

Ministère de L'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique

République du Mali
Un Peuple Un But Une Foi

**UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO (USTTB)**

FACULTÉ DE MÉDECINE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE

Année académique : 2012-2013

N°..... /

Thèse

**PERCEPTIONS ET PRATIQUES EN MATIERE DE
CONTRACEPTION ET DE CONSULTATION PRENATALE AU
VILLAGE DU POINT G EN COMMUNE III DANS LE DISTRICT DE
BAMAKO**

**Présentée et soutenue publiquement le 06/ 07/2013 devant la faculté de
Médecine et d'Odonto-stomatologie**

Par Mlle ZOUNA FOPA Marie Michèle

*Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)*

JURY

Président : Pr. Sékou Fantamady Traoré

Membre : M. Seydou DIARRA

Co-directeur : Dr. Sory Ibrahima DIAWARA

Directeur de thèse : Pr. Samba DIOP

Dédicaces

Je dédie ce travail :

- A **L'ÉTERNEL**, mon **DIEU**, Qui m'a permis de réaliser ce travail.

Tu m'as guidé tout au long de ce travail, Je te confie mon avenir !

Merci Seigneur !!!

A ma mère NKONTIO Marie

J'ai toujours trouvé auprès de toi amour, tendresse et compréhension. Tes conseils, tes encouragements, tes prières m'ont permis de garder espoir jusqu'à ce jour. Tu as consacré toute ta vie à notre éducation et à notre réussite. Tes peines tes privations tes sacrifices seront récompensés. Je suis fière de t'avoir et j'espère que Dieu te donne longue vie pour pouvoir profiter de tous ces sacrifices que tu as fait pour nous.

A mon père ZOUNA Louis David

Je te remercie pour les efforts que tu as fait. Que Dieu te donne une longue vie pleine de santé.

A ma tante TOUOPA Anne

Tes prières, tes sacrifices et tes encouragements m'ont permis d'avancer et de croire que ce jour viendra. Je ne te remercierais jamais assez. Tu es ma deuxième mère. Merci.

A ma grand-mère FOPA Christine

C'est grâce à toi que nous avons reçu une bonne éducation. Nous te devons notre réussite. Nous te remercions. Que Dieu te donne longue vie

A mes frères et sœurs : ZOUNA Eric ; ZOUNA Frank ; ZOUNA Philippe ; ZOUNA Christiane ; ZOUNA Nadia ; ZOUNA Joël

Vous m'avez soutenu pendant ces longues années d'études. Vous vous êtes toujours souciés de ma réussite et vos conseils m'ont servi de guide. L'union fait la force

Remerciements

A mon grand-père : DELE Maurice

A mes tantes et oncles : Jacqueline ; Angéline ; Berthe ; Emile ; MAMBAP Ernest

A mon beau-frère : TSUITE Bernard

A mes belles-sœurs : MAFOMA Rosine, Carine

A mes cousins et cousines : Hugues ; Marie Josiane ; Guy Hervé ; Cédrine ; Willy ; Branly ; Edwige ; Bertrand ; Huguette ; Ghislain ; Claire ; Judith ; Georgette ; Evelyne ; Arnaud ; Fernando

A mon neveu et à ma nièce : Andréa et Ethan

A KONIPO Ali : merci pour tout ce que as tu fais pour moi.

A la famille SAKEPA : Maman Julie tu es la meilleure des marraines

A Ngouffo Hermann : ni les mots ni les phrases ne suffiront pour témoigner ma reconnaissance et ma gratitude envers toi, ton soutien sans faille m'a permis de croire à mes capacités. Que le bon Dieu te donne une longue vie pleine de santé.

A la famille KONATE à Sebenicoro : Merci pour cette deuxième famille.

A la famille FOFANA du Point G : je vous remercie de m'avoir logé chez vous.

A la famille TRAORE de Daoudabougou :

A la famille TOGO du Point G

Au DR SISSOKO Fasssara

Au Dr DAO Seydou Z

A Coura SISSOKO

A mes frères TCHANDJI Christian, EKLO Epiphane : j'espère que ce sera votre tour dans quelques jours.

A mes amis : SOPE Herchelle ; NGADJEU Gaelle ; AMOUNA Pulchérie ; DOGO Fall ; LONTSI Fredine ; COULIBALY Aissetou ; EDI'I Corine

A TCHANGA Franklin : merci pour tes conseils avisés.

A la famille KONE Jean : Jean ; Alice et ma fille Marie Thérèse

Aminatou Traoré : merci de ta disponibilité

A DJOUMPO Martine : que Dieu nous donne longue vie pour profiter du fruit de nos efforts

A tous les membres de l'Amicale pour la promotion de la santé.

A mes promotionnaires : Puisse se resserrer les liens fraternels. Ce travail est pour vous.

A mes voisins : EKWALLA Constant ;Awa DIARRA ;NOGUIA Ivan ; Salimata DIARRA ; TOUKAM Marianne ; DIABATE ; MBAFONG Sandrine ;Fatoumata ; Mohamed ; David ; Lamine ; Nadia ONDOUA ; KOHPE Willy

A ma famille du Point G : SIMO Arnold ; MEGNE Estelle ; Denise TAMGA ; TENEFO Robey ; TIWO Francis ; NGUEMDJOM Valérie ; YANKENG Judicaelle ;TCHAWA Leatitia ; WAFO Drisile ;KOUAMEN Diany ; MANFO Hermann ; NGAMO Désiré ; FOGUE Ernest ; Narcisse ;MBIAPA Tatiana ;FEUPI Winnie ; LATAGUIA Flore ; SIMO Hervé ; TCHOUKALI Dany

Je vous remercie pour votre sympathie et votre fraternité que Dieu vous garde en bonne santé.

Aux béninois GBENOU Corneille, Jamal, Alexandrine, Dorcas, Maurice HOUNTONDJI, CHOBLI Hervé, Hérodote, Stéphanie, Serge, Euloge

A tous mes professeurs et au personnel de la FMOS : merci pour la qualité de l'enseignement que j'ai reçu.

Au personnel du service de Pneumologie Phtisiologie du CHU Point G

A tous ceux qui m'ont aidé et dont je n'ai pas pu citer les noms.

Je remercie le peuple malien pour l'accueil et l'hospitalité.

A notre Juge et Président du jury

- ✓ **Professeur Sékou Fantamady TRAORE**
- ✓ PhD en Entomologie médicale
- ✓ Professeur titulaire en Entomologie médicale à la FMPOS
- ✓ Directeur du Département d'Entomologie du MRTC/FMPOS
- ✓ Enseignant de biologie cellulaire à la FMPOS
- ✓ Co-coordonateur du MRTC

Cher maître,

Permettez-nous de vous adresser nos remerciements pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury. Nous avons été séduits par la qualité de votre enseignement durant nos années d'études.

Votre disponibilité et votre rigueur scientifique ont largement amélioré la qualité de ce travail.

Trouvez ici cher maître l'expression de notre profond respect.

A notre Maître et Juge

MONSIEUR SEYDOU DIARRA

- ✓ Candidat en PhD en anthropologie médicale et de la santé à l'université de Paris8(France).
- ✓ Spécialiste en Anthropologie médicale et de la santé
- ✓ Assistant en Anthropologie médicale à la FMOS
- ✓ Responsable des cours d'Anthropologie médicale et de la santé à la FLASH (faculté des lettres langues arts et sciences humaines et sociales)

Votre apport au cours de l'élaboration de cette thèse a été d'une qualité inestimable ; ce travail est le vôtre. Vos qualités humaines et surtout votre sens élevé de la responsabilité et de la rigueur dans le travail font de vous un bon encadreur. Trouvez ici toute notre admiration et notre profond respect.

perceptions et pratiques en matière de contraception et de consultation prénatale au village du Point en commune III dans le district de Bamako

A notre Maître et Co-directeur de thèse

Docteur Sory Ibrahim Diawara

➤ **MD, MPH, Médecin chercheur à la FMOS**

Cher maître,

Vous nous avez marqué dès votre abord par votre simplicité, votre gentillesse.

Vous dégagéz la joie de vivre, vous avez accepté de siéger dans ce jury malgré vos multiples occupations.

Veillez accepter cher maître nos sincères remerciements.

A notre Maître et Directeur de thèse

PROFESSEUR SAMBA DIOP

- ✓ Enseignant chercheur en Anthropologie médicale
- ✓ Spécialiste en écologie humaine, anthropologie, éthique et bioéthique de la santé publique
- ✓ Membre du comité d'éthique de la FMOS, INRSP, CRLD, CNESS

Cher maître,

Nous apprécions à sa juste valeur l'intérêt avec lequel vous avez initié et dirigé ce travail.

Nous avons été touchés par votre accueil, votre modestie et votre simplicité qui font de vous une personnalité remarquable, un maître émérite.

Soyez en vivement remercié. Nous vous exprimons toute notre reconnaissance.

Que le Tout Puissant vous accorde longue vie. AMEN.

L'occasion nous est offerte de vous remercier de votre spontanéité, votre générosité, votre modestie, et votre rigueur dans un désir permanent de perfectionnement en tout travail scientifique que nous devons accomplir, car vous êtes vous-même un exemple qui fait de vous un professeur émérite.

Veillez accepter cher maître, l'expression de notre profonde gratitude et nos sincères remerciements.

Puisse l'Eternel vous combler encore de beaucoup de grâce.

SIGLES ; ABREVIATIONS ET ACRONYMES

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

CEI : Communauté des états indépendants

CIPD : Conférence internationale sur la population et le développement

CPN : Consultation prénatale

CPNR : Consultation prénatale recentrée

ECBU : Examen cytobactériologique des urines

EDSM : Enquête démographique de santé au Mali

FAF : Fer Acide Folique

FNUAP : Fonds des nations unies pour la population

HTA : Hypertension artérielle

ISF :Indice synthétique de fécondité

IST : Infections sexuellement transmissibles

IVG :Interruption volontaire de la grossesse

MII :Moustiquaire imprégnée d'insecticides

NFS : Numération de la formule sanguine

OMS : Organisation mondiale de la santé

PF : Planification familiale

SA : Semaine d'aménorrhée

SP : Sulfadoxine pyriméthamine

SR : Santé de la reproduction

USAID : United States Agency International International Development

VAT : Vaccin anti tétanique

VIH/SIDA : Virus de l'immunodéficience humaine/ Syndrome de l'immuno déficience acquise.

SOMMAIRE

1	Introduction	2
2	Objectifs	7
2.1.	Objectif général	7
2.2.	Objectifs spécifiques.....	7
3	Revue de la littérature.....	8
1.	Contexte et justification de l'étude	8
2.	Histoire de la contraception	11
4	Démarche méthodologique	39
4.1.	Cadre et lieu d'étude	39
4.2.	Type d'étude.....	39
4.3.	Échantillonnage.....	39
4.4.	Taille de l'échantillon	39
4.5.	Recueil et analyses des données.....	40
4.6.	Critères d'inclusion	40
4.7.	Critères de non inclusion.....	40
4.8.	Considérations éthiques.....	40
4.9.	Définitions des concepts	40
5	RESULTATS.....	45
5.1.	Caractéristiques sociodémographiques des femmes enquêtées.....	45
5.2.	Connaissances et pratiques de la contraception	48
5.3.	Pratiques de la consultation prénatale.....	54
6	Commentaires et discussion.....	61
7	CONCLUSION ET PROPOSITIONS.....	64
7.1	Conclusion	64
7.2	Propositions	65
8	REFERENCES.....	66
9	ANNEXES	72
9.1.	Fiche signalétique.....	72
9.2.	FICHE D'ENQUÊTE.....	74
9.3.	Guide d'entretien focalisé	79
9.4	Serment d' Hippocrate	80

1 Introduction

La grossesse est un phénomène physiologique. Cependant, c'est également une situation où les risques sont accrus pour la santé de la mère et de l'enfant à naître tant en terme de morbidité que de mortalité. Selon l'OMS, environ 800 femmes meurent chaque jour dans le monde du fait de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement. En 2010, 287000 femmes sont décédées pendant ou après la grossesse ou l'accouchement. La quasi-totalité des décès maternels (99%) se produisent dans les pays en voie de développement [1]. Dans le monde le taux de mortalité est de 400 décès maternels pour 100000 naissances vivantes [2]. Ce taux varie considérablement en fonction des régions. Dans la CEI ce taux est de 55 décès pour 100000 naissances vivantes. En Asie de l'Est et du Pacifique 140 pour 100000 naissances vivantes ; en Amérique latine et Caraïbes 190 pour 100000 naissances vivantes ; en Asie du Sud 430 pour 100000 naissances vivantes. En Afrique subsaharienne le taux est le plus élevé soit 1100 décès maternels pour 100000 naissances vivantes[2]. Selon l'EDSM IV de 2006 le taux de mortalité est de 464 décès maternels pour 100000 naissances vivantes [3]. Autrement dit au Mali le risque de décès pour cause maternelle pendant les âges de procréation est de 33% [3].

Dans les pays en développement, en moyenne, les femmes ont beaucoup plus de grossesses que dans les pays développés; le risque de mourir du fait d'une grossesse au cours de leur vie est pour elles bien supérieur. Le risque de décès maternel sur la durée de la vie – est de 1 sur 3800 dans les pays développés, contre 1 sur 150 dans les pays en développement. Au Canada ce taux est de 1 sur 5600 [4]. Au Mali ce taux est de 1 sur 22[3]. Ce taux est déterminé par le taux de mortalité maternelle et nombre de naissance par femme [2].

Les femmes décèdent par suite de complications survenues pendant ou après la grossesse ou l'accouchement. La plupart de ces complications apparaissent au cours de la grossesse. D'autres, qui existaient auparavant, s'aggravent à ce moment-là. Les principales complications, qui représentent 80% de l'ensemble des décès maternels,

sont les hémorragies sévères ; les infections; l'hypertension durant la grossesse; l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité [4].

La planification familiale réduit le risque de décès et d'invalidité maternels en diminuant l'exposition d'une femme à une grossesse, en particulier des grossesses non désirées.

En Afrique noire une femme meurt toutes les minutes des suites de sa grossesse dans les pays pauvres et quinze millions restent handicapées à vie, six grossesses sur mille se terminent par un avortement provoqué [5], une pratique devenue courante de nos jours malgré ses conséquences désastreuses. Selon l'OMS, chaque année, on dénombre 80 millions de grossesses non désirées, ce qui occasionne 45 millions d'IVG qui ont pour conséquences 70 000 décès dont 97% sont enregistrés dans les pays en développement [6].

Cette situation est un grave problème de santé publique, surtout dans les pays du tiers monde. L'impact le plus visible de la grossesse non désirée réside dans le domaine psychosocial car il contribue à une perte d'estime de soi, l'abandon scolaire, le rejet par la famille, une destruction des projets de vie et le maintien du cercle de la pauvreté [7].

En Afrique, 96% des avortements sont dangereux et on estime à 3740000, le nombre d'avortements provoqués clandestins effectués chaque année, avec un taux de mortalité de 6 pour 1.000, soit 1 décès pour 150 avortements. Les perforations utérines, les hémorragies et les infections sont généralement les causes de ces décès [6].

Les femmes surtout celles qui vivent en milieu rural n'ont pas toutes les informations nécessaires à la santé familiale ou ont des préjugés sur les différents problèmes liés à la grossesse [5].

L'OMS estime que 25% de décès néo-natal à travers le monde pourrait être prévenu par l'espacement des naissances.

Depuis 1960, les programmes de planification familiale ont aidé les femmes du monde entier à éviter 400 Millions de grossesses non désirées, on a donc épargné à

de nombreuses femmes les dangers de la grossesse à haut risque ou avortement pratiqué dans des conditions néfastes [8].

Si toutes les femmes pouvaient éviter les grossesses à haut risque ou grossesses non désirées, le nombre de mort maternelle pourrait diminuer d'un quart [9].

