

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

République du Mali

Un peuple - Un but - Une foi



Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2017 – 2018

N°...../

THESE

**CONNAISSANCES, ATTITUDES ET
PRATIQUES DE LA PILULE DU LENDEMAIN
PAR LES JEUNES DANS LA COMMUNE I DU
DISTRICT DE BAMAKO**

Présentée et soutenue publiquement le ... /.../2018
Devant la **Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie**

Par **M. Salmana BORE**

Pour l'obtention du Doctorat de médecine (**Diplôme d'état**)

JURY

PRESIDENT : Pr Soukalo DAO

Co- DIRECTEUR: Dr Adama DAOU

MEMBRE : Dr Modibo Djanguiné SOUMARE

DIRECTEUR : Pr Mamadou KONE

DEDICACES

Je dédie ce travail :

À ALLAH Le TOUT PUISSANT, le CLEMENT, le MISERICORDIEUX, gloire à lui; et à Mahomet que la paix et le salue éternel soit sur lui et ses disciples. Seigneur, fasse que ma vie et mes actions soient conformes à tes préceptes. Rafferme ma foi.

A mon Père : Boureima BORE

Tu as été pour nous un exemple de courage, de persévérance et de franchise dans l'accomplissement du travail bien fait.

Tu nous as appris le sens de l'honneur, de la dignité, de la justice, et le respect de soit.

Puisse cette thèse soit un témoin de tes conseils, de ton estime et de ta confiance.

Que Dieu te donne santé et longévité. Amen.

A ma mère Djénéba GUINDO

Femme infatigable, toujours soucieuse de l'avenir de tout un chacun de ses enfants.

Ton amour, ta témérité, ta générosité, ta modestie, ta grandeur d'âme ont contribué à la stabilité de notre famille.

Que le Seigneur te bénisse, te comble de toutes ses grâces et t'accorde santé et longévité.

A mon cousin Samba TRAORE

Vous avez été d'un soutien infailible tout au long de mes études.

Que ce travail soit un facteur de renforcement de nos liens et recevez ainsi toute ma gratitude.

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

Soyez rassurée de ma profonde reconnaissance.

REMERCIEMENTS

Je remercie mon président de thèse, Monsieur le Professeur Sounkalo DAO, pour m'avoir fait l'honneur de présider ma thèse, et pour l'intérêt qu'il y a porté.

Je remercie tous les membres du Jury, notamment Monsieur le Docteur Modibo Dianguina SOUMARE qui me fait l'honneur de juger cette thèse.

Je remercie tout particulièrement mes directeurs de thèse, le Professeur Mamadou KONE et le Docteur Adama DAOU, pour leurs conseils, leur soutien, leur disponibilité et leur enthousiasme.

Je remercie les jeunes filles qui ont eu la gentillesse de répondre à mon questionnaire.

Je remercie mes amis et ma famille, pour avoir toujours été là pour me changer les idées et me motiver.

HOMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Sounkalo DAO,

- Professeur Titulaire de Maladies Infectieuses et tropicales
- Chef du Département d'Etude et de Recherche(DER) de médecine et spécialités médicales de la FMOS ;
- Responsable de cours de maladies infectieuses à la FMOS
- Chercheur Senior au SEREFO - Centre VIH/TB à la FMOS, NIAIB institut nationaux de la santé (NIH) aux Etats Unis d'Amérique (USA)
- Président de la Société Malienne de Pathologie Infectieuse et Tropicale (SOMAPIT) ;
- Membre de la Société Africaine de Pathologie Infectieuse(SAPI) ;
- Membre de la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF)
- Chef de service de Maladies Infectieuses du CHU du Point G.

Cher Maître ;

C'est un privilège et un honneur que vous nous faites en présidant ce jury. Nous avons été profondément touchés par votre abord facile, votre générosité et votre souci du travail bien fait. Vos conseils et remarques ont été d'une grande utilité à l'amélioration de ce travail. Qu'il nous soit permis cher maître de vous exprimer notre profonde gratitude. Qu'ALLAH LE TOUT PUISSANT vous accorde une santé de fer inoxydable et une longue vie !

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Dr Adama DAOU

- Chef de département de formation de centre national d'appui à la lutte contre la maladie
- Trésorier général du conseil national de l'ordre des médecins
- Chargé de recherche

Votre apport au cours de l'élaboration de cette thèse a été d'une qualité inestimable; 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.

Qu'ALLAH vous accorde le succès!

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DE JURY

Dr Modibo Dianguina SOUMARE

- Gynécologue obstétricien
- Médecin chef adjoint du centre de santé de référence de la commune I du District de Bamako
- Chef de service de gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune I du District de Bamako
- Point focal du projet AFD (Agence Française de Développement)
- Spécialiste en planification suivi et évaluation de la FICR (Fédération Internationale de la Croix Rouge et de la Croissant Rouge)
- Superviseur national de GESTA international – Programme en santé pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale

Cher maître,

Votre modestie, votre courage, votre disponibilité et surtout votre souci constant pour le travail bien fait sont des qualités que vous incarnez.

Cher maître, toute notre fierté d'être encadré par vous, c'est l'occasion pour nous de vous remercier

Qu'ALLAH vous accorde le succès!

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Mamadou KONE

- Professeur titulaire de physiologie à la FMOS/FAPH
- Membre du comité scientifique international de la revue française de médecine de sport (Med sport)
- Membre du groupement latin et méditerranéen de médecine du sport.
- Président du collège Malien de réflexion en médecine de sport
- Secrétaire général de la fédération Malienne de taekwondo
- Directeur technique des compétitions sous régionales des établissements polytechniques,
- Médecin du sport,

Cher maître,

Nous tenons à vous dire toute notre reconnaissance pour avoir accepté de diriger ce travail malgré vos multiples occupations. Formateur émérite, votre générosité, votre modestie, votre rigueur et votre désir permanent de perfectionnement dans tout travail scientifique font de vous un maître exemplaire et reconnu de tous.

Nous avons eu la chance d'être un de vos élèves et soyez en rassuré que nous nous servirons, toute notre vie, des méthodes de travail que vous nous avez inculquées.

Qu'ALLAH vous accorde longue vie et une santé de fer!

SIGLES ET ABREVIATIONS

ATCD : Antécédent

ATN : Assistance Technique Nationale

CAP : Connaissance Attitude Pratique

COC : Contraceptifs Oraux Combinés

COP : Contraceptifs Oraux Progestatifs

CPF : Centre de Planification Familiale

CSCom : Centre de Santé Communautaire

CSRef : Centre de Santé de Référence

DIU : Dispositif Intra-Utérin

EDSM : Enquête Démographique et de Santé au Mali

HAS : Haute Autorité de Santé

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

LNG : Lévonorgestrel

M.A.M.A : Méthode d'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PF : Planification Familiale

PL : Pilule du Lendemain

RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat

SIDA : Syndrome d'Immuno Déficience Acquise

SPRM : Modulateur Sélectif des Récepteurs de la Progestérone

SSM: Statistique Sanitaire Mondiale

UPA : Ulipristal acétate

USAID: United States Agency for International development

US FDA: United States Food and Drug Administration

VIH: Virus de l'Immuno déficience Humaine

SOMMAIRE

I- INTRODUCTION -----	Page 1
II- GENERALITES -----	Page 6
III- METHODOLOGIE -----	Page 31
IV- RESULTATS -----	Page 40
V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION -----	Page 61
VI- CONCLUSION -----	Page 73
VII- RECOMMANDATIONS -----	Page 76
VIII- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES -----	Page 78
IX- ANNEXES -----	Page 85

Introduction

I - Introduction

La pilule du lendemain est une méthode de contraception hormonale d'urgence.

Les deux molécules utilisées sont, le Lévonorgestrel (LNG) (progestatif de 2ème génération) et Ulipristal acétate (UPA).

Au Mali, l'utilisation de la contraception moderne selon la l'EDSM-V 2012-2013 est estimée à 10% [37], 16% à Bamako [23] et 3,8% dans la Commune I du district de Bamako [24].

L'utilisation de la pilule du lendemain est liée à une absence ou un échec de contraception régulière.

Ainsi en Afrique subsaharienne, chaque année l'OMS estime à 2,2 millions le nombre de grossesses non désirées chez les adolescentes [1].

Ces grossesses sont des facteurs de risque de déscolarisation et ou de pratiques abortives clandestines chez les jeunes filles, source de complications obstétricales redoutables.

La crainte de ces complications pousse nombre de jeune fille à se rabattre sur la pilule du lendemain.

Ces produits, bien que disponibles en pharmacie en ventes libres sans prescription médicale obligatoire, ont pourtant des modalités d'usage bien précis gage d'efficacité.

Dans le contexte d'un pays en voie de développement avec un faible taux de scolarisation, l'utilisation adéquate de la pilule du lendemain représente un défi.

Une meilleure connaissance des attitudes, pratiques des jeunes filles sur l'utilisation de la pilule du lendemain, permettra de mieux élaborer les campagnes d'éducation sanitaire sur la santé de la reproduction.

Le but de ce travail est de rapporter les connaissances, attitudes et pratiques des jeunes filles de 15 à 25 ans sur la pilule du lendemain dans la commune I du District de Bamako.

OBJECTIFS

OBJECTIFS

OBJECTIF GENERAL :

Etudier les connaissances, attitudes et pratiques des jeunes sur la pilule du lendemain dans la commune I du District de Bamako.

OBJECTIFS SPECIFIQUES:

1. Décrire les caractéristiques sociodémographiques des jeunes ayant eu recours à la pilule du lendemain.
2. Décrire le niveau de connaissances des jeunes sur la pilule du lendemain.
3. Décrire les attitudes et pratiques des jeunes sur l'utilisation de la pilule du lendemain.

Généralités

II- GENERALITES

1. RAPPEL SUR LES DIFFERENTES METHODES DE 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 [9].

1 .1 Méthodes naturelles :

a) L'abstinence périodique :

S'abstenir pendant un moment du cycle. Comme méthode on a :

-Méthode du collier:

C'est une méthode qui est basée sur la connaissance de la fertilité du couple. Elle aide la clientèle couple à prévenir une grossesse non désirée, à l'aide d'un collier de <<perles>>.

Il est à noter que pour la méthode du collier, la cliente doit avoir un cycle menstruel compris entre 26 et 32 jours [8].

-La méthode de température :

Cette méthode repose sur l'évaluation de la température corporelle liée à la sécrétion de la progestérone par le corps jaune après l'ovulation.

Après l'ovulation, la température augmente de 0,2° à 0,4°C et reste élevée jusqu'à la prochaine menstruation. Il est alors conseillé au couple d'éviter les rapports sexuels du premier au troisième jour consécutifs de température élevée. Elle devient inutilisable en cas d'aménorrhée, de spanioménorrhée,

dans les suites de couches, en période péri ménopausique et chez les femmes ayant des cycles anovulatoires [36].

-La méthode de la glaire cervicale (Méthode de Billings) :

La glaire subit des changements avant et après l'ovulation. En effet à l'approche de l'ovulation, la glaire devient abondante et filante et cela s'accroît jusqu'à l'ovulation. Après l'ovulation la glaire s'épaissit et devient pâteuse. La femme en examinant sa glaire tous les jours peut détecter ces changements et ainsi connaître à peu près son jour d'ovulation.

Pour ne pas avoir d'enfant, elle doit s'abstenir des rapports jusqu'après l'ovulation qui est la phase de glaire pâteuse.

Méthode efficace sans effet secondaire, elle a des contraintes comme observation quotidienne de la glaire et une longue période d'abstinence(8).

b) L'abstinence complète :

Elle consiste à s'abstenir pendant toute la période où le couple ne veut pas d'enfant.

c) Le coït interrompu :

C'est le retrait du pénis du vagin avant l'éjaculation. Le taux d'échec contraceptif est de 4% [4, 16].

d) La méthode d'allaitement maternel et de l'aménorrhée (M.A.M.A) :

C'est une méthode qui consiste à allaiter l'enfant au sein pendant au moins les six (6) premiers mois ; cela entraîne un retard de retour de couche et donc une période d'anovulation [8].

1. 2. Les méthodes traditionnelles :

Ces méthodes reposent sur le vécu socio culturel des peuples, on peut citer ;

-Le tafo : Cordelette avec des nœuds, attachée autour du bassin de la femme dont le pouvoir repose sur la psychologie et aussi sur le vécu socioculturel (par exemple perd de son efficacité en cas de rapport avec un autre homme que son mari)(8).

-La toile d'araignée : Se place dans le vagin de façon à obstruer l'orifice externe du col, empêchant la montée des spermatozoïdes, donc méthodes de barrière [8].

-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 [8].

1.3. Les méthodes modernes :

1.3.1. Les contraceptifs hormonaux

a) Les contraceptifs oraux combinés COC :

Les COC ou pilules sont des comprimés composés de deux hormones synthétiques ; œstrogène et progestérone, très semblables à ceux que l'on retrouve dans le corps de la femme.

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.

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

b) Les contraceptifs oraux progestatifs ou COP :

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

Mode d'action

-Il inhibe la libération d'un ovule par l'ovaire.

-Il épaissit la glaire cervicale de sorte qu'il est plus difficile pour les spermatozoïdes de se rendre à l'ovule.

-Il modifie la paroi interne de l'utérus, ce qui rend l'implantation difficile.

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

c) Contraceptifs injectables : Progestatif administré par injection, à effet contraceptif prolongé. Cette méthode de contraception réversible est administrée par un professionnel de la santé dans le bras ou dans la fesse toutes les 12 ou 13 semaines (quatre fois par année)

Mode d'action Les contraceptifs agissent 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 [9].

Le taux d'échec contraceptif est de moins de 1% [27].

