

Ministère de l'enseignement supérieur
et de la recherche scientifique

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple- Un But- Une Foi



**UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO**

Faculté de Médecine et d'odontostomatologie
FMOS

Année Universitaire : 2018 – 2019

Thèse N° : /

Thèse de Médecine

Utilisation des services de Planification Familiale
dans l'aire de santé de la commune rurale de
Farako du district sanitaire de Ségou du 1^{er} janvier
au 31 décembre 2018

Présentée et soutenue publiquement le /.... / 2019 devant la Faculté de
Médecine pour obtenir le grade de

**DOCTEUR EN MEDECINE
(DIPLOME D'ETAT)**

Par

M. Mahamadou SY

MEMBRES DU JURY

Président : **Pr. Mamadou KONE**
Membre : **Dr. Issa BENZAKOUR**
Membre : **Dr. Moussa KONE**
Co-directeur : **Dr. Boubacar KEMESSO**
Directeur : **Pr. Tiéman COULIBALY**

DEDICACES

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Je rends grâce à ALLAH Seigneur de l'univers le Tout Miséricordieux, le Très Miséricordieux, créateur des cieux et de la terre et de tous ceux qui ci trouve. Toute la louange appartient à ALLAH qui m'a créée alors que je n'y étais pas et m'a facilité le chemin jusqu'à ce jour. Louange à vous de m'avoir permis de réaliser ce travail ; je vous demande de mettre la baraka dans ce travail, de me faciliter le reste et de préserver ma foi dans le milieu professionnel.

Je rends le salut au sceau des prophètes Mohammad « que la paix d'ALLAH soit sur lui », le plus grand Homme de toute la création. Mon amour pour vous est plus grand que tout l'univers entier. Louange à ALLAH d'avoir fait de vous un guide et le meilleur exemple à suivre pour toute l'humanité.

Je dédie ce travail à :

- ❖ **Ma Mère Alimata DIARRA :** Rien de ce que je dirai ne pourrait exprimer mes pensées, rien de ce que je dirai ne pourrait exprimer tes justes valeurs, mère. Tu es celle qui représente le modèle de bonté, de courage, de sacrifice du soi, de simplicité, de tolérance, et d'amour pour la cause de tes enfants et des enfants d'autrui. Merci pour tous les préceptes de la vie que tu nous as appris avec mes frères et sœurs qui seront pour nous un guide pour le restant de notre vie. Merci pour tous les sacrifices consentis pour notre cause. Rien dans ce bas monde ne saura être une récompense pour toi, mais j'espère au plus profond de moi que ce travail et ce qui s'en suivra seront pour toi une source de satisfaction et de réconfort. Puisse ALLAH t'accorder le paradis.

REMERCIEMENT

Mes remerciements vont à l'endroit de :

- **Mon Père Salifou SY** : Cher Père, tu es l'artisan de ce chemin parcouru. Ton courage et ta rigueur dans mon éducation ont fait de moi ce que je suis aujourd'hui. Tes peines, tes sacrifices n'ont de mesure à mes yeux. Merci pour tous les sacrifices endurés pour moi et mes frères. Que Dieu te donne longue vie et t'accorde le paradis. Puisse ALLAH nous permette de t'accorder satisfaction.
- **Ma mère Binta BARRY** : Merci chère mère pour tout le soutien que vous m'avez apporté.
- **Mes frères et sœurs** : Hawa SY, Ramatoullaye SY, Boubacar SY, Bourama DIARRA, Aminata SY, Mademba GOÏMBA, Chaka DIARRA et tous les autres, merci pour tous les soutiens physiques ou morales que vous m'avez apportés, vous avez toute ma gratitude.
- **Ma très chère épouse Khadîdja TAPILY** : je ne saurais te remercier assez pour tout le soutien que tu m'as apporté tant moral que matériel ainsi que tous les sacrifices que tu as consentis à mes côtés ont été un boost pour moi pour atteindre ce niveau. Mon amour pour toi est sans faille et je remercie ALLAH de nous avoir réunis sur cette terre et je le demande qu'Il nous réunisse dans le paradis. Merci pour tout et qu'ALLAH te récompense par le meilleur.
- **Mon fils oustaz Yahya 'Arafa SY** : tu es la joie de mes yeux et ma fierté, que ce travail soit pour toi une source d'inspiration pour la rigueur, le travail bien fait et l'excellence.
- **Mes oncles Madou DIARRA, Souleymane DIARRA, Karim DIARRA et Vieux SY** : merci pour tout le soutien que vous m'avez apporté, je n'oublierai jamais tout ce que vous avez fait pour moi.
- **Toutes mes tantes** : principalement **Feu YOUMA SY, Sali SY, Fana SY, Kady SY** et **Ramatoullaye DIARRA** pour toutes les leçons de vie dont vous m'avez appris. Vous êtes toutes une source de motivation pour moi qui me permet d'avancer.
- **Mes amis de la faculté** : précisément, **Dr Youssouf DIALLO, Dr Mamadou KEÏTA, Dr Koumeli DIALLO, Dr Cheick Abdel Kader CISSE, Dr Alhousseiny CAMARA** et son épouse **Mariama BAKO** et notre imam **Ismaël BERTHE** merci d'avoir été mes côtés dans les bons comme dans les pires moments, merci pour tout

votre soutien à mon égard ; je serai toujours reconnaissant envers, qu'ALLAH vous récompense par le meilleur.

- **Mon ami et frère Arouna CAMARA** : grand merci à toi mon cher ami pour tout ce que tu as fait pour moi ; dans les pires comme dans les meilleurs moments tu es toujours resté à mes côtés et ce depuis l'enfance ; je ne saurais te remercier assez. Tu es l'une des pierres de cet édifice aujourd'hui.
- **Dr Moussa KONE et son épouse Dr Adam CAMARA** : je suis tombé sous le charme de vos personnalités simplistes, généreuses et si particulières. Mon séjour au Point G aurait été sans nulle doute archaïque sans votre présence, mais vous m'avez pris sur votre aile, vous avez été pour moi comme un père et une mère. Je serai toujours reconnaissant envers vous. Soyez remercié par ce travail.
- Ma 2^{ème} mère **Mme CAMARA Kadiatou TRAORE** : une mère de hautes qualités, battante pour la cause de ses enfants et ceux d'autrui. Merci de m'avoir adopté comme ton fils.
- **Tous mes frères et sœurs de la LIEEMA** (Ligue Islamique des Élèves et Étudiants du Mali).
- **Dr Siaka TOURE** : Merci pour tous tes conseils qui m'ont été d'une grande aide pour atteindre ce stade. Qu'ALLAH te récompense par le meilleur.
- **Dr Seydou DOUMBIA** : Je ne sais vraiment pas comment te remercier, c'est toi qui m'as initié à la médecine, à examiner un patient. Plus qu'un mentor tu as été un grand frère pour moi et je n'oublierai jamais tout ce tu as fait pour moi. Ta générosité, ta simplicité et ta rigueur dans le travail m'ont vraiment inspiré. Merci et qu'ALLAH te récompense par le meilleur.
- **Interne Abdoulaye TRAORE** : merci de m'avoir accompagné dans ce travail, sans toi je ne sais pas comment ça serait passé. Merci pour ton sacrifice et ta disponibilité, qu'ALLAH te récompense par le meilleur.
- **Tout le personnel du CSCOM de Farako.**
- **Tous mes enseignants du fondamental, du lycée, et de la faculté.**

Mes remerciements également à l'endroit :

Du Pr Guinto chef du service de neurologie du CHU-Point G ; **Dr SISSOKO, neurologue ; Dr LANDOURE, neurologue ; Dr Toumany, neurologue ; Dr Thomas, neurologue ; Dr SACKO DES** en neurologie et tous les médecins, DES et

internes du service de neurologie, merci pour la qualité de la formation que j'ai reçu de vous.

Merci à toutes les personnes qui de près ou de loin m'ont apporté leur aide qui m'a permis d'atteindre ce niveau.

Je tiens à remercier également :

- Tout le personnel de la clinique DJAMNATI : interne BOUARE et les autres ;
- Tout le personnel de la clinique EDEN : Dr Célestin, Dr ONGOÏBA et les autres ;
- Tout le personnel de la clinique LAYIDU : Dr DIARRA, Dr Lamine et les autres ;
- Tout le personnel du Cabinet Médical SINCERITE : Dr SANGARE et les autres ;
- Tout le personnel de la clinique MAHADI CM2 ;
- Tout le personnel de la clinique MADIBAH : Dr Boureima Afo, Dr OUOLOGUEM, mon ami et frère Dramane SAMAKE.

Hommages aux membres du jury

À notre maître et président du jury

Pr. Mamadou KONE

- ❖ **Professeur titulaire en Physiologie à la FAPH,**
- ❖ **Spécialiste en Médecine des sports,**
- ❖ **Ancien vice-président de la Fédération Malienne de Taekwondo,**
- ❖ **Ancien Directeur General Adjoint et fondateur du CENOU.**

Cher Maître,

C'est un immense honneur pour nous que vous acceptiez de présider notre travail.

Votre modestie, vos qualités scientifiques et pédagogiques, votre rigueur et dynamisme, votre sagesse font de vous un maître tant apprécié.

Vous êtes un modèle à suivre pour la jeunesse de ce pays en quête de repère.

Permettez – moi cher maître de vous adresser l'expression de ma vive reconnaissance et de mon profond respect.

À notre maître et directeur de thèse

Professeur Tiéman COULIBALY

- ❖ **Chirurgien Orthopédiste et traumatologue ;**
- ❖ **Maître de conférences en orthopédie traumatologie à la FMOS ;**
- ❖ **Chef de service de chirurgie orthopédique et traumatologique du CHU-GT ;**
- ❖ **Membre de la société international de chirurgie orthopédique et de traumatologie (SICOT) ;**
- ❖ **Membre de la société malienne de chirurgie orthopédique et traumatologique (SOMACOT) ;**

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de diriger cette thèse.

Nous avons bénéficié, à la FMOS, de votre enseignement de qualité.

L'honnêteté intellectuelle qui vous caractérise, votre courtoisie, votre humilité, votre sagesse et l'étendue de vos connaissances font de vous un homme admiré.

Trouvez dans ce travail l'expression de notre profonde gratitude.

À notre maître et membre du jury,

Dr Issa BENZAKOUR

- ❖ Médecin santé publique/expert en santé communautaire ;
- ❖ Médecin chef du district sanitaire de Ségou ;
- ❖ Ancien Président du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins de Ségou ;
- ❖ Chevalier de l'ordre du mérite de la santé.

Cher maître et cher père,

Nous sommes fort heureux et honorés par votre présence dans ce jury.

Nous avons commencé l'apprentissage de la médecine à vos côtés depuis la 1^{ère} année et aujourd'hui nous nous présentons devant vous pour présenter notre travail de fin d'étude, cela est un immense honneur.

Merci pour tout l'enseignement que vous nous avez appris et soyez fier de votre fils par ce travail.

À notre maître et membre du jury

Dr Moussa KONE

- ❖ **Master en santé publique international ;**
- ❖ **DU en santé sexuelle et reproductive ;**
- ❖ **Chargé de programme santé maternelle et néonatale à l'ONG Terre des Hommes, délégation du Mali.**

Cher maître,

Vous nous faites un réel plaisir en acceptant de juger ce modeste travail en dépit de vos multiples occupations.

Homme de science et de rigueur, votre souci constant de transmettre vos connaissances a forcé notre admiration. Votre amour pour le travail bien fait, fait de vous un exemple. Ce travail est également le vôtre.

Recevez ici, l'expression de notre profonde gratitude et notre sincère respect.

À notre maître et co-directeur

Dr Boubacar KEMESSO

- ❖ **Médecin Directeur du Centre de FARAKO,**
- ❖ **Détenteur de Master en nutrition,**
- ❖ **DU en méthodologie de la recherche,**
- ❖ **Ancien responsable de Renforcement des capacités des ASACO/CSCOM de Bamako à l'ONG Musso,**
- ❖ **Ancien responsable de l'URENI du CSCOM de Yirimadio.**

Cher Maître,

Nous vous remercions de la confiance que vous nous avez faite.

Votre façon particulière d'établir un rapport basé sur la confiance entre le maître et son élève faite et rempli d'affection, de rigueur et d'exigences scientifiques à orienter tout notre dévouement vers le chemin de la science.

Vous êtes pour nous un exemple de la jeunesse en termes de recherche scientifique.

Recevez cher maître toute notre gratitude et notre profonde considération.

LISTE DES ABREVIATIONS

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

ASACO : Association de Santé Communautaire

ASACOFAR : Association de Santé Communautaire de Farako

ASC : Agent de Santé Communautaire

CCC : Communication pour le changement de comportement

CIC : Contraceptifs Injectables Combinés

CIP : Contraceptifs Injectables Progestatifs

COC : Contraceptifs Oraux Combinés

COOPI : Coopération Internationale

COP : Contraceptifs Oraux Progestatifs

CPN : Consultation Périnatale

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CSRéf : Centre de Santé de Référence

DBC : Distribution à Base Communautaire

DFID : Department For International Development

DIU : Dispositif Intra Utérin

DIU-Cu : Dispositif Intra-Utérin au cuivre

DIU-LNG : Dispositif Intra-Utérin à Libération de Levonorgestrel

DRC : Dépôt Répartiteur du Cercle

DSF : Division Santé Familiale

DV : Division de Vente

EDS : Enquête Démographique et de Santé

EDSM : Enquête Démographique et de Santé du Mali

FMOS : Faculté de médecine et d'Odontostomatologie

GEU : Grossesse Extra-Utérine

HTA : Hypertension Artérielle

IEC : Information Éducation Communication,

IM : Intramusculaire

IMC : Indice de Masse Corporelle

IST : Infection Sexuellement Transmissible

MAMA : Méthode d'Allaitement Maternelle et d'Aménorrhée

MATS-DNAT : Ministère de l'Administration Territoriale et de la Sécurité - Division Nationale de l'Aménagement et du Territoire

MEC : Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

PE : Pair Éducateur

PF : Planification Familiale

PF2020 : Planification Familiale 2020

PCU : Pilule Contraceptif

PCU-LNG : Pilules Contraceptives d'Urgence au Levonorgestrel

PCU-UPA : Pilules Contraceptives d'Urgence à base d'Acétate d'Ulipristal

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PRODESS : Programme de Développement Sanitaire et Social

PTME : Prévention de la Transmission Mère-Enfant

RC : Relais Communautaires

RN6 : Route National 6

SIU-LNG : Système Intra-Utérin à Libération de Levonorgestrel

SMI: Santé Maternelle et Infantile

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

USAID : United States Agency for International Development

USTTB : Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako

VIH/SIDA : Virus Immino Humaine/ Syndrome Immino Déficience Acquisse

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Organigramme du CSCOM de Farako	45
Figure 2 : Répartition des femmes selon la résidence.	53
Figure 3 : Répartition des femmes selon le statut matrimonial.	54
Figure 4 : Répartition des femmes selon les mois de consultations.	57
Figure 5 : Répartition des femmes selon l'utilisation d'une méthode contraceptive en 2018.	60

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Catégories MEC pour la recevabilité des contraceptifs	12
Tableau 2 : Liste du personnel du CSCOM de Farako	46
Tableau 3 : Répartition des femmes selon le type de consultation	52
Tableau 4 : Répartition des clientes selon la tranche d'âge.....	52
Tableau 5 : Répartition des femmes selon la profession	53
Tableau 6 : Répartition des femmes selon l'ethnie.	53
Tableau 7 : Répartition des femmes selon le régime matrimonial.....	54
Tableau 8 : Répartition des femmes selon le niveau d'instruction.	54
Tableau 9 : Répartition des femmes selon la durée du cycle.	55
Tableau 10 : Répartition des clientes selon le nombre d'enfants vivants.	55
Tableau 11 : Répartition des femmes selon le nombre de grossesse.....	56
Tableau 12 : Répartition des femmes selon le nombre d'avortement.	56
Tableau 13 : Répartition des femmes selon la pratique de l'allaitement en cours.	56
Tableau 14 : Répartition des femmes allaitantes selon la durée de l'allaitement.....	57
Tableau 15 : Répartition des clientes selon le motif de la 1 ^{ère} visite.....	58
Tableau 16 : Répartition des femmes selon la source d'information sur la PF.....	58
Tableau 17 : Répartition des femmes selon l'utilisation d'une contraception antérieure.....	58
Tableau 18 : Répartition des femmes utilisant une contraception antérieure selon la méthode contraceptive utilisée.....	59
Tableau 19 : Répartition des femmes utilisant une contraception antérieure selon la durée de la contraception antérieure.....	59
Tableau 20 : Répartition des femmes utilisant une méthode de contraception antérieure selon l'abandon de la méthode.....	59
Tableau 21 : Répartition des femmes selon la raison d'abandon de la contraception antérieure.	60
Tableau 22 : Répartition des femmes selon l'observation des rendez-vous.....	61
Tableau 23 : Répartition des femmes selon l'âge et l'utilisation des DIU et de l'implant.....	61
Tableau 24 : Répartition des femmes selon l'âge et l'utilisation	61
Tableau 25 : Effectif des prestataires.	62
Tableau 26 : Répartition des prestataires selon la prestation des services de PF.	62
Tableau 27 : Répartition des prestataires selon la formation reçue en 2018.....	63
Tableau 28 : Répartition des méthodes contraceptives selon la disponibilité au centre.	64
Tableau 29 : Répartition des matériels selon la disponibilité et l'état.	65
Tableau 30 : Répartition des prestataires selon le bon suivi des étapes du counseling.....	65
Tableau 31 : Attitudes des prestataires lors de la consultation.	66
Tableau 32 : Répartition des méthodes contraceptives selon le coût.....	66