On estime à 222 millions dans les pays en développement le nombre de femmes qui souhaiteraient éviter ou espacer les grossesses mais qui n'utilisent aucune méthode de contraception [4]. En Asie, et en Amérique latine et dans les Caraïbes – des régions où la prévalence de la contraception est relativement élevée, les niveaux des besoins insatisfaits sont de 21% et 22% respectivement. En Afrique, 53% des femmes en âge de procréer ont un besoin non satisfait de moyens de contraception modernes [4].

En Afrique subsaharienne 35 millions de femmes mariées souhaitent retarder ou stopper une grossesse mais n'utilisent pas de contraceptifs [10]. Au Bénin ces femmes représentent 30% des femmes mariées. Au Mali, elles représentent 31% des femmes mariées [11]. En général elles ne sont pas sous contraception en raison du choix limité des méthodes; de l'accès limité à la contraception; de la crainte ou expérience d'effets secondaires; de l'opposition culturelle ou religieuse; de la médiocre qualité des services disponibles; des obstacles fondés sur le sexe.

Les besoins de contraception non satisfaits demeurent trop élevés. Cette situation s'explique par l'augmentation de la population et par le manque de services de planification familiale [11].

La planification familiale sauve la vie des enfants en aidant les femmes à espacer les naissances.

Entre 13 à 14 millions d'enfants âgés de 0 à 5 ans meurent chaque année. Si tous les enfants naissent à intervalle de 2 ans ; 3 à 4 millions de ces morts seraient évitées. Aujourd'hui il paraît clairement que la santé et la qualité de vie des individus s'améliorent lorsqu'ils décident de diminuer le nombre de leur enfant et l'espacement des naissances [8].

De nombreuses femmes enceintes ne bénéficient pas des soins dont elles ont besoin pendant et après l'accouchement. Plusieurs facteurs ont été répertoriés comme affectant la fréquentation des centres de consultations prénatales dans ces pays : le

statut des femmes, leur situation matrimoniale (la grossesse est honteuse si la femme n'est pas mariée), l'économie et le statut économique (l'économie générale du pays ou de la communauté, le bien-être économique de la famille, la personne qui contrôle les finances dans la famille ou le ménage), les croyances défavorables qui concernent la grossesse, etc. Un autre facteur non moins important est la qualité des services offerts, et le nombre insuffisant et la mauvaise répartition des centres de CPN. Tous ces arguments alourdissent le coût de la grossesse dans les pays en développement et rendent sa prise en charge très aléatoire

L'OMS recommande un minimum de 4 visites de soins prénatals pendant la grossesse dont la première dès les trois premiers mois de la grossesse. Cependant, dans leur réalisation pratique, de grandes différences existent. Ainsi, selon une compilation de l'OMS sur la couverture prénatale, 98% des femmes enceintes dans les pays développés suivent les consultations prénatales tandis que ce taux restait inférieur à 70% dans la plupart des pays d'Afrique, en Inde et dans les pays asiatiques arabes [12]. En France 100% de femmes ont fait au moins une consultation prénatale, en Chine ce taux est de 94%, en Ethiopie 77% en zone urbaine et 36% en zone rurale. Au Mali ce taux est de 87% en zone urbaine contre 64% en zone rurale avec une moyenne nationale de 70% [10]. Par contre, il faut noter que c'est en milieu rural que la fréquence des consultations prénatales a le plus augmenté depuis l'EDSM-III (64 % en 2006 contre 47 % en 2001) [3].

Une enquête sur la couverture prénatale dans le district de Bamako [13] l'a évalué à 76,5% en octobre 1996; toutefois 41,9 % seulement de cette population avaient effectué au moins deux visites prénatales après le 6^{ème} mois de grossesse; rendant compte des dysfonctionnements du système même dans les localités les plus favorisées de notre pays.

C'est compte tenu de ce qui précède, qu'un nouveau modèle de consultation prénatale a été préconisé par l'Organisation Mondiale de la Santé. Il met l'accent sur les éléments essentiels qui ont prouvé qu'ils amélioreraient le résultat de la grossesse. Ce modèle qui réduit le nombre de visites prénatales à 4 pour les grossesses à faible risque s'est avéré aussi efficace que l'ancien et coûte moins cher; ce qui en fait une meilleure option pour les pays pauvres. Toujours dans l'optique de

réduire leur coût, le contenu des soins prénatals a été revu conformément aux recommandations du célèbre rapport Rooney [14].

Hypothèses de recherche :

Le manque d'éducation sexuelle se répercuterait sur le comportement sexuel des femmes ;

Plusieurs facteurs limiteraient l'utilisation de contraception et la pratique de la consultation prénatale.

Questions de recherche

Quelle est la proportion de femmes qui utilisent les contraceptifs dans la population d'étude ?

Quel est le degré de satisfaction des femmes qui utilisent les contraceptifs ?

Quelle est la proportion de femmes qui pratiquent la consultation prénatale dans la population d'étude?

2 Objectifs

2.1. Objectif général

Étudier les attitudes et les pratiques en matière de contraception et de la consultation des femmes 15 à 49 ans dans le village du Point G en commune III du District de Bamako.

2.2. Objectifs spécifiques

- Déterminer les caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude
- Déterminer la proportion de femmes qui utilisent des méthodes de contraception dans la population d'étude ;
- Déterminer la proportion de femmes qui pratiquent la consultation prénatale chez les femmes de 15 à 49 ans ;
- Déterminer les facteurs qui influencent l'utilisation de la contraception et la pratique de la consultation prénatale.

3 Revue de la littérature

1. Contexte et justification de l'étude

Face aux problèmes de mortalité infanto juvénile en Afrique et au Mali en particulier, (191 pour 1000) et maternelle (464 pour 100.000 naissances vivantes) [3], il est apparu fondamental de mettre tout en œuvre pour améliorer la santé maternelle et infantile.

La Déclaration Universelle sur les Droits de l'Homme [15]

La Déclaration universelle des droits de l'homme adoptée le 10 décembre 1948 est celle acceptée par tous les pays du monde et qui a ainsi le plus grand nombre d'adhérents. Elle constitue les pierres angulaires de tous les autres instruments. Cette déclaration fondamentale ne mentionne pas expressément le planning familial, d'une part les dispositions y mentionnées font référence au droit et à la liberté de fonder une famille qui implique implicitement le choix d'avoir ou non des enfants. D'autre part, l'obligation de l'Etat à protéger cette famille, d'assistance à la maternité y sont clairement mentionnées. A part la protection directe de la famille contre les vols, insécurité... on peut déduire qu'il s'agit également de la protection contre la pauvreté, le sous-développement, le mauvais état de santé qui sont tous des conséquences de la disproportion entre les ressources de la famille et l'effectif des membres de ce ménage.

Ces articles sont notamment les suivants :

« **Art. 3** : Tout individu a droit à la vie, à la liberté et à la sûreté de sa personne. »

« **Art. 16** : 1. A partir de l'âge nubile, l'homme et la femme, sans aucune restriction quant à la race, la nationalité ou la religion, ont le droit de se marier et de fonder une famille. Ils ont des droits égaux au regard du mariage, durant le mariage et lors de sa dissolution. »

« **Art. 16.3** : La famille est l'élément naturel et fondamental de la société et a droit à la protection de la société et de l'Etat. »

« Art. 25.2 : La maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciale. Tous les enfants, qu'ils soient nés dans le mariage ou hors mariage, jouissent de la même protection sociale. »

La Conférence Internationale sur la population et le développement (Caire, 1994) a confirmé la relation étroite entre le développement, la santé de la reproduction et l'égalité. Le plan d'action de la CIPD constitue le cadre d'intervention de L'UNFPA. Les 179 pays participants à cette conférence se sont engagés à répondre aux besoins en éducation et en santé y compris la santé de la reproduction et qui sont les conditions préalables pour le développement durable.

Ces pays se sont engagés aussi à suivre une feuille de route pour le développement, visant à atteindre les buts suivants :

- Assurer l'accès universel aux services de la santé de la reproduction pour tous d'ici 2015,
- Garantir l'éducation primaire pour tous et réduire les inégalités en éducation entre les deux sexes d'ici 2015
- Réduire le taux de mortalité maternelle de 75% d'ici 2015
- Réduire le taux de mortalité infantile
- Augmenter l'espérance de vie
- Réduire le taux d'infections au VIH [16]

En Décembre 1990, le Mali a adopté la politique sectorielle de santé et de population. Cette politique est caractérisée par le développement décentralisé des services de santé sur la base de la concentration de la population .Elle définit le cadre d'information en matière de santé de population au Mali [17].

Les objectifs spécifiques de cette politique sont :

- Etendre la couverture sanitaire ;
- Instituer un système de santé viable et performant ;
- Réduire la morbidité et la mortalité de la population ;
- Développer les services de planning familial.

La stratégie adoptée pour atteindre ces objectifs met l'accent sur l'extension par le développement rationnel et judicieux des centres de santé. Au niveau de ces centres

de santé, assurer une offre intégrée des activités socio sanitaires (Paquet minimum d'activité).

Le paquet minimum d'activité (PMA) comporte des soins de qualité avec des activités curatives, préventives, promotionnelles couvrant les besoins fondamentaux de la population [15]. Les CPN et la planification familiale constituent un volet essentiel de ce PMA. Elles occupent une place de choix dans les besoins prioritaires de santé de la mère et de l'enfant.

La mise en œuvre de la politique sectorielle de santé a été satisfaisante dans l'ensemble (création et opérationnalisation des structures de santé communautaire ainsi que le renforcement et la redynamisation des structures construites) [17].

Malgré ces efforts déployés le Mali connaît une situation sanitaire maternelle, néonatale et infantile préoccupante. C'est pourquoi la planification familiale la qualité des soins dispensés pendant la grossesse et pendant son dénouement pourrait y avoir un impact important.

En 1972, grâce à la création de l'AMPPF (Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille), les méthodes modernes de contraception virent le jour dans notre pays.

En 1980, la Division de la Santé Familiale et Communautaire (DSFC) fut créée, transformée en 2001 en Division de la Santé de la Reproduction (DSR) au sein de la Direction National de la Santé.

La politique sanitaire du Mali a évolué et continue d'évoluer depuis des dizaines d'années.

Avec l'appui financier et technique des partenaires au développement tels que l'USAID, les Pays-Bas, l'OMS, le FNUAP..., le Mali a entrepris des plans et des programmes dans les différents secteurs socio-sanitaires. Le document de la politique et normes des services de santé de la reproduction élaboré en Mars 2000 s'inscrit dans le cadre de ces mesures. Un des volets de cette politique nationale en santé de la reproduction est la santé de la femme à travers la planification familiale [17].

Malgré d'énormes efforts sont consentis pour promouvoir la PF l'indice de fécondité reste toujours élevée (6,8), la prévalence contraceptive toujours faible (8%) selon

EDS IV [3], la situation sanitaire est caractérisée par des taux élevés de mortalités infanto-juvénile (191 pour 1000) et maternelle (464 pour 100.000 naissances vivantes). L'état de santé de la mère est affecté par la sous utilisation des services de santé maternelle de base, les complications liées aux grossesses nombreuses et rapprochées, les conditions souvent précaires des accouchements.

2. Histoire de la contraception

2.1 Dans le monde

Selon Serfaty [21], la limitation des naissances est présente depuis les époques les plus reculées et est probablement née dans les sociétés préhistoriques lorsque, malgré une très forte mortalité naturelle, les conditions de survie obligeaient à restreindre les naissances.

La contraception était pratiquée dans l'antiquité, elle le fut ensuite et l'est encore de nos jours dans les proportions respectives extrêmement variables selon les lieux et les époques. Ceci pour nous montrer la constante volonté de l'espèce humaine d'échapper à la fatalité d'une reproduction naturelle [21].

Mais la contraception sera rejetée pour des raisons morales faisant de la procréation une obligation sacrée dans une optique naturaliste mettant l'homme au service d'une volonté supérieure qui ne lui laisse pas d'autre choix. C'est le propre de la pensée religieuse [21].

L'histoire de la contraception n'est en dehors des moyens employés, qu'une illustration de la bipolarité de l'esprit ou de la balance entre deux systèmes de pensée toujours présents dans la société ou chez l'individu lui-même : le conservatisme ou le changement ; la tradition ou le progrès ; la foi ou la raison [21]. Autrement, si l'homme tend en général à vouloir modifier son être, non pas pour le sens d'un artifice destructeur, mais pour son bien actuel et futur, le contrôle de sa reproduction fait partie de ce souci d'une vision large de son avenir.

2.2 Au Mali

Les sociétés traditionnelles au Mali ont toujours été fortement pro-natalistes, cela pour des raisons d'ordre sociologique culturel, économique et spirituel. Une nombreuse progéniture est source à la fois de richesse (maximum de bras travailleurs pour augmenter la production) et de bénédiction divine [22].

La fécondité confère une valeur sociale et l'infécondité est toujours mal vécue et interprétée de malédiction ou de tares notamment pour la femme [23].

Une femme doit avoir des enfants, mais il demeure également vrai que la survenue d'une grossesse au cours de la période d'allaitement (deux ans en moyenne) serait sujet de moqueries. Cependant, avoir des enfants hors mariage ou adultérins renvoie à un signe de mauvaise éducation et d'immoralité et la femme y paie plus que l'homme [22].

Malgré le comportement pro-nataliste, les Maliens ont une tradition très ancienne d'espacement des naissances : c'est ainsi qu'après un accouchement, il est de coutume de séparer le couple pendant deux à trois ans. Ceci permettait à la femme de récupérer et à l'enfant de se développer normalement [22].

On peut mentionner l'existence d'autres méthodes traditionnelles d'espacement des naissances telles que l'emploi de certaines herbes ou dispositifs occlusifs comme le *tafo*. La fréquence de ces pratiques serait en diminution notamment dans le milieu urbain [22].

La société malienne contemporaine est prise en porte - à - faux entre les valeurs séculaires (culturelles, morales et religieuses) et les logiques post coloniales d'une culture de la raison et de la liberté de l'individu selon le modèle d'humanisme progressiste hérité à la fois du colonialisme et de la révolution socialiste des années 1962 [22].

3. Les méthodes de contraception modernes

a) Les contraceptifs oraux ou pilules

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

➤ **Mode d'action**

- La pilule oestro-progestative agit principalement en bloquant l'ovulation, en modifiant l'endomètre de façon à ce qu'il ne puisse accueillir un éventuel œuf et en modifiant la glaire pour empêcher les spermatozoïdes de franchir le col.
- La micropilule (micro dose de progestatif) agit uniquement en modifiant la glaire pour empêcher les spermatozoïdes de franchir le col sauf Cerazette qui supprime aussi l'ovulation.

Il existe :

- plusieurs dosages même si l'œstrogène utilisé est toujours la même : 50 - 35 - 30 - 20 et 15 microgrammes.
- différents types de progestatifs.
- des variations de dosages des œstrogènes et des progestatifs sur la plaquette pour les différentes pilules déterminent les biphasiques et les triphasiques. Les pilules sans variations sont les monophasiques.
- il y a des pilules de 21 ou 28 comprimés.

➤ **Les avantages**

C'est une méthode contraceptive très efficace, très bien tolérée, efficace dès le 1er comprimé, réversible dès l'arrêt. Elle permet d'avoir des cycles réguliers et les règles sont moins abondantes, moins longues et moins douloureuses.

➤ **Les inconvénients**

Il peut y avoir des petits saignements (spotting) en dehors des règles surtout lors des premières plaquettes, un peu de nausées, quelques douleurs et des gonflements des seins.

La prise de poids, exceptionnelle, est toujours modérée.

Les contre - indications

Hypercholestérolémie, hypertension artérielle, antécédent d'accidents thromboemboliques, certains cancers, le tabagisme chez les femmes de plus de 35 ans [24].

b) Les contraceptifs injectables

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

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

Les contraceptifs injectables progestatifs (tels le Dépo-Provera et le Noristérat) ne contiennent pas d'œstrogène. Pour prévenir la grossesse, une injection est faite tous les deux ou trois mois, selon le type de contraceptif injectable choisi [25].

c) La contraception mécanique

Les préservatifs : la meilleure des protections contre les IST / VIH/ SIDA

✓ Le préservatif masculin

Etui en latex avec ou sans réservoir, au moment de l'éjaculation le sperme est recueilli dans le préservatif et n'est pas répandu dans le vagin.

Mode d'emploi

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

Se retirer avant la fin de l'érection en le retenant à la base.

➤ **L'efficacité**

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

➤ **Les avantages**

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

Il est en vente libre et disponible.

➤ **Les inconvénients**

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

✓ Le préservatif féminin : Femidon

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

➤ **Le mode d'emploi**

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

➤ **L'efficacité**

Elle est comparable à celle du préservatif masculin.

➤ **Les avantages**

Excellente protection contre les MST et le SIDA, utilisable par la femme en cas de refus ou d'impossibilité d'utilisation du préservatif masculin.

✓ Le diaphragme et cape cervicale

➤ **Mode d'action**

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

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

➤ **Le mode d'emploi**

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

Il existe différentes tailles de diaphragme et de cape.

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

➤ **L'efficacité**

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

➤ **Avantages**

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

➤ **Les inconvénients**

Le taux d'échec est élevé si mal utilisé. La mise en place nécessite un apprentissage avec un médecin entraîné, le spermicide peut couler de façon excessive. Ils sont encombrants [24].

- ✓ Les dispositifs intra-utérins (stérilet)

➤ **Mode d'action**

Plusieurs modes d'action sont avancés : une altération des spermatozoïdes par l'action du cuivre qui empêche la fécondation, une modification de l'endomètre qui empêche la nidation de l'œuf, une modification de la glaire cervicale pour les stérilets au progestatif ce qui empêche les spermatozoïdes de franchir le col. Il existe différentes formes, différentes tailles. Le médecin choisira le stérilet le mieux approprié à chaque femme.

- Au cuivre
- Au progestatif

➤ **Le mode d'emploi**

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

En cas de contraception d'urgence à poser dans les 5 jours suivant le rapport sexuel non protégé éventuellement.

Durée : 3 à 5 ans selon les stérilets avec une surveillance médicale régulière, 1 à 2 fois par an. Le retrait se fait pendant ou après les règles : indolore et simple

➤ **L'efficacité**

Il est efficace dès la pose.

➤ **Les avantages**

Méthode non contraignante, très efficace, généralement bien tolérée, réversible dès le retrait.

➤ **Les inconvénients**

Les règles peuvent être abondantes et longues avec certains stérilets, possibilité de douleurs et saignements en dehors des règles, risques d'infection en cas de partenaires multiples.

Dans certains cas, peu conseillé chez les femmes n'ayant jamais eu d'enfants en raison du risque de stérilité en cas d'infection, moins de risque d'infection avec le stérilet au progestatif.

Il existe un risque de grossesse, de grossesse extra-utérine et d'expulsion.

➤ **Les contre - indications**

Infection récente de l'utérus ou des trompes, antécédent de grossesse extra-utérine (dans certains cas), les malformations utérines importantes, les maladies hémorragiques (sauf stérilet au progestatif) certains fibromes, les femmes n'ayant jamais eu d'enfant [26].

d) L'implant "Implanon" :

C'est un implant sous-cutané composé d'un bâtonnet cylindrique de 4 cm de long et 2 mm de large, qui délivre en continu de faibles doses d'hormone (progestérone). Au Mali, on dispose surtout du Norplant qui est à 6 capsules pour 5 à 7 ans.

➤ **Mode d'action**

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

➤ **Le mode d'emploi**

L'implant se met sous la peau de la face interne du bras, à l'aide d'un applicateur stérile à usage unique après une anesthésie locale. Il se retire aussi après une anesthésie locale, à l'aide d'une petite incision de 2 mm, avec une pince. La pose et le retrait sont simples et rapides, environ 1 minute 30 pour la pose et 3 minutes 30 pour le retrait. Il est mis en place pour 3 ans par le médecin ou la sage femme pendant une consultation.

➤ **L'efficacité**

Elle est très efficace dès la pose.

➤ **Les avantages**

Sans problème d'observance, il est bien toléré et réversible dès le retrait.

➤ **Les inconvénients**

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

➤ **Les contre- indications**

Thrombose évolutive, affection hépatique sévère.

e) Le patch "EVRA" :

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

➤ **Mode d'action**

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

➤ **Le mode d'emploi**

Utiliser un patch par semaine pendant 3 semaines, arrêt d'une semaine (comme avec la pilule les règles arrivent pendant la semaine sans patch).

Les 4 sites d'application possibles sont : le bras, l'abdomen, le tronc, les fesses.

Attention: ne pas appliquer sur les seins

➤ **L'efficacité**

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

➤ **Les avantages**

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

➤ **Les inconvénients**

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

➤ **Les contre- indications**

Comme la pilule oestro-progestative : hypercholestérolémie, hypertension artérielle, antécédent d'accident thromboembolique, certains cancers, le tabagisme chez les femmes de plus de 35 ans.

f) L'anneau vaginal "Nuvaring" :

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

➤ **Mode d'action**

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

➤ **Le mode d'emploi**

Utiliser un anneau par cycle, 3 semaines avec anneau, 1 semaine sans anneau. Les règles auront lieu pendant la semaine sans anneau, comme avec la pilule. L'insertion et le retrait sont simples.

➤ **L'efficacité**

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

➤ **Les avantages**

Mise en place et retrait facile, meilleure observance qu'avec la pilule, moins de risques d'oublis. Mêmes avantages que la pilule.

➤ **Les inconvénients**

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

➤ **Les contre - indications**

Comme la pilule oestro-progestative : hypercholestérolémie, hypertension artérielle, antécédent d'accident thrombo-embolique, certains cancers, le tabagisme chez les femmes de plus de 35 ans [24].

g) La contraception d'urgence

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

A prendre si possible dans les 12h et au plus tard jusqu'à 5 jours pour le stérilet. D'une part, elle agirait en retardant l'ovulation ou en la perturbant lorsqu'elle est sur le point de se produire, d'autre part, elle modifierait l'endomètre de façon à ce qu'il ne puisse accueillir un éventuel œuf.

Les différents types de contraception d'urgence

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

➤ **Le mode d'emploi**

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

➤ **L'efficacité**

Elle varie avec la méthode.

➤ **Les inconvénients**

En général, elle est bien tolérée ; Possibilité de vomissements ou de nausées.

➤ **Les contre- indications**

Le Norlevo aucune, le Stérilet ne peut pas, dans certains cas, être posé chez des femmes n'ayant pas eu d'enfant [24].

h) Les spermicides

➤ **Mode d'action**

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

➤ **Les avantages**

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

➤ **Les inconvénients**

Efficacité insuffisante : coûteux ; leur emploi est contraignant (délai à respecter, mise en place) ; certains peuvent couler de façon excessive ; possibilité d'intolérance locale.

4. La stérilisation à visée contraceptive

Elle est régie par des lois dans plusieurs pays [24] .

a) La stérilisation féminine : ligature ou obturation des trompes

- Méthode par coelioscopie et laparotomie

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

Cette méthode est en principe irréversible.

- Méthode par les voies naturelles

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

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

b) La stérilisation masculine : la vasectomie

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

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

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

5. Les méthodes naturelles : les moins efficaces des contraceptions

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

- Le retrait ou coït interrompu

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

- L'abstinence périodique

Il s'agit de détecter la phase fertile du cycle menstruel et de s'abstenir d'avoir des rapports sexuels ou d'utiliser des contraceptions locales pendant cette période.

Cette méthode est fondée sur le fait que les spermatozoïdes et les ovules ont une durée de vie de quelques jours. La fécondation ne peut se réaliser que si les rapports sexuels ont lieu quelques jours avant, pendant ou après l'ovulation. Cette méthode nécessite un apprentissage.

Le moment de l'ovulation est évalué de plusieurs façons.

- La méthode du calendrier ou Ogino

C'est la plus largement connue et pourtant la moins efficace. Elle est basée sur le calcul de la période fertile (ovulation), considérant les autres périodes du cycle comme non à risque de grossesse.

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

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

- La méthode des températures

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

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

- La méthode de la glaire ou Billings

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

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

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

- Les tests d'ovulation : Persona

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

Ils ont une efficacité légèrement supérieure aux méthodes précédentes toutefois leur coût reste très élevé [24].

- L'allaitement maternel

La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) est le recours à l'allaitement comme méthode temporaire de planification familiale. La MAMA est efficace à 98 % environ contre la grossesse si les critères suivants sont remplis : la mère n'a pas eu ses règles depuis l'accouchement ; elle nourrit son enfant au sein, exclusivement ou presque exclusivement ; le bébé a moins de 6 mois.

Outre son effet contraceptif temporaire, l'allaitement protège le nourrisson contre les maladies infectieuses, lesquelles peuvent être mortelles. Toutefois, dans le cas des femmes séropositives pour le VIH, il convient de peser soigneusement le risque de transmission de ce virus de la mère à l'enfant contre les avantages bien connus de l'allaitement [27].

6. Les méthodes de contraception traditionnelles au Mali

Ces méthodes reposent sur le vécu socioculturel des peuples [27]. On peut citer :

a. Le Tafo :

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

b. La Toile d'araignée :

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

c. Le miel et le jus de citron :

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

d. Les solutions à boire :

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

e. La séparation du couple après accouchement :

Après un accouchement, il est de coutume de séparer le couple pendant 40 jours. Ceci permettait à la femme de récupérer et à l'enfant de se développer normalement. Aucune étude scientifique n'a été faite sur l'efficacité de ces méthodes traditionnelles. Il semble qu'elles peuvent être à la base d'infection à répétition et même créer d'autres problèmes chez la femme tel que l'infertilité, des algies pelviennes.

7) Morale et éthique de la reproduction

a) Dans l'antiquité

L'infanticide, l'avortement et la contraception étaient pratiqués depuis l'antiquité. Ils continuent encore de nos jours dans les proportions extrêmement variables selon les lieux et les époques. Ceci pour nous montrer la constante volonté de l'espèce humaine d'échapper à la fatalité d'une reproduction naturelle, volonté individuelle ou collective, institutionnelle ou non, mais ne trouvant une opposition ou une annihilation que dans une structure morale d'essence religieuse, philosophique ou politique [21].

b) Aspects religieux et philosophiques

- Le christianisme et la contraception

La contraception n'est pas une question nouvelle selon Larchet [28], mais l'expansion et la banalisation de cette pratique dans les sociétés modernes par la mise à disposition des moyens plus nombreux et plus sûrs, a suscité des réactions aiguës et accentué le débat du côté des confessions chrétiennes traditionnellement réservées vis à vis de la contraception.

On notera que certaines pratiques et prescriptions communément admises au sein de l'église ancienne (et toujours en vigueur de l'église orthodoxe) ont eu pour effet objectif, une limitation des naissances.

L'abstention de rapports sexuels durant la menstruation, durant la grossesse, mais également lors des jours et des périodes de carême (qui totalisent la moitié des jours d'une année), ainsi que les jours précédant la communion et la pratique de l'allaitement maternel. Le nombre de jours fertiles se trouvait ainsi considérablement réduit [28].

- L'islam et la contraception

La définition de la planification familiale adoptée à la conférence islamique internationale de Rabat 1971 [29] est la suivante : « la planification familiale est l'utilisation par les deux conjoints, qui tous deux y consentent sans contrainte, d'une méthode licite et sûre pour retarder ou avancer le moment de la grossesse selon ce qui convient le mieux aux époux en fonction des facteurs sociaux, économiques ou de santé de la famille, les conjoints étant conscients à tous moments de leurs responsabilités vis-à-vis d'eux-mêmes et de leur progéniture ».

La planification familiale n'est pas une nouveauté pour l'islam, comme le révèlent les propos échangés à la conférence. Les compagnons du prophète la pratiquaient déjà à l'époque de la révélation coranique, et en discutaient avec lui, qui ne l'interdisait pas [29].

Si la planification familiale, comme on l'entendait alors, était prohibée, alors les versets coraniques qui s'y rapportent l'auraient formellement interdite, ce qui n'est pas le cas.

Le mariage est une association de deux libertés ; la femme n'est ni un objet sexuel, ni une machine à reproduire, c'est la volonté du couple librement qui décide de la progéniture comme de l'harmonie sexuelle et la contraception reste libre s'il le souhaite.

8) Etat de lieux de la recherche

a) Dans le monde

En France, on estime environ à 10 000 le nombre d'adolescentes qui tombent enceintes chaque année et dont la moitié avorte [30]. Devant cette situation accablante le gouvernement français en novembre 1999 a annoncé l'autorisation permettant aux infirmières scolaires de délivrer la pilule du lendemain aux

adolescentes « en situation de détresse ou d'extrême urgence » cette mesure a suscité un débat juridique avec les religieux.

L'éducation sexuelle partie intégrante des programmes scolaires depuis 1973 a acquis une importance nouvelle en septembre 1999 par l'augmentation à 30 à 40 heures de cours pour les élèves de quatrième et de troisième. En janvier 2000, une grosse campagne d'information sur la contraception fut lancée par le gouvernement.

En Angleterre et au pays de Galles les taux de grossesse chez l'adolescente de 15 à 19 ans sont les plus élevés d'Europe occidentale avec 65 pour mille ; devant cette situation tout le monde pense qu'il faut agir, mais les opinions divergent sur les moyens à employer. Le gouvernement s'est engagé à réduire de moitié le taux de grossesse chez les adolescentes d'ici 2010.

Selon l'office britannique de la statistique, 35,5% de ces fœtus sont avortés. Comparativement les taux de grossesse chez l'adolescente de 15 à 19 ans sont 65 pour mille en Grande Bretagne contre 84 pour mille aux USA et 102 pour mille en Russie [30].

Le ministère de la santé a autorisé, à titre d'essai, certaines pharmacies à vendre sans ordonnance la pilule du lendemain aux jeunes filles de plus de 14 ans.

En Afrique sub-saharienne, les adolescentes représentent plus de 50% des premières grossesses et elles donnent naissance à des bébés d'un poids insuffisant le plus souvent que les femmes adultes [30,31]. Les problèmes liés à la grossesse constituent l'une des premières causes de mortalité chez l'adolescente.

Dans cette région, l'écart se creuse entre le début de l'activité sexuelle et le mariage car les femmes se marient plus tard. Chez les adolescentes le jeune âge ou le fait de ne pas être mariées peut constituer des obstacles à l'obtention de services de planning familial.

La réussite scolaire des femmes a un effet important sur la fécondité, plus les femmes sont allées loin dans leur scolarisation, plus leur niveau de fécondité est faible.

Au Malawi, ISF varie de 7,3 pour les non-scolarisées et niveau primaire à 3 pour le niveau secondaire et plus. Ce ISF ne diffère que de 0,1 entre les zones urbaines et rurales ou il y a une augmentation.

Au Bangladesh, au Népal et dans certaines régions d'Afrique, 70 à 80% des jeunes filles sont mariées à 15 ou 16 ans [30]. Dans ce cas la grossesse peut être désirée, mais elle peut être risquée, d'un point de vue sanitaire, scolaire ou économique. Hors mariage, elle n'est généralement pas désirée.

La grossesse compromet l'avenir scolaire des adolescentes. Ce qui pousse certaines à l'avortement clandestin. Le fond des nations unies pour la population à beaucoup fait pour que la sexualité des adolescentes soit reconnue à travers le monde de même que leurs besoins spécifiques en matière d'éducation, d'information et d'accès aux services sociaux et médicaux.

Mais les états sont lents à réagir. Ce sont les ONG qui sont très proactives dans ce domaine.

Ainsi plusieurs enquêtes dans le monde montrent une baisse du taux de fécondité grâce à l'usage croissant et à un développement de la planification familiale [32]. Mais le taux de fécondité est plus élevé dans les pays en développement que dans les pays industrialisés malgré que les taux d'utilisation de la contraception soient plus élevés dans les pays en développement que dans les pays industrialisés. Cela est lié à l'importance de la population dans ces pays.

En général, la grossesse précoce chez les adolescentes pose les problèmes liés à l'importance de cette population et aux risques sanitaires pour la mère et le fœtus. En Afrique, le taux de fécondité reste élevé et varie selon les régions et au sein d'une même région. Les taux les plus élevés sont enregistrés en Afrique sub-saharienne et dans les pays arabes [31].

b) Au Mali

Le Mali est parmi les pays à fort taux d'accroissement dans le monde [33]. Ce niveau d'accroissement est le fruit d'une fécondité encore élevée ; l'ISF est passé de 6,9 en 1987 à 6,8 en 2001.

Alors que les autres pays africains connaissent une baisse dans ce domaine, la fécondité au Mali n'a pas connu de changement notable.

L'effectif de la population est passé d'environ 4 100 000 habitants en 1960 à 9 800 000 habitants en 1998. Au rythme auquel elle s'accroît, la population du Mali doublerait tous les 22 ans [34].

Comparé aux autres pays, le Mali aurait moins de temps que la moyenne africaine 27 ans pour se préparer au doublement de sa population, encore moins de temps que les pays d'Asie dans 50 ans et d'Amérique centrale dans 45 ans. Cette réalité pourrait compromettre le processus de développement du pays et interpelle les décideurs à tous les niveaux.

En dépit d'énormes efforts déployés en matière de santé de la reproduction, l'utilisation actuelle de la contraception moderne est de 5,7% [34]. Cela contraste fortement avec les besoins non satisfaits en planification familiale qui sont de l'ordre de 28,5%. Les faibles progrès enregistrés au niveau de la prévalence contraceptive se traduisent par une fécondité constante depuis une quinzaine d'années au Mali.

En matière de prévalence contraceptive, le Mali est en retard sur plusieurs pays africains dont le Ghana 13,4% en 1998, le Kenya 32% en 1999, la Zambie 50,1% en 1999 et la Tunisie 66% en 2000. Dans le monde, 10 000 femmes meurent chaque semaine parce qu'elles n'ont pas eu accès à la planification familiale [34].

La faible prévalence contraceptive fragilise la santé de la femme et de l'enfant. La clé du développement du pays passe donc par une meilleure maîtrise de la croissance démographique, à travers la promotion de la planification familiale.

Il ressort des données disponibles que l'utilisation actuelle de planification familiale représente environ 20% de la demande potentielle au niveau du Mali. Même si le Mali ne répondait qu'aux 80% de besoins non satisfaits en planification familiale, cela contribuerait énormément à l'amélioration des conditions de vie des maliens.

La fécondité débute très précocement [35,36,23,37,34] à un niveau élevé à 15-19 ans, atteint son maximum à 20-24 ans, baisse à 40-44 ans.

A Bamako le taux de fécondité des 15-19 ans est de l'ordre de 102 pour mille [34]. Il y a des différences de niveau de fécondité selon le lieu de résidence ; ainsi l'ISF de 6,8 enfants par femme pour le pays varie de 5,5 en milieu urbain à 7,3 en milieu rural. Ces différences s'observent à tout âge, mais l'écart relatif à la résidence est

important aux très jeunes âges : ainsi à 15-19 ans, le taux est de 129 pour mille en milieu urbain contre 218 pour mille en milieu rural.

Les études mettent en évidence une diminution de la fécondité avec l'augmentation du niveau d'instruction; ainsi l'ISF varie de 7,1 pour les femmes sans instruction à 6,6 pour les femmes d'instruction primaire et 4,1 pour le niveau secondaire et plus. Cette influence de l'instruction sur la fécondité est surtout sensible après le niveau primaire.

Les adolescentes de 15-19 ans contribuent pour près de 14% à la fécondité totale des femmes, 40% d'entre elles ont commencé leur vie féconde, 34% ont déjà eu un enfant et 7% sont enceintes pour la première fois. La précocité est accentuée en milieu rural 49% contre 20% en milieu urbain. A Bamako, 23% sont fécondes, 15% déjà mères et 5% sont enceintes [34].

Ainsi le Mali a un taux de fécondité parmi les plus élevés du monde malgré les progrès réalisés dans le domaine de la planification. Les enquêtes ont montré que cette fécondité commence très précocement à des taux élevés chez les adolescentes de 15 à 19 ans et pose des problèmes qui sont également rencontrés dans beaucoup de pays à travers le monde qu'il soit industrialisé ou en développement.

c) L'accès aux structures de santé reproductive

Chaque année on enregistre dans le monde 75 millions de grossesses non désirées dues à deux causes principales : soit le couple n'utilisait pas la contraception soit la méthode utilisée a échoué [35]. Le manque d'accès à l'information et aux services de planification familiale est une des nombreuses raisons pour lesquelles la contraception n'est pas utilisée pour éviter une grossesse non-désirée.

Les moyens contraceptifs sont de plus en plus disponibles mais hors de la portée pour beaucoup de gens. Près de 60% des femmes et des hommes utilisent aujourd'hui dans le monde des méthodes contraceptives modernes, mais environ 350 millions de couples ne sont pas informés dans ce domaine et n'ont pas accès à différentes méthodes et prestations [38].

La planification familiale est reconnue depuis plusieurs années comme un moyen essentiel pour maintenir la santé et le bien être des femmes et de leurs familles [39].

Au Mali, beaucoup d'efforts ont été consentis dans ce cadre a travers les différents programmes de santé de la reproduction.

Cependant la prévalence contraceptive reste l'une des plus faibles de la sous région africaine [39].

9) Historique de la consultation prénatale :

L'histoire de la CPN moderne semble débiter en occident au début du siècle dernier. Les Britanniques ont attribué la conception à John William Ballantyne en 1901, les Australiens à Wilson en 1910 [40] et les Américains à leur instructive District Nursing Association du Boston Lying-In Hospital, aussi en 1901 [41].

C'est en 1929 que le contenu standard de la consultation prénatale a été mis au point par le Ministère de la santé du Royaume Uni, et il ne changera plus fondamentalement, même si de temps en temps une technique était ajoutée ou remplacée, une autre jugée dépassée. Ses principes étaient les suivants :

Prédire les difficultés à l'accouchement par l'examen clinique de la femme enceinte ;

Détecter et traiter la toxémie ;

Prévenir, diagnostiquer et traiter les infections (cervicales, urinaires, etc.) ;

Diagnostiquer et traiter les maladies vénériennes ;

Assurer la coopération la plus étroite entre l'hôpital et les personnes chargées des soins prénataux ;

Reconnaître l'effet éducationnel d'une consultation bien organisée.

Le programme de consultations prénatales prévoyait en moyenne une douzaine de visites dont trois au moins devaient être faites par le médecin.

Au début des années 1930, la CPN a été remise en question parce que la mortalité maternelle ne diminuait pas.

F. Neon Reynolds dans une lettre au Lancet (29 Décembre 1934) précisait que 80% des décès maternels étaient dus à des états (asepsie, hémorragies, choc) non détectables en prénatale. La réponse des promoteurs de la consultation prénatale a

été qu'on n'avait pas donné de chance à un essai randomisé bien conduit sur la consultation prénatale.

Les arguments invoqués pour expliquer que cette stratégie n'avait pas eu la réponse magique escomptée étaient :

la faible proportion de femmes enceintes fréquentant les centres de consultation prénatale ;

le nombre insuffisant de visites prénatales ;

le standard de soins inadéquats [40].

Il est vrai qu'en 1935 en Angleterre, la proportion de femmes ayant suivi au moins une consultation prénatale était en moyenne de 50% (73% en milieu urbain et 27% en milieu rural).

Dans les années 1960, l'évaluation du risque individuel à la consultation prénatale était devenue habituelle. Les enquêtes confidentielles de décès maternels au Royaume-Uni avaient objectivé et quantifié dès 1955-57 le risque maternel lié à l'âge et à la parité [42]. L'inférence aux pays en développement était considérée raisonnable en dépit du fait qu'aucune étude épidémiologique n'avait été menée dans ce contexte.

Les livres d'obstétrique des années 1960-70, destinés à un public de médecins exerçant dans le tiers monde, ont contribué à graver dans les habitudes médicales l'utilisation de la consultation prénatale pour sélectionner les femmes à risque, que ce soit pour éviter les décès périnataux ou maternels [42],[43], [44], [45], [46].

C'est durant la même période que progressivement ont été mises au point des méthodes de mesure du risque dans lesquelles plusieurs facteurs sont agrégés pour fournir un index (risk scoring system) [47].

A la fin des années 1970, l'Organisation Mondiale de la Santé publiait « *Pour une approche des soins de santé maternelle et infantile fondée sur la notion de risque* » [48] et en 1984, son prolongement méthodologique et conceptuel « *L'approche fondée sur la notion de risque et les soins de santé. Notamment la santé maternelle et infantile (y compris la planification familiale)* » [49].

Les années 1980, à part quelques remises en question sporadiques [50, 40], furent les années d'engouement pour ce nouveau paradigme mais la nouveauté résidait

dans la mise au point de méthodes de quantification du risque. Cette approche devait, « *par la mesure exacte de la probabilité avec laquelle un événement futur du domaine de la santé ou de la maladie, a de se produire* » [48], permettre d'identifier les femmes à risque et de les orienter vers les services de santé appropriés.

Les pays en développement disposeraient ainsi d'un outil de prise de décisions pour les priorités nationales et locales. L'instrument n'avait donc plus un objectif d'évaluation du risque individuel mais devenait un outil de prise de décisions programmatiques. L'espoir était de réduire le nombre de femmes à prendre en charge dans les hôpitaux de référence, grâce à un tri basé sur l'approche de risque. Ainsi, les pays en développement pourraient quand même réduire la mortalité et la morbidité maternelles et périnatales, sans devoir investir dans un réseau hospitalier coûteux en argent et en ressources humaines.

a) Aspects techniques de la consultation prénatale :

La CPN est une pratique médicale qui s'organise autour d'un ensemble de gestes techniques simples mais rigoureux aboutissant à trois objectifs essentiels :

- vérifier le bon déroulement de la grossesse et dépister tous les facteurs de risque antérieurs et contemporains ;
- traiter ou orienter la femme, le cas échéant vers une surveillance ou une thérapeutique spécialisée en raison d'un facteur de risque décelé ;
- établir le pronostic de l'accouchement, prévoir les conditions d'accouchement de manière à ce que toutes les dispositions pratiques soient prises pour éviter les errements dangereux en urgence.

b- Consultation prénatale recentrée

Concept :

C'est une approche actualisée qui met l'accent sur la qualité des consultations prénatales, plutôt que sur le nombre de visites.

Elle reconnaît que les consultations fréquentes n'amélioreraient pas nécessairement les résultats de la grossesse et que dans les pays en voie de développement elles sont souvent impossibles à réaliser du point de vue logistique et financier.

Elle reconnaît aussi que beaucoup de femmes enceintes identifiées comme étant « à haut risque » développent rarement des complications, tandis que celles qui sont censées être « à faible risque » en développent souvent [51].

Conditions et principes de la CPN recentrée :

Conditions :

Ce sont,

un prestataire qualifié;

une éducation sanitaire;

un local adéquat.

Éléments : Ce sont :

la détection et le traitement précoces des problèmes et complications de la grossesse ;

la prévention des maladies et des complications

La préparation à l'accouchement et aux éventuelles complications [51].

La promotion de la santé.

La consultation prénatale recentrée programme quatre visites au cours de la grossesse chez une femme à faible risque :

Première visite : avant la 14^{ème} semaine d'aménorrhée ou au moment où la femme pense qu'elle est enceinte.

Deuxième visite : entre la 15^{ème} et la 27^{ème} semaine ou au moins une fois pendant le deuxième trimestre.

Troisième visite : entre la 28^{ème} et la 34^{ème} semaine.

Quatrième visite : à la 36^{ème} semaine d'aménorrhée.

Au cours de cette dernière visite, l'examen du bassin est impératif. Le praticien doit déterminer le pronostic de l'accouchement, la voie d'accouchement ainsi que le lieu d'accouchement.

D'autres visites peuvent être effectués selon l'état de la femme.

Première consultation prénatale :

Elle comporte les temps essentiels suivants :

Interrogatoire :

Identification de la femme : Nom, prénom, âge, ethnie, profession, niveau scolaire, état matrimonial et résidence.

Antécédents de la femme enceinte

Médicaux :

Tels que l'HTA, le diabète, les affections cardiaques, la drépanocytose, l'asthénie ...

Obstétricaux :

On précise : la gestité, la parité, le nombre de fausses couches spontanées ou provoquées, le nombre d'enfants vivants, le nombre d'enfants décédés et l'âge de décès de ces enfants, le nombre de mort-nés, le nombre de césarienne, de forceps ou de ventouse.

Habitudes alimentaires :

On peut citer : le tabac, l'alcool, la ration alimentaire (variétés d'aliments), etc.

Histoire de la grossesse

Elle comprend

- le début de la grossesse (la date des dernières règles);
- les signes sympathiques de la grossesse : ils apparaissent vers la fin du 1^{er} mois de la grossesse et disparaissent dans le courant du 4^{ème} mois. Il s'agit:
 - des troubles digestifs à type de nausées, de vomissements, de météorisme, d'hyper-sialorrhée, de la modification de l'appétit, de la constipation (pyrosis) ;
 - des troubles neurologiques qui sont : l'irritabilité, la somnolence, la fatigue, etc.
 - des troubles hormonaux qui sont : la tension mammaire, le prurit vulvaire [52].

Examen physique :

Il comprend,

Un examen général qui précisera : l'état général de la femme enceinte, le poids, la taille, la mesure de la tension artérielle, la température, la fréquence cardiaque, la fréquence respiratoire, l'auscultation cardio-respiratoire.

Un examen obstétrical complet qui se fait sur la femme en position gynécologique, les jambes légèrement fléchies.

Ce dernier comporte:

Examen des seins : il recherche les modifications mammaires, la tension mammaire, la pigmentation de l'aréole qui s'accroît, l'augmentation du volume des

tubercules de Montgomery et la saillie de l'aréole plus ou moins œdémateux, vue de profil bombé comme un verre de montre, la sécrétion de colostrum généralement plus tardive [50].

Examen de l'abdomen : au palper on recherche l'utérus qui est augmenté de taille.

Au spéculum : on observe l'aspect macroscopique du col et des parois vaginales.

TV combiné au palper abdominal est le mode d'exploration essentiel. Il permet de recueillir les signes les plus sûrs de la grossesse. La vessie étant vide, l'abdomen bien dégagé et détendu, il explore le col, sa position, sa consistance, sa longueur, son ouverture, le corps de l'utérus qui est augmenté de volume en des degrés variables selon l'âge de la grossesse.

Il recherche aussi le signe de Noble (les doigts suivant le cul de sac latéral au lieu de s'enfoncer librement, viennent buter contre le pourtour évasé de l'utérus : signe de Noble positif).

Examens complémentaires

Selon les politiques, normes et procédures en vigueur au Mali pour la surveillance prénatale [51], les examens suivants sont obligatoires à la déclaration d'une grossesse :

le groupage sanguin et le rhésus;

la Serologie syphilis selon la technique du BW (Bordet Wassermann);

le test d'Emmel;

la recherche d'albumine et du sucre dans les urines;

le taux d'hémoglobine ou la NFS

Il faut l'échographie pelvienne de datation en cas surtout de doute sur le terme de la grossesse, et lorsque le terme doit être précisé pour la conduite à tenir ultérieure. Elle sera demandée aussi pour préciser le siège intra-utérin de la grossesse et son évolutivité.

Les examens facultatifs

Ils seront demandés en fonction, des antécédents de la gestante, ou en fonction des signes ou pathologies rencontrés au cours des examens périodiques.

Ce sont :

la sérologie toxoplasmose et la sérologie rubéole qui seront demandées en cas surtout d'antécédent de fausse couche spontanée;

l'azotémie, la créatininémie, l'uricémie, la glycémie et l'échographie doppler, seront demandées en cas surtout d'HTA ;

la sérologie VIH sera demandée après consentement de la gestante ;

l'ECBU sera demandé en cas de signe d'infection urinaire (pollakiurie, dysurie, brûlure mictionnelle ...).

le Prélèvement Vaginal sera demandé en cas de signe d'infection génitale (vulvo-vaginite).

Les soins préventifs (FAF, SP, MII, VAT, conseil)

La préparation à l'accouchement

Les soins curatifs si nécessaire

Le rendez-vous (la date pour la prochaine consultation)

Autres Consultations :

L'interrogatoire :

Recherche les signes et les pathologies intercurrentes ainsi que les autres plaintes de la gestante.

L'examen physique :

Il comprend toujours un examen général comportant les éléments cités précédemment, et un examen obstétrical qui recherchera en fonction du terme de la grossesse les éléments suivants :

une galactorrhée à l'examen des seins ;

le grand axe de l'utérus ;

la mesure de la hauteur de l'utérus ;

la présence de bruits du cœur du fœtus ;

le mouvement actif du fœtus ;

la présentation du fœtus;

l'inspection visuelle du col au spéculum ;

le toucher vaginal.

L'échographie obstétricale sera demandée au deuxième trimestre de la grossesse (22 SA) pour l'étude morphologique du fœtus.

Au troisième trimestre, elle doit être demandée surtout entre 30 et 34 SA, pour déterminer la biométrie fœtale (ce qui permet de s'assurer de son état eutrophique par rapport au terme), l'insertion placentaire, la présentation du fœtus et la quantité du liquide amniotique [52].

Selon la CPNR l'examen à ce stade doit cibler sur les plans et observations (préventifs, évaluation du plan d'accouchement, traitement et le rendez-vous)

L'examen du neuvième mois :

Il doit établir le pronostic de l'accouchement, et prévoir les conditions de l'accouchement. Il comprend :

un examen général et un examen obstétrical qui vont rechercher les éléments cités précédemment.

l'examen obstétrical doit apprécier l'état du bassin.

Le bassin est apprécié de trois manières :

-La pelvimétrie interne ou toucher mensurateur.

-La radio pelvimétrie.

-La pelvimétrie externe à l'aide d'un pelvimétrie.

Le bassin est soit normal, dans ce cas l'accouchement est favorable par la voie naturelle ; soit il est limite et on fait recours à l'épreuve du travail ; soit il est généralement rétréci dans ce cas l'accouchement se fait exclusivement par la césarienne.

4 Démarche méthodologique

4.1. Cadre et lieu d'étude

Situé sur une colline au Nord de Bamako d'accès relativement difficile, le village du Point G où a eu lieu l'étude fait partie de la commune III du district de de Bamako. Il s'étend sur un plateau étroit et est limité à l'est par les quartiers de Mékin-sikoro et de l'Hippodrome, à l'ouest par le Camp- para et Koulouba, au nord par N'gomi et au Sud par Missira et Médina coura [53].

4.2. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale ayant consisté à l'interview des femmes domiciliées au village du Point G.

Période d'étude : Le recueil des informations s'est étalé sur la période allant du 1^{er} Novembre au 31 Décembre 2012.

4.3. Échantillonnage

Toute femme âgée de 15-49 ans domiciliée au village du point G.

Au total 280 femmes ont participé à notre étude.

4.4. Taille de l'échantillon

La formule de SCHWARTZ ci-dessous permet de calculer le nombre de sujets nécessaires pour notre étude:

$$n = \frac{z^2 p q}{I^2}$$

n : taille minimum de l'échantillon

z = 1,96.

P : prévalence contraceptive (11,08% dans la population féminine de Bamako [54]).

Q : 1-p=0,89

I : précision de la prévalence p. Nous avons fixé i à 4%.

La taille minimale de notre échantillon est de 237 femmes.

En considérant le nombre de non réponses (questionnaire non correctement rempli) à 10%, au total il faudra 260 femmes pour notre étude.

4.5. Recueil et analyses des données

Les femmes étaient choisies de manière aléatoire au sein de la population du village. Le support utilisé était un questionnaire avec des questions sur les caractéristiques socio démographiques les connaissances et pratiques en matière de contraception. Nous avons également utilisé un questionnaire pour les focus group. Les données ont été saisies et analysées à l'aide des logiciels EPI INFO et Microsoft office Word 2007.

4.6. Critères d'inclusion

Les femmes de 15 à 49 ans

Les femmes qui consentaient à participer à l'étude

Les femmes domiciliées au village du Point G.

4.7. Critères de non inclusion

Absence de consentement à participer à l'étude.

Femmes refusant de participer à notre étude.

Les femmes ne résidant pas au village du Point G.

Femmes de moins de 15ans et de plus de 50ans.

4.8. Considérations éthiques

Le consentement éclairé verbal de chaque femme était demandé après qu'elle ait pris connaissance du caractère volontaire, libre et non rémunéré de l'étude ; l'enquête ne commençait qu'une fois le consentement éclairé obtenu. La vie privée de chaque participante a été protégée par l'anonymat des questionnaires et la confidentialité de l'entretien.

4.9. Définitions des concepts

La contraception

La contraception est définie comme une méthode visant à éviter, de façon réversible et temporaire, la fécondation d'un ovule par un spermatozoïde ou, s'il y a fécondation, la nidation de l'œuf fécondé [18].

Les méthodes scientifiques de contraception apparaissent dans le courant du XXIIème siècle et surtout dans sa seconde moitié. La contraception n'est pas une question nouvelle mais s'accompagne toujours de débat [19].

Planification familiale

Elle est définie comme l'ensemble des moyens et méthodes qui permettent de conformer à la volonté des parents le nombre et l'espacement des naissances dans une famille [20].

CPN recentrée

C'est une politique de réduction du nombre de visites prénatales à 4 pour les grossesses à faible risque avec accents particuliers sur des éléments simples d'efficacité prouvée comme la prophylaxie anti palustre à la SP, l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide, l'utilisation de fer acide folique pour la prévention de l'anémie, la connaissance du plan de préparation de l'accouchement et la connaissance des signes de dangers au cours de la grossesse.

La santé de la reproduction

Elle englobe le bien être général tant physique que mental et social de la personne humaine pour tout ce qui concerne l'appareil génital ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence d'infirmités. Elle englobe aussi les informations sur la planification familiale et l'accès à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien leur grossesse. Elle inclut également la sexualité et vise à améliorer la qualité de vie et des relations interpersonnelles.

Qualité de soins :

La qualité de soins techniques consiste à appliquer des sciences et technologies médicales de manière à arriver au maximum de bénéfices pour la santé sans augmenter pour autant les risques.

Le niveau de qualité est alors la mesure par laquelle les soins fournis permettent d'arriver à l'équilibre le plus favorable en risque et bénéfices [56].

Selon l'OMS la qualité des soins de santé consiste à exécuter correctement (selon les normes) des interventions dont on sait qu'elles sont sans risque, d'un coût abordable pour la société en question et susceptibles d'avoir un impact sur la mortalité, la morbidité, les invalidités et la malnutrition.

Evolution:

C'est une procédure scientifique et systématique qui consiste à déterminer dans quelle mesure une action ou un ensemble d'actions atteignent avec succès un ou des objectifs préalablement fixés.

Normes :

Elles précisent les types de services offerts, les conditions minimales acceptables des performances et des qualifications requises pour chaque service offert [19].

Les procédures :

Elles décrivent les gestes logiques indispensables et nécessaires à l'offre des soins de qualité par les prestataires [51].

Mortalité maternelle :

C'est le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou le soin qu'elle a motivé, mais ni accidentelle ni fortuite [57].

Taux de mortalité maternelle:

C'est le nombre de décès maternels pour 100 000 grossesses, parfois exprimé pour 100 000 femmes en âge de procréer [57].

La grossesse:

C'est l'état qui débute par la fusion d'un spermatozoïde avec un ovule. Elle prend fin avec l'expulsion ou l'extraction d'un produit de conception [52].

Les facteurs de risque:

Un facteur de risque pendant la grossesse est une caractéristique qui, lorsqu'elle existe, indique que cette grossesse a une probabilité d'être compliquée [52].

Les facteurs de risque se classent en trois catégories:

- Les facteurs de risque antérieurs à la grossesse
- Les facteurs de risque apparaissant au cours de la grossesse
- Les facteurs de risque qui apparaissent au cours de l'accouchement

Les facteurs de risque antérieurs à la grossesse :

Il s'agit de: l'âge (inférieur à 16 ans ou supérieur à 35 ans), la taille (inférieure à 1,50 mètres), la grande multiparité, le niveau d'alphabétisation (analphabètes), le statut matrimonial (célibataire), les conditions socio-économiques défavorables, l'intervalle inter gènes inférieur à 24 mois, les antécédents obstétricaux (mort-né, mort intra utérine, les antécédents d'extraction instrumentale (Ventouse, forceps), les antécédents de césarienne, déchirure périnéale complète compliquée ou d'excision rituelle), le diabète, les pathologies cardio-respiratoires ou cardio-vasculaires sévères, etc.

Les facteurs de risque qui apparaissent au cours de la grossesse :

Il s'agit des métrorragies (avortement précoce ou tardif, hématome déciduale, placenta prævia, hématome retroplacentaire), de la prise brutale et importante de poids, de l'hypertension artérielle, de l'éclampsie, de la présentation de l'épaule ou du siège chez la primipare, des grossesses multiples, de l'anémie ou de la malnutrition etc.

Les facteurs de risque qui apparaissent au cours de l'accouchement :

Il s'agit de la rupture utérine ou de la souffrance fœtale aiguë, de la dystocie mécanique ou dynamique, de l'hémorragie de la délivrance ...

Grossesse à risque:

C'est une grossesse comportant un ou plusieurs facteurs de risque.

Grossesse multiple :

C'est une grossesse au cours de laquelle se développent dans l'utérus au moins deux fœtus.

Gestité : nombre total de grossesses contractées par une femme

Primigeste : il s'agit d'une femme qui fait sa première grossesse.

Paucigeste : c'est une femme qui est à sa deuxième ou troisième grossesse.

Multigeste: c'est une femme qui est à sa quatrième, cinquième ou sixième grossesse.

Grande multigeste: il s'agit d'une femme qui a fait sept grossesses ou plus.

Accouchement : terminaison de la grossesse après 6 mois révolus.

Parité : nombre total d'accouchements d'une femme.

Nullipare: il s'agit d'une femme qui n'a jamais accouché.

Primipare: c'est une femme qui a accouché une fois.

Paucipare: c'est une femme qui a accouché deux ou trois fois.

Multipare: c'est une femme qui a accouché quatre, cinq ou six fois.

Grande multipare: il s'agit d'une femme qui a accouché sept fois ou plus.

La maternité à moindre risque:

C'est mettre la femme enceinte dans des conditions qui lui permettent de choisir d'avoir un enfant, et si elle le fait, qu'elle soit rassurée de recevoir des soins pour la prévention et le traitement des complications de la grossesse, d'avoir accès à l'assistance d'un personnel qualifié à l'accouchement, à des soins obstétricaux d'urgence en cas de besoin et à des soins après la naissance, de manière à éviter les risques d'incapacité liée aux complications de la grossesse ou des risques de décès [55].

Cette définition se rapproche de celle de l'OMS donnée à la CIPD (Septembre 1994) et d'autres institutions et conventions. Elle rappelle que toutes les femmes doivent pouvoir choisir d'avoir des enfants et que celles qui font ce choix doivent être rassurées de bénéficier d'une surveillance prénatale de qualité, d'une assistance qualifiée à la naissance et pendant la période post-natale et d'éviter les risques de décès ou d'incapacité liée à la grossesse.

5 RESULTATS

5.1. Caractéristiques sociodémographiques des femmes enquêtées

Tableau I : Répartition des femmes selon le niveau d'étude

Niveau d'étude	Effectifs	Pourcentage
Fondamental	90	32,1
Supérieure	83	29,6
Medersa	53	18,9
Secondaire	50	17,9
Autres	4	1,4
Total	280	100

Autres : éducation non formelle, formation d'artisans etc

Le niveau fondamental était le plus représenté avec une proportion de 32,1%.

Tableau II : Répartition des femmes selon l'âge

Tranche d'âge	Effectifs	Pourcentage
15-19	36	12,9
20-24	102	36,4
25-29	79	28,2
30-34	31	11,1
35-39	17	6,1
40-44	11	3,9
45-49	4	1,4
Total	280	100

La tranche d'âge allant de 20 à 24ans était la plus représentée avec une proportion de 36,4%.

L'âge moyen était de 25,48 et l'âge médian de 25.

Tableau III : Répartition des femmes selon l'éthnie.

Ethnie	Effectifs	Pourcentage
Bambara	104	52,5
Dogon	22	11,1
Peulh	21	10,6
Malinké	18	9,1
Soninké	16	8,1
Sonrhäi	8	4,1
Senoufo	7	3,5
Tamashek	1	0,5
Bobo	1	0,5
Total	198	100

L'éthnie bambara était la plus représentée avec une proportion de 37,1%.

Tableau IV : Répartition des femmes selon la nationalité.

Nationalités	Effectifs	Pourcentages
Maliennne	198	70,8
Camerounaise	74	26,4
Béninoise	4	1,4
Togolaise	2	0,7
Burkinabé	2	0,7
Total	280	100

Les femmes de nationalité maliennne étaient les plus représentées dans 70,8% des cas.

Tableau V : Répartition des femmes selon le statut matrimonial.

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage (%)
Célibataire	147	52,5
Mariée	128	45,7
Divorcée	3	1,1
Veuve	2	0,7
Total	280	100

Les femmes célibataires étaient les plus représentées avec une proportion de 52,5%.

Tableau VI : Répartition des femmes selon la religion.

Religion	Effectifs	Pourcentages
Musulmane	219	78,2
Chrétienne	61	21,8
Total	280	100

Les femmes de religion musulmane étaient les plus représentées avec une proportion de 78,2%.

Tableau VII : Répartition des femmes selon la profession.

Profession	Effectifs	Pourcentages
Etudiante	77	27,5
Ménagère	76	27,1
Commerçante	47	16,8
Elève	45	16,1
Artisans	23	8,2
Aide ménagère	8	2,9
Fonctionnaire	4	1,4
Total	280	100

La profession étudiante était la plus représentée avec une proportion de 27,5%.

5.2. Connaissances et pratiques de la contraception

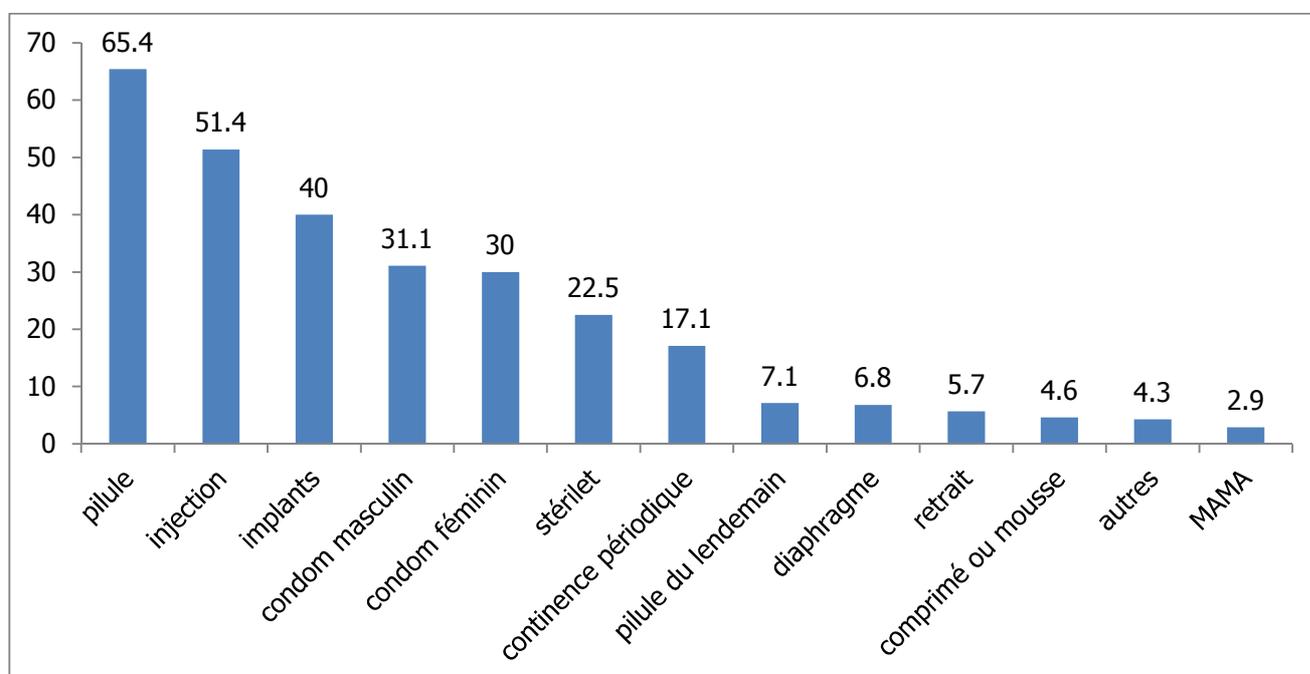


Figure 1 : Répartition des femmes selon les moyens de contraception cités spontanément.

La méthode la plus citée était la pilule dans 65,4% des cas.

Tableau VIII : Répartition des femmes selon les moyens de contraception connus.

Méthodes contraceptives	Connaissances				Total
	Oui		Non		
	n	%	n	%	
Condom masculin	264	94,3	16	5,7	280
Pilule	262	93,6	18	6,4	280
Injection	259	92,5	21	7,5	280
Implants	258	92,1	22	7,9	280
Contenance	239	85,4	41	14,6	280
Condom féminin	229	81,8	51	18,2	280
Stérilet	215	76,8	65	23,2	280
Diaphragme	201	71,8	79	28,2	280
Pilule du lendemain	183	65,4	97	34,6	280
Retrait	160	57,1	120	42,9	280
Comprimé	148	52,9	132	47,1	280
MAMA	125	44,6	155	55,4	280

La méthode de contraception la plus connue était le condom masculin dans 94,3% des cas.

Tableau XIX : Répartition des femmes selon la source d'information sur la contraception.

Sources d'information	Effectifs	Pourcentage
Télévision	96	34,3
Personnel de santé	92	32,9
Etudes	35	12,5
Ami	31	11,1
Radio	23	8,2
Mari	2	0,7
Journaux	1	0,4
Total	280	100

Autres : atelier de formation, campagne de sensibilisation, études.

La télévision était la source d'information la plus représentée avec une proportion de 34,3%.

Tableau X : Répartition des femmes selon le conseiller pour la contraception.

Conseiller pour contraception	Effectifs	Pourcentage
Vous-même	103	36,8
Agent de santé	40	14,3
Parent	28	10
Amie	18	6,4
Mari	14	5
Etudes	77	27,5
Total	280	100

Les femmes qui ont décidé d'adopter la contraception d'elles mêmes étaient plus représentées avec 36,8%.

Autres : celles qui n'ont pas été conseillées de faire la contraception.

Tableau XI : Répartition des femmes selon l'utilisation actuelle de la contraception.

Contraception actuelle	Effectifs	Pourcentage
Oui	97	34,6
Non	183	65,4
Total	280	100

Les femmes sans contraception actuelle étaient les plus représentées avec une proportion de 65,4%.

Tableau XII : Répartition des femmes sous contraception selon l'âge .

Intervalles (années)	Effectifs	Pourcentages
15-19	2	2,1
20-24	34	36,1
25-29	39	39,2
30-34	13	12,4
35ans et plus	10	10,3
Total	97	100

La prévalence contraceptive est plus élevée dans la tranche d'âge de 25-29ans dans 39,2% des cas.

Tableau XIII : Répartition des femmes sous contraception selon le niveau d'étude.

Niveau d'éducation	Effectifs	Pourcentages
Primaire	31	32
Secondaire	12	11,2
Supérieure	35	36,1
Medersa	19	19,6
Total	97	100

La prévalence contraceptive est plus élevée chez les femmes de niveau d'éducation supérieure dans 36,1% des cas.

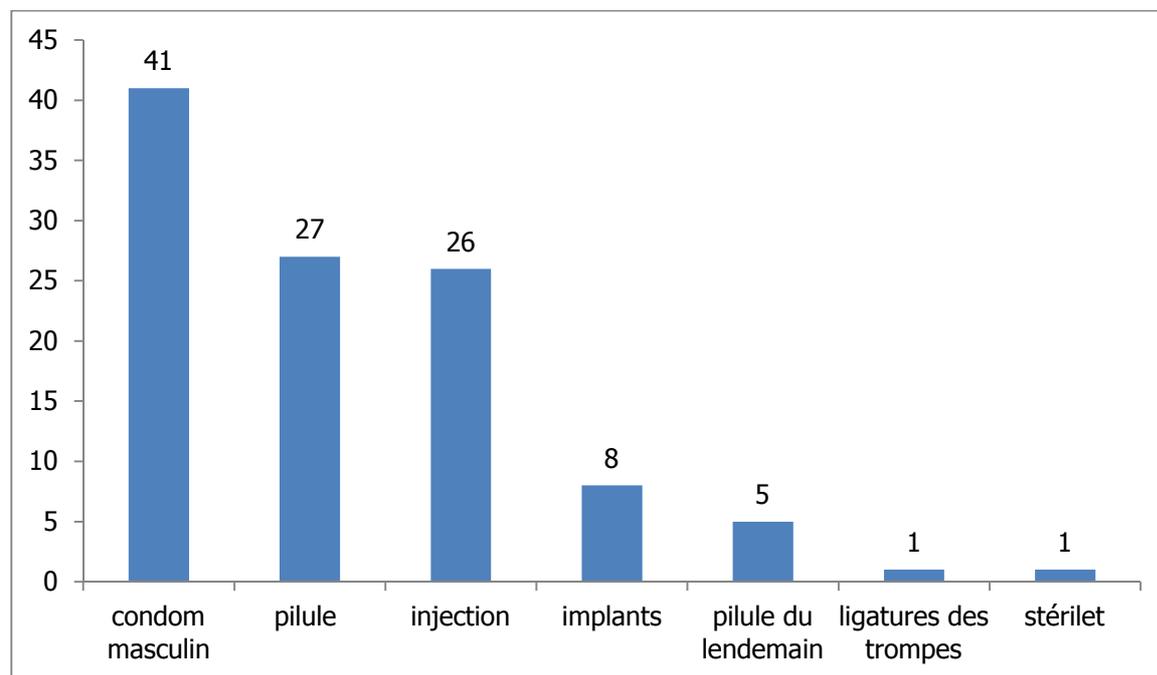


Figure 2 : Répartition des femmes la méthode de contraception actuelle.
Le condom masculin était le contraceptif le plus utilisé dans 41,84% des cas.

Tableau XIV : Répartition des femmes selon les raisons de la méthode de contraception actuelle.

Raisons	Effectifs	Pourcentage
Pas de grossesse pour le moment	29	20,6
Effets secondaires méthode précédente	24	17
Espacement des naissances	23	16,3
Facile	21	14,9
Naturelle	13	9,2
MST/SIDA	13	9,2
Fiabilité	11	7,8
Coût accessible	7	5
Total	141	100

La raison la plus représentée était le non désir de grossesse dans l’immédiat avec une proportion de 20,6%.

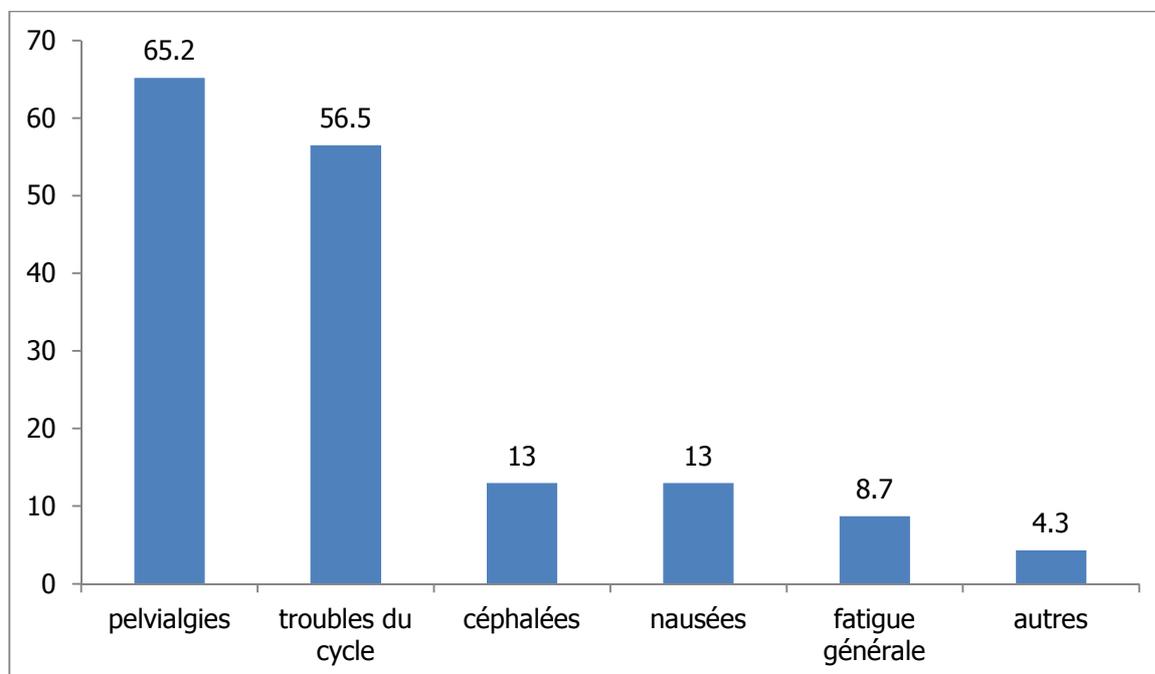


Figure 3 : Répartition des femmes selon les effets secondaires ressentis.

Les effets secondaires les plus retrouvés étaient les pelvialgies dans 65,2%.

Tableau XV : Répartition des femmes selon la source d’approvisionnement en contraceptifs.

Lieu de contraception	Effectifs	Pourcentage
Pharmacie	66	46,8
Centre de santé	45	31,9
Famille	20	14,2
Etudes	9	6,4
Médicaments de la rue	1	0,7
Total	141	100

La pharmacie était le lieu de contraception le plus représenté avec une proportion de 46,8%.

5.3. Pratiques de la consultation prénatale

Tableau XVI : Répartition des femmes selon la consultation prénatale à leur dernière grossesse.

Consultation prénatale	Effectifs	Pourcentage
Oui	167	94,9
Non	9	5,1
Total	176	100

Les femmes qui ont fait les consultations prénatales représentaient la majorité soit 94,9%.

Tableau XVII : Répartition des femmes selon le nombre de consultations prénatales effectuées.

Nombre de consultation prénatale	Effectifs	Pourcentage
1	9	5,4
2	16	9,6
3	23	13,8
4	61	36,5
5	20	12
6	20	12
7	5	3
8	8	4,8
9	2	1,2
10	3	1,8
Total	167	100

Les femmes qui avaient fait 4 consultations prénatales étaient les plus représentées avec une proportion de 36,5%. Le nombre moyen de CPN était de **4,3** par femme.

Tableau XVIII : Répartition des femmes selon la pratique des différentes composantes la consultation prénatale.

Composantes de la consultation prénatale	Effectifs	Pourcentage
Tétanos	167	94,9
Analyses sanguines	161	91,5
Fer	161	91,5
SP	158	89,8
MII	138	78,4

La vaccination antitétanique était la plus représentée avec une proportion de 94,9%.

Tableau XIX : Répartition des femmes selon la connaissance des signes de dangers au cours d'une grossesse.

Signes de danger	Effectifs	Pourcentage
Oui	167	94,9
Non	9	5,1
Total	176	100

Les femmes qui connaissaient les signes de danger de la grossesse étaient plus représentées avec une proportion de 94,9%.

Tableau XX : Répartition des femmes selon les signes de dangers connus.

Signes de danger	Effectifs	Pourcentage
Saignements vaginaux	176	100
Fièvre	176	100
Douleurs abdominales	176	100
Céphalées	160	91
Autres	50	28,4

Les signes de danger les plus connus étaient les saignements vaginaux la fièvre et les douleurs abdominales soit 100%.

Tableau XXI : Répartition des femmes selon la connaissance du plan d'accouchement.

Plan de préparation d'accouchement	Effectifs	Pourcentage
Transport	163	92,61
Trousse de la mère et l'enfant	168	96,6
Accompagnant (e)	167	60,8
Finances	170	96,6

La majorité des femmes avaient entendu parler du plan de préparation à l'accouchement dans une proportion de 96,6%.

Tableau XXI : Répartition des femmes selon la profession et le nombre de CPN

Profession	Nombre de CPN							
	1-3		4-6		7-10		Total	%
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
ménagère	18	37,5	40	39,6	10	55,6	68	40,7
Aide- ménagère	1	2,1	2	2	0	0	3	1,8
Fonctionnaire	1	2,1	1	1	1	5,6	3	1,8
Commerçante	13	27,1	22	21,8	1	5,6	36	21,6
Etudiante	6	12,5	10	9,9	2	11,1	18	10,8
Elève	6	12,5	16	15,8	0	0	22	13,2
Artisane	3	6,3	10	9,9	4	22,2	17	10,2
Total	48	100	101	100	18	100	167	100

Les ménagères sont les plus représentées avec une proportion de 40,7%.

Entretien de groupes focalisés

Nous avons constitué deux groupes :

Le premier groupe était constitué de femmes nullipares. Elles étaient au nombre de huit.

Le deuxième groupe était constitué de femmes multipares. Elles étaient au nombre de neuf.

Connaissez-vous des méthodes de planning familial ? Que pouvez-vous nous dire sur la planification familiale ? A-t-elle un intérêt pour vous ? Pourquoi ?

Les femmes des deux groupes ont déclaré connaître la planification familiale. Elles ont trouvé que la planification permettait à la maman de se reposer et de programmer la grossesse.

Etes-vous satisfaite des prestations des structures de santé en matière de contraception ?

Les femmes des deux groupes étaient satisfaites des prestations des structures en ce qui concerne la contraception car elles étaient bien accueillies par le personnel soignant.

Selon vous, que peut –on faire pour rendre les produits contraceptifs plus disponibles, accessibles et utilisables par les femmes, voire plus connue d’elles ?

D’après les participantes, on devait plus faire de campagne de sensibilisation et impliquer les époux dans le processus de planification.

Existent-ils des facilités ou des obstacles d'accès à la pratique contraceptive ?

Les principaux obstacles cités par les participantes étaient d'ordre financier, d'ordre religieux, l'absence d'éducation sexuelle, l'incompréhension et le manque d'implication de l'époux.

Que pouvez-vous nous dire sur la surveillance et la prise en charge de la grossesse dans votre communauté ?

La majorité des femmes trouvaient que la grossesse était bien surveillée dans la communauté et qu'il fallait car elle était bénéfique pour la mère et pour l'enfant.

***Dans votre communauté, les CPN répondent-elles à vos attentes ?
Connaissez-vous le contenu de la CPN ?***

Les CPN répondaient aux attentes de la majorité d'entre elles. En ce qui concernait le contenu de la CPN les femmes ont cité la pesée, la mesure de la tension artérielle, les analyses sanguines, la supplémentation en fer et acide folique.

Ont-elles un intérêt pour vous ? Justifiez votre réponse !

Les femmes ont répondu que les CPN étaient bénéfiques pour la mère et l'enfant du fait des analyses sanguines, du suivi, de la préparation de l'accouchement.

Existent-ils des obstacles qui se posent à la pratique de la CPN ? Quelles sont vos propositions pour améliorer la CPN dans votre communauté ?

Parmi les obstacles qui se posaient à la pratique de la CPN se posaient les plus récurrents étaient le volet financier elles trouvaient que la CPN coutait cher, le manque de personnel de sage-femme, et la perte de temps qu'une CPN impliquait du fait des longues file d'attentes.

6 Commentaires et discussion

Dans notre étude les étudiantes représentaient 27,5% de notre population, 52,5% des femmes étaient des célibataires contre 45,7% de mariées. Ces résultats diffèrent de ceux de SANSOUBA M.S[58] à Bougouni qui avait trouvé dans son étude 68,8% de mariées contre 27,3% de célibataires. L'ethnie bambara était la plus représentée avec 37,1%. Elles avaient un niveau fondamental avec 32,1% contre 1,4% pour les femmes sans niveau d'éducation.

La tranche d'âge de 20 à 24ans représentait 36,4% des cas extrêmes de 15 et 49ans. L'âge moyen était de 25,48ans.

La majorité des enquêtées avait entendu parler de la contraception en général et de la pilule en particulier dans 93,6% des cas. Ce taux est supérieur à celui trouvé par TOUNKARA B qui est de 66,33% chez les femmes du centre de santé de référence de Diéma[59] et de LENGLENGUE O[60] au Burkina où 86,5% des adolescentes de la commune rurale de Niaogho avaient entendu parler la PF. Cette différence pourrait s'expliquer par la proximité de l'hôpital et la présence d'étudiants en faculté de médecine.

Les moyens contraceptifs les plus connus étaient le condom masculin la pilule et le dépo provera avec respectivement : 94,3%, 93,6%, 92,5%.

Parmi les enquêtées, 85,4% connaissaient la continence périodique, 81,8% connaissaient le condom féminin, 76,8% connaissaient le stérilet, 71,8% connaissaient le diaphragme, 65,4% connaissaient la pilule du lendemain, 57,1%connaissaient le coït interrompu, 52,9% connaissaient le comprimé la mousse ou gelée , 44,6%connaissaient la méthode MAMA.

La principale source d'information était les médias et le personnel de santé. Ce résultat est similaire à celui trouvé par DIAWARA H dans une étude faite à Gao [61]. Parmi les femmes interrogées, 36,8% des femmes ont décidées elles mêmes de faire la contraception. Ce taux est inférieur à celui trouvé par TOUNKARA B soit 55.86%[59].

Les femmes sous contraception au cours de notre étude représentaient 34,6% de la population d'étude. Ce taux est similaire à celui que DIALLO S. avait trouvé en Guinée soit 35,% [63], à celui de LENGLENGUE O. au Burkina Faso 34,8% [60]. Notre prévalence contraceptive est supérieure à celle trouvée par LAURENCE R. à Madagascar 27% [60] mais inférieure celle d'ACMS au Cameroun soit 55% [62]. Ce taux est également supérieur aux prévalences contraceptives du Mali et de Bamako respectivement 6,13 et 11,08[54].

Dans notre étude 2% des femmes sous contraception appartenaient à la tranche d'âge des 15-19ans contre 39,8% chez les 25 à 29ans.

D'autres études attestent cette faible utilisation chez les adolescentes :

Au Mali 27.3% des adolescent(e)s du lycée Monseigneur Luc August SANGARE de Bamako utilisaient les méthodes contraceptives [64].

Selon les données réunies par la Population Référence Bureau (PRB) en Afrique, 34% des adolescents sexuellement actifs utilisent des méthodes contraceptives alors que dans le Sud-est Asiatique 28% des adolescents célibataires utilisent les méthodes de planification familiale [11].

Egalement les résultats des études effectuées à Hanoï et au Vietnam confirment la faible utilisation des contraceptifs, sur 78% de jeunes filles ayant entendu parler de la Planification familiale, seulement 26% avaient utilisé une méthode contraceptive, principalement le préservatif [11].

Les femmes de niveau supérieur pratiquaient le plus la contraception dans 36,7% des cas.

Les méthodes les plus utilisées étaient le condom masculin dans 41,84% des cas suivi par la pilule dans 27,6% et les contraceptifs injectables dans 26,5% contre 1% pour le stérilet.

Parmi les enquêtées 46,8% des femmes s'approvisionnaient en pharmacie. Ce taux est inférieur à celui trouvé par TOUNKARA B qui avait constaté que 66,67% s'approvisionnaient en pharmacie [59].

Toutes les femmes avaient entendu parler de la CPN.

La majorité d'entre elles soit 94,9% avaient fait des CPN au cours de leur dernière grossesse. Celles qui n'avaient pas ont évoqué des raisons financières.

La majeure partie de ces femmes soit 71,3% avait fait plus de 4 CPN avec une moyenne de 4,3. Ce taux est supérieur à celui trouvé par TALANI P. et G. MOYEN dans une étude réalisée au Congo Brazza où le taux moyen de CPN était de 3,4 [65]. Ceci pourrait s'expliquer par une proximité des établissements de santé. Cette moyenne est supérieure aux moyennes du Mali et de Bamako soit 2,16 [54].

Parmi les composantes de la CPN la vaccination antitétanique était la plus pratiquée dans 94,9% des cas. Ce résultat est similaire à celui de TRAORE I. à l'ADASCO soit 93,5% et supérieur à celui de Sangaré. F au Cs réf CIV: 69,2% [66].

La majorité de ces femmes soit 91,5% des femmes avaient bénéficié de leur supplémentation en fer et acide folique au cours de leur dernière grossesse. Ce taux est supérieur à celui trouvé par Sangaré F. au CSREF IV soit 73,3%. Par rapport à la chimio prophylaxie contre le paludisme, la SP (Sulfadoxine Pyriméthamine) a été réalisée chez 89,8% des femmes au cours de leur dernière grossesse. Ce taux est supérieur à celui de Sangaré .F au Cs réf CIV: 55,2% [63] et Traoré .I à l'ADASCO 49% [67].

L'utilisation de la moustiquaire imprégnée était la moins pratiquée. 78,4% des femmes enceintes dormaient sous moustiquaires au cours de leur dernière grossesse.

La majorité des femmes connaissait les signes de danger au cours d'une grossesse et du plan de préparation de l'accouchement.

7 CONCLUSION ET PROPOSITIONS

7.1 Conclusion

La prévalence contraceptive était de 34,6%, la moyenne d'âge de la population d'étude était de 25,48ans, les femmes de niveau fondamental et les étudiantes étaient les plus représentées (32,1%) (27,5%). La majorité des femmes déclaraient connaître la contraception (94,3%) mais seulement la moitié (34,6%) pratiquait la contraception. Les principaux obstacles à la pratique de la contraception sont liés aux craintes des effets secondaires, au coût, à la religion, à l'absence d'éducation sexuelle, à l'incompréhension et au manque d'implication du conjoint.

La majorité des femmes déclaraient connaître la CPN (100%) ; et 36,5% avait fait 4 CPN au cours de leur dernière grossesse. La majorité d'entre elles connaissait en partie le contenu de la CPN. Les obstacles à la pratique de la consultation prénatale étaient le coût, le temps d'attente, le manque d'information et enfin la mauvaise qualité des prestations dans les centres de santé.

7.2 Propositions

AU MINISTRE DE LA SANTE

- Créer des centres de distribution de contraceptifs à proximité des lieux d'habitation
- Faire des campagnes de sensibilisation et organiser des causeries sur la planification familiale
- Réduire les coûts de la consultation prénatale et des contraceptifs
- Assurer la formation d'un plus grand nombre de sage-femme et de gynécologues obstétriciens.

PRESTATAIRES DE SANTE

- Réorganiser les services
- Informer et expliquer l'intérêt de la consultation prénatale recentrée

MINISTRE DE L'EDUCATION DE BASE ET DE L'ALPHABETISATION

- Doter les infirmeries scolaires de contraceptifs
- Intégrer dans les programmes d'enseignement les cours d'éducation sexuelle
- Promouvoir l'éducation de la jeune fille

FAMILLES

- Faire l'éducation sexuelle en famille
- Impliquer davantage les époux dans les CPN et la contraception
- Respecter les consignes données par les agents de santé

8 REFERENCES

1. Anonyme www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/fr [consulté le 24 avril 2013]
2. Mortalité des mères en 1995, estimation de l'UNICEF et du FNUAP, 2001
3. MARIKO S., LIBITE PR., DIOP M., DEMBELE E., BA S., TRAORE SM., SAMAKE S. Enquête Démographique et de santé du Mali (EDS-IV) 2006 www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR199.pdf
4. Anonyme www.who.int/topics/family_planning/fr/ [consulté le 25 mars 2013]
5. . Organisation mondiale de la Santé (OMS). Choix de méthodes contraceptives : Population Council-1997 ; Mali
6. VITRAULLE M. L'avortement clandestin en Afrique, un drame silencieux qui tue 300 000 femmes tous les ans URL : <http://www.afrik.com>[consulté le 03 septembre 2011].
7. VOLOLONIRINA, R. Prise en charge de l'avortement chez les adolescentes. Mémoire de Fin d'études spécialisées. Institut National de Santé Publique et Communautaire. Madagascar ;
8. . ELIAS. Choix des méthodes contraceptives : Guide théorique et pratique. OMS : Egypte ; 1996 : 142.
9. KANE B : Connaissances et attitudes des étudiants de la FMPOS en matière de planification familiale Thèse Doctorat de l'université de Bamako. Mention: FMPOS. Option: Médecine. Bamako: Université de Bamako; 2005;87
10. Population-Reference-Bureau2009 <http://www.prb.org/DataFinder/Topic.aspx?cat=8> [consulté le 23 juin 2013].
11. Population reference bureau 2011. Un guide à l'attention sur la santé sexuelle et reproductive en Afrique de l'ouest francophone à l'attention des journalistes www.prb.org. 2011 [consulté le 22 juin 2013]
12. World health organization. Coverage of maternity care. A tabulation of available information, 3rd edition. Maternal Health and Safe Motherhood

- Programme, Division of Family Health, World Health Organization, Geneva. 1993.
13. Sacko M - Couverture prénatales et dépistage des facteurs de risque dans le district de Bamako. Enquête n°1. Thèse de santé publique de l'Université de Paris VI (ISD), 1998
 14. Rooney C. Antenatal care and Maternal Health. How effective is it? A review of the evidence. *Maternal and Safe Motherhood Programme, Division of Family Health, World Health Organization, Geneva.* 1992
 15. Anonyme. Déclaration universelle des droits de l'homme [consulté le 27 mai 2012]. URL : [http : //www.un.org/fr/documents/udhr](http://www.un.org/fr/documents/udhr): Egypte ; 1996 : 142.
 16. Conférence internationale pour la population et le développement www.unfpa-tunisie.org > *CIPD & OMD* [consulté 20mai 2013]
 17. AMPPF. Plan stratégique 2001-2005. Bamako : Déc.2000 :28
 18. Larousse médical 1995
 19. Rayton E (Armstrong S.) Prévention des décès maternels. OMS Genève, 1990 :231p
 20. Fondation Genevoise pour la Formation et la Recherche Médicales. Planification familiale, www.gfmer.ch/Cours/Planification_familiale.html [consulté le 23 juin 2013]
 21. Serfaty D. *La contraception. Doin éditeurs, Paris. 1986*
 22. Boubacar M. Etude épidémiologique du planning familial : Enquête auprès de 206 utilisatrices au centre de santé de référence de la commune I du District de Bamako d'Avril à Juin 2003. Thèse méd, Bamako 2003.
 23. Nian M. Approche épidémiologique de la grossesse chez l'adolescente à l'hôpital régional de Kayes. Thèse méd, Bamako 2000. (00M99)
 24. La contraception
- <http://www.contractions.org/html/index> [consulté le 10 janvier 2013]
25. Les contraceptifs injectables
- <http://search.fhi.org/sitesearch.asp?query=injectables+progestatif> [consulté 22 janvier2013]

26. L'allaitement maternel <http://www.FHI.org/fr/Topics/Breastfeeding.html> [consulté 10 janvier 2013]
27. International Development Research Centre. Planning traditionnel au Mali. Education sexuelle en Afrique tropicale 1973 ; p 54
28. Jean Claude L. Pour une éthique de la procréation. Paris, éditions du Cerf 1998 ; 2 : 31.
29. Fédération internationale pour la planification familiale. L'islam et la planification familiale Rabat 1971
30. - L'éducation sexuelle en ballottage.
www.uia.org/uiademo [consulté le 10 janvier 2013]
31. - Population Reports 2003. www.population-reports.org/pr/prf/fm17 [consulté 20 mai 2013]
32. Ta-Ngoc Chau. Aspect démographique de la planification de l'éducation. UNESCO 2002.
33. Ministère de la santé USAID 2003. Population développement et qualité de la vie au Mali.
35. TRAORE S. et col. Enquête démographique et de santé du Mali. Planification familiale. Bamako, Mali, EDS M III juin 2002 ; 450- 57-80
36. Nekan F. Les facteurs de risque de la grossesse chez l'adolescente célibataire de la commune IV. Thèse méd, Bamako 1995. (95M39).
37. Sangaré A. K. Connaissances, attitudes pratiques des adolescentes en matière des IST/ SIDA et de planification familiale, comportement en matière de sexualité dans 3 lycées du district de Bamako. Thèse méd, Bamako 2003. (03M6).
38. *Journée Mondiale Maternité sans risque. Eviter les grossesses non désirées 7 avril 1998*
39. Ordre des sages femmes du Mali. Bulletin Semestriel de l'ordre des sages-femmes du Mali Août 2005 – NUMERO 002

40. Oakley A. The capture womb. A history of the medical care of pregnant women, Oxford 1984. Basil Blackwell
41. Kessel E. Maternity care: its opportunity and limit to improve pregnancy outcome. In: Omran A.R, Martin J. and Aviado D.M. (Eds.) High risk mothers and newborns: detection, management and prevention, Ott Publishers Thun Switzerland 1987 pp. 375-393.
42. Lawson J.B. and Stewart D.B. Obstetrics and Gynaecology in the 52 Tropics and Developing Countries, Edward Arnold. London 1967 .
43. King M. Medical care in developing countries: a symposium from Makerere, 2nd edn. Nairobi 1970. Oxford University Press.
44. Van Der Does C.D and Haspels A.A antenatal care. In: Van der Does, C.D. and Harpels A.A (Eds.) Obstetrical and gynaecological hints for the tropical doctor, Utrecht: 1972 A. Oosthoek's. pp. 1-6.
45. Ross D.A The trained traditional birth attendant and neonatal tetanus. In: Mangay-Maglacas A. and Simons J. (Eds.) The potential of the traditional birth attendant, Geneva 1986: WHO. pp. 8-20.
46. Philpott R.H. The organisation of services in Africa. In: *Maternity services in the developing world* Philpott, R.H ed, pp. 131-142. London. 1979 Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.
47. Nesbitt R. and Aubry R. High risk obstetrics: II. Value of semiobjective grading system in identifying the vulnerable group. *Am. J. Obstet. Gynecol*, 1969. 103: 972-985.
48. OMS. *Pour une approche des soins de santé maternelle et infantile fondée sur la notion de risque. OMS, (Ed) 1 Genève* 1978.
49. Backett M, Davies A.M. and Petros-Barvazian A. *L'approche fondée sur la notion de risque et les soins de santé. Notamment la santé maternelle et infantile (y compris la planification familiale)*, Genève: OMS. 1984

50. Chng P.K, Hall M.H and Macgillivray I. An audit of antenatal care: the value of the first antenatal visit. *B. M. J.* 1980. 281: 1184-1186.
51. Procédures en santé de la reproduction, la santé de la femme ; soins prénatals recentrés, soins prénatals, soins post-natal, soins après avortement, pathologies génitales et dysfonctionnement sexuel chez la femme. Volume 4. juin 2005. Ministère de la santé de la république du Mali. 23p.
52. Merger R, Levy J, Melchior J : Précis d'obstétrique. 6^{ème} éd, Paris .Masson .1995 . Etude clinique de la grossesse normale 1995 :71-134. 2004 p 4
53. Monographie du Point G Mairie de la commune III
54. Direction nationale de la santé. Annuaire Système local d'information sanitaire 2011. Décembre 2012
55. CPS/MS, DNSI, DHS. – Rapport préliminaire de l'*Enquête démographique et de santé au Mali (EDSM) Macro* International. Bamako, Avril 2007
- 56.** Donabedian A. Exploration in assessment and monitoring, vol I-the definition of quality and approaches to it's assessment. Health administration press an arbor, Michigan, 1980.
- 57.** Puech F., Levy G. et Al: Mortalité maternelle; synthèse du rapport du comité national d'experts sur la mortalité maternelle: <http://www.sfmp.net/site/publications/journal/mortmat.html> [consulté 10 novembre 2012]
- 58.** SANSOUBA Mamou Sissoko : Planification familiale dans la commune urbaine de Bougouni. Thèse médecine, Bamako 2011/2012
- 59.** TOUNKARA Bakary. Etude des connaissances ;attitudes et pratiques des femmes sur la contraception dans le centre de santé de référence de Diéma. Thèse de médecine. Bamako 2009.
- 60.** LENGLENGUE O. Connaissances, attitudes et pratiques des adolescents en matière de planification familiale : cas de la commune rurale de Niaogho au Burkina Faso. Maitrise de l'Université Internationale d'Andalousie / Université Cheik Anta Diop de Dakar; 2010;.