1.3.2) Les contraceptifs mécaniques

a) Préservatif masculin: appelé Capote anglaise ou condom. Capuchon en caoutchouc, en plastique très souple qui s'adapte à la verge, employé comme moyen de protection contre les maladies sexuellement transmissibles ou comme contraceptif. Le taux d'échec contraceptif est de 5% [4].

b) Préservatif féminin: Contraceptif féminin de barrière qui consiste en un disque souple de fin latex, bombé en coupole. Il se place en diagonale le long du vagin recouvrant la paroi supérieure et le col. Le taux d'échec contraceptif est de 2% [4].

c) Le diaphragme et cape cervicale

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.

d) Les dispositifs intra-utérins (stérilet)

Un dispositif intra-utérin (DIU) est un petit système qui est introduit dans la cavité utérine de la femme pour prévenir une grossesse. 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 [27].

Il existe différentes formes, différentes tailles. Le médecin choisira le stérilet le mieux approprié à chaque femme.

- Au cuivre

- Au progestatif

Le DIU au cuivre (TCu 380A) est le plus courant et il est efficace dès la pose pendant une période qui peut aller jusqu'à 12 ans [27].

1.4. Les autres méthodes modernes :

a) Spermicides:

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

Le taux d'échec contraceptif est de 18% [4].

b) Les implants-norplant :

Le système d'implants-Norplant se compose d'un jeu de six bâtonnets minces et flexibles en silicone. Le Norplant-2 (aussi appelé Jadelle) se compose de deux bâtonnets. L'Implanon est un système récent qui se

compose d'un seul bâtonnet. Les implants contraceptifs peuvent prévenir la grossesse pendant trois à cinq ans, suivant le type [27].

Le taux d'échec contraceptif est de 0,05 % [4].

c) Le patch:

C'est un patch de 20 cm² qui délivre une association oestro-progestative, comme une pilule à 20 microgrammes. Il bloque l'ovulation et en modifie la glaire cervicale.

Le taux d'échec contraceptif est de 0,3% en cas d'utilisation parfaite [4].

d) Contraception d'urgence(CU) :

L'expression contraception d'urgence ou pilule de lendemain désigne une contraception de «secours», utilisable par les femmes en situation d'urgence dans les quelques jours qui suivent un rapport non protégé pour éviter une grossesse non désirée. La contraception d'urgence n'est pas faite pour servir de méthode régulière de contraception [12].

2. LA CONTRACEPTION D'URGENCE (CU)

2.1 DÉFINITION DE LA CONTRACEPTION D'URGENCE (CU)

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la CU est une méthode de prévention secondaire intervenant lorsque la prévention primaire (la contraception régulière) est mise en échec. La CU peut être utilisée à n'importe quel moment du cycle, après tout rapport sexuel mal ou non protégé, pour éviter une grossesse non désirée [12].

Il s'agit donc d'éviter une grossesse qui pourrait survenir, soit parce que les partenaires n'ont pas utilisé de moyens contraceptifs (pilule, stérilet, etc.), soit du fait de la défaillance d'un moyen contraceptif (rupture de préservatif, etc.). Comme son nom l'indique, la contraception d'urgence est réalisée le plus tôt possible après le rapport sexuel, habituellement dans les 72 heures qui suivent. Son but est d'éviter une éventuelle fécondation, qui pourrait survenir si la femme se trouvait dans sa période de fécondité, voir d'empêcher l'implantation d'un ovule fécondé [5].

Deux méthodes de CU existent :

- La méthode mécanique par le dispositif intra-utérin (DIU) au cuivre ou stérilet, la plus efficace, mais peu utilisée car nécessitant une intervention médicale systématique.
- La méthode hormonale, dite «pilule du lendemain : PL» ou contraception hormonale d'urgence (CHU), méthode la plus répandue [12].

Les méthodes de contraception hormonale d'urgence [10] :

La contraception hormonale d'urgence actuelle consiste à administrer :

- Soit Lévonorgestrel (LNG) (progestatif de 2ème génération) : un comprimé de 1,5 mg, par voie orale, en une seule prise, le plus tôt possible après le rapport non ou mal protégé et au plus tard, 72 heures (trois jours) après ce rapport.



•Soit Ulipristal acétate (UPA) : un comprimé de 30 mg, par voie orale, en une seule prise, le plus tôt possible après le rapport non ou mal protégé et au plus tard, 120 heures (cinq jours) après ce rapport [10].



	Norlevo® 1,5mg	Lévonorgestrel Biogaran 1,5mg	EllaOne® 30mg
DCI	Lévonorgestrel	Lévonorgestrel	Ulipristal Acétate
Soumis à la prescription Médicale	Non	non	oui
Délai de prise	3 jours	3 jours	5 jours

2.2. MODE D'ACTION DE LA PILULE DU LENDEMAIN (PL)

2.2.1. Rappel sur le cycle ovarien [26] [29] [30] [31] [32] [33]

Le cycle ovarien ou cycle menstruel, qui est induit par des sécrétions hormonales de l'hypophyse et de l'ovaire, se manifeste par des modifications au niveau de l'ensemble de l'appareil génital, et dure en moyenne 28 jours.

Il débute à la puberté, et se répète inlassablement tout au long de la vie de la femme, et ceci, jusqu'à la ménopause. Ce cycle débute et se termine par les menstruations et comporte 3 grandes phases distinctes:

- la phase folliculaire
- l'ovulation
- la phase lutéale

L'hypothalamus secrète la GnRH (gonadotrophin-releasing hormone), celle-ci régulant la sécrétion hypophysaire de FSH (hormone gonadotrope folliculo-stimulante) et de LH (hormone gonadotrope lutéo-stimulante).

L'ovaire produit les stéroïdes sexuels, estrogène et progestérone. L'hypothalamus, l'hypophyse et l'ovaire (axe gonadotrope) sont liés par un système de rétrocontrôle, les hormones ovariennes étant capables, selon le moment du cycle d'inhiber (rétrocontrôle négatif) ou de stimuler (rétrocontrôle positif) la sécrétion hypothalamo-hypophysaire.

Chaque ovaire contient de nombreux follicules primaires (ou primordiaux) renfermant chacun un ovocyte. Périodiquement, un petit groupe de follicules entame un processus de croissance pour devenir des follicules préantraux. Ceux-ci sont constitués de deux types de cellules formant la granulosa, qui entoure l'ovocyte, et la thèque, en périphérie du follicule.

Phase folliculaire

Cette phase s'étend du 1^{er} jour du cycle jusqu'à l'ovulation qui a généralement lieu le 14^{ème} jour d'un cycle idéal de 28 jours. C'est la FSH qui, en se fixant au niveau de récepteurs situés dans la granulosa, permet la différenciation des follicules préantraux en follicules antraux, puis le recrutement de quelques-uns d'entre eux, pour aboutir à la sélection de un, voire deux follicules dominant, (follicule de De Graaf). Les follicules non parvenus à maturation disparaissent.

Au cours de chaque cycle, un ovocyte, contenu dans un follicule, arrive à maturité. Sous l'influence de la FSH, hormone produite par l'hypophyse, le

follicule sélectionné se gonfle à la surface de l'ovaire. Parallèlement, les ovaires sécrètent des hormones, les œstrogènes. Ces hormones vont agir sur la paroi de l'utérus et permettre à la muqueuse de la cavité utérine de se développer en vue de recevoir un éventuel embryon. Au quatorzième jour, le follicule se rompt et libère l'ovocyte parvenu à maturité qui est devenu ovule. Ce dernier quitte l'ovaire pour être ensuite aspiré par la trompe la plus proche. Le follicule, quant à lui, se transforme en "corps jaune".

Ovulation

Le pic plasmatique de LH, lié à une augmentation d'activité de la GnRH hypothalamique, permet au follicule d'achever sa maturation, puis induit sa rupture et l'expulsion de l'ovocyte dans la trompe (35 à 36 heures après le pic de LH). L'ovulation a lieu classiquement au 14^{ème} jour, avec des variations inter-et intra-individuelles. L'ovule survit environ 24 heures dans les voies génitales féminines. L'ovulation survient environ 400 fois dans la vie d'une femme.

Parallèlement, la glaire cervicale devient perméable, filante et abondante, le myomètre se contracte.

Phase lutéale

Après l'ovulation, le follicule se transforme en corps jaune. Celui-ci sécrète (via la granulosa) de la progestérone, de l'inhibine (rôle de rétrocontrôle négatif au niveau de l'hypophyse) et, en quantité plus faible, de l'estradiol. En l'absence de grossesse (fécondation et nidation), le corps jaune se sclérose, la chute des taux hormonaux entraîne la menstruation et la

montée progressive du taux plasmatique de FSH, dans les derniers jours du cycle, stimule le recrutement de quelques follicules primaires en vue du prochain cycle.

Au niveau de l'utérus, l'endomètre se développe et se prépare à une éventuelle nidation: sous l'action de la progestérone, la paroi de l'endomètre s'épaissit et se vascularise (phase sécrétoire). En l'absence de nidation, suite à la chute de progestérone, cette paroi va être éliminée en fin de cycle, ce qui déclenche les saignements (menstruation).

Rôle des hormones ovariennes

Les stéroïdes ovariens sont synthétisés dans les follicules à partir du cholestérol. Durant la phase folliculaire, une cascade de réactions permet aux cellules de la thèque de produire des androgènes, eux même transformés au sein de la granulosa en estradiol et estrone. Il n'y a pas de production de progestérone. La phase lutéale se caractérise par la production d'estrogène et de progestérone par le corps jaune. A noter qu'une partie des estrogènes est produite dans le tissu adipeux par transformation des androgènes circulants.

- Estrogène

Préparation de l'organisme à la fécondation et maturation folliculaire, prolifération des glandes de l'endomètre et augmentation de la contractilité du muscle lisse utérin (myomètre), production d'une glaire cervicale propice au passage des spermatozoïdes, maturation de l'épithélium vaginal et

développement de la glande mammaire. Autres tissu cibles: système cardiovasculaire et os.

- Progestérone

Effets globalement antagonistes à ceux des estrogènes. Arrêt de la prolifération endométriale, préparation de l'endomètre à la nidation, diminution de la contractilité du myomètre facilitant l'implantation éventuelle d'un œuf, arrêt de la production de glaire cervicale.

Caractéristiques générales du cycle menstruel normal

Par convention le premier jour du cycle menstruel correspond au premier jour des règles.

- Un cycle normal dure en moyenne 28 jours (25-34 j).
- L'hémorragie menstruelle dure en moyenne 4 jours (3-6 j)
- Une menstruation moyenne correspond à une perte de sang de 40 à 80 ml. 70% des pertes sanguines surviennent pendant les 2 premiers jours.
- La ménarche est l'apparition des premières règles survenant vers l'âge de 12 ans
- La ménopause correspond à la cessation de l'activité ovarienne : elle survient normalement entre 45 et 50 ans.

Le mécanisme physiologique du cycle menstruel est complexe, plusieurs éléments y interviennent et tous susceptibles de perturbations.

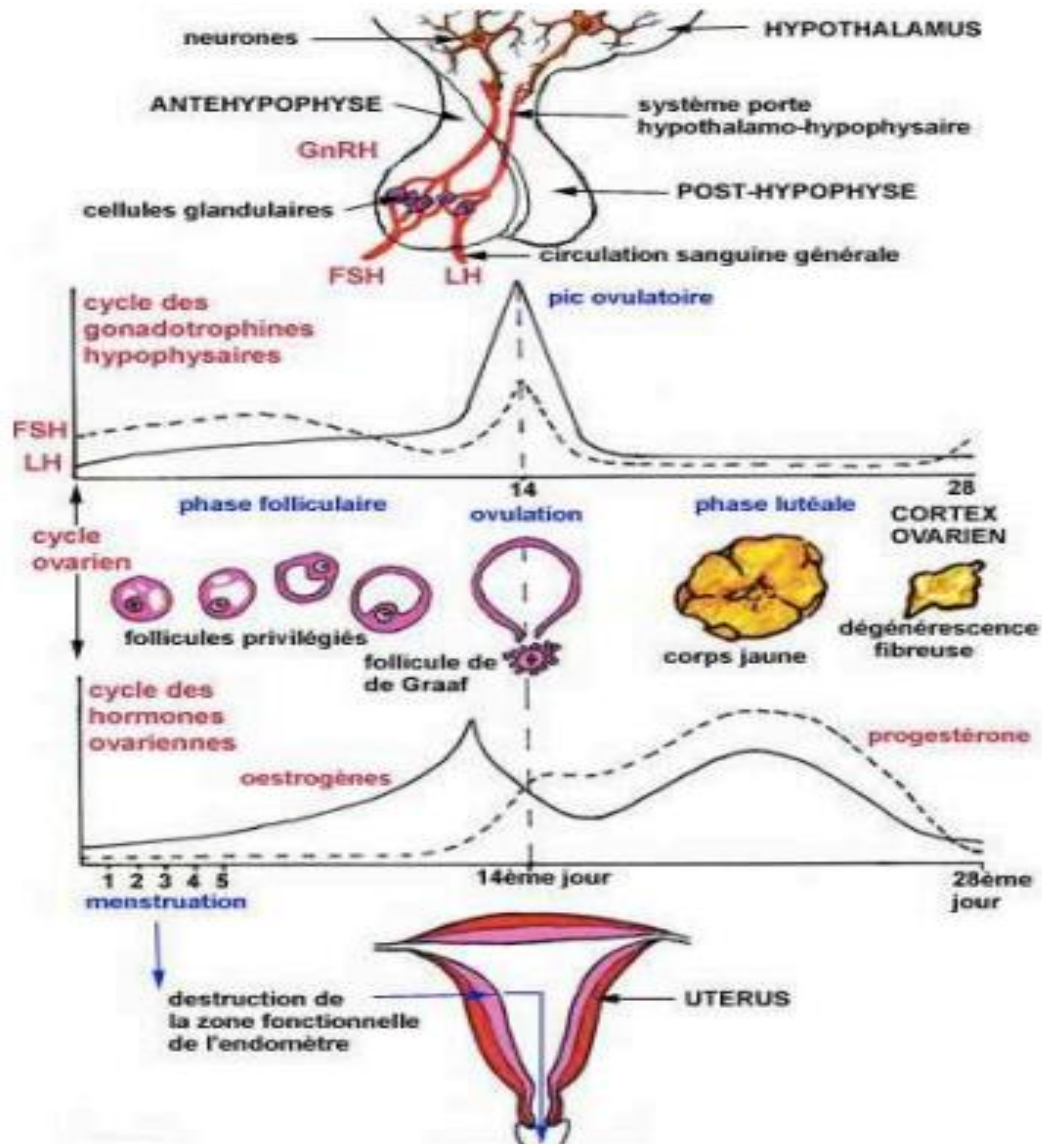


Schéma du cycle menstruel [26]

2.2.1. Mode d'action de la pilule du lendemain (PL)

Son mode d'action précis est de mieux en mieux connu ; elle retarde ou bloque l'ovulation, empêchant ainsi la fécondation mais également la nidation en agissant sur la mobilité des spermatozoïdes par effet sur la glaire cervicale [11].

Elles pourraient également éviter la fertilisation de l'œuf en agissant sur la muqueuse cervicale ou la capacité des spermatozoïdes à se fixer sur l'ovule [15].

En revanche, elle n'a pas d'effet une fois que la nidation a débuté ; c'est donc une méthode contraceptive et non un abortif [15].

2.3. EFFICACITÉ DE LA PILULE DU LENDEMAIN (PL)

La contraception hormonale d'urgence n'est pas efficace à 100%.

Son efficacité est d'autant plus grande que sa prise est précoce après le rapport sexuel non ou mal protégé.

Efficacité du Lévonorgestrel [6] :

On compte **95%** d'efficacité si la pilule du lendemain est prise dans les 24 heures suivant le rapport sexuel, **85%** d'efficacité 24 à 48 heures après le rapport et **58%** d'efficacité 48 à 72 heures (3 jours) après.

Délai de prise de	Efficacité
Lévonorgestrel (après le rapport sexuel non ou mal protégé)	(diminution du risque de grossesse)
moins de 24 heures	95 %
de 24 à 48 heures	85 %
de 48 à 72 heures	58 %

Efficacité de l'Ulipristal Acétate:

Il a une efficacité supérieure à celle du Lévonorgestrel entre 25 et 48h, soit un taux global de grossesse observé dans les 72 premières heures de 1,51%. Entre 48 et 120heures après le rapport sexuel possiblement fécondant, le taux de grossesse est de 2,1%. Il est donc efficace jusqu'à 5 jours après le rapport non protégé(34).

L'efficacité de la contraception hormonale d'urgence dépend également de la date du rapport sexuel pendant le cycle menstruel [35].

Le Lévonorgestrel empêche l'ovulation dans 83% des cycles menstruels lorsqu'il est administré en présence d'un follicule ovarien de 12-14 mm. Ce stade est encore tôt dans le processus ovulatoire et le risque de conception chez les femmes ayant des cycles réguliers est alors inférieur à 30% [12].

Lorsque le follicule atteint 18-20 mm (l'ovulation devrait avoir lieu dans les 48 heures suivantes), la probabilité de conception est de plus de 80%. Dans ce cas, l'ovulation n'est empêchée par le Lévonorgestrel que dans 12% des cycles [12].

En revanche, lorsque l'Ulipristal Acétate est donné en présence d'un follicule mesurant 18-20 mm, il empêche l'ovulation dans 60% des cycles. Il prévient donc potentiellement nettement plus la grossesse chez les femmes à cette période du cycle que ne le fait le lévonorgestrel.

Ainsi, pour les praticiens, la consultation de base pour la contraception hormonale d'urgence implique de poser la question à la femme de la date de

son dernier cycle menstruel, non seulement pour éliminer une grossesse existante mais aussi pour apprécier le risque réel de conception et décider de la molécule à prescrire[12]. Il faut signaler que le jour de l'ovulation varie d'un cycle à l'autre chez une même femme, même chez les femmes ayant des cycles réguliers. Par ailleurs, les femmes ne connaissent pas toujours la date exacte de leur dernier cycle. De plus, elles peuvent avoir des cycles irréguliers. Ainsi, des grossesses peuvent survenir même si le risque théorique de grossesse est bas [12].

2.4. CONDITIONS D'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION HORMONALE D'URGENCE (CHU):

Elle n'est pas destinée à être utilisée de façon régulière car il y a alors un plus grand risque d'échec qu'avec les contraceptions régulières; c'est un moyen de rattrapage [12].

Il n'est pas recommandé d'utiliser plusieurs fois au cours d'un même cycle la CHU mais ce n'est pas contre-indiqué.

Elle ne protège pas contre les infections sexuellement transmissibles (IST). Il faut donc faire un interrogatoire sur les risques d'IST lors de sa prescription [12].

Il est nécessaire d'utiliser une contraception locale après son utilisation jusqu'au retour des règles suivantes.

Après la prise de contraception hormonale d'urgence, en cas de retard de règles de plus de 5 à 7 jours par rapport à la date attendue, de saignements anormaux à la date prévue des règles ou de symptômes

évocateurs de grossesse, il faut recommander à la patiente de réaliser un test de grossesse [12].

La prescription de la CHU est également l'occasion d'un conseil et de la mise sous contraception régulière.

2.5. CONDITIONS D'ACCÈS À LA CONTRACEPTION D'URGENCE CHU

Depuis 1999, les conditions d'accès aux CHU à base de Lévonorgestrel ont été largement améliorées.

Délivrance en pharmacie :

La délivrance en pharmacie se fait dorénavant sans prescription médicale obligatoire(12).

Délivrance en Centre de Planification familiale (CPF) :

Elle y est fournie, après une consultation médicale.

Délivrance par les sages-femmes :

Depuis 2005, les sages-femmes peuvent prescrire les CHU(12). Ces conditions ne sont valables que pour les CHU à base de Lévonorgestrel.

Les CHU à base d'Ulipristal Acétate (EllaOne®) n'est pas disponible au Mali. En France les CHU à base d'Ulipristal Acétate (EllaOne®) n'étant sur le marché en Europe depuis 2010, elles sont actuellement sous surveillance des agences de sécurité du médicament et disponibles uniquement sur prescription(12).

En raison de leur absence de contre-indication et si elles ne révèlent aucune innocuité, on peut penser qu'à terme, elles seront en libre accès, elles-aussi(12).

3. ÉTAT ACTUEL DE LA COUVERTURE CONTRACEPTIVE AU MALI

3.1. LA CONTRACEPTION RÉGULIÈRE

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

Selon l'enquête démographique et de santé au mali (EDSM-V) 2012-2013 [37], parmi les femmes de 15-49 ans en union, 10 % utilisaient, au moment de l'enquête, une méthode contraceptive, essentiellement une méthode moderne. Les implants, (2,5%), la pilule (2,7 %) et les injectables (4 %) sont les méthodes les plus utilisées.

- Environ 72 % d'utilisatrices actuelles de la contraception moderne s'adressent au secteur public, 23 % au secteur médical privé et moins de 6 % à d'autres sources pour se procurer leur méthode.
- Parmi les femmes de 15-49 ans en union, 26 % ont des besoins non satisfaits en matière de planification familiale : environ 19 % pour espacer et 7 % pour limiter les naissances.
- Au cours des derniers mois ayant précédé l'enquête, 37 % des femmes ont déclaré ne pas avoir été exposées à des messages relatifs à la planification familiale, ni par le biais de journaux/magazines, ni par la radio, ni par la télévision. Chez les hommes de 15-49 ans, cette proportion est de 34 % [37].

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 [9].

3.2. LES GROSSESSES NON DÉSIRÉES

La non-satisfaction des besoins de planification familiale, associée à l'échec occasionnel des méthodes contraceptives, est responsable de millions de grossesses non prévues chaque année en Afrique subsaharienne [3]. Ainsi chaque année, on estime à 2,2 millions le nombre de grossesses non désirées chez les adolescentes en Afrique subsaharienne et 92 % de ces grossesses non désirées se produisent parmi les adolescentes qui utilisent des méthodes traditionnelles ou aucune méthode contraceptive [1].

Selon Comparad on dénombre 220 000 à 350 000 grossesses non désirées chaque année en France. Ce qui représente 33% des grossesses. Ces grossesses non désirées sont la conséquence d'absence de contraception (30%) et d'échec de contraception (60%) [12].

Or, il est établi que 50% des grossesses non planifiées finissent par une interruption volontaire de grossesse [12].

3.3. LES AVORTEMENTS

L'OMS évalue à 53 millions le nombre de grossesses terminées par un avortement volontaire chaque année dans le monde, et pour 1/3 d'entre elles dans des conditions désastreuses, non médicalisées, provoquant 50000 à

100000 décès et un nombre encore beaucoup plus conséquent de complications et de mutilations définitives [15].

Les jeunes femmes représentent une proportion importante des avortements non médicalisés. Près de 14% de l'ensemble des avortements non médicalisés dans les pays en développement concernaient les femmes de moins de 20 ans [1].

Dans les pays en développement, deux avortements non médicalisés sur cinq concernent les femmes de moins de 25 ans, et une femme sur sept ayant un avortement non médicalisé a moins de 20 ans [1].

Selon Guillaume et Molmy 2003, la proportion des femmes ayant pratiqué au moins un avortement à Bamako est de 5 à 20% [17].

3.4. LA CONTRACEPTION HORMONALE D'URGENCE

Dans les années 1960, de fortes doses d'œstrogène sont été utilisées comme contraception d'urgence et dans les années 1970, la méthode de Yuzpeœstro progestative. Le lévonorgestrel (NORLEVO®) était approuvé en France en avril 1999. D'abord utilisé à raison de 2 prises à 12 heures d'intervalle, en novembre 2004 fut lancé le NORLEVO® 1,5 mg en prise unique.

L'ulipristal acétate développé pour la contraception d'urgence a été approuvé par l'Agence européenne des médicaments en mai 2009 et par l'US Food and Drug Administration (États-Unis FDA) en Août 2010. En France le 1er octobre 2009, l'innovation fut le lancement d'ellaOne® contenant 30 mg d'ulipristal acétate (UPA). Il s'agit d'un SPRM, modulateur sélectif des

récepteurs de la progestérone. À l'heure actuelle, il n'est pas disponible au Mali.

L'information sur la contraception d'urgence est plus que nécessaire auprès des femmes mais aussi des prescripteurs afin d'anticiper et de mieux gérer les transitions et les erreurs contraceptives. Ainsi l'étude COCON (2003) indique que 21% des IVG ont lieu chez des femmes utilisant une pilule contraceptive, 1 grossesse sur 3 est non prévue et 62 % de ces grossesses se terminent par une interruption volontaire de grossesse. Enfin 40 % des femmes auront recours à l'IVG au cours de leur vie reproductive. Par ailleurs On sait combien les oublis de pilule sont fréquents, 60 % des femmes l'ont oublié au moins 1 fois dans les 6 derniers mois, 21 % au moins 1 fois par mois, 21 % 1 fois tous les 3 mois, 13 % tous les 6 mois et 11 % 1 fois par an [13].

3.5. MODALITÉS D'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION HORMONALE D'URGENCE (CHU)

Les pilules contraceptives d'urgence (PCU) sont désormais disponibles dans de nombreuses pharmacies en commune I du district de Bamako mais n'ont pas eu l'effet attendu sur le taux de grossesses non désirées.

Les jeunes femmes de 15 à 24 ans présentent le besoin de contraception non satisfait le plus élevé en Afrique subsaharienne, suivi de l'Amérique latine et des Caraïbes, et de l'Asie du Sud et du Sud-Est [1].

La HAS constate que l'utilisation la pilule de lendemain en France a doublé au cours des dix dernières années, avec une stabilisation depuis 2010 où

1,3 million de boîtes avaient été vendues. Ce sont les 15-19 ans qui y ont le plus recours avec 20,5% qui reconnaissent y avoir eu recours au cours des 12 derniers mois, contre 11,1% chez les 24-25 ans et 6,7% chez les 25-29 ans [16].

Méthodologie

IV- METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude

L'étude s'était déroulée en commune I du district de Bamako.

1 .1. Présentation de la commune (24)(25)

1.1.1. Historique :

La commune I a été créée par l'ordonnance 78-32/CMLN du 18 Août 1978 qui fixe le statut du district de Bamako. Elle est constituée de neuf quartiers dont le plus ancien du district autour duquel s'est construit jadis le village de Bamako : Sikoro. Les Niaré sont les fondateurs de ce quartier qui, par la suite, vont créer un second quartier qui portera leur nom Niaréla.

1.1.2 Caractéristiques sociodémographiques et géo sanitaires de la commune

Située à l'Est du District de Bamako sur la rive gauche du fleuve Niger, la commune I compte neuf quartiers répartis en quatorze aires de santé (deux non fonctionnelles). Sa superficie est de 34,26 km², soit 12,83% de la superficie totale du District de Bamako. La population actuelle est estimée à 411586 habitants, et une densité moyenne de 9 048 habitants/km en 2009.

Les quartiers les plus vulnérables de la commune I sont les quartiers de Bankoni, Sikoroni et Kouloubani. Ce sont des quartiers fortement peuplés où l'on retrouve le plus fort taux de personne/ménage (15 à 20

personnes). Dans les autres quartiers de la commune la taille du ménage est relativement réduite à 5 ou 6 personnes avec peu d'enfants.

Le district de Bamako a un statut particulier et chaque commune assure aussi bien la responsabilité de la gestion des CSCom, que celle du CSRef (premier centre de référence au niveau de la pyramide sanitaire du pays). Les communes de Bamako correspondent aux cercles des régions. On retrouve la présence d'un CSRef dans chaque commune. La Direction Régionale de la Santé coordonne les activités de santé de tous les CSRef du District de Bamako. Les CSRef à leur tour, supervisent les activités des CSCom. Sur le plan politico-administratif, la gestion de la santé fait partie des compétences que l'État a transférées aux Collectivités Territoriales.

La commune I est limitée :

- au Nord par le cercle de Kati
- au Sud par le fleuve Niger
- à l'Ouest par la commune II (le marigot de Banconi limitant les deux collectivités) ;
- à l'Est par le cercle de Koulikoro.

Située dans la périphérie Est de Bamako, la commune I, notant l'importance numérique de sa population, est restée en marge du processus d'urbanisation.

Elle est divisée en neuf quartiers dont seulement deux sont entièrement lotis (Korofina nord et Djélibougou), quatre sont partiellement lotis

Boukassoumbougou, Korofina sud, Banconi et Doumanzana), tant dis que trois ne sont pas encore lotis (Fadjiguila, Sikoro et Sotuba).

Son relief est caractérisé par des plateaux et collines du type granitique avec un sol accidenté de type latéritique, ce qui représente quelques difficultés pour l'aménagement d'infrastructure d'assainissement.

Son climat de type tropical est caractérisé par :

- une saison sèche : froide de Novembre à Janvier et chaude de Février à Mai
- et une saison humide : chaude de Juin à Octobre

La commune I est drainée par quatre marigots, Banconi, Molobalini, Faracoba et tienkolé (Faraconi), alimentés en saison pluvieuse par les eaux de ruissellement de la colline du point G et s'écoulant du nord au sud. La mauvaise gestion de ces marigots pose un certain nombre de problèmes de santé en tant que foyer de maladies transmises par les insectes (paludisme), par la pollution des eaux par l'infiltration, les odeurs et les mouches, rats et cafards (transmission de germes). De plus, ces marigots sont parfois des lieux de prolifération des déchets ménagés et des dépotoirs anarchiques.

Ce qui pose sans doute des problèmes de pollution des eaux souterraines. La perméabilité du sol favorise la pollution progressive des nappes. On y trouve des concentrations de pesticides, nitrates, métaux lourds, supérieures aux normes de l'OMS.

La présence de ces marigots et du fleuve Niger entraîne occasionnellement des inondations obligeant à déplacer des foyers et responsable de destructions d'habitats précaires.

Au niveau des voies de communication et du transport, la commune est traversée par une voie ferrée en provenance de Koulikoro et une route principale goudronnée la reliant au centre ville. La circulation est dense et pour le moins peu sécuritaire, notamment au niveau des transports collectifs. Cette circulation pose à la fois des risques d'accidents et de nuisances tant au niveau sonore qu'au niveau de la pollution atmosphérique aggravant les problèmes respiratoires.

Toutes les ethnies sont retrouvées dans la population de la commune.

Sur le plan d'assainissement, elle est confrontée aux problèmes suivants :

- insuffisance de dépotoirs officiels aménagés ;
- prolifération des dépôts anarchiques ;
- insuffisance des installations sanitaires ;
- et absence de caniveau.

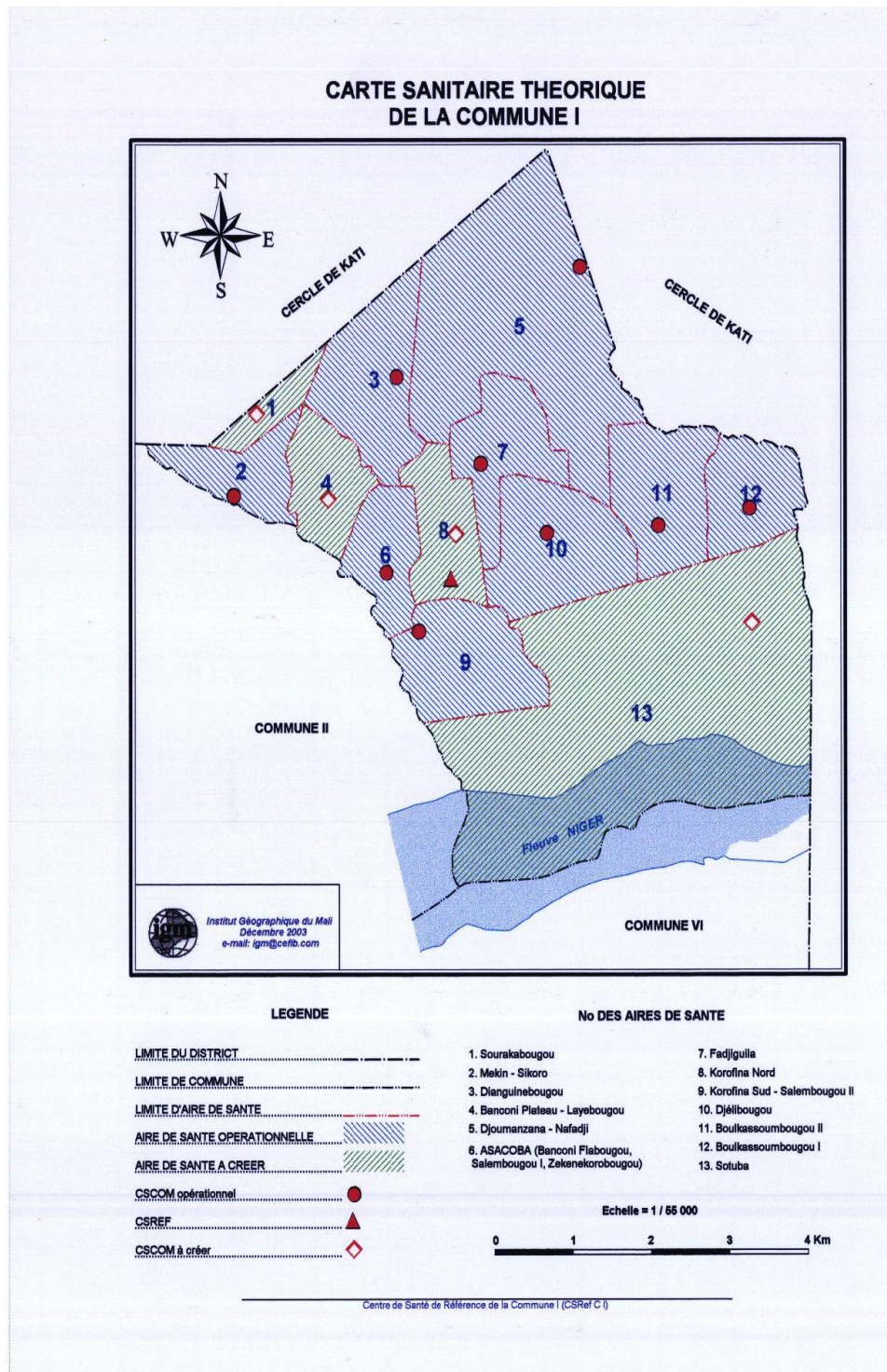
1.1.3 L'économie :

Son économie est basée sur les trois secteurs, à savoir :

- le secteur primaire : l'agriculture (maraîchage), pêche et élevage ;
- le secteur secondaire : l'artisanat et petite industrie (boulangerie) ;
- le secteur tertiaire : petit commerce.

En commune I, les populations vivent à moins de cinq kilomètres d'un établissement de soins de santé primaire.

Figure N°1 : la carte sanitaire de la commune I(25)



2. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude transversale descriptive chez les jeunes de 15 à 25 ans, ayant recours à la pilule du lendemain.

3. Période d'étude

L'étude s'est déroulée du 11 novembre 2013 au 30 mai 2014 soit une durée de 6 mois.

4. Population d'étude

Toute jeune fille âgée de 15 à 25 ans ayant recours à la pilule du lendemain, acceptant de participer à l'étude, après un consentement éclairé.

5. Discussion Méthodologique

5.1. Définition de cas : Toute jeune fille de 15 à 25 ans incluse se présente au CSref de la commune I ou dans une officine de la commune I pour se procurer de la pilule du lendemain pendant la période de l'étude.

5.2. Critère d'inclusion

Toute jeune fille répondant à la définition du cas.

5.3. Critère de non inclusion

Les jeunes filles ayant un autre motif.

6. Collecte de donnée

En plus du CSref nous avons choisi dans chaque quartier une pharmacie. A chaque fois qu'une jeune fille d'âge compris entre 15-25 ans s'est

présentée dans l'un des pharmacies cible, pour l'achat d'une pilule de lendemain après l'obtention du consentement répond à un questionnaire sur son niveau de connaissance sur la pilule du lendemain.

6.1. Variables étudiées

Les variables étudiées sont :

- Les caractéristiques sociodémographiques
 - L'âge
 - La nationalité
 - Le niveau d'étude
 - L'activité professionnelle
 - Le statut matrimonial
 - Avoir entendu parler de pilule du lendemain
- L'histoire gynécologique
 - Mode(s) de contraception le(s) plus souvent utilisé(s) au cours de la dernière année
 - Antécédent d'accouchement
 - Antécédent d'avortement
 - Nombre de prises préalables de la pilule du lendemain
- Niveau de connaissance de la pilule du lendemain
 - Mode de connaissance sur la pilule du lendemain
 - Source d'information de la pilule du lendemain
 - Lieu de procuration de la pilule du lendemain

- Connaissance sur le délai théorique pour prendre la pilule du lendemain
- Connaissance sur la protection d'une grossesse par la pilule du lendemain
- Connaissance sur la nécessité d'utiliser un préservatif lors des rapports sexuels jusqu'à la prochaine règle malgré la prise de la pilule du lendemain
- Pensez-vous que la pilule du lendemain est un abortif
- Motif de prise de la pilule du lendemain
 - Mode de recommandation de la pilule du lendemain
 - les motifs de non utilisation de la pilule du lendemain
 - Avez-vous un médecin traitant ?

7. Outils de collecte

Les données ont été recueillies sur un questionnaire à partir d'un entretien individuel avec les jeunes.

8. Saisie et analyse des données

Les données individuelles ont été codifiées en numérique.

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

- SPSS : logiciel d'épidémiologie pour la saisie et l'analyse des données.
- Excel : tableur utilisé pour les graphiques et les tableaux.
- Word : traitement de texte pour la saisie.

Résultats

V - RESULTATS

Limite : toutes les pharmacies n'ont pas été prises, on s'est limité à 9 pharmacies plus le CSref dont une pharmacie par quartier.

1- Description des caractéristiques sociodémographiques des jeunes.

Tableau I : Répartition des sujets en fonction de la tranche d'âge.

Tranche d'âge(Ans)	Effectifs	Pourcentage
15-18	14	20,0
19-22	26	37,1
23-25	30	42,9
Total	70	100,0

Les sujets de 23-25 ans étaient plus nombreux, ils représentent 42,9% des cas.

Tableau II : Répartition des sujets en fonction de la nationalité.

Nationalité	Effectifs	Pourcentage
Maliennne	65	92,9
Etrangère	5	7,1
Total	70	100,0

La nationalité malienne était majoritaire soit 92,9% de l'échantillon.

Tableau III : Répartition des sujets en fonction du quartier.

Quartier	Effectifs	Pourcentage
Djélibougou	21	30,0
Banconi	7	10,0
Doumanzana	11	15,7
Korofina	10	14,3
Dianguinéougou	1	1,4
Boukassoumbougou	10	14,3
Sotuba	5	7,1
Fadjiguila	3	4,3
Sikoroni	2	2,9
Total	70	100,0

Dans notre étude, 30% des sujets venaient du quartier de Djélibougou.

Tableau IV : Répartition des sujets en fonction du niveau d'étude.

Niveau d'étude	Effectifs	Pourcentage
Non scolarisée	3	4,3
Primaire	12	17,1
Secondaire	17	24,2
Supérieur	38	54,4
Total	70	100,0

Les jeunes filles du niveau supérieur étaient majoritaires soit 54,4%.

Tableau V : Répartition des sujets en fonction de l'activité professionnelle.

Activité	Effectifs	Pourcentage
Salariée	1	1,4
A son compte	10	14,3
Etudiante /élève	50	71,4
Chômage	8	11,4
Autre	1	1,4
Total	70	100,0

Autre : aide ménagère

Les étudiantes /élèves étaient plus nombreuses, elles représentaient 71,4% dans notre étude.

Tableau V I: Répartition des sujets en fonction du statut matrimonial.

Statut marital	Effectifs	Pourcentage
Mariée	7	10,0
Divorcée	1	1,4
En couple	2	2,9
Fiancée	11	15,7
Célibataire	49	70,0
Total	70	100,0

Les célibataires étaient majoritaires et représentent 70%, les femmes mariées ne représentent que 10%.

Tableau V II: Répartition des sujets ayant un médecin traitant soit à domicile ou dans un centre de santé.

Médecin traitant	Effectifs	Pourcentage
Oui	10	14,3
Non	60	85,7
Total	70	100,0

Les sujets qui avaient déclaré avoir un médecin traitant soit à domicile ou dans un centre de santé constituaient 14,3% notre échantillon.

Tableau VIII: Répartition des sujets en fonction des antécédents d'accouchement.

ATCD		
d'accouchement	Effectifs	Pourcentage
Oui	13	18,6
Non	57	81,4
Total	70	100,0

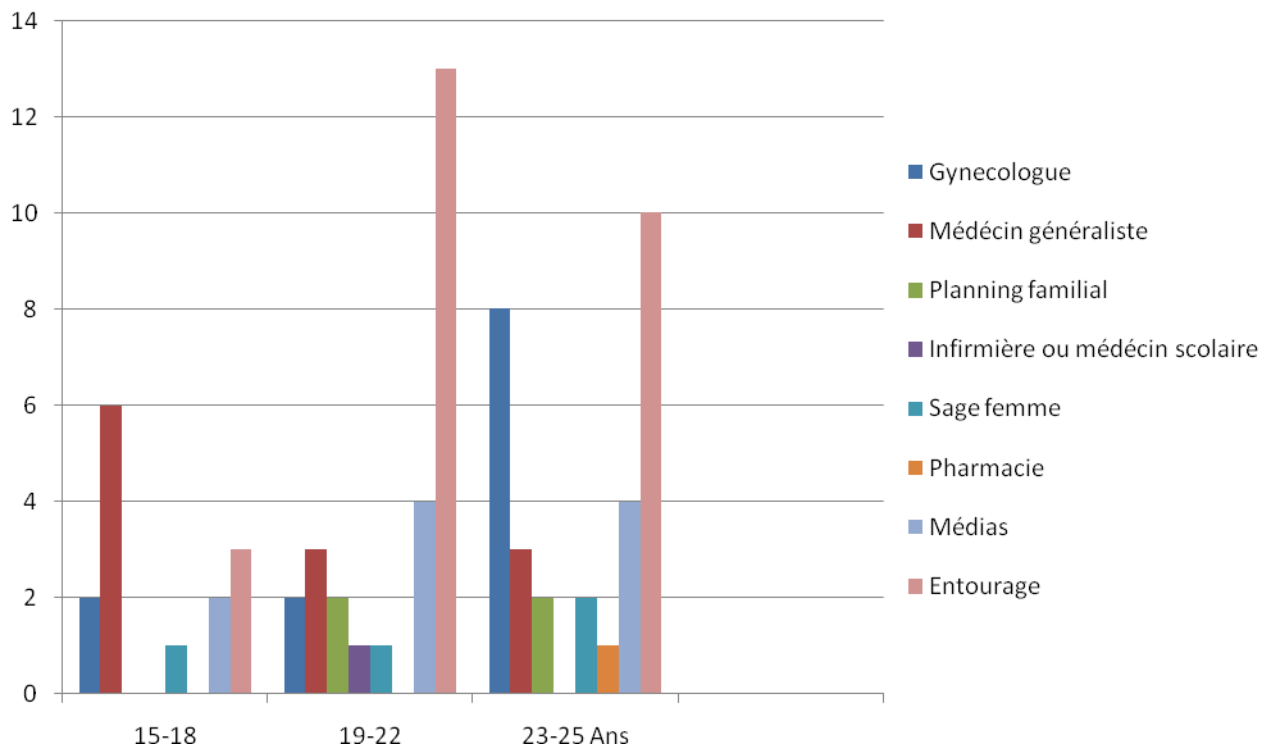
Les sujets étaient nullipares (81,4 %).

Tableau IX: Répartition des sujets en fonction de l'informateur.

Source de recommandation		
PL	Effectifs	Pourcentage
Médecin généraliste	4	5,7
Gynécologue	7	10,0
Pharmacien	4	5,7
Infirmière scolaire	1	1,4
Planning familial	3	4,3
Entourage	21	30,0
Total	40	57,1

Parmi les 57,1% des sujets qui ont l'habitude de prendre la PL, 30% avaient été informés par l'entourage, contre 10% par les gynécologues et 5,7% par les médecins généralistes.

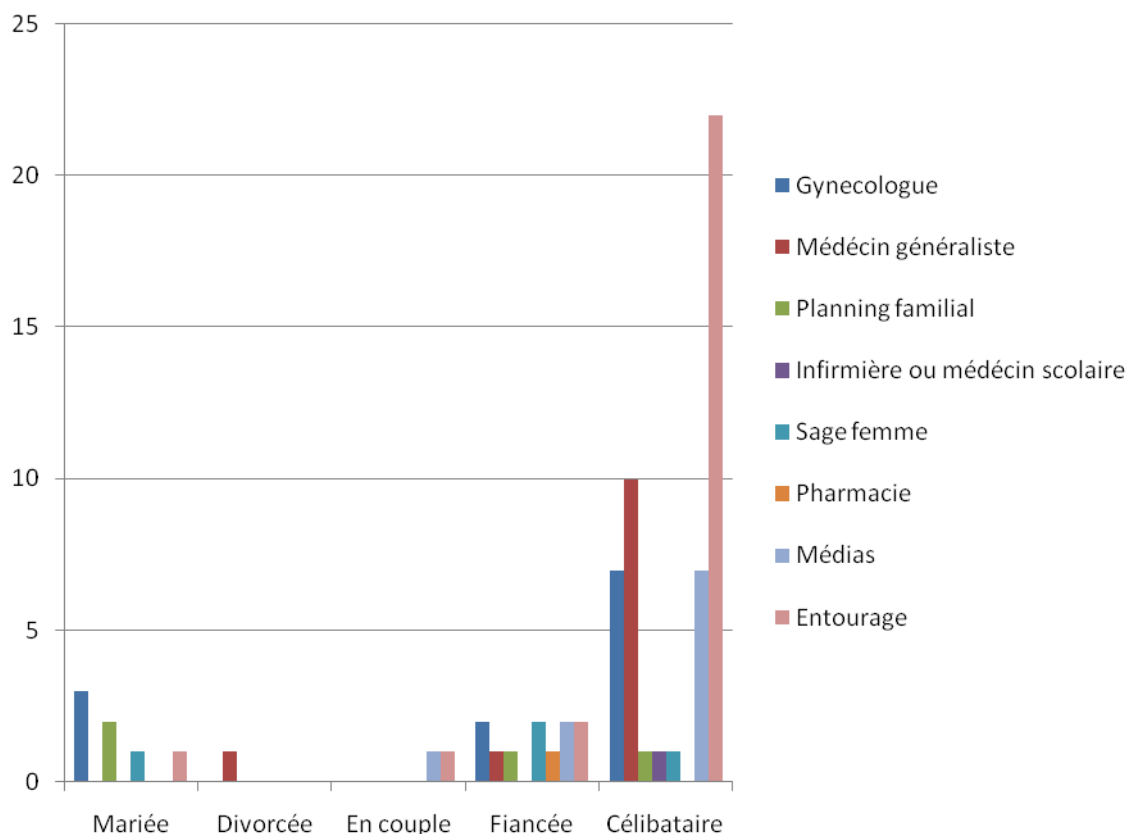
2. Lien entre caractéristiques socio-démographiques avec les modalités d'utilisation de la pilule du lendemain.



Graphique I : Mode d'information sur la pilule du lendemain selon la tranche d'âge

Khi- deux = 16,32 et un $p = 0,29$

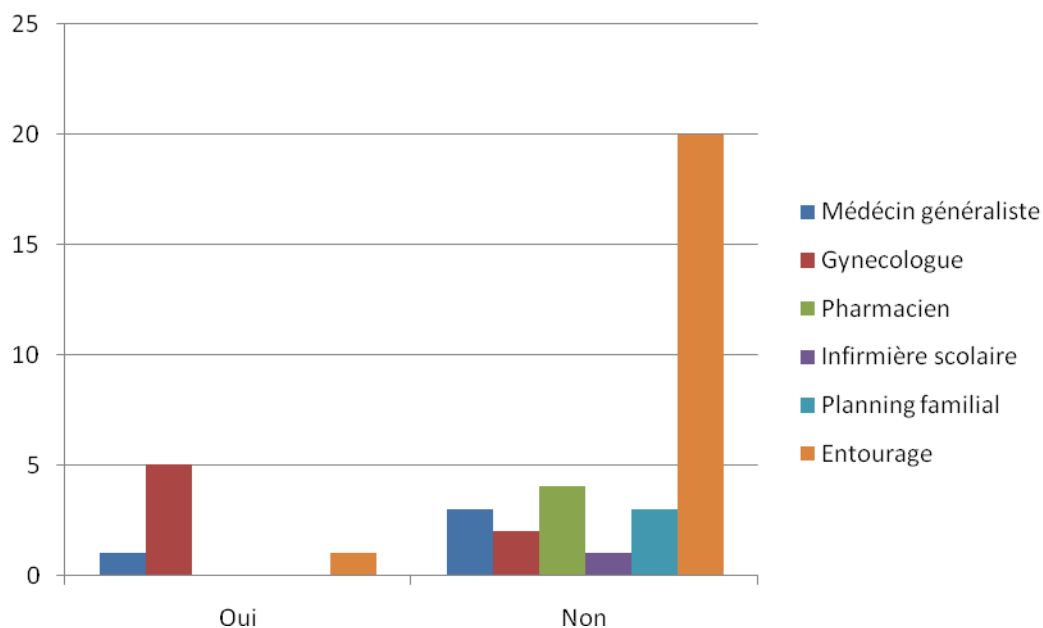
Le niveau d'information sur la pilule du lendemain ne varie pas selon les prestataires ($p = 0,29$).



Graphique II : Mode d'information sur la pilule du lendemain selon le statut matrimonial

Khi- deux = 35,03 et un p= 0,16

Pas de lien significatif entre le statut matrimonial et les connaissances sur l'information sur la pilule du lendemain



Graphique III : Mode d'information sur la pilule du lendemain selon les jeunes ayant un médecin traitant à domicile ou dans un centre de santé.

Khi- deux = 18,41 et un $p = 0,01$ qui est inférieur à 0,05 donc il existe un lien entre le fait d'avoir un médecin ou non

Toutes les jeunes qui ont un médecin traitant, sont mieux informées que ceux qui n'en ont pas ($p = 0,01$).

3. Descriptions des connaissances des jeunes sur la pilule du lendemain

Tableau X: Répartition des sujets en fonction de connaissance de la pilule du lendemain.

Déjà entendu la PL	Effectifs	Pourcentage
Oui	58	82,9
Non	12	17,1
Total	70	100,0

L'étude montre que 82,9% des sujets avaient déjà entendu parler de la pilule du lendemain.

Tableau XI: Répartition des sujets en fonction de la connaissance sur le délai théorique pour prendre la pilule du lendemain.

Délai de prise de la PL	Effectifs	Pourcentage
12H	3	4,3
24H	5	7,1
48	8	11,4
72H	39	55,7
5 jours	2	2,9
Je ne sais pas	13	18,6
Total	70	100,0

Environ un sujet sur deux (55,7%) connaissait le délai exact 72 heures pour avoir recours à la pilule du lendemain.

Tableau XII: Répartition des sujets en fonction de la Connaissance sur la prévention d'une grossesse par la pilule du lendemain jusqu'à la prochaine règle.

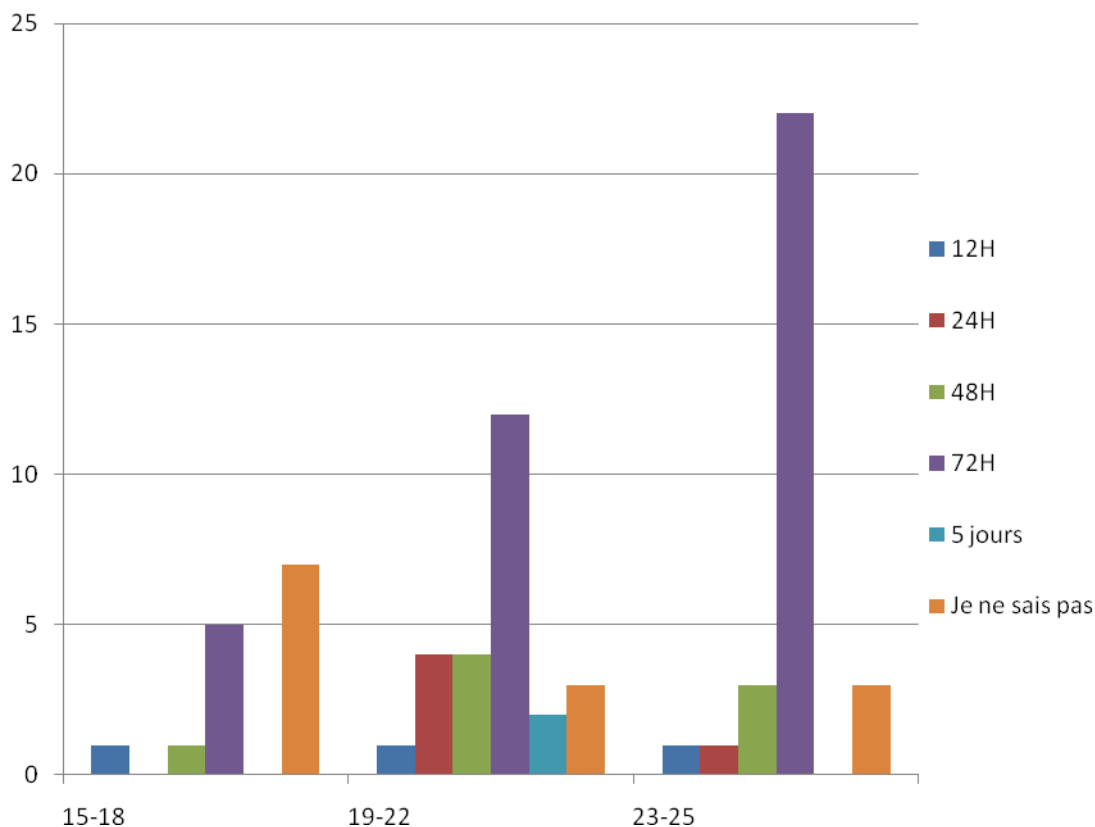
Prévention d'une gsse PL	Effectifs	Pourcentage
Oui	48	68,6
Non	22	31,4
Total	70	100,0

On constate que 68,6% des sujets pensaient à tort que la pilule du lendemain les protège d'une grossesse jusqu'à leurs prochaines règles.

Tableau XIII: Répartition des sujets en fonction de la connaissance sur la nécessité d'utiliser un préservatif après la prise de la pilule du lendemain.

Nécessité du préservatif	Effectifs	Pourcentage
Oui	51	72,9
Non	19	27,1
Total	70	100,0

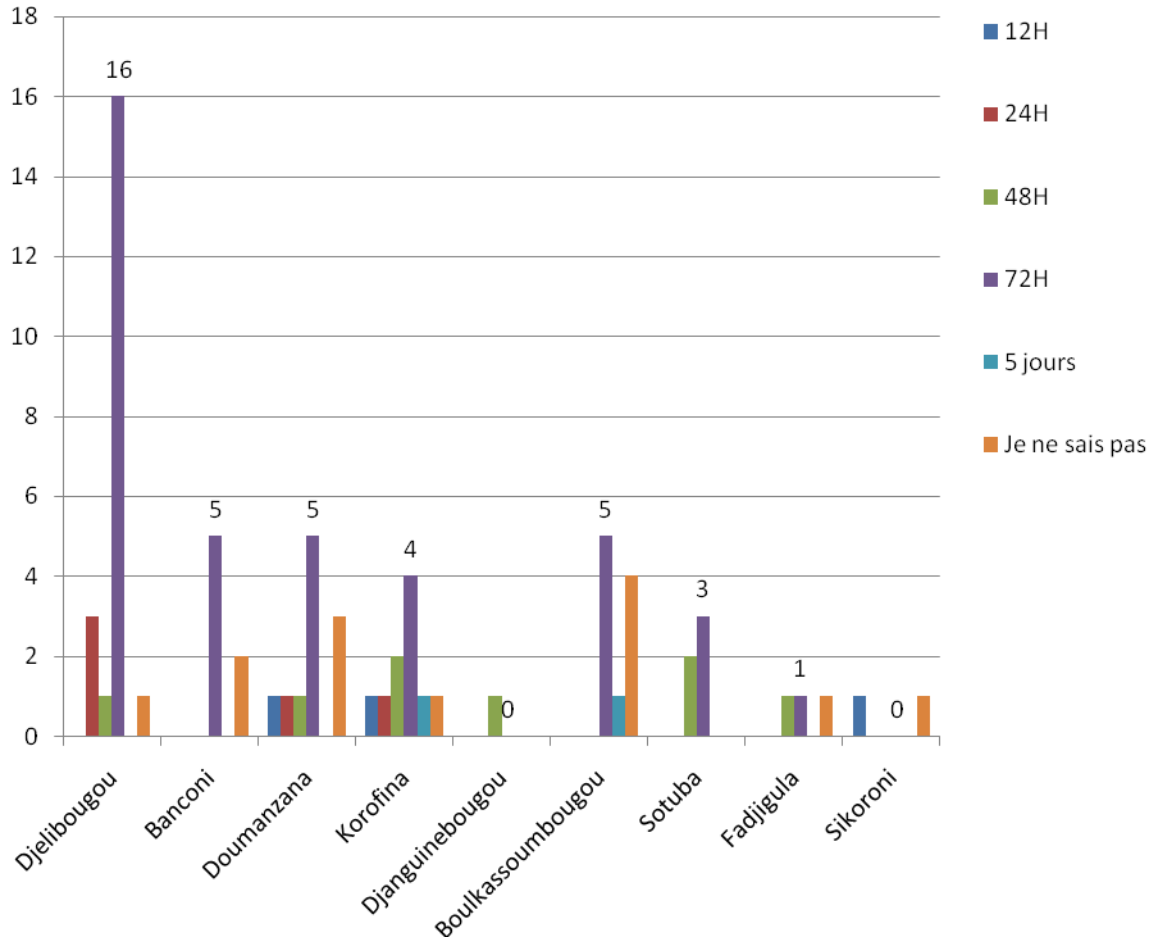
L'étude révèle que 27,1% des sujets pensaient qu'il ne faut pas utiliser un préservatif après la prise de la pilule du lendemain.



Graphique III : Connaissance sur le délai théorique pour prendre la pilule du lendemain selon la tranche d'âge

Khi- deux = 20,93 avec un $p = 0,02$ qui est inférieur à 0,05

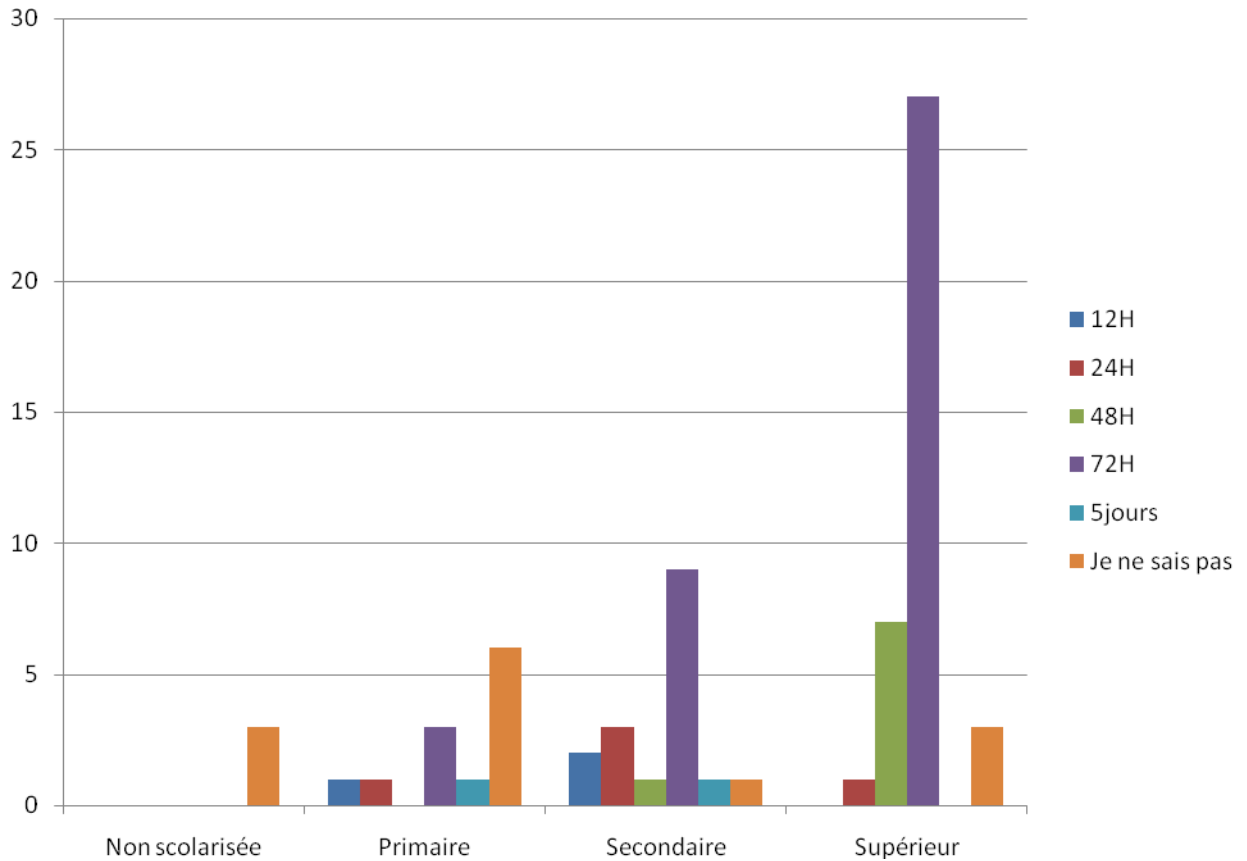
Le niveau de connaissance du délai théorique de la prise de la pilule du lendemain varie selon l'âge.



Graphique IV : Connaissance sur le délai théorique pour prendre la pilule du lendemain selon le quartier

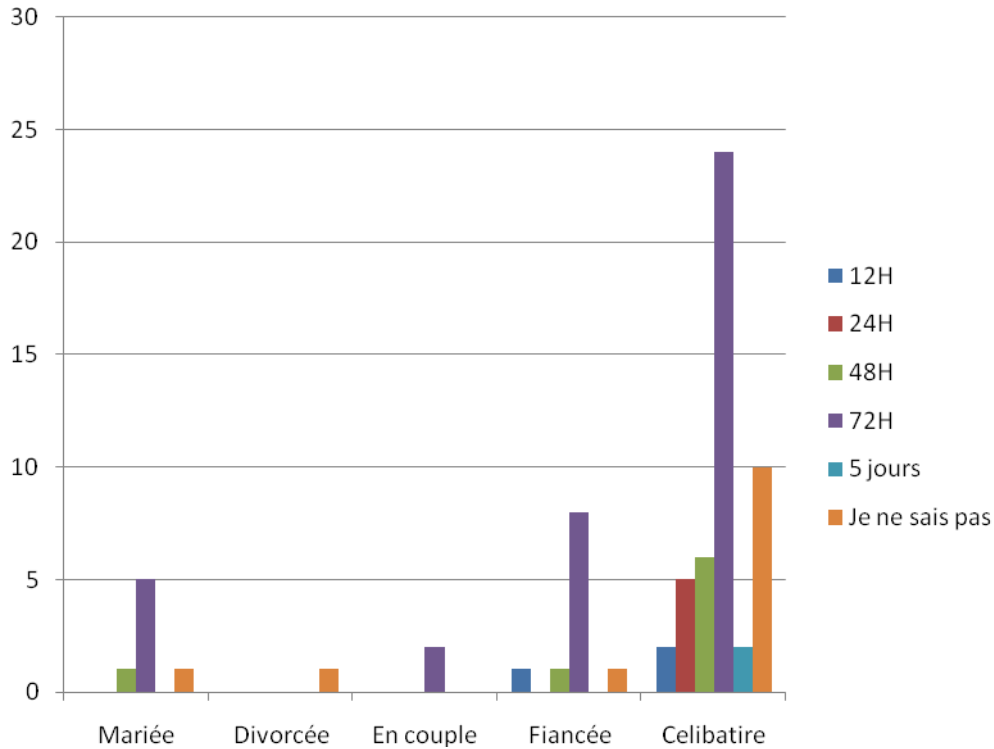
Khi- deux = 51,11 avec un $p = 0,13$ qui est supérieur à 0,05

Pas de différence significative de la connaissance du délai théorique pour prendre la pilule du lendemain selon le quartier ($p = 0,13$)



Graphique V : Connaissance sur le délai théorique pour prendre la pilule du lendemain selon le niveau d'étude

Khi- deux = 64,4 avec un $p = 0,00$ inférieur à 0,05 donc il existe une différence significative. Les sujets instruits maîtrisent mieux le délai théorique de la prise de la pilule du lendemain par rapport au non instruits ($p = 0,00$).



Graphique VI : Connaissance sur le délai théorique pour prendre la pilule du lendemain selon le statut matrimonial

Khi- deux = 11,67 avec un $p = 0,92 > 0,05$ Il n'y avait pas de différence du niveau de connaissance selon le statut marital.

4. Attitudes et pratiques de la pilule du lendemain par les jeunes

Tableau XIV: Répartition des sujets en fonction d'antécédent de contraception régulière moderne.

Mode de contraception	Effectifs	Pourcentage
Pilule contraceptive	15	21,4
Injectable	3	4,3
Préservatif	14	20,0
Pas de contraception	29	41,4
Implant	1	1,4
Stérilet	1	1,4
Méthode naturelles	7	10,0
Total	70	100,0

On a constaté que 41,4% des jeunes filles ne pratiquaient aucune contraception moderne.

Tableau XV : Répartition des sujets en fonction du nombre de prises préalables de la pilule du lendemain.

Nombre de prises de PL	Effectifs	Pourcentage
1 fois	25	35,7
2 à 4 fois	15	21,4
Jamais	30	42,9
Total	70	100,0

L'étude a révélé que 42,9% des sujets n'avaient jamais pratiqué la pilule du lendemain.

Tableau XVI : Répartition des sujets en fonction des antécédents d'IVG.

ATCD d'IVG	Effectifs	Pourcentage
Oui	8	11,4
Non	62	88,6
Total	70	100,0

Dans notre étude, on a constaté que 11,4% de nos clientes avaient déjà fait une interruption volontaire de grossesse.

Tableau XVII: Répartition des sujets en fonction du mode d'information sur la pilule du lendemain.

Mode d'information	Effectifs	Pourcentage
Gynécologue	12	17,1
Médecin généraliste	12	17,1
Planning familial	4	5,7
Infirmière	1	1,4
Sage femme	4	5,7
Pharmacie	1	1,4
Médias	10	14,3
Entourage	26	37,1
Total	70	100 ,0

On constate que 37,1% de la population étudiée étaient informées par l'entourage et 17,1% par les gynécologues et les médecins généralistes.

Tableau XVIII: Répartition des sujets en fonction des lieux de procuracy de pilule du lendemain

Lieux de procuracy	Effectifs	Pourcentage
Pharmacie	62	88,6
Je ne sais pas	8	11,4
Total	70	100,0

88,6% des jeunes filles connaissaient là où on peut se procurer la pilule du lendemain.

Tableau XIX: Répartition des sujets en fonction de l'idée d'interruption volontaire de grossesse par la pilule du lendemain.

Abortif	Effectifs	Pourcentage
Oui	4	5,7
Non	66	94,3
Total	70	100,0

Dans notre étude 5,7% des sujets pensaient que la PL provoque un avortement (arrêt de la grossesse)

Tableau XX: Répartition des sujets en fonction du motif de prise de la pilule du lendemain.

Motif de prise de la PL	Effectifs	Pourcentage
Rupture ou oubli de préservatif	13	18,6
Oubli de pilule	14	20,0
Absence de contraception	35	50,0
Viol	8	11,4
Total	70	100,0

On constate que 50 % des jeunes avaient pris la pilule du lendemain par ce qu'ils n'ont aucune contraception régulière moderne.

Tableau XXI: Répartition des sujets en fonction du délai effectif de prise de la pilule du lendemain après le rapport sexuel.

On appelle «délai effectif» le délai entre le rapport sexuel à risque et le moment où les femmes ont administré la PL.

PL	Effectifs	Pourcentage
Inf. ou égal à 6H	48	68,6
6H à 24H	18	25,7
Sup à 24H	4	5,7
Total	70	100,0

On estime que 68,6% des jeunes prennent la pilule du lendemain dans les 6 heures après le rapport sexuel.

Tableau XXII: Répartition des sujets en fonction des contraintes liées à l'utilisation de la pilule du lendemain.

Motif de non utilisation de la PL	Effectifs	Pourcentage
Ignorance de PL	55	78,6
Méconnaissance des lieux d'approvisionnement de la PL	4	5,7
La honte ou peur de l'entourage	8	11,4
Religion	2	2,9
Autre	1	1,4
Total	70	100,0

La non utilisation de la pilule du lendemain est due à son ignorance selon 78,6% des sujets.

Autre : manque de moyen financier

Commentaires et Discussion

VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

- Discussion méthodologique

Nous avons réalisé une étude transversale descriptive des connaissances, attitudes et pratiques des jeunes filles d'âge compris entre 15-25 ans dans la commune I du district de Bamako sur la pilule du lendemain.

L'étude s'est déroulée pendant une période de 6 mois. Nous avons choisi une pharmacie par quartier en plus du CSRef de la commune I.

Toutes les jeunes filles d'âge compris entre 15-25 qui se sont adressées à l'une de ces structures ont été incluses.

Toutes les jeunes filles qui ne se présentent pas elles même en pharmacie pour l'achat de la pilule du lendemain, on n'était pas en mesure d'estimer cette population ou d'inclure ces cas.

En outre notre étude s'est limitée à une pharmacie par quartier.

Toute fois cette étude apporte une contribution substantielle à la connaissance des pratiques des jeunes filles sur la pilule du lendemain.

- Discussion des données

1. Description des facteurs socio-démographiques des femmes ayant recours à la pilule du lendemain

1.1. Age

La majorité des jeunes étaient âgés de 23-25 ans soit 42,9% de la population d'étude.

L'âge moyen est de 21,2 ans avec des extrêmes de 15-25 ans. Ces chiffres se rapprochent de ceux de BOITE M. (18) qui a rapporté 19,8 ans comme âge moyen.

Le recours à la pilule du lendemain semble donc concerner les sujets les plus jeunes, principalement la tranche d'âge de 23-25 ans du fait qu'elles ne sont pas encore en accord avec la norme sociale de parentalité. Elles vont ainsi davantage éviter de tomber enceinte et donc, sont plus disposées à utiliser la pilule du lendemain en cas de rapports sexuels non protégés.

On peut penser que les sujets moins jeunes se protègent moins et prennent plus de risques, cela pourrait s'expliquer par le fait qu'ils n'ont pas une connaissance adéquate en matière de la contraception d'urgence et de sexualité.

1.2. Nationalité

Dans notre étude, 92,9% sont maliennes contre 7,1% des étrangères résidentes au mali.

1.3. Quartier

Les jeunes des milieux urbains (djelibougou, boukassoumbougou, doumanzana et korofina) ont une pratique de la pilule du lendemain nettement supérieure à celle des quartiers périurbains (Fadjiguila,

dianguinebougou et sikoroni). Ces résultats sont probablement liés à un bas niveau de vie socio-économique.

1.4. Niveau d'étude

Il apparaît que la pilule du lendemain est beaucoup plus pratiquée par les jeunes filles du niveau supérieur.

On peut penser que les jeunes moins instruites sont moins représentées dans l'étude en raison de l'influence évidente du niveau d'études sur la connaissance et la pratique de la pilule du lendemain.

1.5. Activité professionnelle

Au cours de notre étude 60% des jeunes pratiquant la pilule du lendemain sont des étudiantes. Peu de jeunes salariés et non actives pratiquent la pilule du lendemain.

On peut expliquer ces constatations par le fait que les étudiantes repoussent la maternité au moment le plus opportun (sur le plan relationnel et social) alors que les salariées ont acquis cette stabilité autorisant l'accès à la maternité.

1.6. Statut matrimonial

Notre étude comporte 70% de jeunes célibataires, 10% de femmes mariées.

COMPARD .M(12) avait trouvé en Corse du Sud et du 12ème arrondissement de Paris 76% de femmes célibataires et 15% de femmes mariées.

Les jeunes célibataires pratiquent plus la pilule du lendemain probablement du fait d'une moins grande stabilité sur le plan relationnel. Elles sont donc moins prêtes à avoir un enfant. Contrairement aux femmes mariées.

1.7. Jeunes ayant un médecin traitant à domicile ou dans un centre de santé.

Seul 14,3% des sujets ont déclaré avoir un médecin traitant.

1.8. Autres caractéristiques de la population d'étude

1.8.1. Mode de contraception régulière

On constate que 41,4% des sujets ne pratiquent aucune méthode contraceptive moderne. Les deux modes de contraception les plus utilisés par les jeunes de notre étude sont la pilule 21,4% et le préservatif 20%. Ce taux est proche à celui de SIDIBE A. (20) qui a rapporté 21,4% pour la pilule et 72,13 % pour le préservatif.

Goulard H. (19) ; a rapporté 29% pour la pilule, 16% pour le préservatif et 24% n'avaient aucune méthode contraceptive moderne.

1.8.2. Antécédent d'accouchement

Les jeunes nullipares sont majoritaires avec 81,4 %, cela pourrait s'expliquer par le fait que notre étude a porté sur les clientes jeunes, et qui ne sont donc pas prêtes à avoir un enfant.

1.8.3. Antécédent d'IVG

L'étude montre que 11,2% des sujets ont déjà eu une interruption volontaire de grossesse.

En France, BAUDRY E. (21) dans son étude sur «les patientes sont-elles satisfaites de leur contraception » a rapporté que 14,7% des patientes ont déjà eu une interruption volontaire de grossesse.

1.9. Modalités d'utilisation de la pilule du lendemain

1.9.1. Avoir entendu parler de la pilule du lendemain

Dans notre étude, 82,9% des sujets ont déjà entendu parler de la pilule du lendemain.

Ce taux est comparable à celui de Berthé C. (9) et de GOARZIN M. (22) qui ont trouvé respectivement 79, 4% et 92%.

1.9.2. Délai effectif de prise de la pilule du lendemain après le rapport sexuel

Il ressort que 25,7% des jeunes prennent la pilule du lendemain dans les vingt-quatre premières heures après le rapport sexuel à risque, et 68,6% des jeunes la prennent en moins de six heures.

En France, COMPARD M. (12) a mis en évidence que deux femmes sur trois mettaient moins de 24 heures à utiliser la pilule du lendemain, et une femme sur quatre en moins de 6 heures.

1.10. Caractéristiques socio-démographiques de la population des jeunes ayant recours à la pilule du lendemain

Les jeunes ayant recours à la pilule du lendemain :

- sont entre 19 à 25 ans.
- sont en majorité malienne.
- viennent de Djélibougou, Doumanzana, Korofina et Boukassoumbougou.
- sont éduquées, et ayant au moins obtenu le baccalauréat.
- sont étudiantes ou élèves.
- sont célibataires ou fiancées.

On peut compléter ces caractéristiques d'ordre démographique par des caractéristiques d'ordre médical

- elles utilisent comme contraception régulière la pilule ou le préservatif, en revanche près de la moitié n'utilisent aucune contraception régulière.
- elles ont déjà eu recours à la pilule du lendemain.
- Peu ont subi un avortement.
- elles n'ont pas un médecin traitant.

2. Mode d'information sur la pilule du lendemain selon la tranche d'âge

On constate que les jeunes de 15 à 18 ans sont informées par le médecin généraliste dans 42,86% des cas, et les jeunes de 19 à 22 ans par l'entourage 50%.

Les jeunes de 23 à 25 ans déclarent en premier l'entourage 33,33% comme source d'information sur la pilule du lendemain puis le gynécologue dans 26,67% des cas.

3. Mode d'information sur la pilule du lendemain selon le statut matrimonial

Les femmes mariées sont informées principalement sur la pilule du lendemain par le gynécologue 42,8% et le service de planning familial 28,58%..

Les célibataires sont informées sur la pilule du lendemain par l'entourage en premier 44,96% puis par le médecin généraliste 20,41%, les médias 14,28% et le gynécologue 14,28%.

4. Mode d'information sur la pilule du lendemain selon les jeunes ayant un médecin traitant à domicile ou dans un centre de santé.

Parmi les 14,3% des sujets qui ont déclaré avoir un médecin traitant, 10% ont déjà évoqué la pilule du lendemain avec celui-ci.

Ce taux est proche à ce de COMPARD M. (12) qui a trouvé 8,2%.

Ce résultat nous prouve que le fait de ne pas avoir un médecin traitant constituerait probablement un frein à l'utilisation de la pilule du lendemain.

5. Etude de la qualité des connaissances sur la pilule du lendemain par rapport aux caractéristiques socio-démographiques des jeunes

5.1. Connaissance sur le délai théorique pour prendre la pilule du lendemain

Seulement une jeune sur deux (55,7%) connaît exactement dans quel délai doit être prise la pilule du lendemain et 18,6% n'ont aucune idée sur ce délai.

Ce taux est supérieur à celui de GOARZIN M. (22) qui a trouvé 32,8%.

5.2. Connaissance sur le délai théorique pour prendre la pilule du lendemain selon la tranche d'âge

La connaissance des jeunes sur le délai théorique pour prendre la pilule du lendemain, quel que soit l'âge, est non maîtrisée.

Dans notre étude 44,28% des jeunes ont des connaissances erronées sur ce délai.

En France COMPARD M. (12) a mis en évidence que parmi les femmes de moins de 25 ans, 70% d'entre elles ont des connaissances erronées sur la CHU.

Ce pendant, ont une connaissance parfaite sur ce délai, 7,14% de la tranche d'âge de 15 à 18 ans, 17,14% de la tranche d'âge de 19 à 22 ans, et 31,42% de la tranche d'âge de 23 à 25 ans. Cela peut s'expliquer par le fait que plus on avance en âge plus on comprend mieux la sexualité et les méthodes contraceptives.

5.3. Connaissance sur le délai théorique pour prendre la pilule du lendemain selon le quartier

Une mauvaise connaissance sur le délai théorique a été notée dans quatre quartiers périurbains, Djanguinébougo, Sotuba, Fadjigula et Sikoroni.

A l'opposé des quartiers, Djélibougo, Boukassoumbougo, Doumanzana et Korofina) où on note une bonne connaissance du délai théorique.

5.4. Connaissance sur le délai théorique pour prendre la pilule du lendemain selon le niveau d'étude

La connaissance sur le délai théorique pour prendre la pilule du lendemain est rudimentaire quel que soit le niveau d'études des jeunes.

Le niveau d'études semble influencer la qualité des connaissances sur la pilule du lendemain, c'est à dire qu'un niveau d'études élevé soit lié à une meilleure connaissance de la pilule du lendemain.

5.5. Connaissance sur le délai théorique pour prendre la pilule du lendemain selon le statut marital

Les célibataires ont une bonne connaissance sur le délai théorique pour prendre la pilule, ils représentent 34,28%.

Par ailleurs on note une connaissance insuffisante chez les jeunes mariées ou fiancées avec un pourcentage respectif de 7,14% et 11,42%.

5.6. Connaissance sur la prévention d'une grossesse par la pilule du lendemain jusqu'à la prochaine règle

L'étude montre que 68,6% des jeunes pensent à tort être protégés d'une grossesse jusqu'à la fin du cycle grâce à la prise de pilule du lendemain.

On peut donc penser que ces jeunes ne mettent pas en place d'autre moyen de prévention (méthode de barrière) après avoir pris la pilule du lendemain.

Ces jeunes (68,6%) sont donc à très grand risque d'avoir une grossesse indésirée. .

5.7. Connaissance sur la nécessité d'utiliser un préservatif après la prise de pilule du lendemain

On constate que 27,1% des jeunes de notre étude ne savent pas qu'il faut utiliser un préservatif lors des rapports sexuels jusqu'à la fin du cycle menstruel en cours, après la prise de la PL.

On peut penser que ces jeunes filles n'ont donc pas mis en place cette protection.

6. Caractéristiques socio-démographiques limitant l'accès à la pilule du lendemain

- Méconnaissance de la pilule du lendemain.
- Un autre frein capital qui a été mis en évidence dans notre étude; le manque d'implication des médecins de premier recours dans l'information des jeunes sur le mode de prévention par la pilule du lendemain.

Difficultés rencontrées:

Nous avons rencontré certaines difficultés durant cette étude :

- déplacements fréquents entre le centre de santé et les pharmacies.
- la nécessité d'enquêter pendant la nuit d'autant plus que la majorité des jeunes se présentent très tardivement dans les pharmacies pour se faire procurer de la pilule du lendemain.

Conclusion

VII- CONCLUSION

Notre étude nous a permis d'étudier la connaissance de 70 jeunes filles sur les connaissances et pratiques de la contraception hormonale d'urgence (la pilule du lendemain).

Cette étude permet de tirer les conclusions suivantes :

- 1- Plus de la moitié (70%) des jeunes filles étaient célibataires et étudiantes /élèves dans 71,4% des cas.
- 2- Dans notre étude les filles interrogées ne constituent que 55,7% de l'échantillon à connaître le délai de rattrapage de 72 Heures pour la PL. Plus de la moitié (68,6%) des jeunes filles pensent à tort, être protégées d'une grossesse jusqu'à la fin du cycle grâce à la prise de PL et 27,1% du même groupe ne savent pas qu'il faut utiliser un préservatif lors des rapports sexuels jusqu'à la fin du cycle menstruel en cours, après la prise de la PL.
- 3- Près de la moitié (41.4%) des jeunes filles ne pratiquent aucune contraception moderne.

Recommandations

VIII. RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude nous recommandons :

1. Aux jeunes/adolescentes et à la communauté:

- S'informer sur la puberté, la sexualité, la contraception régulière, la contraception d'urgence, la PL et les IST/VIH SIDA.

- Discuter avec les professionnels de santé, les parents, les amis des problèmes de sexualité pour lever les tabous et éviter les idées fausses qui constituent un obstacle à la prise de contraception (gestion des rumeurs).

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

4. Au niveau des officines pharmaceutiques et centre de santé:

- Améliorer l'accueil des jeunes, informer, sensibiliser et éduquer les jeunes sur les avantages des méthodes contraceptives, l'importance de la PL et les problèmes liés à l'IVG

- Mettre en place un conseil minimum concernant le risque de grossesse non désirée après un oubli de pilule ou un échec du préservatif ou encore un rapport non protégé. Ce conseil minimum doit expliquer de :

- Prendre la contraception d'urgence orale le plus vite possible

- Faire un test de grossesse en cas de retard de règles

- Se faire consulter si l'un des deux partenaires est séropositif (consulting).

