org/html/index.:(Février 2008))

23. L'allaitement maternel

<http://www.FHI.org/fr/Topics/Breastfeeding.htm:>(Février 2008)

24. International Development Research Centre. Planning traditionnel au Mali. Education sexuelle en Afrique tropicale 1973 ; p 54

25. Sidibé A: Etude des connaissances, des attitudes et des pratiques des adolescentes sur la contraception en milieu scolaire. Thèse Med. Bamako 2006:85p.301 (06M301)

26. BERTHE. C: Etude des connaissances, des Attitudes et des Pratiques des Adolescentes en milieu scolaire de Mopti sur la Contraception. Thèse Méd Bamako 2008-2009 (09 M 216)

27. Mme KOUMA : Approche épidémiologique du planning familial au centre de santé de la C VI DU District de Bamako. Thèse Méd (99 M 52).

28. Kamtchouing P, Takougangi N’Goh N, Yakam I. La sexualité des adolescents en milieu scolaire à Yaoundé (Cameroun). Contraception, fertilité, sexualité 1997; 25,10 : 798-801.

29. Duprez, Viala M. Adolescence et avortement. Évolution psychiatrique 1985 ; 50, 2 : 357-81.

30. Daures JP. ; Chaix DG.; Maurin M; Viala JL. ; Gremy F.

Étude préliminaire des interruptions volontaires de grossesses (I.V.G.) et des maladies sexuellement transmissibles (M.S.T.) chez l'adolescente par une information en classe de troisième. Contraception, fertilité 1989; 17,11:1021-26

31. Miller WB. Sexuality, contraception and pregnancy in a high school population. California Med 1973; 119, 2: 14-21.

FICHE D'ENQUETE POUR LES UTILISATEURS ET UTILISATRICES

N°.....

I. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE :

Nom :Prénom :

Age :Sexe :Profession :

Adresse :Religion :Ethnie :

II. LES CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES :

1°) Etat matrimonial :

Mariée Polygamie Monogamie Célibataire Sans enfant

Avec enfant Divorcée Union libre

2°) Antécédents gynéco obstétricaux :

Parité :

Gestété :

Intervalle entre les deux derniers enfants :

III. CONNAISSANCE DU P.F. :

1°) Quels sont les objectifs du P.F :

Espacement des naissances Limitation des naissances

Lutte contre la stérilité Lutte contre les IST / SIDA

Autres (à préciser) :

2°) Par quelle source d'information avez-vous entendu parler du P.F

Agent de santé Radio Télé Voisin Parent Ami (e)

Autres (à préciser) :

3°) Quelles sont les catégories de personnes visées par le P.F :

Homme Femme Aucune idée

Autres (à préciser) :

4°) À partir de quel âge une personne peut se faire planifier ?

Homme de 14 ans Entre 14 et 50 ans Plus de 50 ans

Femme de 14 ans Entre 14 et 50 ans Plus de 50 ans

Aucune idée

Autres (à préciser) :

5°) Quelles sont les méthodes de P.F que vous connaissez ?

a°) Méthodes naturelles :

Allaitement maternel prolongé Abstinence complète

Abstinence périodique Le coït interrompu

Autres (à préciser) :

b°) Méthodes traditionnelles :

Tafo Miel Toiles d'araignées Solutions à boire

Autres (à préciser) :

c°) Méthodes modernes :

Pilule Injectables Condom D.I.U Spermicides

Implants Diaphragmes

Autres (à préciser) :

d°) Méthodes permanentes :

Ligature des trompes Ligature du canal déférent

Autres (à préciser) :

6°) Existe t – il des méthodes de contraception qui jouent un rôle dans la lutte contre les IST / SIDA ?

Oui Non

Si oui lesquelles et comment

IV. La pratique du P.F. :

1°) Utilisez – vous une méthode du P.F. ?

Oui Non

Si oui depuis combien de temps :

2°) Qui vous a conseillé de pratiquer le P.F. ?

Après réflexion personnelle

Ami (e) Mari Agent de santé Parent Voisin

Autres (à préciser) :

3°) Pourquoi pratiquez vous le P.F. ?

Espacement des naissances Lutte contre la stérilité

Limitation des naissances Lutte contre les IST / SIDA

Autres (à préciser) :

4°) Avez-vous subi une consultation gynécologique avant utilisation de la méthode ?

Oui Non

5°) Avez-vous ressenti des effets secondaires après l'utilisation ?

Oui Non

Si Oui de quel type ?

Vertige Vomissement Prise de poids

Amaigrissements Dessèchement vaginal

Autres (à préciser) :

6°) Qu'est – ce que vous avez fait après l'apparition des effets secondaires ?

Rien Retourner au centre pour explication

Demander conseil à d'autres personnes Abandonner la méthode

Retourner au centre pour information complémentaire

Changement de méthode

Autres (à préciser) :

7°) Le P.F a-t – il comblé vos attentes depuis que vous le pratiquez ?

Oui Non

Justifier votre réponse :

.....

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : SIDIBE

Prénom : ABDOULAYE

Titre de la thèse : La Planification Familiale dans les Etablissements d'enseignement Secondaire de la commune IV du District de Bamako.

Année Universitaire: 2010 – 2011

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto- Stomatologie du Mali

Secteur d'intérêt : Santé Publique et anthropologie médicale

RESUME

Notre étude nous a permis d'étudier la connaissance de 800 élèves sur le planning familial allant de Février à Mai 2009.

L'ensemble des élèves enquêtés soit 100% connaissaient au moins une méthode de planning familial et 34,1% avaient déjà utilisé une méthode de contraception.

Les élèves avaient plusieurs sources d'information, mais seulement 1,20% avaient eu des informations avec leurs parents.

La première source d'information des élèves était la radio/ télé avec 57,22%.

Les élèves pensent qu'on peut pratiquer le planning familial depuis la puberté jusqu'à la ménopause (14 à 50ans) avec 71,51%.

L'espacement des naissances est signalé comme le but principal de la pratique du planning familial avec 57,27%.

La majorité des élèves pratiquant le planning familial n'ont pas signalé d'effets secondaires après la prise du produit soit 58,98%.

Mots Clefs : Connaissance, Elèves, Etablissements d'enseignement secondaire, Commune IV, Planification familiale.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure.