

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique

République du Mali
UN PEUPLE-UN BUT-UNE FOI



Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako



Faculté de Pharmacie

Année universitaire 2022-2023

N° _____

**ETUDE DES PREFERENCES DES FEMMES PAR RAPPORT AUX METHODES
CONTRACEPTIVES DANS LE CSCOM DE BANANKABOUGOU ET FALADIE EN
COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO**

Thèse :

Présentée et soutenue publiquement le 20/07/ 2023 devant le jury de la Faculté de
pharmacie par :

Mme Safora DAOU

Pour obtenir le Grade de Docteur en Pharmacie (Diplôme d'Etat)

Jury

Président	M. Mahamadou DIAKITE, <i>Professeur</i>
Membres	M. Moctar TOUNKARA, <i>Maître assistant</i> M. Mody CISSE, <i>Maître assistant</i>
Co-directeur	M. Sory I. DIAWARA, <i>Maître de Recherche</i>
Directeur	M. Seidina A.S. DIAKITE, <i>Maître de Conférences</i>

Dédicaces et Remerciements

Dédicaces

Je dédie cette thèse à :

Mes parents

Je dédie cet évènement marquant de ma vie à mon père Madou Daou et à mes mères Awa Koné et Fatoumata Diallo.

Aucune dédicace, chers parents, ne pourrait être à la hauteur d'exprimer le sentiment et l'amour que je vous porte. Merci de m'avoir inculqué cette éducation d'honneur qui est aujourd'hui mes piliers dans ma conduite de tous les jours.

Merci de m'avoir soutenue, accompagnée et orientée dans les meilleurs moments et aussi les plus désagréables. Vous êtes les plus chers et irremplaçables. Merci, chers parents d'avoir fait de moi la personne que je suis aujourd'hui. Ces années d'études difficiles ont été pour moi des années d'application de vos conseils et vos expériences. Et voilà nous y sommes là. Votre soutien a été inestimable au cours de mes études. Que ce modeste travail soit l'expression des vœux que vous n'avez de formuler dans vos prières. Qu'Allah vous accorde une longue vie et que votre vie soit comblée de bonheur.

A mon cher Epoux Sory Ibrahim Tangara

Mes remerciements les plus tendres sont à toi cher mari. Ton soutien, ton encouragement ont été une force nécessaire pour surmonter les obstacles. Je prie Allah qu'il nous garde à jamais unis et qu'il t'accorde la santé et la réussite. Merci pour tout.

REMERCIEMENTS :

Allah, seigneur des mondes, l'unique et l'omniprésent.

Mes Tonton

Adama Daou, Lassine Daou, Mansour Daou. Merci pour vos bénédictions et vos accompagnements constants. En reconnaissance à l'immense amour que vous me témoignez, je vous remercie pour tous ces efforts envers votre fille.

A mes tantes et Mamans

J'aurai aimé pouvoir citer chacun par son nom. Les mots me manquent pour exprimer mon sentiment. Merci pour vos conseils, vos prières sans cessent. Je tiens à vous exprimer ma gratitude. je suis extrêmement reconnaissante Merci.

A mes sœurs et Frères

Un grand merci à mes frères et sœurs, qui me gardent les pieds sur terres, me rappelle ce qui est important dans la vie et me soutiennent toujours .je n'oublierai jamais vos efforts.

Aux membres de ma famille DAOU, MALLE, KONE, KOMARA ET TANGARA

Vous m'avez grandement aidé à avancer, à ne pas relâcher, repartir dans la bonne direction. Merci pour vos soutiens tout au long de ces années. Quoi que je dise, je ne saurai point vous remercier comme il se doit. Qu'Allah vous attribue à hauteur de souhait.

A mes grands-mères

Je n'oublierai jamais ces temps de causerie avec vous pendant mes vacances a vos cotes ; votre affection et votre sentiment de peur envers les agents de sante resteront à jamais dans mon esprit. Vous m'avez façonné et inculqué le bon sens. Que la terre vous soyez légère.

A mes amies et collaborateurs

La réussite est au bout de l'effort. Je souhaite à chacun de nous une excellente carrière professionnelle. Relever ici ; mes sincères remerciements.

Je tiens à remercier l'ensemble de mes amies du Numéris clausus. Mes remerciements vont à l'endroit de mon groupe d'exposé ; à mes amis de promotion ainsi qu'à mes amis qui n'ont pas eu la chance de terminer ce cycle. Vous être partis si tôt ; en ce moment solennel nous vous prions pour le repos éternel. Dors en paix camarade.

Dr Abdouramane TRAORE

Mon cher, les mots me manquent pour te dire merci. Qu'Allah vous accorde une longue et plein de succès dans ta carrière.

Dr Djenebou DIALLO

Merci pour votre aide et votre accompagnement. Qu'Allah vous récompense par le bien et bonne carrière professionnelle

A l'Equipe De l'Unité Immunogénétique et Hémoglobino-pathie de l'ICER-Mali, Dr Drissa KONATE, Dr Salimata KANTE, Dr Abdourhamane CISSE, Dr Agnès M. GUINDO, Dr Bourama KEITA, Dr Modibo SANGARE, M. Karamoko TANGARA, M. Issoufi Y. MAIGA, M. Dramane SOGODOGO, M. Korotoumou MALLE, Mme Rahmatoulaye YENA, M. Mathias KAMATE, Dr Larrissa DENOU, Dr Fatoumata KASSE, M. Mohamedou KATHRY. Vos conseils et vos encouragements nous ont été d'une grande utilité. Merci pour votre gentillesse et votre disponibilité. Recevez ici mes sincères salutations ainsi que ma reconnaissance.

Au PERSONNEL DE LA PHARMACIE SALI PHARMA ET DE L'OFFICINE DJOUMA BARRY

Merci pour votre considération à mon égard.

AU PERSONNEL DU CSCOM DE BANANKABOUGOU et de FALADIE

Merci pour votre disponibilité et votre accueil durant la collecte des données

AU CORPS PROFESSORAL DE LA FMOS/FAPH

Merci pour les enseignements de bonne qualité que nous avons reçu au cours de notre étude.

A tous ceux qui me sont chers et que j'ai involontairement omis de citer. Je vous dis merci.

Hommages aux membres du jury

A notre Maître et présidente du jury : Prof. Mahamadou DIAKITE, PharmD, DPhil

- ❖ Professeur titulaire en immunologie et génétique à la faculté de pharmacie
- ❖ Vice-recteur de l'Université des sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (USTTB)
- ❖ Directeur Scientifique Adjoint du Centre Universitaire de Recherche Clinique (UCRC)
- ❖ Chef d'Unité Immunogénétique et Parasitologie d'ICER Mali
- ❖ Secrétaire Permanent du comité d'Ethique de la (FMOS/FAPH)
- ❖ Membre du Comité national d'éthique pour la santé et les sciences de la vie

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations.

Nous reconnaissons en vous des qualités d'enseignement rigoureuses dans un désir permanent de perfectionnement en tout travail scientifique que nous devons mener. Vous êtes un exemple pour nous et un modèle car nous vous trouvons plus qu'un enseignant de mérite.

Veillez accepter cher maitre, l'expression de notre profonde gratitude. Puisse Allah vous accorde une bonne fin et vous comble de bien.

A notre Maître et juge : Dr Moctar TOUNKARA, MD, MPH, PhD

❖ Maître assistant au Département de la santé publique de la FMOS-USSTB

Cher Maître,

Nous sommes très touchés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail, malgré vos multiples occupations. Permettez-nous de vous témoigner toute notre gratitude pour avoir accepté de juger ce travail.

Veillez recevoir ici cher maître, notre reconnaissance et nos salutations sincères.

Qu'Allah vous donne longue vie. Amen

A notre Maître et juge : Dr Mody CISSE, PharmD, PhD

- ❖ Maître-assistant en chimie thérapeutique à la FAPH ;
- ❖ Membre de la SOACHIM (Société Ouest Africain de la Chimie) ;
- ❖ Responsable de l'encadrement et de la formation au laboratoire Nationale de la santé ;
- ❖ Responsable des inscriptions à la scolarité de la faculté de Pharmacie.

Cher Maître,

Nous avons été très touchés par votre sens de l'accueil, votre modestie et simplicité qui font de vous une personnalité remarquable. Malgré vos multiples occupations, vous nous faites honneur en président ce jury.

Permettez-nous, cher maitre, de vous exprimer nos vifs remerciements et notre profond respect.

A notre Maître et Co-directeur de thèse : Prof. Sory Ibrahim DIAWARA, MD, MPH, PhD

- ❖ Maître de recherche en épidémiologie au Département de santé publique de la FMOS-USSTB ;
- ❖ Chercheur au Centre International d'Excellence en Recherche du Mali, ICER-Mali.

Cher Maître,

Nous vous remercions de la confiance que vous nous avez faites en encadrant ce travail.

Votre rigueur scientifique, la qualité de votre raisonnement ainsi que la clarté de vos explications nous ont permis d'accomplir sérieusement ce travail. Votre accueil bienveillant et l'extrême courtoisie dont vous êtes doté font de vous un exemple à suivre. Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

Qu'Allah vous accorde santé et longévité.

A notre Maître et Directeur de thèse : Prof. Seidina A.S. DIAKITE, PharmD, MSc, PhD

- ❖ Maître de conférences en Immunologie à la Faculté de Pharmacie de l'Université des sciences, des Technique et des Technologies de Bamako FAPH/USTTB
- ❖ Chercheur au centre international d'excellence en recherche du Mali ICER-Mali

Cher Maître,

C'est avec abnégation et le souci constant du travail bien fait que vous avez dirigé ce travail malgré vos multiples occupations.

Nous avons beaucoup appris à vos côtés, au-delà de vos qualités de pédagogue reconnues de tous, nous avons découvert en vous un homme plein aux multiples qualités humaines et sociales. Soyez assuré, cher Maître, en ce jour solennel de notre sincère et profonde admiration.

Table des matières

1. INTRODUCTION	1
2. Objectifs	3
2.1. Objectif général	3
2.2. Objectifs spécifiques	3
3. GENERALITES	4
3.1. Définition de la planification familiale	4
3.2. Situation de la contraception dans le monde	6
3.3. Situation de la contraception au Mali	7
3.4. Méthodes contraceptives	9
3.4.1. Contraceptifs Oraux Combinés (COC) [18, 19]	9
3.4.2. Contraceptifs Oraux Progestatifs (COP) [20, 21]	11
3.4.3. Contraceptifs injectables [22]	12
3.4.4. Jadelle [23, 24]	13
3.4.5. Contraception d'urgence [25-27]	15
3.4.6. Dispositif Intra-Utérin (DIU) [17, 24]	16
3.4.7. Méthodes dites de barrière	18
3.4.9. Contraception Chirurgicale Volontaire (CCV) [24, 31]	21
4. METHODOLOGIE	32
4.1. Lieu d'étude	33
4.1.1. Présentation de la commune VI	33
4.1.2. Population	34
4.1.3. Situation socio-économique	34
4.1.3. Ressources humaines du Cscm	35
4.2. Type et période d'étude	35
4.3. Population d'étude	36
4.3.1. Critères d'inclusion	36
4.3.2. Critères de non-inclusion	36
4.4. Echantillon	36
4.5. Variables mesurées	36
4.6. Collecte, Gestion et analyse des données	36
4.7. Aspects éthiques	37
4.8. Déroulement de l'étude	37
5. Résultats	38

5.1. Résultats globaux	38
5.2. Résultats descriptifs	39
6. Commentaires et discussion	52
7. Conclusion et recommandations	55
7.1. Conclusion.....	55
7.2. Recommandations :	56
8. Références	57
9. FICHE SIGNALETIQUE	60
SERMENT DE Galien.....	61

Liste des tableaux

Tableau 1. Efficacité, effets secondaires et bénéfiques des contraceptifs [2, 32]	24
Tableau 2. Répartition des clientes enregistre dans le registre de consultation de PF de l'ASACOBABAFA entre janvier 2020 et décembre 2022 selon le niveau d'étude	41
Tableau 3. Répartition des clientes enregistre dans le registre de consultation de PF de l'ASACOBABAFA entre janvier 2020 et décembre 2022 selon l'utilisation antérieure de contraceptif	43
Tableau 4 : Répartition de l'échantillon selon les Contraceptifs utilisee actuellement dans le registre de consultation de PF de l'ASACOBABAFA entre janvier 2020 et décembre 2022.....	44
Tableau 5. Répartition des clientes enregistre dans le registre de consultation de PF de l'ASACOBABAFA entre janvier 2020 et décembre 2022 en fonction des caractéristiques sociodémographiques et du nombre moyen d'enfants vivants	46
Tableau 6. Répartition des femmes selon la tranche d'âge et les contraceptifs choisies	47
Tableau 7. Répartition des femmes selon le statut matrimonial et la méthode de contraception choisie.....	48
Tableau 8. Répartition des femmes selon l'instruction et la méthode de contraception choisie	49
Tableau 9. Répartition des femmes selon leur occupation et la méthode de contraception choisie.....	50
Tableau 10. Répartition des femmes selon la qualification de la prestataire et la méthode de contraception choisie	51

Liste des figures

Figure 1. Contraceptive oraux combiné (https://www.kirpalani.com/en/microgynon-tablets-28-pieces-d244992).....	11
Figure 2. Pillule oestroprogestative monophasique (http://malaysianfrench.blogspot.com/).....	12
Figure 3. Contraceptive injectable (https://www.mayoclinic.org/tests-procedures/depo-provera/about/pac-20392204).....	13
Figure 4. Implant jadelle (https://farmastore.com.ve/inicio/143-jadelle-75-mg-levonorgestrel-implante-subdermico-implanon.html).....	15
Figure 5. Structure chimique du lévonorgestrel (https://new.societechimiquedefrance.fr/produits/steroides-et-pilule/).....	16
Figure 6. Dispositif intra uterin (https://www.medicaexpo.fr/fabricant-medical/dispositif-intra-uterin-3134.html)	18
Figure 7. Préservatif masculin (https://www.map24.com/quels-sont-les-avantages-et-les-inconvenients-de-lutilisation-du-preservatif-masculin/)	19
Figure 8. Préservatif féminin (https://www.ospheres.com/fonctionnelle/preservatif-feminin)	20
Figure 9. Répartition des clientes selon les tranches d'âge	39
Figure 10. Répartition des clientes selon le statut matrimonial	40
Figure 11 : Répartition des clientes enregistrées dans le registre de consultation de PF de l'ASACOBABA entre janvier 2020 et décembre 2022 selon leur occupation	42
Figure 12 : Répartition de l'échantillon selon la qualification du prestataire du registre de consultation de PF de l'ASACOBABA entre janvier 2020 et décembre 2022	45

Liste des abréviations

AMO	Assurance Maladie Obligatoire.
AMPPF	Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille
ASACOBABA	Association de Santé Communautaire de Banankabougou Faladié
CAM	Convention d'Assistance Mutuelle.
CCV	Contraception Chirurgicale Volontaire.
CIP	Contraceptifs Injectables Projectifs
COC	Contraceptifs Oraux Combinés
COP	Contraceptifs Oraux Progestatifs
CSCom	Centre de Santé Communautaire
CSRef	Centre de Santé de Référence
DIU	Dispositif Intra- Utérin.
DMPA	Acétate Demédroxyprogestérone.
DMPA SC	Acétate Demédroxyprogestérone en injection Sous Cutanée
DTC	Directeur Technique de Centre
EDSM	Enquête Démographique et de Santé du Mali
FAPH	Faculté de Pharmacie
FMOS	Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie
IO	Infirmière Obstétricienne
IST /SIDA	Infection sexuellement Transmissible /Syndrome Immunodéficience Humain Acquis
LNG	Lévonorgestrel
NET-EN	Enanthate de Noréthistérone
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PF	Planification Familiale
PDDSS	Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social
PNP	Politique Nationale de Population
SARL	Société à Responsabilité Limitée
SEMA	Société d'Équipement du Mali
SMI	Santé maternelle et infantile
TPCm	Taux de Prévalence de Contraceptif moderne
USTTB	Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

1. INTRODUCTION

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), « La planification familiale est essentielle pour promouvoir le bien-être et l'autonomie des femmes, de leurs familles et de leurs communautés » [1]. Ce concept a pour objectif d'éveil de conscience du bien-être et l'avenir de la famille. Ainsi avoir une grossesse sera un choix, non un hasard en utilisant les moyens de contraception. Elle permet ainsi d'éviter les grossesses non désirées, d'améliorer la relation sexuelle au sein d'un couple, et également de réduire le taux de mortalité maternelle et néonatale. Selon le rapport OMS de 2019, parmi les 1,9 milliards des femmes en âge de procréer, 842 millions utilisent au moins une méthode contraceptive [2]. En Afrique, en 2008 l'Afrique de l'ouest affichait le plus faible taux d'utilisation des contraceptifs suivi de l'Afrique central soit respectivement 13% et 19% contre 60% en Afrique du nord et 58% en Afrique australe, chez les femmes âgées 15 à 49 ans [3].

Au Mali 93% des femmes et des hommes ont déjà entendu parler d'une méthode contraceptive parmi lesquels 15% des femmes en âge de procréer et 16% de celles qui sont en couple utilisaient une méthode contraceptive. Le taux d'utilisation des contraceptifs modernes est passé de 13% en 2013 à 16% en 2018 chez les femmes en couple dont le plus élevé à Bamako soit 22% [4].

Une étude de prévalence de la satisfaction des méthodes contraceptives dans 204 pays et territoires a rapporté en 2019 que plus de 162 millions des femmes avaient une demande non satisfaite de contraception, dont 29,3 % résidaient en Afrique subsaharienne [5]. Au Mali les besoins non satisfaits des contraceptifs étaient estimés à 24% en matière de planification familiale en 2018. Par ailleurs 23,5% des femmes ont abandonné l'utilisation des contraceptives, les raisons de ces abandons étaient plus les effets secondaires [4].

Le Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social 2014-2023 (PDDSS) a inscrit dans ces prérogatives, la promotion de planification familiale dans le but de « réduire la mortalité maternelle et néonatale ». L'objectif du PDDSS est de porter la prévalence contraceptive à 20% avant 2023 [6]. Également le ministère de la santé et du développement social MSDS dans sa politique de planification familiale PF2030 intitulée « un Mali où les besoins en PF des femmes, des adolescent(e)s et

jeunes y compris les couches vulnérables, sont pris en charge avec un accès à l'information et à une offre de services abordables et de qualité sur toute la gamme de méthodes de contraception moderne, dans le respect des droits humains » s'est engagé à augmenter le taux de prévalence de contraceptif moderne (TPCm) de 17% en 2020 à 40% à l'horizons de 2030 [7]. L'atteinte des objectifs de cette politique nécessite une évaluation continue de la pratique de la planification familiale et un suivi de l'évolution des préférences des méthodes contraceptives utilisées par les femmes.

La présente étude a été initiée dans le but documenter les tendances dans l'utilisation des méthodes de la planification familiale dans le centre de santé communautaire de Banankabougou-Faladié en milieu urbain de Bamako. Elle permettra au ministère de la santé et du développement social et ses partenaires de mieux comprendre les nouvelles tendances afin de mieux adapter les stratégies pour atteindre les objectifs.

2. Objectifs

2.1. Objectif général

Identifier la préférence des femmes aux méthodes des contraceptives souhaitées dans les CSCom de Banankabougou et de Faladié (ASACOBABA) en Commune VI Du District De Bamako.

2.2. Objectifs spécifiques

- Déterminer les fréquences d'utilisation et la préférence des différentes méthodes de contraception en fonction des caractéristiques sociodémographiques ;
- Déterminer la qualification de des prestataires de la planification familiale à l'ASACOBABA ;
- Déterminer les principales raisons de changements de méthode de contraception par les clientes qui consultent pour PF à l'ASACOBABA.

3. GENERALITES

3.1. Historique et définition de la planification familiale

3.1.1. Historique de la planification familiale

Les grandes évolutions démographiques ont été observées bien avant le 20^{ème} siècle. Si la contraception est un phénomène de tous les temps, il est certain que chaque époque, chaque civilisation, chaque société lui imprime un caractère particulier, non seulement quant à ses effets sociologiques, démographiques, psychologiques mais aussi quant aux techniques contraceptives elles-mêmes, en les orientant dans telle ou telle direction. La contraception existe depuis longtemps dans toutes les sociétés. Dans les milieux à niveau socio-économique élevé on s'intéressait depuis longtemps à la limitation des naissances. Le couple limitait le nombre de ses enfants grâce à l'abstinence complète. Ceci ne posait pas de problème aux hommes parce qu'ils pouvaient satisfaire leurs besoins sexuels en dehors du ménage. Pour les femmes le problème restait posé. Si l'abstinence complète se révélait impossible pour le couple, on cherchait d'autres méthodes pour conserver le plaisir sexuel sans risque d'une nouvelle grossesse : la masturbation réciproque, le coït interrompu, la fellation ont été appliqués depuis longtemps dans les sociétés traditionnelles [8].

Il y avait bien ici et là à travers les civilisations en Chine, en Grèce, en Inde comme en Afrique ou en Amérique du Sud des méthodes populaires : les gris-gris, les tafos, les incantations magiques, la toile d'araignée. Pourtant, il faut arriver à la période consécutive à la première guerre mondiale pour voir s'épanouir des méthodes contraceptives. Ce fut surtout en Allemagne et en Angleterre qu'on a vu se réaliser de plus en plus l'espoir de trouver une méthode permettant de maintenir la famille dans les limites. Il faut mentionner ici l'œuvre des pionniers comme Magnus Hirschfeld en Allemagne et Weather Head en Angleterre, ils affirmèrent que par suite de l'amélioration de la situation médicale, la limitation des naissances était devenue une nécessité biologique [9].

Les églises refusèrent toute contraception ; cependant dans les années 1930 l'abstinence périodique fut autorisée par certaines églises. Ce ne fut qu'après la deuxième guerre mondiale que la contraception commence à être perçue positivement. Le raisonnement fut le suivant : si un système écologique est troublé, il

faut faire recours à la science moderne pour supprimer le trouble et rétablir une homéostasie qui garantisse une certaine stabilisation, et ces nouvelles méthodes devaient avoir la particularité de permettre une vie sexuelle pleine et empêcher les grossesses [10].

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. 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. On observe donc dans ces dernières années des changements de comportement en matière d'utilisation des méthodes modernes de contraception, et cela grâce aux actions en faveur de la planification familiale. L'introduction des méthodes modernes de contraception est un phénomène récent au Mali. Elle est consécutive à la création, en 1972, de l'Association Malienne pour la Promotion et la Protection de la Famille (AMPPF), une organisation non gouvernementale, à la réorientation de la politique de santé maternelle et infantile et à la création, en 1980, de la Division de la Santé Familiale et Communautaire (DSFC) transformée en 2001 en Division Santé de la Reproduction (DSR) au sein de la Direction Nationale de la Santé. Enfin, conscient de l'impact des problèmes de population sur le développement socio-économique du pays, le gouvernement du Mali a adopté, le 8 mai 1991, une politique nationale de population révisée en 2001. 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 [11, 12].

3.1.2. Définition de la planification familiale

La planification familiale regroupe les informations, les moyens et les méthodes qui permettent aux individus de décider librement de la dimension de leur famille et de l'espacement des naissances. Cela comprend un large éventail de contraceptifs dont la pilule, les implants, les dispositifs intra-utérins, les procédures chirurgicales qui limitent la fertilité et les méthodes barrières telles que les préservatifs ainsi que des méthodes non-invasives comme la méthode du calendrier ou l'abstinence. La planification familiale comprend également des informations sur la grossesse volontaire, ainsi que sur le traitement de l'infertilité. **Ref**

3.2. Situation de la contraception dans le monde

Au niveau mondial, le taux d'utilisation de la contraception évolue en dent de scie. En 2021, 62% des femmes en âge de procréer, mariées ou vivant en union libre utilisaient au moins une méthode de contraception contre 55% en 1990 avec une variation entre les pays développés (70%) et les pays en voie de développement (60%) [13]. L'accessibilité aux différentes méthodes modernes de contraception est très inégale dans le monde, notamment en Afrique subsaharienne. De même, le choix de la méthode contraceptive est très variable d'une zone géographique à l'autre. Entre 2000 et 2019, le taux d'utilisation de la contraception moderne chez les femmes en âge de procréer a passé de 55% à 57,1% dans le monde [13].

En 2020, selon le rapport de l'OMS sur la contraception, le nombre des femmes en âge de procréer à avoir besoin d'une méthode de contraception était estimé à 1,1 milliard dans le monde. Malgré le taux d'utilisation de plus de 70% des méthodes modernes de planification familiale à l'échelle mondiale en 2019, les besoins restent insatisfaits en la matière surtout en Afrique centrale et de l'ouest [2]. Dans des pays à revenu faible ou intermédiaire, 74 millions de femmes tombent enceintes de façon accidentelle chaque année occasionnant environ 25 millions d'avortements et 47 000 décès maternels [14]. Malgré les progrès accomplis dans la PF, la mortalité liée aux lacunes de l'utilisation des méthodes contraceptives reste élevée surtout dans les pays à faible revenu. Il a fallu un nouvel appel du Dr Margaret Chan, directrice générale de l'OMS : « L'accès à la contraception moderne est un droit fondamental de chaque femme. Au même titre que ce droit, il importe de respecter la dignité des femmes en leur offrant un éventail d'options de planification familiale et la liberté de faire leur propre choix » [15].

Dans les pays en développement, 225 millions de femmes souhaiteraient espacer les naissances ou ne veulent plus avoir d'enfants, mais n'ont malheureusement pas d'accès à aucun moyen de contraception moderne. Or, la garantie d'un accès de toutes les populations à une méthode de contraception permet non seulement de réduire la mortalité maternelle et infantile, mais aussi d'éviter les grossesses précoces et indésirées [16]. La contraception offre tout un éventail d'avantages potentiels dans d'autres domaines comme l'éducation et au développement économique des pays. L'utilisation de la contraception protège les femmes, en particulier les adolescentes,

des risques que peuvent représenter les grossesses indésirées pour leur santé. Lorsque les naissances sont espacées de moins de deux ans, le taux de mortalité chez le nourrisson est supérieur de 45% au taux de mortalité lorsque les naissances sont espacées de 2 à 3 ans, et supérieur de 60% au taux de mortalité lorsqu'elles le sont de quatre ans ou plus [17].

L'Afrique est le continent où non seulement le recours à la contraception est plus faible, mais aussi là où la fécondité est la plus élevée. En effet, l'indice synthétique de fécondité est environ 3 enfants par femme dans les pays en développement contre 5 en Afrique dont 3 en Afrique du Nord et 5 en Afrique subsaharienne. Le continent africain est affecté de fortes disparités entre la partie au nord du Sahara et celle au sud en matière de recours à la contraception [18].

Selon l'organisation de la planification familiale 2020 (PF2020), l'utilisation de la contraception moderne a augmenté au cours des sept dernières années dans les pays pauvres au monde, et particulièrement en l'Afrique. Sur un total de 926 millions de femmes en âge de procréer dans les 69 pays pauvres du monde dont 41 en Afrique, 314 millions utilisent désormais des moyens de contraception modernes, soit une augmentation de 53 millions depuis 2012 [19]. En Afrique, on note depuis 2012 une augmentation de 2% du taux d'utilisation de la contraception, notamment en Afrique de l'Est et australe où la plus hausse a été observée, soit 7%. Ces progrès ont été surtout reportés en Ouganda et Mozambique [19, 20]. L'Afrique de l'ouest demeure en retard par rapport aux autres régions de l'Afrique même si le taux d'utilisation de la contraception a passé de 6,3% à 13,9% au cours des dix dernières années.

3.3. Situation de la contraception au Mali

Au Mali, la planification familiale a débuté de façon informelle par la création en 1971 de l'Association Malienne pour la Protection et la Promotion de Famille (AMPPF), organisation non gouvernementale à but non lucratif. Pionnière en matière de santé de la mère et de l'enfant (SMI) et de PF, l'AMPPF œuvre depuis plus d'une quarantaine d'années dans l'amélioration de la qualité de vie de la famille et des individus en milieu rural et urbain. En 1976, l'AMPPF a adhéré à la Fédération Internationale pour la Planification Familiale (IPPF) en qualité de membre associé, puis membre à part

entière en 1983. Jusqu'à présent, l'AMPPF est la plus grande ONG au Mali intervenant dans le domaine de la planification familiale [5].

La PF reste toujours un sujet sensible au Mali. Partagées entre culture, tradition et religion, les femmes restent les éternelles victimes du phénomène. Si dans les zones urbaines, les femmes ont plus de chances et d'opportunités d'avoir accès aux informations concernant leur maternité, dans les zones rurales au contraire, elles vivent dans des situations d'accès difficiles aux services sociaux de base. En plus de l'inaccessibilité aux services, il y a aussi des difficultés liées à la volonté des hommes, qui ne prennent pas en compte le plus souvent les capacités physiques et l'état de santé de la femme car avoir beaucoup d'enfants est un signe de richesses. A ces difficultés, s'ajoutent les principes religieux qui s'exercent sur les femmes dans le pays. Les religieux, pour qui « seul Dieu donne », n'adhèrent pas pour la plupart des cas à la planification familiale, voyant en elle un moyen contraire à la religion.

Au Mali, l'évolution du taux d'utilisation de la contraception moderne se fait en dent de scie depuis la première enquête démographique et de santé en 1987 avec 3% pour atteindre 15% en 2018, soit 31 ans après la première étude [4]. Le plus fort taux a été enregistré à Bamako (capitale du Mali) avec 22,3% contre seulement 2,6% (Kidal) et 3,3% (Gao) dans les régions nord du Mali. En zone rurale, ce taux était de 15% comparativement en milieu urbain où ce taux était à 22,3%. Cela démontre que la population adhère difficilement à la PF surtout en milieu rural. Parmi les femmes actuellement en couple, 16% seulement utilisaient une méthode contraceptive moderne. Les méthodes contraceptives les plus utilisées étaient les implants avec 24% pour les femmes non en couple contre seulement 7% pour celles qui ne le sont pas, les injectables viennent en seconde position avec 8% pour les femmes non en couple contre 6% pour celles qui ne le sont pas. Parmi les femmes en âge de procréer, 24% ont toujours des besoins non satisfaits en matière de planification familiale notamment l'espacement des naissances [4]. Actuellement, les femmes et les hommes connaissent mieux les méthodes modernes que les méthodes traditionnelles. Les méthodes les plus connues par les femmes étaient les injectables, les implants, la pilule et le condom masculin.

3.4. Méthodes contraceptives

Le choix d'une méthode de contraception dépend de sa disponibilité et son accessibilité, mais aussi les préférences individuelles et les normes sociétales et culturelles. Les différentes méthodes contraceptives sont notamment les pilules de contraception orale, les implants, les contraceptifs injectables, les patchs contraceptifs, les anneaux vaginaux, les dispositifs intra-utérins, les préservatifs, la stérilisation masculine ou féminine, les méthodes d'aménorrhée lactationnelle, les méthodes reposant sur le retrait (coït interrompu) et la connaissance des périodes de fertilité [21, 22].

3.4.1. Contraceptifs Oraux Combinés (COC) [23, 24]

Les COC ou pilules contraceptives sont des comprimés composés de deux hormones synthétiques œstrogènes et progestérone. Ils se présentent sous forme de plaquettes de 28 comprimés dont les 7 derniers contiennent du fer.

Mécanisme d'action : la pilule supprime l'ovulation et épaissit la glaire cervicale qui empêche les spermatozoïdes de rencontrer l'ovule.

Structure chimique

3.4.1.1. Avantages

Ces types de contraceptifs présentent plusieurs avantages parmi lesquels nous pouvons citer : Elles ont une efficacité importante, un coût abordable ; la pilule corrige les troubles menstruels ; elle démunie le risque d'anémie et protège contre les cancers de l'ovaire et de l'endomètre. Elle prévient contre les grossesses extra utérines. En outre, elle régularise le cycle. La pilule ne nécessite pas un examen gynécologique, elle n'interfère pas avec les rapports sexuels ; elles peuvent être fournies par un personnel non médical.

3.4.1.2. Inconvénients et précautions

Les contraceptifs oraux combinés ne protègent pas contre les IST et le VIH/SIDA. Leur efficacité peut être réduite au cas de l'interaction médicamenteuse avec certains médicaments (rifampicine, antimycosiques, anticonvulsivants). Ils provoquent une diminution du lait ; la prise est quotidienne et l'oubli contribue à un risque d'échec. Ils peuvent également provoquer la nausée, des vertiges, des céphalées.

3.4.1.3. Effets secondaires

Leur utilisation occasionne souvent des nausées, des vertiges, une sensibilité légère des seins, des céphalées, une hypertension artérielle, une aménorrhée, un retard dans le retour de la fécondité et une acné.

3.4.1.4. Contre –indications absolues

Les contraceptifs oraux sont contre indiqués dans plusieurs situations :

Ils sont contre indiqués à 6 semaines après un accouchement, ou si la patiente allaite, les fumeuses de plus de 35 ans (plus ou moins 15 bâtons/jour) sont défavorables. Les personnes hypertendues (systolique >160mmHg ou diastolique > 100mmHg) sont contre indiqués. Les femmes qui souffrent des antécédents de thrombo-embolie veineuse, de Cardiopathie ischémique ou des Antécédents d'accident vasculaire cérébral, de Cardiopathie valvulaire compliquée, de Migraine accompagnée de symptômes neurologiques en foyer, d'un cancer du sein (en cours), du diabète accompagné de rétinopathie/ Néphropathie, et aussi de grave cirrhose et tumeur hépatique (adénome ou hépatome), d'un HTA adéquatement maîtrisée ; la Migraine chez les femmes de plus de 35 ans, la Maladie vésiculaire en phase symptomatique, Les antécédents de cholestase associée à l'utilisation de COC et Les utilisatrices de médicaments pouvant entraver le métabolisme des COC.



Figure 1. Contraceptive oraux combinés

Source : <https://www.kirpalani.com/en/microgynon-tablets-28-pieces-d244992>

3.4.2. Contraceptifs Oraux Progestatifs (COP) [25, 26]

Les COP sont des contraceptifs oraux qui contiennent uniquement des progestatifs à faible dose.

Mécanisme d'action : la pilule supprime l'ovulation et épaissit la glaire cervicale qui empêche les spermatozoïdes de rencontrer l'ovule.

3.4.2.1. Avantages

L'utilisation des COP ont plusieurs avantages car permet un retour immédiat à la fécondité, n'influence pas la lactation, diminue les risques de maladies inflammatoires du pelvis, donne une protection relative contre le cancer de l'endomètre et n'interfère pas avec les rapports sexuels.

3.4.2.2. Inconvénient

Il faut noter que les COP ne protègent pas contre les IST/SIDA.

3.4.2.3. Effets secondaires

Les COP peuvent entraîner une prise de poids, une aménorrhée ou des saignements irréguliers.

3.4.2.4. Contre-indications

Ils sont contre-indiqués en cas de grossesse et de diagnostic courant de cancer du sein et aussi en cas d'hépatite virale évolutive et les tumeurs hépatiques.



Figure 2. Pillule oestroprogestative monophasique

Source : <http://malaysianfrench.blogspot.com/>

3.4.3. Contraceptifs injectables [27]

Le contraceptif injectable est un produit progestatif de synthèse qui libère lentement et empêche la survenue de la grossesse.

Mécanisme d'action : l'injectable fonctionne principalement en supprimant l'ovulation. De plus, il épaisit la glaire qui gêne le transport des spermatozoïdes.

3.4.3.1. Avantages

Contraceptifs injectables sont très avantageux du fait qu'ils soient très efficaces (>99,7%) et avec une action prolongée. La méthode d'utilisation est peu contraignante, pratique, discrète et ne gêne pas la lactation. Ce type de contraception peut protéger partiellement contre le cancer de l'endomètre, l'endométriose et les kystes de l'ovaire, fournissent une protection relative contre les maladies inflammatoires du pelvis et diminuent les risques de grossesse ectopique.

3.4.3.2. Inconvénients et précautions

Il est à signaler que ces contraceptifs injectables ne protègent pas contre les IST et le SIDA et avec eux, le retour de la fertilité est parfois lent (6 à 10 mois, et même parfois d'avantage jusqu'à 18 mois).

3.4.3.3. Effets secondaires

Les effets secondaires sont entre autres, l'aménorrhée, une acné et une hémorragie génitale (rarement), des maux de tête, un gain pondéral modéré et également une légère sensibilité des seins, une diminution de la libido sont à constatées.

3.4.3.4. Indication

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 contraceptions. Il peut également convenir aux femmes allaitantes ou ayant une sensibilité ou des contre-indications connues aux œstrogènes, ayant plus de 35 ans et qui fument, des migraines, une endométriose, une drépanocytose et même étant sous anticonvulsivants.

3.4.3.5. Contre -Indication

Ces contraceptifs injectables sont déconseillés en cas de cirrhose grave, de grossesse, des saignements vaginaux inexpliqués et diagnostic courant de cancer du sein. Ils sont contre indiqués aux patientes qui souffrent d'une insuffisance hépatite virale évolutive et adénome hépatique bénin.



Figure 3. Contraceptive injectable

Source : <https://www.mayoclinic.org/tests-procedures/depo-provera/about/pac-20392204>

3.4.4. Jadelle [28, 29]

C'est un contraceptif contenant un progestatif retard diffusé à travers 2 capsules insérées en sous-cutané à la face interne du bras de l'utilisatrice.

Mécanisme d'action : la Jadelle agit en supprimant l'ovulation et rendant la glaire cervicale épaisse qui gêne le transport des spermatozoïdes.

3.4.4.1. Avantages

Les avantages de la Jadelle sont innombrables, elle a une action immédiate, 24H après l'insertion, son activité dans l'organisme peut aller jusqu'à 4 ans. Elle n'interfère pas avec les rapports sexuels et pas de gêne avec les capsules (à peine visibles sous la peau), elle ne possède pas d'effets secondaires sauf les irrégularités du cycle menstruel. A tout moment les capsules peuvent être retirées et pas d'exigence pour un effort de mémoire. En outre, elle peut prévenir l'anémie en diminuant le flux menstruel. La Jadelle n'a aucun effet avec l'allaitement.

3.4.4.2. Inconvénients et précaution

La pose ou le retrait des capsules de ce contraceptif nécessite un personnel qualifié. Il ne protège pas contre les infections sexuellement transmissibles. La pose et le retrait nécessitent une procédure chirurgicale mineure. Les capsules peuvent être visibles sous la peau.

3.4.4.3. Effets secondaires

Les effets secondaires peuvent être une aménorrhée ou une combinaison de ces troubles, des saignements prolongés, des céphalées, des vertiges, des troubles d'humeur (nervosité/ dépression) et une prise de poids et aussi une modification de l'appétit.

3.4.4.4. Contre-indications

La Jadelle n'est pas conseillé en cas d'hypersensibilité au de lévonorgestrel ou à tout autre composant. Son utilisation est aussi déconseillée en d'hémorragie vaginale anormale non diagnostiquée ou de suspicion ou diagnostic de cancer hormonodépendant.



Figure 4. Implant jadelle

Source : <https://farmastore.com.ve/inicio/143-jadelle-75-mg-levonorgestrel-implante-subdermico-implanon.html>

3.4.5. Contraception d'urgence [30-32]

C'est un ensemble de procédés contraceptifs utilisés pendant une période limitée après un acte sexuel sans protection, il s'agit de:

- COC : 30-35 µg Ethynil œstradiol à prendre 4 comprimés puis 4 autres 12 h plus tard au total 8 comprimés (exemple : Lo-fémenal® ou Pilplan®) ;
- COC : 50 µg Ethynil œstradiol à prendre 2 comprimés puis 2 autres 12 h plus tard (exemple : Eugynon 50®, ovral®, Microgynon-50®, Stediril® disponible au Mali) ;
- COP : 0,075 mg (75 µg) de norgestrel : prendre 20 comprimés puis 20 autres 12 h plus tard (comme exemple on peut citer l'Ovrette®) ;
- COP : 0,03 mg (30 µg) de lévonorgestrel à prendre 25 comprimés puis 25 autres 12 h plus tard (Exemple : Microlut®, Norgeston®) et
- COP : 0,75 mg (750 µg) de lévonorgestrel à prendre 2 comprimés en prise unique (exemple : Nor-Levo®, Postinor®).

La contraception d'urgence est indiquée pour le cas de viol ou pour une utilisation incorrecte de préservatifs. Elle est indiquée au cas également de l'expulsion de dispositif intra-utérin, ou l'échec du coït interrompu. L'oubli de la pilule contraceptive et les rapports sexuels imprévus sont des facteurs auxquels elle est indiquée.

Les contre-indications des contraceptifs d'urgence se résument à la seule allergie aux COU due aux 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.

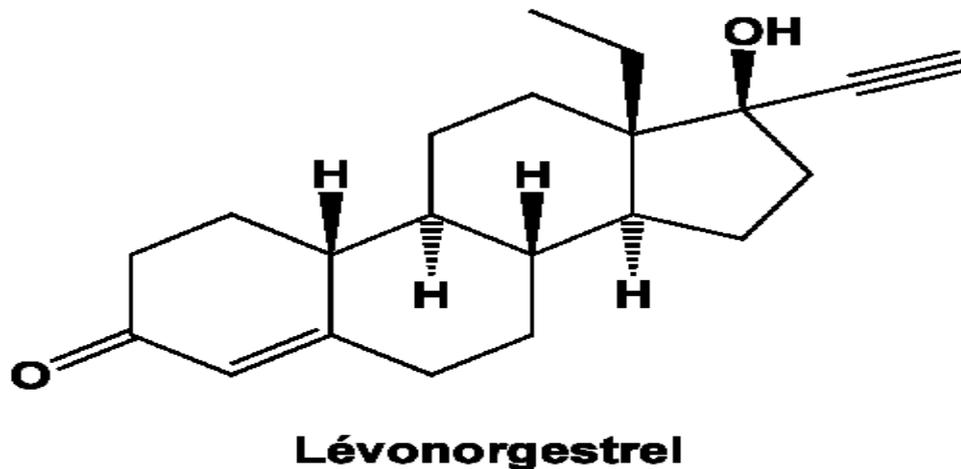


Figure 5. Structure chimique du lévonorgestrel

Source : <https://new.societechimiquedefrance.fr/produits/steroides-et-pilule/>

3.4.6. Dispositif Intra-Utérin (DIU) [21, 29]

Le DIU est un dispositif flexible de composition métallique et/ou plastique que l'on insère dans la cavité utérine et qui libère un progestatif (progestérone ou lévonorgestrel). Le DIU, en plastique moulé, est introduit par le médecin dans l'utérus de la femme en passant par le vagin de façon progressive. Il existe deux types de DIU qui libèrent un progestatif appelé lévonorgestrel et un autre type en forme de T, un fil de cuivre est enroulé autour de la base et des bras du T. Le DIU possède un fil de plastique, qui permet à la femme de s'assurer que le dispositif est toujours en place et au médecin de le retirer facilement.

Mécanisme d'action : le mécanisme d'action principal du stérilet est d'interférer avec la fertilisation en empêchant la rencontre des spermatozoïdes avec l'ovule.

3.4.6.1. Avantages

Le DIU est avantageux pour son action immédiate. Il ne nécessite pas un effort de mémoire. Le DIU n'interfère pas sur l'allaitement et non aux rapports sexuels. L'un des avantages les plus appréciés est son absence d'effet secondaire hormonal, et aussi

son effet immédiatement réversible. Il peut être actif pendant 12 à 13 ans dans l'organisme.

3.4.6.2. Inconvénients et précautions

Pour l'utilisation d'un DIU, certaines précautions sont nécessaires car La pose ou le retrait nécessite un personnel qualifié et nécessitent un examen Clinique. Il faut noter que le DIU ne protège pas contre les IST/SIDA. L'utilisatrice ne peut pas arrêter la méthode d'elle-même. Le DIU peut être expulsé sans que la femme ne s'en rende compte (post-partum). Il ne protège pas contre les grossesses ectopiques. La femme doit vérifier la position du fil de temps à autre.

3.4.6.3. Effets secondaires

Il y a peu d'effets secondaires pour le DIU. Ces effets sont constitués par les changements menstruels (durant les 3 premiers mois mais ont tendance à diminuer après). L'abondance des règles plus longues et plus abondantes et aussi des saignements ou spotting (anémie) entre les règles peuvent se manifester. La perforation de la paroi de l'utérus si l'insertion est mal effectuée, des crampes et des douleurs 3 à 5 jours après l'insertion.

3.4.6.4. Indications

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

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

3.4.6.5. Contre -indications

Le DIU n'est pas conseillé dans les cas de grossesse et après l'accouchement (48H), ainsi que dans les infections pelviennes ou IST (au cours des trois derniers mois), il est déconseillé à la suite d'un avortement septique, à tout ce qui a trait aux IST ou aux virus du VIH-SIDA, au cancer du col utérin ou de l'endomètre et de l'ovaire. Aux saignements vaginaux inexplicés ainsi qu'aux patientes qui souffrent d'une déformation de cavité utérine. Au cancer du sein (dans le cas du SIU-LNG). Enfin il est

contre indiqué aux maladies trophoblastiques malignes et gestationnelles bénignes. Aux immunodépressions infectieuses ou médicamenteuses (corticothérapie) et Sepsis puerpéral.

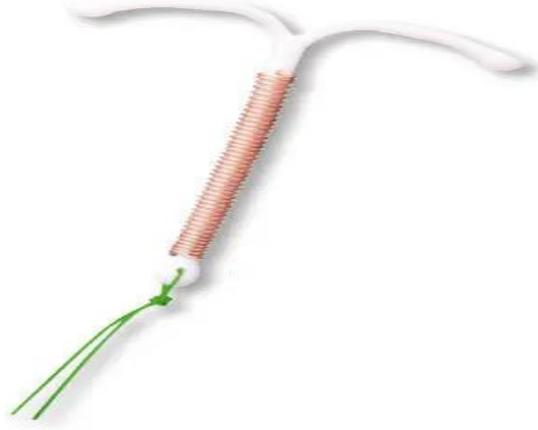


Figure 6. Dispositif intra uterin

Source : <https://www.medicaexpo.fr/fabricant-medical/dispositif-intra-uterin-3134.html>

3.4.7. Méthodes dites de barrière

3.4.7.1. Préservatif masculin [33]

Le préservatif masculin est une gaine protectrice en latex ou tissu animal destiné à recouvrir le pénis en érection. Il recueille le sperme lors de l'éjaculation et constitue une barrière au passage des spermatozoïdes et une protection contre les IST/VIH/SIDA (double protection).

Mécanisme d'action : Il empêche les spermatozoïdes d'entrer en contact avec le vagin de la femme.

3.4.7.1.1. Avantages

Le préservatif masculin protège contre la grossesse non désirée et les IST-VIH/SIDA. Il corrige l'éjaculation précoce (retarde l'éjaculation). Il est disponible en vente libre et l'emploi est simple.

3.4.7.1.2. Inconvénients et précautions

Le préservatif masculin diminue éventuellement le plaisir et l'élan sexuels. Il faudra changer à chaque rapport. Il y a toujours un risque de déchirure.

3.4.7.1.3. Effets secondaires

Les effets secondaires se résument seulement aux allergies au latex ou à certains lubrifiants.

3.4.7.1.3. Contre-indication

Ils ne sont pas conseillés en cas d'allergie ou sensibilité au latex pour les condoms de latex et à la lanoline dans le cas des condoms en membranes d'agneau.



Figure 7. Préservatif masculin (<https://www.map24.com/quels-sont-les-avantages-et-les-inconvenients-de-l'utilisation-du-preservatif-masculin/>)

3.4.7.2. Préservatif féminin [34]

Le préservatif féminin (femidom) est un mince fourreau de polyuréthane, (matière plastique) mou et transparent que la femme place dans le vagin avant le rapport sexuel pour se protéger de la grossesse et les IST/VIH (double protection).

3.4.7.2.1. Avantages

Ce préservatif protège contre la grossesse et les IST/VIH. Il n'y a pas d'allergies et il peut être porté plusieurs heures avant le rapport sexuel.

3.4.7.2.2. Inconvénients et précautions

Ce préservatif est coûteux actuellement demande à être changé après chaque rapport. La femme doit toucher ses parties génitales.

3.4.7.2.3. Effets secondaires

Il n'y a pas d'effets secondaires apparents.

3.4.7.2.4. Contre-indications

Il est déconseillé en d'allergie au polyuréthane et les sujets ayant des anomalies de l'anatomie vaginale. Il n'est pas conseillé avec une femme qui n'est pas capable d'apprendre la technique d'insertion.



Figure 8. Préservatif féminin

Source : <https://www.ospheres.com/fonctionnelle/preservatif-feminin>

3.4.8. Spermicides [35]

Les spermicides sont des produits chimiques qui se présentent sous forme de crème, gel, ovule, comprimé, ovule moussant, mousse, aérosol qu'on place dans le vagin avant le rapport sexuel et qui inactivent ou tuent les spermatozoïdes.

3.4.8.1. Mode d'action

Les spermicides du fait de leurs propriétés chimiques détruisent la membrane cellulaire des spermatozoïdes diminuant ainsi leurs mouvements et inhibant leur capacité à féconder.

3.4.8.2. Avantages :

Elles sont très efficaces juste avant les rapports sexuels et peuvent servir de lubrifiants pour humidifier le vagin. Elles sont utilisées comme méthode d'attente ou de transition, son utilisation est facile et peut être associée au condom. Elles sont disponibles sans ordonnance et sans bilan médical. Les comprimés et les ovules doivent être mis 10 à 15 minutes avant les rapports sexuels.

3.4.8.3. Inconvénients et précautions

Les spermicides entraînent une sensation de chaleur ou un excès d'humidité qui peut être gênante pour certaines personnes, appréciable par d'autres. Ils peuvent aussi causer une irritation ou une allergie vaginale ou du pénis. Il n'y a pas de toilette vaginale dans les 6 heures après le rapport. Elles interrompent les préludes avant les rapports sexuels. Les spermicides doivent être utilisés à chaque rapport. Ils nécessitent une motivation constante de l'utilisatrice et n'assurent pas la double protection.

3.4.8.4. Contre-indications

Le spermicide est contre-indiqué en cas de :

- allergie à l'agent spermicide ou à son excipient et
- 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).

3.4.9. Contraception Chirurgicale Volontaire (CCV) [29, 36]

La CCV est une petite intervention chirurgicale volontaire qui consiste à interrompre la capacité reproductive de l'homme (vasectomie) ou de la femme (ligature des trompes) de façon irréversible.

Mode d'action : la contraception chirurgicale volontaire empêche les spermatozoïdes (vasectomie) de féconder les ovules, et les ovules (ligature) de se faire féconder par les spermatozoïdes.

3.4.9.1. Avantages

C'est une méthode efficace, presque totale, et permanente et définitive. Elle n'interfère pas avec les rapports sexuels. La ligature des trompes est efficace aussitôt après l'intervention. Elle ne nécessite pas de prendre des produits.

3.4.9.2. Inconvénient ou précautions

La méthode est irréversible, ne protège pas contre les IST/VIH, nécessite un personnel qualifié et doit s'assurer que le couple a compris.

3.4.9.3. Effets secondaires et complications

L'utilisation de cette méthode peut provoquer une septicémie et des lésions viscérales. Elle peut entraîner une hémorragie interne, une infection péritonite et aussi un abcès pelvien. Les crampes et des douleurs après l'intervention ont été signalées.

3.4.9.4. Conditions pour la consultation

L'utilisation exige la présence du couple et le mettre à l'aise ; l'intimité et la confidentialité doivent être assurées. Il faut demander de ce que le couple sait de la CCV. Il faut aussi être à l'écoute des questions et prendre le temps de rassurer le Couple/et ou l'utilisatrice.

3.4.9.5. Les indications

Le choix du couple est primordial, en cela s'ajoute toute contre-indication médicale à la grossesse mettant en danger la vie de la femme et une grande multiparité (≥ 4 enfants vivants) ayant une contre-indication aux autres méthodes contraceptives et les antécédents de complications obstétricales.

3.4.9.6. Les contre-indications

Les contre-indications sont entre autres la grossesse et l'infection génitale haute, les métrorragies génitales non étiquetées, cardiopathies, hypertension artérielle non traitée, troubles du rythme, troubles de l'hémostase, anémie sévère, l'obésité importante, diabète non traité, l'angoisse et l'instabilité psychologique, la masse annexielle non étiquetée, les Antécédents de psychose puerpérale, l'hypertension artérielle gravidique surtout compliquée d'éclampsie, la rupture prématurée des membranes, hémorragie de l'accouchement et le traumatisme des voies génitales, la fièvre puerpérale, anomalie de la cavité utérine ou des trompes de Fallope, l'allergie à l'iode, ce qui rendrait impossible l'hystérosalpingographie qu'il faut réaliser trois mois après l'intervention, Corticothérapie en cours et l'allergie au nickel.

Mode d'action

Le mode d'action et l'efficacité des méthodes modernes de la contraception sont différents et dépend de produits utilisés. L'efficacité des méthodes est mesurée par le nombre de grossesses pour 100 femmes utilisant la méthode chaque année. Les méthodes sont classées en fonction de leur efficacité moyennant l'utilisation habituelle comme suit: très efficace (0-0,9 grossesse pour 100 femmes), efficace (1-9 grossesses pour 100 femmes), Modérément efficace (10-19 grossesses pour 100 femmes), moins efficace (20 grossesses ou plus pour 100 femmes) [22].

Tableau 1. Efficacité, effets secondaires et bénéfiques des contraceptifs [2, 37]

Type de contraception	Durée ou fréquence d'utilisation	Grossesses pour 100 femmes par an dans le cadre d'une utilisation correcte et régulière	Grossesses pour 100 femmes par an dans le cadre d'une utilisation courante	Effets secondaires potentiels (liste non exhaustive)	Effets bénéfiques potentiels sur la santé (liste non exhaustive)
MÉTHODES INTRA-UTÉRINES					
Dispositif intra-utérin au lévonorgestrel (DIU LNG)	3 à 7 ans (selon le type)	0,2 à 0,8	0,2 à 0,8	Perturbations des saignements, acné, maux de tête, sensibilité ou douleurs mammaires, nausées, prise de poids, vertiges, troubles de l'humeur, kystes ovariens	Peut protéger de l'anémie, des cancers de l'endomètre et du col de l'utérus, pourrait réduire les crampes, les saignements et les symptômes de l'endométriose
Dispositif intra-utérin (DIU) au cuivre	Jusqu'à 10 à 12 ans (selon les directives nationales)	0,6	0,8	Perturbations des saignements, crampes abdominales pendant les périodes menstruelles, notamment dans les 3-6 premiers mois	Peut protéger des cancers de l'endomètre
MÉTHODES HORMONALES					
Implant	3 à 5 ans (selon le type)	0,1	0,1	Perturbations des saignements, maux de tête, douleurs abdominales, acné, vertiges, troubles de l'humeur, nausées, complications rares	Peut protéger de la maladie pelvienne inflammatoire symptomatique et de l'anémie

Tableau I (suite)

Type de contraception	Durée ou fréquence d'utilisation	Grossesses pour 100 femmes par an dans le cadre d'une utilisation correcte	Grossesses pour 100 femmes par an dans le cadre d'une utilisation courante	Effets secondaires potentiels (liste non exhaustive)	Effets bénéfiques potentiels sur la santé (liste non exhaustive)
Contraceptif progestatif injectable (DMPA, DMPA-SC ou NET-EN)	Tous les 2 ou 3 mois (selon le type)	0,2	4	Perturbations des saignements, prise de poids, maux de tête, vertiges, gêne abdominale, troubles de l'humeur, baisse de la libido, perte de densité osseuse	Peut protéger du cancer de l'endomètre, des fibromes, des symptômes de la maladie pelvienne inflammatoire et d'autres maladies (DMPA) ainsi que de l'anémie (DMPA et NET-EN)
Contraceptifs injectables ou injectables combinés mensuels	Tous les mois	0,05	3	Perturbations des saignements, prise de poids, maux de tête, vertiges, sensibilité mammaire	Données limitées, mais les effets bénéfiques pourraient être les mêmes que ceux de la pilule contraceptive combinée
Pilule contraceptive combinée (ou « pilule »)	Tous les jours	0,3	7	Perturbations des saignements, maux de tête, vertiges, nausées, prise de poids, troubles de l'humeur, sensibilité	Peut protéger des cancers de l'endomètre et des ovaires ainsi que des symptômes de la maladie pelvienne inflammatoire

Tableau I (suite)

Type de contraception	Durée ou fréquence d'utilisation	Grossesses pour 100 femmes par an dans le cadre d'une utilisation correcte	Grossesses pour 100 femmes par an dans le cadre d'une utilisation courante	Effets secondaires potentiels (liste non exhaustive)	Effets bénéfiques potentiels sur la santé (liste non exhaustive)
Pilule progestative (ou « pilule minidosée »)	Tous les jours	0,3	1 à 7 (selon que l'utilisatrice est ou non allaitante)	Perturbations des saignements, maux de têtes, vertiges, troubles de l'humeur, sensibilité mammaire, douleurs abdominales, nausées	Protège des risques de grossesse. Sans danger pour les femmes allaitantes et leur bébé, car n'affecte pas la lactation
Patch	Une fois par semaine pendant 3 semaines	0,3	7	Irritations cutanées, perturbations des saignements, maux de tête, nausées, vomissements, sensibilité et douleurs mammaires, douleurs abdominales,	Données limitées, mais les effets bénéfiques pourraient être les mêmes que ceux de la pilule contraceptive combinée
Anneau vaginal contraceptif (progestatif)	Anneau à porter pendant 3 semaines	0,3	7	Perturbations des saignements, maux de tête, vaginite, pertes	Données limitées, mais les effets bénéfiques sont probablement les mêmes que ceux de la pilule contraceptive combinée

Tableau I (suite)

Type de contraception	Durée ou fréquence d'utilisation	Grossesses pour 100 femmes par an dans le cadre d'une utilisation correcte	Grossesses pour 100 femmes par an dans le cadre d'une utilisation courante	Effets secondaires potentiels (liste non exhaustive)	Effets bénéfiques potentiels sur la santé (liste non exhaustive)
Anneau vaginal (contraceptif hormonal)	90 jours	1 à 2	1 à 2	Perturbations des saignements, douleurs abdominales, douleurs mammaires	Ne compromet pas la lactation pour les femmes allaitantes
MÉTHODES BARRIÈRES					
Cape cervicale	Avant chaque rapport sexuel	9 à 26 (selon que l'utilisatrice a déjà accouché ou non)	16 à 32 (selon que l'utilisatrice a déjà accouché ou non)	Certaines utilisatrices signalent des irritations, possibles lésions vaginales	Peut protéger de certaines IST, lésions cervicales précancéreuses et du cancer du col
Diaphragme	Avant chaque rapport sexuel	16	17	Certaines utilisatrices signalent des irritations, possibles lésions vaginales	Peut protéger de certaines IST ainsi que des lésions cervicales précancéreuses et du cancer du col
Préservatif masculin	Usage unique	2	13	Réactions allergiques au latex (extrêmement rares)	Double protection contre la grossesse et les IST (notamment le VIH)
Préservatif féminin	Usage unique	5	21	Aucun	Double protection contre la grossesse et les IST (notamment le VIH)

Spermicide	Avant chaque rapport sexuel	16	21	Certaines utilisatrices signalent des irritations, possibles lésions vaginales	Contribue à protéger des risques de grossesse
------------	-----------------------------	----	----	--	---

Tableau I (suite)

Type de contraception	Durée ou fréquence d'utilisation	Grossesses pour 100 femmes par an dans le cadre d'une utilisation correcte	Grossesses pour 100 femmes par an dans le cadre d'une utilisation courante	Effets secondaires potentiels (liste non exhaustive)	Effets bénéfiques potentiels sur la santé (liste non exhaustive)
MÉTHODES FONDÉES SUR LA CONNAISSANCE DES PÉRIODES DE FÉCONDITÉ					
Méthode du calendrier (Standard Days Method)	Mensuel (utiliser des méthodes barrières durant la période de fécondation)	5	12	Aucun	Contribue à protéger des risques de grossesse
Méthodes fondées sur les symptômes (méthode des deux jours, méthode de l'ovulation,)	Tous les mois, en évitant les rapports sexuels pendant la période de fécondité ou en utilisant des méthodes barrières ces jours-là	< 1 à 4	2 à 23	Aucun	Contribue à protéger des risques de grossesse

Méthode de l'aménorrhée lactationnelle	Jusqu'à 6 mois après un accouchement, pendant la période d'aménorrhée, dans le cadre d'un allaitement exclusif	0,9 (en 6 mois)	2 (en 6 mois)	Aucun	Encourage l'allaitement, bénéfique pour la santé de la mère et du bébé
--	--	-----------------	---------------	-------	--

Tableau I (suite)

Type de contraception	Durée ou fréquence d'utilisation	Grossesses pour 100 femmes par an dans le cadre d'une utilisation correcte	Grossesses pour 100 femmes par an dans le cadre d'une utilisation courante	Effets secondaires potentiels (liste non exhaustive)	Effets bénéfiques potentiels sur la santé (liste non exhaustive)
RETRAIT					
Retrait (coït interrompu)	Pendant le rapport sexuel	4	20	Aucun	-
CONTRACEPTION D'URGENCE					
DIU au cuivre	Pose dans un délai de 5 jours après un rapport sexuel non protégé	Aucune donnée	Aucune donnée	Perturbations des saignements, risques et complications peu fréquents ou rares	Peut protéger des cancers de l'endomètre et du col de l'utérus

Pilule contraceptive d'urgence	Jusqu'à 5 jours après un rapport sexuel non protégé	< 1 à 2		Perturbations des saignements, nausées, douleurs abdominales, fatigue, maux de tête, sensibilité mammaire	Contribue à protéger des risques de grossesse, n'interrompt PAS une grossesse existante
--------------------------------------	--	---------	--	---	---

Tableau I (suite)

Type de contraception	Durée ou fréquence d'utilisation	Grossesses pour 100 femmes par an dans le cadre d'une utilisation correcte	Grossesses pour 100 femmes par an dans le cadre d'une utilisation courante	Effets secondaires potentiels (liste non exhaustive)	Effets bénéfiques potentiels sur la santé (liste non exhaustive)
MÉTHODES PERMANENTES DE CONTRÔLE DES NAISSANCES					
Stérilisation féminine (ligature des trompes)	Permanente, efficacité immédiate	0,5	0,5	Complications fréquentes, rarissimes	Peut protéger de la maladie pelvienne inflammatoire ainsi que du cancer des ovaires
Stérilisation masculine (vasectomie)	Permanente, mais une autre méthode doit être utilisée pendant les 3 premiers mois	0,1	0,15	Complications fréquentes, rarissimes	Peut protéger la partenaire des risques de grossesse

Légende

DMPA : acétate de médroxyprogestérone ;

DMPA-SC : acétate de médroxyprogestérone en injection sous-cutanée ;

NET-EN : énanthate de noréthistérone ;

IST : infections sexuellement transmissibles.

Les contraceptifs sont sans danger, et les moyens de contraception modernes, en particulier, peuvent être extrêmement efficaces pour prévenir une grossesse non intentionnelle. Certaines méthodes peuvent ne pas convenir à toutes les utilisatrices pour des raisons médicales, socioéconomiques ou logistiques. Il est donc important que les personnes concernées aient accès à des informations sur le large éventail de contraceptifs disponibles, sur leurs effets secondaires et sur leurs effets bénéfiques en dehors de la contraception pour pouvoir prendre des décisions éclairées. Les informations dans le tableau 2 sont tirées des dernières recommandations de l’OMS [2, 38].

4. METHODOLOGIE

4.1. Lieu d'étude

Notre étude s'est déroulée dans l'aire de santé de Banankabougou et de Faladié située dans la commune VI du district de Bamako, Mali.

4.1.1. Présentation de la commune VI

4.1.1.1. Historique

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

- L'ordonnance N°78-34/CMLN du 28 Août 1978 fixant les limites et le nombre des communes ;
- La loi N°93-008 du 11 Février 1993 déterminant les conditions de la libre administration des collectivités territoriales ;
- La loi N°95-034 du 12 Avril 1995 portant code des collectivités territoriales.

Les quartiers de la rive droite ont connu une expansion considérable avec la construction du pont FAHD en 1989 et celui de l'amitié sino-malienne en 2011 qui viennent renforcer le pont des Martyrs. La commune est limitée au Nord par le fleuve Niger, à l'Est et au Sud par le cercle de Kati, à l'Ouest par la commune VI.

4.1.1.2. Situation géographique

Le Cscm d'ASACOBABA est situé dans le quartier Banankabougou délimité au Nord par l'aire de santé de l'ASACOSODIA de Sokorodji Diandjiguila, au Sud par l'aire de santé de l'ASACOMA de Faladié SEMA à l'Est par l'aire de santé de l'ASCOCY des 1008 logements sociaux et à l'Ouest par l'aire de santé de Magnanbougou et de Sogoniko.

Le climat est sahélien avec une saison sèche de février à mai, une saison pluvieuse de juin à septembre et une saison froide allant du mois d'octobre au mois de janvier.

4.1.1.3. Sanitaires

L'ASACOBFAFA a été mise en place le 5 Mai 1992 et le CSCom a débuté les activités au même mois sur son premier site en location puis délocalisé sur son second site au 1^{er} septembre 1995 et y demeure jusqu'à nos jours. L'ASACO a signé la convention d'assistance mutuelle (CAM). Depuis 2003 le CSCom a commencé les prestations avec l'U.T.M (l'Union Technique des Mutuelles du Mali), c'est ainsi qu'en janvier 2012 les prestations AMO a commencé dans le centre. En plus, l'aire de santé compte en son sein 12 officines privées 14 structures de santé privées et 21 tradithérapeutes récentes en 2020 qui collaborent tous avec le CSCom.

4.1.2. Population

La population de l'aire est estimée à 68392 habitants, majoritairement jeune à prédominance féminine elle est constituée de plusieurs ethnies telles que Bambara, Dogon ; Sonrhäï, Tamashek, Soninké, Peulh etc. on y rencontre également la communauté étrangère tels les Togolais, les Ghanéens, des Burkinabés etc.

4.1.3. Situation socio-économique

Les principales activités source de revenu de la population de l'aire sont basées sur le petit commerce, l'élevage, maraichage et le transport. La vie associative dans l'aire est marquée par la présence de plusieurs associations dont l'Association des femmes, des parents d'élève, des jeunes, des Taximen, des sportifs, des commerçants etc.

4.1.3. Ressources humaines du CscCom

N°	Qualification	Nombre	Activité	Formation	Prise en charge
1	Médecin	02	02	00	Etat
2	Assistant médical/IDE	01/02	02	01	Etat/ASACO
3	Sage-femme	10	09	01	Etat/ASACO
4	TS Infirmier	05	05	00	Etat/ASACO
5	TS SMI	04	04	00	Etat/ASACO
6	Technicien Labo	02	01	01	Etat
7	Matrone	01	01	00	ASACO
8	Aide-soignant	02	02	00	ASACO
9	Gérant Dépôt	03	03	00	ASACO
10	Agent d'administration/AMO	06	06	00	ASACO/AMO
11	Gardien manœuvre	03	03	00	ASACO
TOTAL		41	38	03	

Ce tableau résume la situation du personnel : sur un total de 41 agents 38 sont en activité et 03 en formation dont 26 personnels qualifiés.

Selon l'OMS la norme requise est de 23 agents qualifiés pour 10000 habitants. Le CSCCom d'ASACOBABA a 26 agents qualifiés pour 68392 habitants donc la norme ne n'a pas été atteinte.

Sur le plan logistique le CSCCom ne dispose pas de matériels roulants cependant la couverture réseau téléphonique est assuré par 2 opérateurs (Orange et Mali tel) il y a du matériel informatique avec une connexion internet, équipement bureautique et équipé de téléphone.

4.2. Type et période d'étude

Nous avons mené une étude transversale rétrospective qui a consisté à consulter des données chez les clientes reçues en consultations pour planification familiale entre le janvier 2020 et décembre 2022 au CSCCom ASACOBABA.

4.3. Population d'étude

La population d'étude était constituée par les femmes ayant consulté pour PF au CSCOBABA entre 2020 et 2022 et qui ont été enregistrées dans le registre de consultation.

4.3.1. Critères d'inclusion

- Être vu en consultation pour PF entre janvier 2020 à décembre 2022 a ASACOBABA
- Être enregistrée dans le registre de consultation

4.3.2. Critères de non-inclusion

Les participantes dont les informations n'étaient pas complètes dans le registre n'ont pas été incluses dans cette étude.

4.4. Echantillon

L'échantillonnage était exhaustif et a concerné toutes les consultations pour PF enregistrées dans les registres de consultation de PF au CSCOBABA entre 2020 et 2022

4.5. Variables mesurées

Au cours de notre étude, nous avons colligé les données suivantes :

- Les données sociodémographiques telles que l'âge, la profession, le niveau d'étude et le nombre d'enfant ;
- Les données sur la contraception telles que la méthode de contraception et les changements de méthode contraceptive ainsi que les motifs du changement

4.6. Collecte, Gestion et analyse des données

Un questionnaire a été conçu directement dans le logiciel Epidata version 3.0 pour la saisie des variables disponibles dans le registre de consultation de la PF. Le codage et l'analyse des données ont été faits en utilisant le logiciel SPSS version 22. Une analyse descriptive a été d'abord effectuée pour déterminer les proportions des différentes variables catégorielles. Les résultats ont été présentés sous forme de tableaux élaborés

en utilisant le logiciel Microsoft Word 2010 et des figures ont été faites en utilisant le logiciel Excel 2016.

Taille de l'échantillon

4.7. Aspects éthiques

Avant la collecte des données, une prise de contact a été faite avec les autorités administrative et sanitaire de la commune pour leur expliquer toutes les informations relatives à l'étude afin d'obtenir leur permission. La confidentialité et l'anonymat de toutes des informations ont été garantis au cours de l'étude en attribuant un numéro d'identification unique à chaque participant.

A la fin de l'étude, une restitution sera faite aux autorités communales et sanitaires de la commune VI du district de Bamako.

4.8. Déroulement de l'étude

Après avoir obtenu l'autorisation du médecin chef de la commune 6 du district de Bamako et du Directeur technique de Centre (DTC). Une prise de contact a été faite avec l'équipe de la PF qui a mis à disposition les différents registres de consultation. Au cours de la saisie, un numéro unique était attribué à chaque participante pour garder l'anonymat. Une vérification a été faite après la saisie pour s'assurer de la complétude des informations. Les recodages et les analyses ont été effectués ensuite pour produire des résultats en fonction des objectifs de l'étude.

5. Résultats

5.1. Résultats globaux

La méthode la plus utilisée était la Jadelle avec 83,6%, le désir d'enfant était la principale raison d'arrête soit 68,9%. Les femmes qui avaient déjà utilisé une méthode de contraception avait plus d'enfants en vie 3,33 contre 1,58 chez celle qui étaient à la première expérience. L'implant était la méthode préférée pour 39,4% des femmes suivie de la Jadelle (35,2%). Parmi les femmes âgées de 15 à 24 ans 43,3% utilisaient l'implant, contre 39% chez celles âgées de 25 à 35 ans, aucun cas n'est noté chez les plus de 35 ans. Chez cette dernière tranche d'âge, la Jadelle et la forme injectable étaient plus utilisés avec 44,4% chacun. Les femmes célibataires choisissaient l'implant dans 55,8% des cas, les femmes mariées préféraient plus la Jadelle avec 36,1%. Les femmes n'ayant pas fréquenté l'école, ont choisi la Jadelle 37,8% cas alors que 42,2% des femmes instruites ont préféré l'implant. Les étudiantes et des femmes salariées ont préféré l'implant dans 52,2% et 50% respectivement.

5.2. Résultats descriptifs

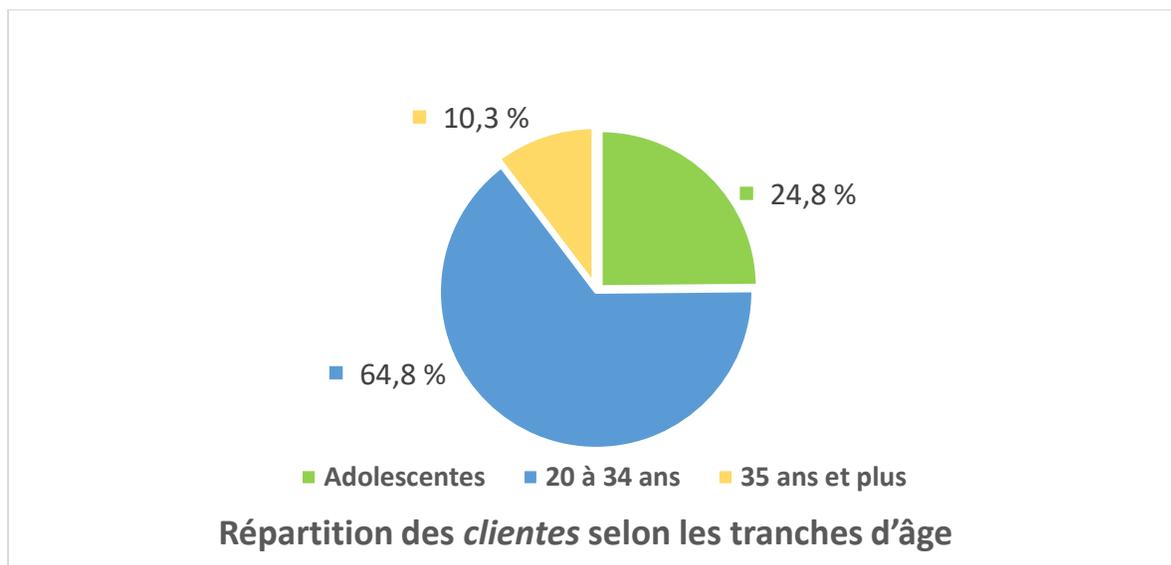


Figure 9. Répartition des clientes selon les tranches d'âge

La tranche d'âge 20-34 ans était majoritairement représentée dans notre étude soit 64,8 %. La moyenne d'âge était de 24,5 ans et l'âge médian, 23 ans avec des extrêmes de 15-42 ans.

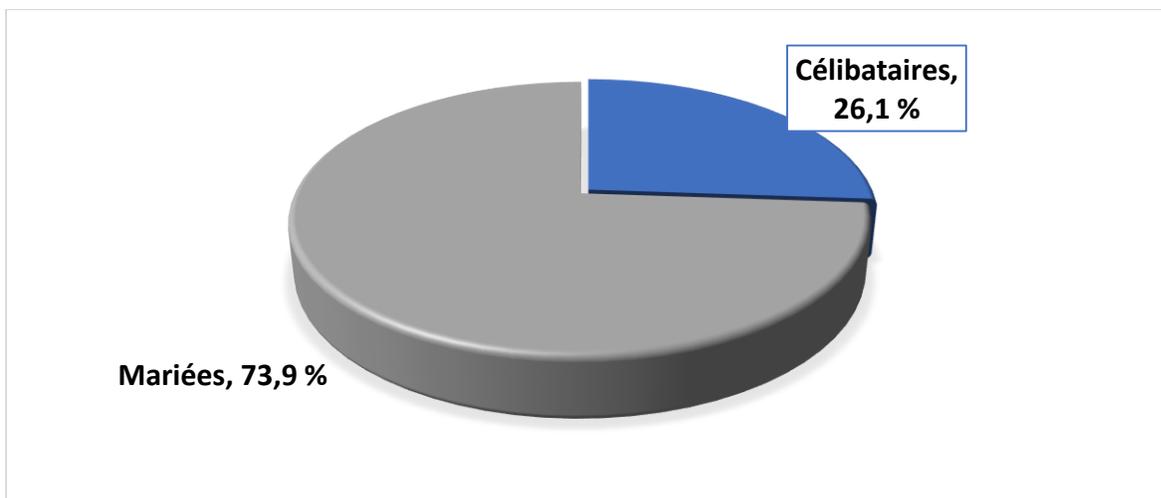


Figure 10. Répartition des clientes selon le statut matrimonial

La majorité des clientes étaient des mariées soit 73,9% des participants.

Tableau 2. Répartition des clientes enregistrées dans le registre de consultation de PF de l'ASACOBABA entre janvier 2020 et décembre 2022 selon le niveau d'étude

Niveau d'étude	Effectif	%
Analphabète	37	22.4
Primaire	30	18.2
Secondaire	81	49.1
Supérieur	17	10.3
Total	165	100

La grande majorité de nos sujets avaient un niveau d'étude secondaire soit 49,1% des clientes. Seul 10,3% de nos clientes avaient un niveau d'étude supérieur. La proportion de femmes analphabètes était de 22,4%.

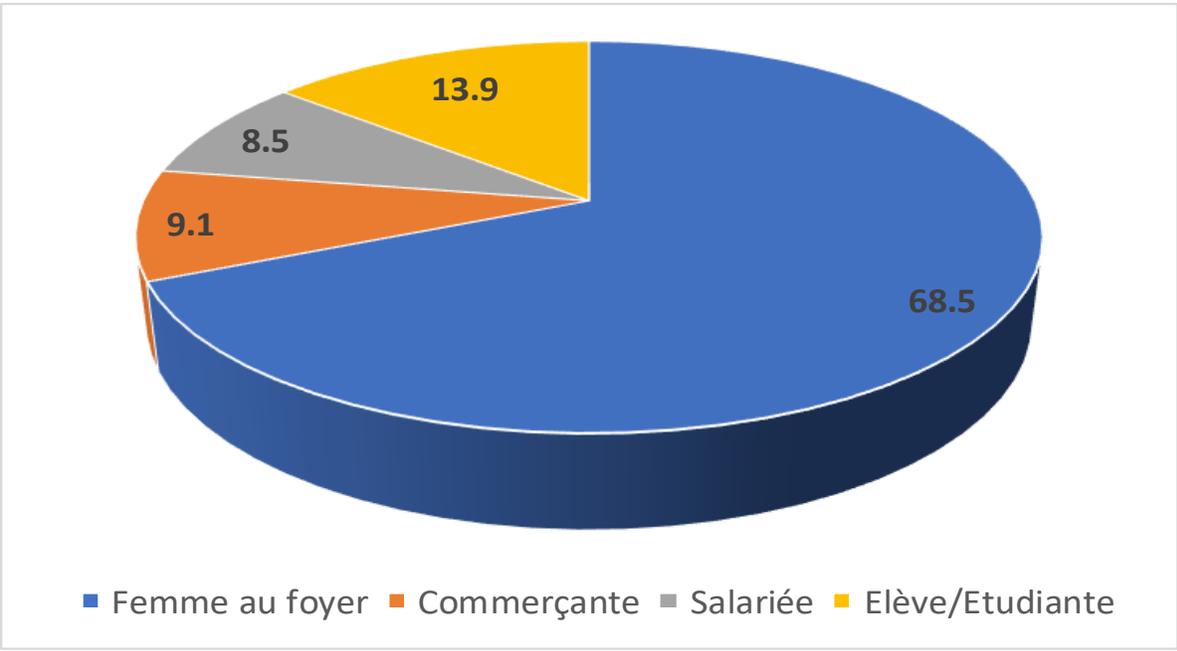


Figure 11 : Répartition des clientes enregistrées dans le registre de consultation de PF de l'ASACOBABA entre janvier 2020 et décembre 2022 selon leur occupation

Les femmes au foyer étaient les plus représentées avec 68,5% suivies des élèves / étudiantes (13,9%).

Tableau 3. Répartition des clientes enregistrées dans le registre de consultation de PF de l'ASACOBABA entre janvier 2020 et décembre 2022 selon l'utilisation antérieure de contraceptif

Utilisation antérieure de contraceptif	Effectif	Pourcentage
Oui	61	37,0
Non	104	63,0
Total	165	100,
Méthode déjà utilisée		
Pilule	6	9,8
Implant	4	6,6
Jadelle	51	83,6
Total	61	100
Raisons d'arrêt		
Intolérance	2	3,3
Personnelle	2	3,3
Désir d'enfant	42	68,9
Autres	15	24,6
Total	61	100

Parmi les femmes reçues 37% avait déjà utilisé un contraceptif, la méthode la plus utilisée était la Jadelle avec 83,6%, la principale raison d'arrêt était le désir d'enfant avec 68,9%.

Tableau 4 : Répartition de l'échantillon selon les Contraceptifs utilisé actuellement dans le registre de consultation de PF de l'ASACOBABA entre janvier 2020 et décembre 2022

Méthode contraceptive actuelle	Effectif	Pourcentage
Stérilet	10	6.1
Pilule	6	3.6
Implant	65	39.4
Jadelle	58	35.2
Injectable	26	15.8
Total	165	100

Parmi les méthodes de contraception proposées, l'implant était le plus choisi avec 39,4% suivi du Jadelle (35,2%).

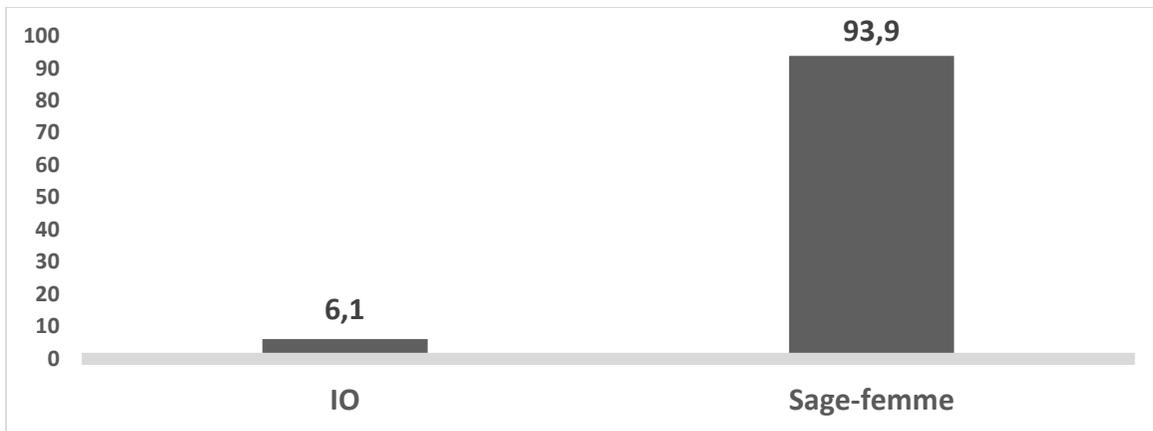


Figure 12 : Répartition de l'échantillon selon la qualification du prestataire du registre de consultation de PF de l'ASACOBABA entre janvier 2020 et décembre 2022

Les prestataires les plus sollicités pour la contraception étaient les sage-femmes avec 93,9%.

Tableau 5. Répartition des clientes enregistrées dans le registre de consultation de PF de l'ASACOBABA entre janvier 2020 et décembre 2022 en fonction des caractéristiques sociodémographiques et du nombre moyen d'enfants vivants

Occupation	Effectif	Moyenne	Médiane	Minimum	Maximum
Femme au foyer	113	2.45	2.00	0	9
Commerçante	15	2.67	3.00	0	5
Salariée	14	2.86	3.00	1	5
Elève/Étudiante	23	0.43	0.00	0	3
Total	165	2.22	2.00	0	9
Instruction					
Non Instruite	37	2.62	2.00	0	7
Instruite	128	2.11	2.00	0	9
Total	165	2.22	2.00	0	9
Statut matrimonial					
Célibataires	43	0.81	0.00	0	7
Mariées	122	2.72	3.00	0	9
Total	165	2.22	2.00	0	9
Utilisation antérieure de contraceptif					
Contraceptif déjà utilisé	61	3.33	3.00	0	9
Contraceptif non utilisé	104	1.58	1.00	0	7
Total	165	2.22	2.00	0	9
Méthode de contraception choisie					
Stérilet	10	2.90	3.00	1	7
Pilule	6	2.67	2.50	1	6
Implant	65	1.69	2.00	0	5
Jadelle	58	2.36	2.00	0	7
Injectable	26	2.88	3.00	0	9
Total	165	2.22	2.00	0	9

Le nombre moyen d'enfants en vie des clientes était de 2,2 avec une médiane de 2. Cette moyenne variait de 2,45 chez les femmes au foyer à 2,67 chez les commerçantes et 2,86 chez les femmes salariées. Cependant ce nombre moyen était plus élevé chez les femmes non instruites avec 2,62 contre 2,11 chez les femmes instruites. Les femmes qui avaient déjà utilisé une méthode de contraception avaient plus d'enfants en vie 3,33

contre 1,58 chez celle qui étaient à la première expérience. Parmi les nouvelles utilisatrices, celles qui ont choisi le stérilet avaient plus d'enfants en vie (2,90) comparativement aux autres choix (2,88 pour l'injectable, 2,67 pour la pilule et 2,36 pour la Jadelle).

Tableau 6. Répartition des femmes selon la tranche d'âge et les contraceptifs choisies

Méthode	15-24 ans		25-35 ans		> 35 ans		Total	
	N	%	n	%	n	%	N	%
Stérilet	4	4.1	5	8.5	1	11.1	10	6.1
Pilule	2	2.1	4	6.8	0	0.0	6	3.6
Implant	42	43.3	23	39.0	0	0.0	65	39.4
Jadelle	35	36.1	19	32.2	4	44.4	58	35.2
Injectable	14	14.4	8	13.6	4	44.4	26	15.8
Total	97	100	59	100	9	100	165	100

L'implant était la méthode préférée pour 39,4% des femmes suivie du Jadelle (35,2%) et de l'injectable avec 15,8%. 43,3% des femmes âgées de 15 à 24 ans utilisaient l'implant, contre 39% chez celles âgées de 25 à 35 ans, aucun cas n'est noté chez les plus de 35 ans. Chez cette dernière tranche d'âge la Jadelle et la forme injectable étaient plus utilisés avec 44,4% chacun.

Tableau 7. Répartition des femmes selon le statut matrimonial et la méthode de contraception choisie

Méthode	Célibataires		Mariées		Total	
	n	%	N	%	n	%
Stérilet	0	0.0	10	8.2	10	6.1
Pilule	0	0.0	6	4.9	6	3.6
Implant	24	55.8	41	33.6	65	39.4
Jadelle	14	32.6	44	36.1	58	35.2
Injectable	5	11.6	21	17.2	26	15.8
Total	43	100	122	100	165	100

Les femmes célibataires choisissaient l'implant dans 55,8% des cas, les femmes mariées préféraient plus la Jadelle avec 36,1%.

Tableau 8. Répartition des femmes selon l’instruction et la méthode de contraception choisie

Méthode	Non instruites		Instruites		Total	
	N	%	n	%	n	%
Stérilet	0	0.0	10	7.8	10	6.1
Pilule	2	5.4	4	3.1	6	3.6
Implant	11	29.7	54	42.2	65	39.4
Jadelle	14	37.8	44	34.4	58	35.2
Injectable	10	27.0	16	12.5	26	15.8
Total	37	100	128	100	165	100

Parmi les femmes n’ayant pas fréquenté l’école, 37,8% ont choisi la Jadelle alors que 42,2% des femmes instruites ont préféré l’implant.

Tableau 9. Répartition des femmes selon leur occupation et la méthode de contraception choisie

Méthode	Femme au foyer		Commerçante		Salariée		Elève/Étudiante		Total	
	n	%	N	%	n	%	n	%	N	%
Stérilet	9	8.0	0	0.0	1	7.1	0	0.0	10	6.1
Pilule	4	3.5	1	6.7	1	7.1	0	0.0	6	3.6
Implant	41	36.3	5	33.3	7	50.0	12	52.2	65	39.4
Jadelle	40	35.4	7	46.7	3	21.4	8	34.8	58	35.2
Injectable	19	16.8	2	13.3	2	14.3	3	13.0	26	15.8
Total	113	100	15	100	14	100	23	100	165	100

Les étudiantes et des femmes salariées ont préféré l'implant dans 52,2% et 50% respectivement, contre 36,3% et 33,3% respectivement chez les ménagères et les commerçantes.

Tableau 10. Répartition des femmes selon la qualification de la prestataire et la méthode de contraception choisie

Méthode	IO		Sage-femme		Total	
	N	%	n	%	n	%
Stérilet	0	0.0	10	6.5	10	6.1
Pilule	0	0.0	6	3.9	6	3.6
Implant	4	40.0	61	39.4	65	39.4
Jadelle	3	30.0	55	35.5	58	35.2
Injectable	3	30.0	23	14.8	26	15.8
Total	10	100	155	100	165	100

L'implant était plus utilisé par les deux catégories de prestataire avec 40% et 39,4% respectivement pour les infirmières obstétriciennes et les sages-femmes.

6. Commentaires et discussion

Cette étude avait pour but de documenter les tendances actuelles d'utilisation des méthodes modernes de contraceptives dans le centre de santé communautaire de Banankabougou-Faladié ASACOBFAFA, afin d'éclairer les stratégies de PF au Mali. Au total nous avons inclus 165 clientes dont les informations étaient disponibles dans le registre de consultation de planification familiale. La tranche d'âge de 15 à 42 ans était considérée comme étant celles des femmes en âge de procréer. La plupart des clientes avaient moins de 35 ans (89,7%) (figure 1), la plus jeune cliente avait 15 ans l'âge moyen était de 24,5 ans. Nos résultats sont similaires à celui de DIALLO en 2022 au Mali qui a rapporté que les moins de 35 ans étaient majoritaires avec 92,9% [39].

Les femmes mariées étaient fortement représentées avec 73,9% contre 26,1% de célibataires (figure 2). Cette observation pourrait s'expliquer par le fait que dans la culture malienne la sexualité est une chose taboue chez les femmes célibataires. Les célibataires ont souvent honte de discuter de la sexualité avec les prestataires qui sont plus âgées qu'elles. Nos résultats suivent les mêmes tendances que ceux de LEYE en 2015 qui a rapporté 89,3% de ces participantes étaient mariées dans son étude [40].

Nos clientes avaient atteint le niveau secondaire d'étude étaient 49,1%, le taux d'analphabétisme était de 22,4%. Le niveau d'étude supérieur était plus faiblement représenté avec 10,3% (tableau 2). La faible représentation des femmes de niveau d'étude supérieur pourrait s'expliquer par la faible proportion de cette couche de femme dans la population générale. En plus cette catégorie de femme semble avoir des revenus financiers plus élevés leur permettant de fréquenter de structures sanitaires privées généralement plus chères. Nyange et coll en République Démocratique du Congo en 2021 ont rapporté que 44,4% des femmes vues en consultation de la planification familiale avaient un niveau universitaire et 9,4% d'analphabètes [41]. Les femmes au foyer étaient majoritairement représentées dans notre étude soit 68,5% contre 8,5% des salariés. Les commerçantes et les étudiantes représentaient respectivement 13,9% et 9,1% (figure 3). Nyange et coll en République Démocratique du Congo en 2021 rapportaient que 23,9% et 29,9% étaient respectivement ménagères et sans profession [41]. Par ailleurs S. OUEDRAOGO et coll ont rapporté 57,1% de femmes au foyer [42].

Le résultat de notre enquête révèle que 37% de nos sujets avaient déjà fait une consultation de PF contre 63% de nouvelles. La méthode la plus utilisée dans le passé au cours de notre enquête était la Jadelle 83,6%. Le désir d'enfant était la raison d'arrêt la plus citée de la méthode contraceptive avec 68,9% (tableau 3). Le choix de la Jadelle par nos clientes par le passé est probablement dû à sa durée d'action plus longue et la possibilité du retrait du produit lorsqu' on désire avoir des enfants, contrairement à la pilule qui présente un risque d'oubli de la prise du produit ou de manque de moyen pour le renouveler. Parmi les méthodes contraceptives utilisées actuellement, l'implant était majoritairement adopté par les femmes avec 39,4% (tableau 4), Mahande et coll. en 2020 ont rapporté également que l'implant était la méthode la plus utilisée en Tanzanie à cause de sa simplicité d'utilisation et sa longue durée de protection pour prévenir les grossesses indésirables [43]. Presque la totalité des prestataires était des sage-femmes et toutes étaient de sexe féminin (figure 3), elles ont généralement recouru aux Médecins pour cas de ligature. La préférence du prestataire de sexe féminin s'expliquait par la religion pour les musulmans il est préférable d'en avoir un prestataire à sa convenance personnelle certaines femmes ne veulent pas être examinées par un homme. Également les femmes se sentent plus à l'aise entre elles pour discuter des problèmes liés à la sexualité.

Le taux d'utilisation des contraceptifs était faible pour les femmes sans enfants. Le nombre moyen d'enfants en vie des clientes était de 2,2 avec une médiane de 2. Cette moyenne variait de 2,45 chez les femmes au foyer à 2,67 chez les commerçantes et 2,86 chez les femmes salariées. Cependant ce nombre moyen était plus élevé chez les femmes non instruites avec 2,62 contre 2,11 chez les femmes instruites. Les femmes qui avaient déjà utilisé une méthode de contraception avaient plus d'enfants en vie 3,33 contre 1,58 chez celle qui étaient à la première expérience. Parmi les nouvelles utilisatrices, celles qui ont choisi le stérilet avaient plus d'enfants en vie (moyen 2,90) comparativement aux autres choix (2,88 pour l'injectable, 2,67 pour la pilule et 2,36 pour la Jadelle) (tableau 5).

Chez les femmes âgées, les oestroprogestatives sont souvent contre-indiquées en raison du risque de survenue des pathologies vasculaires. Le dispositif intra-utérin (DIU) est la contraception la plus utilisée par les femmes plus âgées. A cet effet, le DIU reste une

méthode contraception efficace et parfaitement adaptée non seulement aux femmes âgées même ayant des pathologies qui contre-indiquent l'utilisation des autres méthodes mais aussi les femmes qui ont beaucoup d'enfants et qui ne souhaitent pas en avoir d'autres [44]. La parité exerce une grande influence sur l'utilisation des méthodes contraceptives plus les femmes ont d'enfant, plus elles pensent à espacer les naissances.

Le choix de la méthode variait en fonction des classes d'âge. Dans notre étude l'implant était plus utilisé par les femmes jeunes (tableau 6). Nos résultats suivent les tendances nationales et celui de Keita et coll. en 2020 dans le district de Bamako qui ont rapporté que l'implant était la méthode la plus utilisée par les femmes en âge de procréer [45]. Mahande et coll. en 2020 ont rapporté également que l'implant était la méthode la plus utilisée en Tanzanie à cause de sa simplicité d'utilisation et sa longue durée de protection pour prévenir les grossesses indésirables [43].

La méthode la plus utilisée chez les célibataires était l'implant soit 55,8% suivi de la Jadelle 32,6%. Cependant la méthode préférée chez les mariées était la Jadelle dans 36,1% des cas suivi de l'implant avec 33,6% (tableau 7). Le statut semblait exercer une grande influence sur le choix de la méthode. En effet la Jadelle et l'implant ont une longue durée de protection contre les grossesses indésirées.

Limites de l'étude

Au cours de notre étude, nous n'avons pas pu faire un focus groupes avec les clientes pour élucider les raisons profondes de changement de méthode et d'abandon de la contraception.

7. Conclusion et recommandations

7.1. Conclusion

L'implant et la Jadelle étaient les méthodes contraceptives préférées chez la majorité de nos clientes qui ont déjà eu à utiliser la Jadelle. Le désir d'enfant était la raison d'abandon chez la majorité (68,9%) de nos clientes.

7.2. Recommandations :

- **Au CSRef de la commune VI**
 - Renforcer les capacités des prestataires ;
 - Optimiser les stratégies de communications et sensibilisations sur les méthodes de contraceptions ;
 - Doter les centres d'accueil de matériels et de personnel.
- **A l'endroit du personnel de santé :**
 - Renforcer la communication sur les avantages et inconvénients des méthodes contraceptives et les alternatives après l'arrêt d'une méthode contraceptive.
- **A l'endroit des femmes :**
 - Demander les conseils en cas d'effet secondaire post contraceptive.

8. Références

1. OMS, *Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives*. 3ème édition. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. United Nations Department of Economic and Social Affairs, P.D. *World Family Planning 2022: Meeting the changing needs for family planning: Contraceptive use by age and method*. UN DESA/POP/2022/TR/NO. 4.
3. Gribble, J., *LA PLANIFICATION FAMILIALE SAUVE DES VIES*. 2009.
4. Institut National de la Statistique (INSTAT), C.d.P.e.d.S.S.S.S.e.P.d.I.F.C.S.-D.-P.e.I. *Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018 : Rapport de synthèse*. Bamako, Mali et Rockville, Maryland, USA : INSTAT, CPS/SSDS-PF et ICF.
5. Haakenstad, A., et al., *Measuring contraceptive method mix, prevalence, and demand satisfied by age and marital status in 204 countries and territories, 1970-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019*. Lancet, 2022. **400**(10348): p. 295-327.
6. MSDS. *PLAN DECENNAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE ET SOCIAL (PDDSS) 2014-2023*, Bamako, Mali. 2014; Available from: <https://extranet.who.int/nutrition/gina/sites/default/filesstore/MLI-2014-2023-PDDSS.pdf> (consultenle 05-01-2023).
7. Social, M.d.I.S.e.d.D. *Les engagements du Mali pour la planification familiale*, Ouagadougou, Burkina Fasso. 2021; Available from: <https://fp2030.org/sites/default/files/Mali-Commitment%201-pager.pdf> (consulte le 05-01-2023).
8. Sidibé, I., *Connaissances, attitudes et pratiques comportementales des ménages de la commune urbaine de Yanfolila en matière de la planification familiale*. 2015.
9. Sissoko, S.D.M., *Planification familiale dans la commune urbaine de Bougouni*. 2012.
10. Sango, S., *Contribution a l'etude de la planification familiale dans la commune IV du District de Bamako*. 1996, Université de Bamako.
11. Picouet, M. and F.J.D.d. Sandron, *L'impact de la croissance démographique sur le développement: évolution d'une idée*. 2002: p. 205-223.
12. Seydou Moussa TRAORE and M.B. BALLO, *PLANIFICATION FAMILIALE*. 2001.
13. Kantorová, V., et al., *Estimating progress towards meeting women's contraceptive needs in 185 countries: A Bayesian hierarchical modelling study*. PLOS Medicine, 2020. **17**(2): p. e1003026.
14. Bellizzi, S., et al., *Reasons for discontinuation of contraception among women with a current unintended pregnancy in 36 low and middle-income countries*. Contraception, 2020. **101**(1): p. 26-33.
15. Organization, W.H., *L'OMS se joint à l'appel à se recentrer sur la planification familiale*, LONDRES/Genève. 2012.
16. Coulibaly, M., et al., *Obstacles socioculturels liés à l'utilisation de la contraception moderne en Côte d'Ivoire*. Santé Publique, 2020. **32**(4): p. 389-397.
17. Ntambue, A.M., et al., *Use of modern contraceptive methods in the Democratic Republic of the Congo: prevalence and barriers in the health zone of Dibindi, Mbuji-Mayi*. The Pan African medical journal, 2017. **26**: p. 199-199.
18. Vimard, P. and R. Fassassi. *L'Évolution de la contraception en Afrique*. 2005. Communication à la Conférence virtuelle du GRIPPS "La régulation de la ...

19. Tabutin, D. and B.J.P. Schoumaker, *La démographie de l'Afrique subsaharienne au XXI e siècle: Bilan des changements de 2000 à 2020, perspectives et défis d'ici 2050*. 2020. **75**(2-3): p. 169-295.
20. Hardee, K. and S.J.O.a.j.o.c. Jordan, *Advancing rights-based family planning from 2020 to 2030*. 2021: p. 157-171.
21. Jain, R. and S. Muralidhar, *Contraceptive methods: needs, options and utilization*. Journal of obstetrics and gynaecology of India, 2011. **61**(6): p. 626-634.
22. PF2030. *Le planning familial progresse dans les pays pauvres, notamment en Afrique* 2019; Available from: <https://fp2030.org/fr/news/le-planning-familial-progresse-dans-les-pays-pauvres-notamment-en-afrique> (consulté le 09/04/2022).
23. Dragoman, M.V.J.B.p., r.C. obstetrics, and gynaecology, *The combined oral contraceptive pill-recent developments, risks and benefits*. 2014. **28**(6): p. 825-834.
24. Efird, J.T., et al., *The combined influence of oral contraceptives and human papillomavirus virus on cutaneous squamous cell carcinoma*. 2011. **5**: p. CMO. S6905.
25. Regidor, P.-A., *The clinical relevance of progestogens in hormonal contraception: Present status and future developments*. Oncotarget, 2018. **9**(77): p. 34628-34638.
26. Stacey, D. *8 Types of Progestin in Combination Birth Control Pills*. verywellHealth 2021; Available from: <https://www.verywellhealth.com/different-progestin-types-906936> (consulté 12/04/2022).
27. Khadilkar, S.S., *Short-Term Use of Injectable Contraception: An Effective Strategy for Safe Motherhood*. Journal of obstetrics and gynaecology of India, 2018. **68**(2): p. 82-87.
28. Pam, V.C., et al., *Sociodemographic profiles and use-dynamics of Jadelle (levonorgestrel) implants in Jos, Nigeria*. Nigerian medical journal : journal of the Nigeria Medical Association, 2016. **57**(6): p. 314-319.
29. Sitruk-Ware, R., A. Nath, and D.R. Mishell, Jr., *Contraception technology: past, present and future*. Contraception, 2013. **87**(3): p. 319-330.
30. Van Look, P.F.A. and H. von Hertzen, *Emergency contraception*. British Medical Bulletin, 1993. **49**(1): p. 158-170.
31. Grimes, D.A. and E.G. Raymond, *Emergency Contraception*. Annals of Internal Medicine, 2002. **137**(3): p. 180-189.
32. Gemzell-Danielsson, K., C. Berger, and L. P.G.L, *Emergency contraception — mechanisms of action*. Contraception, 2013. **87**(3): p. 300-308.
33. Warner, L. and K.M. Stone, *Male condoms*, in *Behavioral Interventions for Prevention and Control of Sexually Transmitted Diseases*. 2007, Springer. p. 232-247.
34. Prudhomme, M., et al., *[Female condom or male condom: offer a choice!]*. Gynecologie, obstetrique & fertilité, 2005. **33**(11): p. 891-897.
35. Grimes, D.A., et al., *Spermicide used alone for contraception*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2013(12).
36. Nyamu, J., *The role of voluntary surgical contraception (V.S.C.) in family planning programmes*. J Obstet Gynaecol East Cent Africa, 1995. **11**(1): p. 3-4.
37. Rivera, R., I. Yacobson, and D. Grimes, *The mechanism of action of hormonal contraceptives and intrauterine contraceptive devices*. Am J Obstet Gynecol, 1999. **181**(5 Pt 1): p. 1263-9.
38. Planning, F.J.B., G. CCP, and WHO, *A global handbook for providers*. 2007.
39. Diallo, D., *Pratique des méthodes modernes de contraception au CSCom de Moribabougou dans le district sanitaire de Kati*. 2022, USTTB.

40. Leyé, M.M., et al., [*Determinants of modern contraceptive use in the Mbacké health district (Senegal)*]. *Sante Publique*, 2015. **27**(1): p. 107-16.
41. Nyange, M.B., et al., *Facteurs limitant l'accessibilité au service de planification familiale par les femmes de l'aire de santé de Kawama à Lubumbashi. République Démocratique du Congo*. *Revue de l'Infirmier Congolais* 2021.
42. Smaïla Ouédraogo, Maurice Sarigda, and B. Nzieffe, *Facteurs associés aux abandons ou changements de méthodes contraceptives modernes à Ouagadougou au Burkina Faso*. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 2022.
43. Mahande, M.J., et al., *Factors associated with modern contraceptives use among postpartum women in Bukombe district, Geita region, Tanzania*. *PLoS One*, 2020. **15**(10): p. e0239903.
44. Maitrot-Mantelet, L., *Quelle contraception après 40 ans?*
45. Keita, M., et al., *L'Utilisation des Méthodes Contraceptives Modernes au Centre de Santé de Référence de la Commune VI du District de Bamako*. 2020. **21**(10).

9. FICHE SIGNALETIQUE

Nom : DAOU

Prénom : Safora

Téléphone : 0022372191960

Email : saforad74@gmail.com

Payes d'origine : MALI

Nationalité : Malienne

Titre de la thèse : ETUDE DES PREFERENCES DES FEMMES PAR RAPPORT AUX METHODES CONTRACEPTIVES DANS LE CSCOM DE BANANKABOUGOU ET FALADIE EN COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO.

Année Universitaire : 2022-2023

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS/FAPH de USTTB

Secteur d'intérêt : Santé Publique, Santé de la reproduction.

RESUME

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la planification familiale « permet à toute personne de fonder une famille composée du nombre d'enfants de son choix, le cas échéant, et de prévoir le rythme de ses grossesses ». Cette étude avait pour but d'évaluer les tendances d'utilisation des méthodes modernes de contraception dans le centre de santé communautaire de Banankabougou-Faladié (ASACOBABA), Il s'agissait d'une étude transversale à visée rétrospective. Elle s'est déroulée de janvier 2021 à décembre 2022. Au total, nous avons inclus 165 clients dont les informations étaient disponibles dans le registre de consultation de planification familiale. L'implant et la Jadelle étaient la méthode de contraception préférée de nos clientes respectivement avec 39,4% et 35,2%. Le désir d'enfant était la raison d'abandon chez la majorité de nos clientes soit 68,9%. La méthode la plus utilisée chez les célibataires était l'implant soit 55,8% suivi de la Jadelle 32,6%. En revanche, la méthode préférée chez les mariées était la Jadelle dans 36,1% des cas suivi de l'implant avec 33,6%. En perspectives nous envisageons d'organiser un focus groupe dans l'optique d'avoir plus d'information sur les nouvelles tendances des contraceptifs modernes.

Mot clef : Contraceptif moderne, ASACOBABA, Bamako, Mali

SERMENT DE Galien

En présence des Maîtres de la Faculté, des Conseillers de l'Ordre des Pharmaciens et de mes condisciples ; Je jure au Nom de l'Être Suprême :

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.

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

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

Je le jure !