Table des matières

I.	Introduction :	1
1.	Contexte et justification :	1
2.	Objectifs :	5
2.1.	Objectif général :	5
2.2.	Objectifs spécifiques :	5
3.	Hypothèses conceptuelles :	5
II.	Généralités :	6
A.	Historique :	6
B.	Définition des Concepts :	10
1.	Santé de la reproduction :	10
2.	Définition de la planification familiale selon L'OMS :	10
3.	La contraception :	11
4.	L'espacement des naissances :	11
5.	La régulation des naissances :	11
6.	Le contrôle de naissance :	11
7.	Le counseling :	11
8.	Besoins satisfaits en contraception :	11
9.	Besoins non satisfaits en contraception :	11
C.	Rappel sur les méthodes contraceptives : (11,14-20)	12
1.	Méthodes hormonales :	12
1.1.	Pilule contraceptive :	13
1.1.1.	Contraceptifs oraux combinés (COC) :	13
1.1.2.	Contraceptifs oraux progestatifs (COP) :	16
1.2.	Patch contraceptif ou timbre transdermique :	17
1.3.	Anneau vaginal :	19
1.4.	Contraceptifs injectables progestatifs (CIP) :	21
1.5.	Contraceptifs injectables combinés (CIC) :	23

1.6. Les Implants :	24
1.7. Dispositif intra-utérin (DIU) ou stérilet : système intra-utérin à libération progressive de lévonorgestrel (SIU-LNG)	26
2. Méthodes non hormonales :	27
2.1. Préservatif masculin :	28
2.2. Préservatif féminin :	29
2.3. L'éponge contraceptive :	30
2.4. La cape cervicale :	31
2.5. Le diaphragme :	31
2.6. Les spermicides :	32
2.7. La vasectomie :	33
2.8. La ligature ou obturation des trompes :	34
2.9. Dispositif intra-utérin en cuivre (TCu-380A) :	36
3. Les méthodes naturelles :	37
3.1. Méthode du calendrier :	37
3.2. Méthode de la glaire cervicale ou méthode Billing :	38
3.3. Méthode de la température :	38
3.4. Méthode d'Ogino-Knaus :	38
3.5. Méthode Sympto-thermique :	38
3.6. Méthode d'auto observation masculine ou le coït interrompu ou méthode du retrait :....	38
3.7. Méthode du collier :	39
4. La contraception d'urgence :	39
III. Méthodologie :	41
1. Cadre d'étude :	41
1.1. Présentation sommaire de la commune de Farako :	41
1.1.1. Historique :	41
1.1.2. Démographie :	41
1.1.3. Situation géographique :	41

1.1.4. Climat :	42
1.1.5. Végétation :	42
1.1.6. Agriculture :	42
1.1.7. Activités sociales :	42
1.1.8. Us et Coutumes :	42
1.1.9. Religion :	43
1.1.10. Réseau routier et fluvial :	43
1.2. Présentation du CSCOM de Farako :	43
1.2.1. Les partenaires :	43
1.2.2. Groupes cibles :	44
1.2.3. Les activités du centre :	44
1.2.4. Organigramme du centre :	45
1.2.5. Le personnel du centre :	46
1.2.6. Les locaux du centre comprennent :	46
2. Type d'étude :	46
3. Période de l'étude :	46
2.1. Population d'étude :	47
2.2. Échantillonnage :	47
2.2.1. Taille de l'échantillon :	47
2.2.2. Critère d'inclusion :	47
2.2.3. Critère de non-inclusion :	47
2.3. Les variables :	48
2.4. Outils et instruments de collectes :	50
2.5. Technique de collectes des données :	50
2.6. Traitement et analyse des données :	50
2.7. Considérations Éthiques :	50
2.10. Conflits d'intérêts :	50
IV. Résultats :	52

1.	L'effectif des femmes venues en consultation :	52
2.	Caractéristiques sociodémographiques :	52
1.1.	L'âge :	52
1.2.	La résidence :	53
1.3.	La profession :	53
1.4.	L'ethnie :	53
1.5.	État matrimonial :	54
1.6.	Le régime matrimonial :	54
1.7.	Le niveau d'instruction :	54
2.	Antécédents Gynéco-Obstétricaux :	55
2.1.	La durée du cycle :	55
2.2.	Le nombre d'enfants vivants :	55
2.3.	Le nombre de Grossesse :	56
2.4.	Le nombre d'avortement :	56
2.5.	La pratique de l'allaitement :	56
3.	La consultation en Planning Familial :	57
3.1.	La fréquence de consultation :	57
3.2.	Le motif de consultation :	58
3.3.	La source d'information :	58
3.4.	Contraception antérieure :	58
3.6.	Méthodes contraceptives utilisées :	60
3.7.	Observation des rendez-vous :	61
4.	Analyse de l'utilisation des méthodes contraceptives :	61
4.1.	Méthodes contraceptives et l'âge :	61
5.	Connaissances et attitudes des Prestataires :	62
5.1.	Organisation et attitudes des prestataires :	62
5.2.	Formation reçue et remise à niveau :	63
5.3.	Le plateau technique et le circuit d'approvisionnement :	64

5.4. Aptitudes des prestataires en consultation PF :	65
V. Commentaires et Discussions :	67
Conclusion :	71
Recommandations :	72
BIBLIOGRAPHIE	73
ANNEXES	75
SERMENT D'HIPPOCRATE	82

I. Introduction :

1. Contexte et justification :

La santé de la reproduction, qui s'inscrit dans le cadre telle que définie par l'OMS – un état complet de bien-être physique, mental et social, et qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité - s'intéresse aux mécanismes de la procréation et au fonctionnement de l'appareil reproducteur à tous les stades de la vie. Elle implique la possibilité d'avoir une sexualité responsable, satisfaisante et sûre ainsi que la liberté pour les personnes de choisir d'avoir des enfants si elles le souhaitent et quand elles le désirent. Cette conception de la santé génésique suppose que les femmes et les hommes puissent choisir des méthodes de régulation de la fécondité sûres, efficaces, abordables et acceptables, que les couples puissent avoir accès à des services de santé appropriés permettant aux femmes d'être suivies pendant leur grossesse et offrant ainsi aux couples la chance d'avoir un enfant en bonne santé **(1)**.

On estime à 214 millions le nombre de femmes dans les pays en développement qui sont dans les besoins d'espacer les naissances, d'éviter les grossesses non désirées, ou tout simplement de retarder le moment d'avoir un enfant ; 214 millions de femmes qui courent un haut risque de problème de santé majeure, de décès maternels et infantiles mais qui n'ont pas la chance d'utiliser un moyen de contraception **(2)**.

L'utilisation des services de PF a nettement augmenté dans de nombreuses régions du monde en particulier en Asie et en Amérique Latine, mais reste faible en Afrique subsaharienne. L'utilisation des contraceptifs a augmenté, passant de 54% en 1990 à 57,4% en 2014 dans le monde. Au niveau régional, la proportion de femmes mariées âgées de 15 à 49 ans indiquant utiliser une méthode contraceptive a faiblement augmenté entre 2008 et 2014. En Afrique, elle est passée de 23,6% à 27,6%, en Asie, elle a légèrement progressé passant de 60,9% à 61%, de même qu'en Amérique Latine et dans les Caraïbes, passant de 66,7% à 67% **(2)**.

Lors du sommet de planification familiale tenu à Londres en 2012, les dirigeants mondiaux se sont engagés à fournir un accès à la contraception à 120 millions de femmes et jeunes filles supplémentaires, d'ici 2020, initiative connue sous le nom de PF2020. Le sommet mettait en exergue « l'importance de l'accès aux contraceptifs sous sa double face de droit et de priorité de la santé et du développement transformationnels » (Bill & Melinda Gates Foundation et DFID, 2012 : 1) **(3)**.

La planification familiale est reconnue depuis longtemps en Afrique Subsaharienne comme étant un moyen essentiel pour maintenir la santé et le bien-être des femmes et de leur famille.

Malgré tous les efforts pour la promotion de la PF il existe encore une large marge de besoins non satisfaits. En Afrique 23,5% des femmes en âge de procréer ont un besoin non satisfait de moyens de contraception modernes (2). Ces besoins non satisfaits peuvent être expliqués par une multitude de raisons socio-culturelle, économique et politique sanitaire telle que : un choix limité des méthodes ; un accès limité aux services de PF pour certains groupes de population en particulier chez les pauvres ou ceux vivants dans des zones géographiques éloignées n'ayant pas accès à la contraception ; une crainte ou expérience d'effets secondaires ; une opposition culturelle ou religieuse ; une médiocre qualité des services de PF disponibles et des obstacles fondés sur le sexe.

La Conférence Internationale sur la Population et le Développement tenue au Caire en 1994 a mis en exergue le rôle combien important qu'elle joue dans la réduction des cas de la morbidité et de la mortalité des mères et des enfants de moins d'un an. Au Mali, la faible utilisation des services de santé de la reproduction en général et de la Planification Familiale (PF) en particulier contribue fortement aux maladies ou aux décès des femmes pendant et/ou après l'accouchement et des enfants de moins d'un an. L'Enquête Démographique et de Santé, EDS V 2012 – 2013 réalisée au Mali indique d'importants besoins non satisfaits de PF de 30,3%. Ceci dénote une utilisation des méthodes de contraception moderne très faible de 9,9% en 2012 – 2013. Cette situation est la preuve s'il en est besoin de l'existence de besoins importants non couverts en matière d'offre de services de planification familiale (4).

Dans le cadre du repositionnement de la PF, le Mali a participé de manière active à l'instar des pays francophones de l'Afrique de l'Ouest à la conférence sur « Population, Planification Familiale et développement : l'urgence d'agir ». Tenue du 8 au 10 février 2011 à Ouagadougou ainsi qu'aux conférences de Sally Mbour au Sénégal sur « *l'engagement de la société civile en faveur de la planification familiale* » en Septembre 2011, de Dakar sur la PF en Novembre 2011, de Londres tenue en Juillet 2012 et celle d'Addis-Abeba en Novembre 2013. À la suite de ces conférences, le Mali a développé, à travers un processus participatif et inclusif, un Plan d'Action de repositionnement de la planification familiale. À la demande du Ministère de la Santé et de l'hygiène publique du Mali, le dit plan a fait l'objet d'un affinement qui a associé tous les acteurs clés. Ce plan d'action PF est en harmonie avec le PRODESS et constitue un outil de mise en œuvre des activités de PF prévues dans le plan stratégique national santé de la reproduction 2014-2018. À la suite de ces travaux ce plan d'action s'était fixé comme objectif d'atteindre une prévalence contraceptive de 15% en 2018 (4).

Le Mali comptait 15 568 8821 habitants en 2013. En tenant compte des données de l'annuaire statistique de 2012, 77,5% de la population malienne vivaient en milieu rural en 2012. Selon la même source, la répartition de la population en fonction des tranches d'âge montre que le Mali comptait en 2012 :

- 3 620 532 femmes en âge de procréer,
- 47,5% de jeunes de moins de 15 ans,
- 31,1% d'adolescents et jeunes de 10-24 ans.

Le Mali enregistrait en moyenne : 364 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, dont 555 décès pour 100 000 naissances vivantes en milieu rural contre seulement 115 décès pour 100 000 naissances vivantes en milieu urbain. Ce niveau de mortalité maternelle était plus élevé chez les femmes de moins de 20 ans et de plus de 40 ans et touchait plus les régions de Kayes, Sikasso, Tombouctou, Gao et Ségou. Le taux de mortalité infantile était de 104‰ naissances vivantes (108‰ en milieu rural contre 83‰ en milieu urbain), les régions de Ségou et Sikasso étaient les plus touchées. Le taux de mortalité juvénile était de 56‰ naissances vivantes (4). Ces résultats sont dus en parti à une insuffisance des services de Planification Familiale. Selon les résultats de la sixième Enquête Démographique et de Santé du Mali de 2018 (EDSM-VI) la proportion des femmes âgées de 15-24 ans représentait 38 %. Près de six femmes sur dix (57%) étaient âgées de moins de 30 ans. En revanche, le groupe d'âges de 40-49 ans représentait 15% des femmes. Le risque de mortalité infantile est estimé à 54 décès pour 1 000 naissances vivantes et le risque de mortalité juvénile à 49‰ (5).

La prévalence contraceptive par les méthodes modernes était inférieure à 10% en 2012 – 2013. La progression était lente entre l'EDSM-IV et V passant de 6,8% à 9,9% (4) et atteint rapidement 16,4% lors de l'EDSM-VI (5). Il faut signaler au passage que l'utilisation des méthodes traditionnelles est toujours faible et est passée de 0,4% lors de l'EDSM-V à 0,8% lors de l'EDSM-VI. Selon l'EDSM-V, les femmes utilisaient essentiellement trois méthodes: les injectables (4%), les pilules (2,7%) et les implants (2,5%) (4) par contre les résultats de l'EDSM-VI ont trouvé un taux d'utilisation des contraceptifs à 7% pour les implants, 6% pour les injectables et 2,2% pour les Pilules (5).

Malgré que le plan de repositionnement de la Planification Familiale de 2014 a atteint ses objectifs fixés pour 2018 à un taux de prévalence contraceptive de 16%, il reste encore beaucoup de travail à faire en matière de Planification Familiale dans la mesure où certaines zones (rurales) disposent d'un plateau technique très limité en méthodes contraceptives modernes et que les besoins non satisfaits sont à 24,6% (5).

La plupart des études sur la PF ont été faites dans des zones urbaines du district ou des régions, peu d'études ont été menées sur l'utilisation des services de PF dans les milieux ruraux à part ceux de l'EDS. Le but de ce présent travail est d'avoir une image sur la qualité de l'utilisation des services de Planification Familiale dans une zone rurale, notamment dans le chef-lieu de la commune rurale de Farako du district sanitaire de Ségou.

2. Objectifs :

2.1. Objectif général :

Étudier l'utilisation des services de Planification Familiale dans l'aire de santé de la commune rurale de Farako du district sanitaire de Ségou du 1^{er} Janvier – 31 Décembre 2018.

2.2. Objectifs spécifiques :

- Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des femmes ayant consulté pour la PF dans l'aire de santé de Farako du 1^{er} Janvier – 31 décembre 2018 ;
- Déterminer le taux d'utilisation des méthodes de contraception ;
- Identifier les principales sources d'information sur la contraception ;
- Identifier les sources d'approvisionnement en produits contraceptifs ;
- Déterminer les connaissances et aptitudes des prestataires en matières de Planification Familiale.

3. Hypothèses conceptuelles :

- Un taux d'utilisation faible des méthodes contraceptives peut compromettre la qualité d'offres de service en matière de PF ;
- Une bonne source d'information sur la contraception peut améliorer le taux d'utilisation des méthodes contraceptives ;
- Une bonne connaissance et aptitude des prestataires peut améliorer le taux d'effectivité à la planification familiale ;
- Le respect au schéma directeur d'approvisionnement du CSCOM peut réduire le risque d'effets secondaire dû aux produits contraceptifs.

II. Généralités :

A. Historique :

L'origine de la contraception semble se situer dans l'Antiquité romaine ou Sopranos d'Ephèse établit la distinction entre avortement qui tue le fœtus et la contraception qui prévient la grossesse.

Les méthodes utilisées pour empêcher la formation et le développement de l'œuf furent aussi variées qu'insolites. Ainsi, l'une des premières fut la pharmacopée excrémentielle qui consistait à reproduire les principes généraux de la thérapeutique visant à chasser d'un corps malade les esprits qui pouvaient y abriter.

Les premières méthodes rationnelles pratiquées furent le coïtus obstructus, le coïtus reservatus et le coïtus interruptus que l'on regroupa sous le nom de « coït non conventionnel ».

- Le coïtus obstructus est une méthode qui consiste à pressé entre le scrotum et l'anus pour détourner le fluide séminal du pénis dans la vessie **(6)**.
- Le coïtus reservatus ou étreinte réservée ou karezza est une pratique sexuelle au cours de laquelle, lors d'une pénétration, le partenaire pénétrant ne tente pas d'éjaculer à l'intérieur de la personne pénétrée, mais s'emploie au contraire à retarder autant que possible le moment de l'éjaculation, voire à l'éviter complètement.
- Le coïtus interruptus est une pratique sexuelle qui consiste à interrompre le rapport sexuel vaginal avant l'éjaculation dans le but d'éviter la fécondation. Cette méthode de contraception, la plus ancienne a néanmoins une faible efficacité **(7)**.

Après la découverte des spermatozoïdes en 1677 par le hollandais Anton Van Leeuwenhoek, différentes substances ont été utilisées à travers le monde en vue d'une contraception locale. C'est ainsi que l'on évoque l'utilisation de :

- La Gomme d'Acacia dans le Manuscrit d'Ebert ;
- Presseurs reliés à l'extérieur par une fine cordelette, des tampons de charpie servant de préservatif mécanique associés par la suite à un produit chimique mélangeant ; miel ; et céruse (carbonate de plomb) ;
- L'alun de potassium et le natron (carbonate de sodium) comme substance contraceptive ;
- Le saule et les « misugami », papier de soie que l'on appliquait sur la muqueuse vaginale, en Extrême Orient ;
- En Europe aussi, le principe des « barrières » fut employé, sous forme de tampons constitués de cire d'abeilles par les paysannes hongroises ;

- D'éponges imprégnées de cognac dans les milieux libertins de la fin du XVIII^{ème} siècle ;
- De sulfate de quinine dont l'emploi s'est répandu au milieu du X^{ème} siècle de même que des solutions astringentes (thé vert ; alun ; etc....).

En plus de ces substances qui semblent être les ancêtres des spermicides, l'on a également eu recours à cette époque à d'autres méthodes de barrières notamment :

- Les préservatifs d'abord confectionnés en boyaux d'animaux ;
- Le diaphragme qui fut proposé par Wilhelmy Mesinga ;

Ces méthodes dont l'efficacité restait limitée étaient également associées à des effets secondaires importants. Ceux-ci ont donc conduit les chercheurs à explorer des voies aboutissant à des produits moins nocifs.

C'est ainsi qu'en 1865, Jacques Sims publia les circonstances de la fertilité mais ce n'est que bien plus tard que trois informations capitales assimilées : la nature du sperme, sa fonction et la nécessité de sa pénétration dans l'utérus pour la fécondation de l'ovule. En 1904 déjà, le néerlandais Théodore Van de Velde découvrit la corrélation entre la courbe thermique matinale et l'ovulation mais la contraception n'entre dans sa phase « endocrinologique » que lors de la découverte des hormones et qui connut un essor après 1920. L'année 1920 qui correspond également à la naissance du concept de planning familial aux USA voit l'isolation de l'œstrine par Edgar Allen et Edward Doisy.

En 1927, l'idée d'une contraception pharmacologique naît de l'autrichien Haberlandt qui affirme que « puisqu'un extrait ovarien de lapines gravides déclenche une stérilité temporaire, il contient « quelque chose » qui bloque la contraception ». En 1929, Georges Comer découvre la progestérone et Guy Marian le prégnandiol. C'est cette même année que le japonais Ogino Kiusaku proposa une méthode consistant à s'abstenir entre le douzième et le seizième jour précédant le début des règles.

En 1931, Adolf Butenandt découvre l'androstérone.

En 1936, David MC Corquodale produit l'œstradiol. Ces travaux sont mis à profit par Inhoffen afin de synthétiser la 17a-éthinyloestradiol. En 1939, le chimiste australien Arthur Birch synthétise la 19-nortestostérone. En 1950, Grégory Pincus entame un programme de recherche en vue de mettre au point une pilule contraceptive.

En 1951, la noréthistérone, est synthétisée par Georges Rosenkrantz et Carl Djerassi. Frank Colton qui testa le norétynodrel, le plus actif des progestatifs dépourvus d'activité androgénique eut des premiers essais difficilement interprétables en raison d'une

contamination chimique par un puissant œstrogène, le 3-méthyléthinylestrodiol. C'est donc sans le savoir que la première association œstro-progestative venait d'être étudiée. Sous les noms de mestranol, cet ester sera par la suite, effectivement adjoint au norétynodrel à très faibles doses, car il permet de régulariser les règles. D'abord présentée comme un traitement des troubles menstruels, l'association des deux stéroïdes fut commercialisée en 1959 aux États Unis. L'année suivante, l'indication de « contraception » fut approuvée.

La contraception fut diminuée de moitié lors de la commercialisation de l'Enidrel en France. Au fil des ans, une course au mini dosage fut lancée. C'est ainsi qu'à partir de 1970, les pilules devaient contenir moins de 0,05mg d'estrogène retenu : l'éthinylestrodiol constitue ainsi les pilules normo dosées. Les « minipilules » encore largement utilisées de nos jours ne devaient contenir que 0,03mg d'estrogène. La contraception dont la paternité est souvent associée à Malthus T. Robert a donc évolué depuis l'Antiquité romaine avec des méthodes pouvant paraître fantaisiste telle la pharmacopée excrémentielle pour offrir aujourd'hui aux couples qui le désirent des moyens dont la rigueur scientifique est clairement établie, dans le but de leur permettre de contrôler leur descendance (8).

Cas du Mali :

En effet depuis 1971, une délégation Malienne s'est rendue à Montréal (Canada) pour participer à un séminaire sur la planification familiale. Après, le Mali a signé un accord avec les organisateurs de ce séminaire pour un projet d'assistance en planning familial pour 4 ans (9). C'est dans cet élan que l'AMPPF a été créé le 7 juin 1971. En 1972, le Mali abrogea la loi du 31 juillet 1920 dans ces articles 3 et 4 qui interdisaient la propagande anticonceptionnelle. Un centre pilote du planning familial a été créé à Bamako par l'AMPPF dont l'objectif était l'espacement des naissances et non une limitation des naissances. La pratique du planning familial était conditionnée à l'autorisation maritale pour les femmes mariées et parentale pour les célibataires (10). En 1973, deux séminaires dont un inter Africain sur l'éducation sexuelle et l'autre inter syndical sur le planning familial ont été organisés à Bamako (11). En 1974, le Mali a souscrit à la déclaration de Bucarest (Roumanie) sur le droit au planning familial. En 1978, le Mali a souscrit à la déclaration d'alma Ata (ALMA ATA/URSS) sur les soins de santé primaires dont une des composantes est le planning familial dans le but d'améliorer la santé de la mère et de l'enfant à travers un espacement judicieux des naissances. En 1980, la division santé familiale (DSF) a été créée au sein du ministère de la santé publique et des affaires sociales pour élargir et coordonner les activités de santé maternelle et infantile en y intégrant le planning familial (11). En 1990, deux séminaires nationaux ont été organisés à Bamako pour l'ébauche d'une politique de population femme et développement. En 1994