- 61.** DIAWARA Halimatou Etude des connaissances attitudes et pratiques des méthodes de contraception par les élèves et étudiants dans le district de Bamako. Thèse médecine. Bamako 2008
- 62.** KOUAM FS. Analyse des déterminants de la pratique contraceptive moderne chez les femmes en union du Cameroun: cas de la ville de Yaoundé. Yaoundé: ACMS ; 2010
- 63.** DIALLO SYK. La Planification familiale en Guinée : Expérience de l'Association Guinéenne pour le Bien-Être Familial (AGBEF) à Conakry, de 2003 à 2007 ». Thèse Doctorat de l'université de Conakry. Option: Médecine. Université Conakry; 2010; 57
- 64.** KEITA M. Connaissances, attitudes et pratiques comportementales des adolescents du lycée monseigneur Luc August Sangaré de Bamako sur la planification familiale et les IST/VIH. Thèse Doctorat de l'université de Bamako. Mention: FMPOS. Option: Médecine. Bamako: Université de Bamako; 2008; 105
- 65.** TALANI P. et MOYEN G. La surveillance de la grossesse à partir des documents multiples Revue française de pathologie et santé publique tropicale.2001. Volume 61. N°2.p32.utilisés en CPN au Congo Brazzaville.
- 66.** SANGARE F : Evaluation de la qualité des consultations prénatales dans le centre de sante de référence de la commune IV du district de Bamako. Thèse de médecine 2007-2008.85 pages.
- 67.** TRAORE I : Évaluation de la qualité des consultations prénatales dans le Centre de santé communautaire « ADASCO » de Daoudabougou en commune V du district de Bamako. Thèse de médecine 2008-2009. 91pages

9 ANNEXES

9.1. Fiche signalétique

NOM : ZOUNA FOPA

PRENOM : Marie Michèle

Tel: 00223 76395614

E-mail: zerymah@yahoo.fr

ANNEE DE SOUTENANCE 2012-2013

TITRE DE LA THESE : Contraception et consultation prénatale recentrée dans le village du Point G

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

PAYS D'ORIGINE : CAMEROUN

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la faculté de médecine, et d'odontostomatologie

SECTEURS D'INTERET : Département de Santé Publique ; gynéco-Obstétrique ;

OBJET : Etudier la planification familiale et la consultation prénatale dans le village du Point G

RESUME

Notre étude a porté sur 280 femmes dans le village du Point G. Il s'agissait d'une étude transversale afin d'étudier les attitudes, les pratiques en matière de contraception et de la consultation prénatale dans le village du Point G.

La grande majorité des femmes enquêtées ont entendu parler de la PF (93,3%). Les principales sources d'information sont les médias (34,3%), les centres de santé (32,9%). Les méthodes contraceptives les plus connues sont : le condom masculin avec 94,3% et la pilule : 93,6%. La prévalence contraceptive dans la population d'étude s'élève à 34,6%. Les femmes enquêtées ont fait la consultation prénatale dans 94,9% des cas ; et 36,5% des femmes avaient fait 4 CPN. Les principaux obstacles sont les rumeurs/craintes, le manque d'argent, de connaissance et d'information et enfin la mauvaise qualité de prestation dans les centres de santé.

Mots clés : planification familiale, consultation prénatale, femmes, connaissance, prévalence, obstacles

NAME: ZOUNA FOPA

NAME: Marie Michèle

Tel: 00223 76395614

E-mail: zerymah@yahoo.fr

YEAR OF DEFENSE 2012-2013

TITLE OF THESIS: Contraception and antenatal refocused in the village of Point G

CITY OF DEFENSE: Bamako

COUNTRY OF ORIGIN: CAMEROON

PLACE OF FILING: Library of the Faculty of Medicine and Dentistry

AREAS OF INTEREST: Department of Public Health;

Obstetrics and Gynecology;

PURPOSE: To investigate family planning and antenatal cares in the village of Point G

SUMMARY

Our study included 280 women in Point G village. It was a cross-sectional study to investigate attitudes, contraception practices and antenatal care in the village of Point G. 93.3% of Women had heard of Family Planning; the main sources of information was media (34.3%) health centers (32.9%), contraceptive methods were mainly male condom: 94.3% and the pill: 93.6%. Contraceptive prevalence was 34,6% in the study population. 94.9% of Women surveyed did ANC and 36.5% did four ANC. The main barriers were the rumors / fears, lack of money, knowledge and information, and finally the poor quality of service in health centers.

Keywords: family planning, antenatal care, women, knowledge, prevalence, barriers

9.2.FICHE D'ENQUÊTE

*Bonjour mon nom est.....et je suis interne à la FMOS. Le but de mon travail consiste à recueillir des informations sur la contraception. Nous souhaitons que vous participiez à cette enquête. Ces informations seront utiles au gouvernement pour planifier les services de santé. L'entretien prends généralement 15 à 20 minutes. Les informations que vous nous fournissez sont strictement confidentielles et ne seront transmises à personne. La participation à cette enquête est volontaire et vous pouvez refuser de répondre à des questions particulières ou à toutes les questions. Nous espérons cependant que vous acceptez de participer à cette enquête car votre opinion est importante dans le pays.
Puis je commencer l'entretien maintenant ?*

I. DONNEES SOCIO DEMOGRAPHIQUES

1. Niveau d'étude : /___/ 1= primaire 2=secondaire 3=supérieure 4=Medersa 99=autres
2. Age: /___/___/ ans ;
3. Ethnie : /___/ 1=Bambara ; 2=Malinke ; 3=Peulh ; 4=Soninke ; 5=Sonrai ; 6=Dogon ; 7=Tamashek ; 8=Senoufo ; 9=Bobo; 99= autres
- 4.Statut matrimonial : /___/ 1=Célibataire; 2=Mariée ; 3=Divorcée ; 4=Veuve
- 5.Religion : /___/ 1=musulmane, 2=chrétienne, 3=autres
- 6.Profession : /___/ 1=Ménagère ; 2=Aide ménagère ; 3= Fonctionnaire/..../
4=Commerçante/..../ 5= étudiante/..../ 6=élève/..../ 99= autres.....

II. Antécédent gynéco obstétrique

- 7.Parité:/___/ 1=Nullipare ; 2=Multipare ; 3=Pauci pare ; 4=Grande multipare
- 8.Gestité:/___/ : 1=Nulli geste ; 2= Multi geste ; 3=Pauci geste ; 4=Grande multi geste/...../

9. Age du dernier enfant: /___/ 10. Nombre d'enfants vivants: /___/ 11. Nombre d'enfants décédés: /___/ 12. Nombre d'avortements: /___/ 13. Nombre d'années qui séparent vos derniers enfants: /___/

III. CONNAISSANCES ATTITUDES ET PRATIQUES DES FEMMES SUR LA CONTRACEPTION

14. De quelles méthodes ou moyens avez-vous déjà entendu parler?

Pour les méthodes non citées spontanément ; demander :

Avez déjà entendu parler de :

15. La pilule

Les femmes peuvent-elles prendre les pilules chaque jour pour éviter de tomber enceinte ? /___/ 1=Oui ; 2=non

16. DIU

Les femmes peuvent-elles se faire placer un stérilet dans leur utérus par une sage-femme ou un médecin pour ne pas tomber enceinte ? /___/ 1=Oui ; 2=non

17. Injection

Les femmes peuvent-elles avoir fait une injection faite par du personnel de santé pour éviter de tomber enceinte pendant un mois ou plus ? /___/ 1=Oui ; 2= non

18. Implant

Les femmes peuvent-elles se faire insérer sous la peau du bras plusieurs petits bâtonnets qui les empêchent de tomber enceinte pendant une ou plusieurs années ? /___/ 1=oui ; 2=non

19. Le condom féminin

Les femmes peuvent-elles se placer une capote en latex dans le vagin avant les rapports sexuels ? /___/ 1=Oui ; 2=non

20. Le condom masculin

Les hommes peuvent-ils mettre une capote de caoutchouc sur leur pénis avant les rapports sexuels ? /___/ 1=Oui ; 2=non

21. Le diaphragme

Les femmes peuvent-elles se placer un diaphragme dans leur vagin avant les rapports sexuels ?/___/ 1=Oui ; 2=non

22.Comprimé, mousse ou gelée

Les femmes peuvent-elles insérer un comprimé ou se mettre de la gelée ou de la crème dans leur vagin avant les rapports sexuels ?/___/ 1=Oui ; 2=non

23.Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)

Jusqu'à 6 mois après la naissance, et quand les règles ne sont pas encore revenues, une femme peut utiliser une méthode qui consiste à allaiter son bébé chaque fois qu'il le demande, de jour comme de nuit sans jamais lui donner aucun autre aliment/___/ 1=Oui ; 2=non

24.Rythme/continence périodique

Chaque mois qu'une femme est sexuellement active, elle peut éviter une grossesse en évitant les rapports sexuels les jours du mois où elle a plus de chance de tomber enceinte/___/ 1=Oui ; 2=non

25.Retrait

Les hommes peuvent-ils faire attention et se retirer avant l'éjaculation ?/___/ 1=Oui ; 2=non

26.Pilule du lendemain

En absence d'autre moyen de contraception ou de défaillance de la contraception habituelle, les femmes peuvent prendre des pilules dans les heures qui suivent les rapports sexuels jusqu'au 3^{ème} jour pour éviter une grossesse/___/ 1=Oui ; 2=non

27.Avez-vous déjà utilisé une ou des méthodes parmi celles citées ci-dessus ?/___/ 1=Oui ; 2=non

28.Si oui la ou les quelle(s)_____

29.Avez-vous déjà entendu parler d'autres méthodes ou moyens que les femmes peuvent utiliser pour éviter de tomber enceinte ?/___/ 1=Oui ; 2= non

30.Par quelles sources d'information avez-vous entendu parler de contraception ?/___/

1=Radio ; 2= télévision ; 3=journaux ; 4=ami ; 5=mari

6=Personnel de santé ; 99=autres

31. Avez-vous déjà utilisé un moyen quelconque ou essayé quelque chose pour retarder une grossesse ou éviter de tomber enceinte ?/___/ 1=Oui ; 2=non

32. Qui vous a conseillé de pratiquer la contraception ?/___/

1=Vous-même ; 2= Ami ; 3=mari ; 4=agent de santé ; 5=parent ;

99=autres

33. Qu'avez-vous fait ou utilisé ?.....

Maintenant, j'aimerais vous poser des questions sur votre méthode de contraception actuelle.

34. En ce moment faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour éviter de tomber enceinte ?/___/ 1=Oui ; 2=non

35. Quelle(s) méthode(s) utilisez-vous ?.....

36. Pourquoi avez-vous choisie cette méthode précisément ?.....

37. Depuis quand avez-vous commencé à utiliser cette méthode de façon continue ? ..

38. Où avez-vous obtenue la méthode actuelle quand vous avez commencé à utiliser ?

39. Quand vous avez obtenu la méthode de contraception actuelle, est-ce qu'on vous a parlé des effets secondaires qui peuvent survenir au cours de leur utilisation ?/___/

1=Oui ; 2=non

40. Vous a-t-on dit ce que vous devez faire si vous ressentiez des effets secondaires ou si vous aviez des problèmes ?/___/ 1=Oui ; 2=non

41. Aviez-vous été informée par le personnel de la santé ou du planning familial des autres méthodes de contraception que vous pouviez utiliser ?/___/

1=Oui ; 2=non

42. Quelles sont ces méthodes ?.....

43. Dans quel établissement avez-vous obtenu votre méthode actuelle de contraception ?.....

44. Avez-vous ressenti des effets secondaires après utilisation de cette méthode ?/___/ 1=Oui ; 2=non

45. Si oui lesquels _____

46. Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer des contraceptifs ?/___/

1=Oui ; 2=non

47. Quel est cet endroit ?.....

48. Au cours des 12 derniers mois ? Êtes-vous allée dans un établissement sanitaire pour recevoir des soins pour vous ?/___/ 1=Oui ; 2= non

IV- CONNAISSANCES ATTITUDES ET PRATIQUES DE LA CONSULTATION PRENATALE

49. Etes vous déjà tombé enceinte ?/___/ 1=oui ; 2=non

50. Cette grossesse était désirée ?/___/ 1=oui ; 2=non

51. Avez- vous déjà entendu parler de consultation prénatale ?/___/ 1=oui ; 2=non

52. Avez – vous fait une consultation prénatale ?/___/ 1=oui ; 2=non

53. Si oui Combien ?/___/

54. Avez vous les analyses biomédicales pendant votre grossesse ?/___/ 1=oui ; 2=non

55. Avez-vous utilisé la moustiquaire imprégnée d'insecticide pendant votre grossesse ?/___/ 1=oui ; 2=non

56. Avez pris des médicaments pour prévenir le paludisme pendant votre grossesse ?/___/ 1=oui ; 2=non

57. Avez- vous pris du fer+acide folique pendant la grossesse ?/___/1=oui ; 2=non

58- Avez-vous été vacciné contre le tétanos pendant la grossesse ?/___/ 1=oui ; 2=non

59. avez entendu parler des signes de danger au cours de votre dernière cpn ? 1=oui ; 2=non

60. Si oui lesquels ? _____

61. avez vous entendu parler du plan de préparation à l'accouchement ? /.../1=oui ; 2=non

62. Si oui lesquels ? _____

63. comment s'est terminée votre grossesse ?

Merci pour votre aimable coopération.

9.3. Guide d'entretien focalisé

Connaissez-vous des méthodes de planning familial ? Que pouvez-vous nous dire sur la planification familiale ? A-t-elle un intérêt pour vous ? Pourquoi ?

Etes-vous satisfaite des prestations des structures de santé en matière de contraception ?

Selon vous, que peut –on faire pour rendre les produits contraceptifs plus disponibles, accessibles et utilisables par les femmes, voire plus connue d'elles ?

Existent-ils des facilités ou des obstacles d'accès à la pratique contraceptive ?

Que pouvez-vous dire sur la surveillance et la prise en charge de la grossesse dans votre communauté ?

Dans votre communauté, les CPN répondent-elles à vos attentes ? Connaissez-vous le contenu de la CPN ?

Ont-elles un intérêt pour vous ? Justifiez votre réponse !

Existent-ils des obstacles qui se posent à la pratique de la CPN ? Quelles sont vos propositions pour améliorer la CPN dans votre communauté ?

9.4 Serment d' Hippocrate

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure !

perceptions et pratiques en matière de contraception et de consultation prénatale dans le village du Point G en commune III dans le district de Bamako

perceptions et pratiques en matière de contraception et de consultation prénatale dans le village du Point G en commune III dans le district de Bamako