Références bibliographiques

IX. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1)** Les Jeunes et L'Avortement Non Médicalisé Situation Mondiale. Données disponibles sur http://www.advocatesforyouth.org/storage/advfy/documents/youth_and_unsafe_abortion_french.pdf (consulté le 10 avril 2013)
- (2)** Statistiques Sanitaires Mondiales 2010. Données disponibles sur <http://www.who.int/countries/mli/fr/> (consulté le 12 avril 2013)
- (3)** Repositionnement de la planification familiale ; Directives pour actions de plaidoyer. Données disponibles sur http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/fp_advocacytool_kit_fr.pdf (consulté le 12 avril 2013)
- (4)** L'efficacité des contraceptions. Données disponibles sur <http://www.e-sante.fr/connaissiez-vous-efficacite-contraceptions/actualite/436> (consulté le 17 avril 2013)
- (5)** Contraception d'urgence divers méthodes hormonales. Données disponibles sur <http://www.snv.jussieu.fr/vie/dossier/levoru486202contraception.fr> (consulté le 14 avril 2013)
- (6)** O. Jamouille, M.D. Médecine de l'adolescence : Les progestatifs utilisés seuls en Contraception chez les adolescentes. Données disponibles sur www.chusaintejustine.org/documents/pro/pdf/progestatifscontraceptionadolecence.pdf (Consulté le 19 avril 2013)

(7) Organisation Mondiale de la Santé : Contraception . Données disponibles sur http://www.doctissimo.fr/html/sante/mag_2000/mag0707/sa_1919_pilu_lendemain.htm(Consulté le 23 avril 2013)

(8) TAMBOURA F. Préférences des adolescentes et jeunes adultes en matière de contraception à la clinique de l'a.m.p.p.f de Bamako.

Thèse méd 2008 O8M152

(9) BERTHE C. Etude des connaissances, des attitudes et des pratiques des adolescentes en milieu scolaire de Mopti sur la contraception.

Thèse méd 2009 09M216

(10) La contraception d'urgence (pilule du lendemain), Contraception post-coïtale. Données disponibles sur http://www.alyabbara.com/livre_gyn_obs/termes/contraception_urgence.html(consulté le 14 mai 2013)

(11) Contraception d'urgence ou pilule du lendemain. Données disponibles sur <http://accrosante.com/contraception/planb.html>(consulté le 9 mai 2013)

(12) COMPARD M. comment améliorer l'accès à la contraception hormonale d'urgence : la pilule de demain .Thèse: médecine : Université Paris VI Pierre et Marie Curie : 2013.

(13) L'actualité en matière de contraception d'urgence. Données disponibles sur http://www.lesjta.com/article.php?ar_id=1395(consulté le 16 mai 2013)

(14) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3356949/> (consulté le 20 mai 2013)

(15) Boureau A. Interruption volontaire de grossesse. *Ecycl Med Chir* (Elsevier, paris), Gynécologie, 738-A-40, 1999, 15P

(16) Tourmente C. Plus d'information sur la pilule du lendemain. Données disponibles sur <http://www.allodocteurs.fr/actualite-sante-plus-d-information-sur-la-pilule-du-lendemain-10243.asp?1=1> (consulté le 16 avril 2013)

(17) L'avortement en Afrique 10 ans après la Conférence du Caire

http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers09-05/010041377.pdf (consulté le 14 mai 2013)

(18) BOITE M. Connaissances, attitudes et pratiques des jeunes en matière de contraception au niveau des grins.

Thèse méd 2010 10M459

(19) GOULARD H., MOREAU C., GILBERT F., JOB-SPIRA N., BAJOS N., Cocon group. Contraceptive failures and determinants of emergency contraception use.

Contraception 2006 : 74 ; 208-13

(20) SIDIBE A. La planification familiale dans quatre établissements d'enseignement secondaire dans la commune IV du district de Bamako.

Thèse méd 2010 11M180

(21) BAUDRY E. les patientes sont-elles satisfaites de leur contraception ?

Thèse: médecine : Université Paris XI faculté de médecine Paris Sud.

Année 2010 N°: 2010PA115022

(22) GOARZIN M. les 15-25 ans face au risque de grossesse indésirée : enquête sur leurs connaissances et rôle préventif du médecin généraliste.

Thèse: médecine : Université Paris VII Denis Diderot.

Année 2008 N°2008PA07M108

(23) PRATIQUE CONTRACEPTIVE ET LA CONTRIBUTION DES ACTIVITES DE PLANIFICATION FAMILIALE AU MALI, une étude dans le cadre de la coopération malienne – néerlandaise août 2012.

(24) Déterminants socio-culturels de l'accès et l'utilisation des services de santé maternelle et néonatale au Mali : Cas de la Commune I du district de Bamako

(25) DIARRA A. Etude des métrorragies non gravidiques dans le centre de sante de référence de la commune I de Bamako.

Thèse méd 2008 08M278.

(26) Garcia J. Le point sur la contraception d'urgence en 2014. Thèse: Pharmacie : Université Bordeaux 2 – Victor Segalen

Année 2014 N°2014BORDPO24

(27) Olivier Jamouille, M.D. Médecine de l'adolescence

Boré Salmana thèse de Doctorat en médecine 2017-2018

(28) Programme de santé USAID/ATN. Manuel de Référence: Formation en Conseling Intégrant la Planification Familiale dans les Activités de Lutte Contre le VIH et le SIDA

(29) Dr. Amouri Habib, Dr Trabelsi k, Pr. Ag Guermzi M: physiologie du cycle menstruel. Donnée disponible sur : www.dematice.org/ressource/DCEM2/gynecologieobstetrique/D2genob_009/co/document.pdf (Consulté en mars 2014)

(30) SERFATY D Contraception – 4ème Edition Paris: Edition Masson, 2011, 566p.

(31) SIBUET A La contraception : de la bonne connaissance par le pharmacien au bon usage par le patient. Thèse de doctorat : Pharmacie : Université Joseph Fourier de Grenoble : Année 2009 N°2009GRE17009

(32) NAUDIN-ROUSSELLE P, FERNANDEZ H La contraception hormonale: Le cycle ovarien en 4 questions Le Moniteur des pharmacies, 2013, n°2974, pp. 6-7

(33) PORTET P Physiologie du cycle menstruel, (enligne)

Disponible sur: <http://philippeportet.free.fr/physiologieCycleMenstruel.html>
(Consulté en octobre 2013)

(34) HAS. Commission de transparence Ellaone 30mg comprimé. 13 Janvier 2010. Données disponibles sur [http : //www.has-sante.fr/portail/upload/docs/ application/pdf/2010-01/ellaone_-_ct-7137.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/ellaone_-_ct-7137.pdf) (consulté le 8 octobre 2013)

(35) GLASIER A. et al. Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomized non-inferiority trial and meta-analysis. Lancet 2010 : 375 ; 555-62

(36) DIAWARA H. Etude des connaissances, attitudes et pratiques des méthodes de contraception par les élèves et étudiants dans le district de Bamako.

Thèse méd2008 11M167

Annexes

LA PILULE DU LENDEMAIN

Ce questionnaire a pour but de connaître le niveau de pratique au près des jeunes de l'utilisation de la pilule du lendemain, et d'améliorer sa prescription.

Vos réponses seront traitées de façon confidentielle.

(Cochez les cases correspondantes à vos réponses ou écrivez-les sur les traits prévus à cet

Effet)

1. Qui êtes-vous ?

Votre âge :

Votre nationalité :

Malienne

Étrangère

Votre quartier : _____

Votre niveau d'études :

Non scolarisée

Primaire

Secondaire

Supérieur

Votre activité :

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Salariée | <input type="checkbox"/> Chômage |
| <input type="checkbox"/> A son compte | <input type="checkbox"/> Non active |
| <input type="checkbox"/> En formation | <input type="checkbox"/> Etudiante, élève |

Autre (précisez) : _____

Votre statut marital :

- | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mariée | <input type="checkbox"/> Fiancée |
| <input type="checkbox"/> Divorcée | <input type="checkbox"/> Séparée |
| <input type="checkbox"/> En couple | <input type="checkbox"/> Célibataire |
| <input type="checkbox"/> Veuve | |

2. Avez-vous déjà entendu parler de la pilule du lendemain ?

- OUI NON

3. Votre histoire gynécologique

Mode(s) de contraception le(s) plus souvent utilisé(s) au cours de la dernière année
(plusieurs réponses possibles) :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pilule contraceptive | <input type="checkbox"/> Implant |
| <input type="checkbox"/> Injectable | <input type="checkbox"/> Stérilet |
| <input type="checkbox"/> Préservatif | <input type="checkbox"/> Méthodes naturelles |
| <input type="checkbox"/> Pas de contraception | |
| <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____ | |

Avez-vous déjà accouché ?

- OUI NON

Avez-vous déjà pratiqué un avortement dans votre vie ?

- OUI NON

Avez-vous déjà utilisé la pilule du lendemain ?

- 1 fois
 2 à 4 fois
 Plus de 5 fois
 Jamais

4. Ce que vous savez sur la pilule du lendemain

Où avez-vous entendu parler de la pilule du lendemain (plusieurs réponses possibles) ?

- Gynécologue
 Médecin généraliste
 Pédiatre
 Planning familial
 Service d'urgences
 Hôpital
 Infirmière ou médecin scolaire

- Sage femme
- Publicité dans un cabinet médical ou paramédical
- Pharmacie
- Médias
- Entourage
- Autres (préciser) : _____

Où est ce qu'on peut se procurer de la Pilule du Lendemain ?

- Pharmacie
- Infirmierie scolaire
- Planning familial
- Centre de santé
- Je ne sais pas
- Autre (précisez) : _____

Après un rapport non protégé, de combien de temps disposez-vous pour prendre la pilule du lendemain ?

- | | |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12H | 24H |
| <input type="checkbox"/> 48H | <input type="checkbox"/> 72H |
| <input type="checkbox"/> 5 jours | <input type="checkbox"/> 1 semaine |
| <input type="checkbox"/> Je ne sais pas | |

Pensez-vous que la pilule du lendemain vous protège d'une grossesse jusqu'à vos prochaines règles ?

OUI

NON

Pensez-vous qu'il faille utiliser un préservatif lors des rapports sexuels, malgré l'utilisation de la pilule du lendemain?

OUI

NON

Pensez-vous que la pilule du lendemain est un abortif (provoque un avortement) ?

Oui

Non

5. Pour quelle(s) raison(s) prenez-vous la pilule du lendemain (plusieurs réponses possibles) ?

Rupture ou oubli de préservatif

Oubli de pilule

Absence de contraception lors d'un rapport sexuel

Viol

Autre (préciser) : _____

Si vous avez l'habitude de prendre la pilule du lendemain qui vous l'a recommandé/prescrit ?

Médecin généraliste

Gynécologue

Pharmacien(ne)

- Infirmière scolaire
- Planning familial
- Service d'urgences (adultes, pédiatriques ou gynécologiques)
- Entourage
- Autre (préciser) : _____

Combien de temps (en jours ou en heures) se passe-t-il entre la décision de prendre la pilule du lendemain et le moment où vous l'avez obtenue ?

...jours / heures

6 .Quels sont les motifs de la non utilisation de la pilule du lendemain :

- Ignorance de la PL
- Méconnaissances des lieux d'approvisionnement de la PL
- La honte ou la peur de l'entourage
- Religion
- Autres (préciser) : _____

7. Avez-vous un médecin traitant ?

- OUI NON

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : BORE

Prénom : Salmana

Email : salmanabore@gmmail.com

Titre : Connaissances, attitudes et pratiques de la pilule du lendemain par les jeunes dans la commune I du district de Bamako.

Année : **2017-2018**

Ville de Soutenance : **Bamako**

Pays d'origine : **Mali**

Lieu de dépôt : **Bibliothèque de la FMOS**

Secteur d'intérêt : **Santé publique/Santé de la reproduction.**

RESUME :

Nous avons effectué une étude transversale du 11 novembre 2013 au 30 mai 2014 dans le centre de santé de référence et certaines officines pharmaceutiques de la commune I du district de Bamako. Elle avait pour objectif d'étudier les CAP de la pilule du lendemain par les jeunes dans la commune I du district de Bamako

Nous avons interrogé 70 filles âgées de 15 à 25 ans.

Les jeunes filles n'ont pas une connaissance assez approfondie de la pilule du lendemain. En effet, sur 82,9% qui ont entendu parler de la PL, 44,3% ne connaissaient pas le délai exact pour prendre la PL, 68,6% pensaient à tort que la PL les protège d'une grossesse jusqu'à leurs prochaines règles, seulement 17,1% ont été informées sur la PL par le médecin.

Parmi les filles interrogées 41,4% ne pratiquaient aucune contraception moderne, 50% des cas de prise de la PL sont liées à une absence de contraception moderne et 11,2% avaient déjà subi une IVG.

La méconnaissance de la PL, le manque d'informations sur le délai d'efficacité et la non implications des agents sanitaire sont des freins à son utilisation.

Mots clés : Jeunes filles, CAP, PL, Commune I du District de Bamako

Abstract:

We conducted a cross-sectional study from November 11, 2013 to May 30, 2014 in the reference health center and some pharmacies in commune I of Bamako district.

The aim of this study was to describe knowledge, attitude and practice, on the morning-after pill among young people in commune I of Bamako district.

We interviewed 70 girls aged 15 to 25 years old.

Young girls do not have a good enough knowledge of the morning after pill. In fact, out of 82.9% who heard about morning after pill, 44.3% did not know the exact time to take morning after pill, 68.6% mistakenly thought that morning after pill protects them from pregnancy until their next rules; only 17.1% were informed about the morning after pill by the doctor.

Among the girls surveyed, 41.4% had no modern contraception, 50% of cases of morning after pill were linked to a lack of modern contraception, and 11.2% had already had an abortion.

The lack of knowledge of the morning after pill, the lack of information on the delay of effectiveness and the non-implications of the health agents are obstacles to its use.

Keywords: Girls, CAP, morning after pill, Commune I of Bamako District

Serment d'Hippocrate

-----0-----

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

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

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront 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 race, de parti ou de classe viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

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

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

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

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

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

Je Le Jure !