avec la conférence internationale sur la population et le développement au Caire (Égypte), les gouvernements (dont le Mali) se sont engagés à agir dans le domaine de la santé de la reproduction engagement réitéré lors de la 4ème conférence mondiale sur les femmes à Beijing (chine) en Septembre 1995. En juin 1995 a été organisé un atelier de révision des normes et procédures de santé maternelle infantile et planning familial (SMI/ PF). Avec le temps le concept Malien en matière de PF a évolué allant de l'espacement des naissances dont la pratique était conditionnée à l'autorisation maritale ou parentale en 1971 au concept actuel qui définit la PF comme : « l'ensemble des mesures et moyens de régulation de la fécondité, d'éducation et de prise en charge d'affections de la sphère génitale , mis à la disposition des individus et des couples afin de contribuer à réduire la mortalité et la morbidité maternelle, infantile et juvénile notamment celle liée aux IST, VIH SIDA, aux grossesses non désirées et aux avortements et assurer ainsi le bien-être familial et individuel ». Ceci implique la liberté, la responsabilité et le droit à l'information de chaque individu ou couple pour les aider à choisir la mesure ou le moyen de régulation de la fécondité. Pour le Mali la santé de la reproduction englobe la santé de la mère y compris le planning familial et la santé de l'enfant y compris celle de la petite fille.

Le Mali est l'un des premiers pays de l'Afrique de l'Ouest francophone à concevoir et mettre en œuvre dans les années 90, un programme de distribution à base communautaire des contraceptifs incluant la pilule. La Distribution à Base Communautaire (DBC) est définie comme étant une approche non clinique d'offre de services de PF qui consiste à charger des non-professionnels de la santé ayant reçu une formation appropriée d'assurer directement des prestations de services PF à d'autres membres de leur communauté.

En Juillet 1990, le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique a décidé d'expérimenter sur une période de 3 ans et demi, un projet de Distribution à Base Communautaire (DBC) des contraceptifs.

Au terme de trois années et demi d'expérimentation, les études ont montré que non seulement l'approche DBC était techniquement faisable et culturellement acceptable, mais aussi qu'elle a contribué de façon statistiquement significative à l'augmentation du niveau de connaissance et du taux d'utilisation des méthodes modernes de PF au niveau de la population cible. Ainsi la prévalence contraceptive est passée de 1% à 11% en 12 mois, de 23% à 36% avec les méthodes non prescriptibles dans les zones du projet. Avec l'introduction de la pilule, la prévalence est passée de 11% à 32 % sur 6 mois. Avec ces résultats assez significatifs, le Ministère de la Santé publique a demandé et obtenu de l'USAID/Bamako, le financement de l'extension des activités DBC dans les cinq régions du Sud du pays (Sikasso, Koulikoro,

Ségou, Mopti, Kayes). Avec ces résultats assez significatifs, le Ministère de la Santé publique a demandé et obtenu de l'USAID/Bamako, le financement de l'extension des activités DBC dans les cinq régions du Sud du pays (Sikasso, Koulikoro, Ségou, Mopti, Kayes). Avec l'intervention des ONG dans la DBC à travers le financement de l'USAID, et l'autorisation des relais communautaires à fournir la première dose de pilule, la prévalence contraceptive est passée à plus de 40% dans les zones d'intervention des ONG membres du Groupe Pivot Santé Population. Actuellement, le Mali dispose de deux types d'agents au niveau communautaire :

- Le Relais Communautaire (RC) autorisé à donner les informations sur la PF, à distribuer le condom et la pilule. Ils étaient au nombre de 269 395 en 2014 ;
- L'Agent de Santé Communautaire (ASC) quant à lui, en plus de ce que fait le relais, peut administrer les injectables. En 2014 le Mali en comptait plus de 18 376.

En plus de ces deux catégories d'agents, il existe aussi le Pair Éducateur (PE) chargé de l'information et de la communication sur la PF. Il offre également le condom et la pilule (11).

B. Définition des Concepts :

1. Santé de la reproduction :

La santé de la reproduction, qui s'inscrit dans le cadre telle que définie par l'OMS – un état complet de bien-être physique, mental et social, et qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité - s'intéresse aux mécanismes de la procréation et au fonctionnement de l'appareil reproducteur à tous les stades de la vie. Elle implique la possibilité d'avoir une sexualité responsable, satisfaisante et sûre ainsi que la liberté pour les personnes de choisir d'avoir des enfants si elles le souhaitent et quand elles désirent. Cette conception de la santé génésique suppose que les femmes et les hommes puissent choisir des méthodes de régulation de la fécondité sûres, efficaces, abordables et acceptables, que les couples puissent avoir accès à des services de santé appropriés permettant aux femmes d'être suivies pendant leur grossesse et offrant ainsi aux couples la chance d'avoir un enfant en bonne santé (1).

2. Définition de la planification familiale selon L'OMS :

La planification familiale est l'ensemble des mesures permettant de favoriser des naissances, d'agir sur l'intervalle entre les naissances, d'éviter les naissances non désirées et de donner à chaque couple le moyen de déterminer le nombre d'enfants qu'il désire. Elle englobe la lutte contre la stérilité, la mise en œuvre des moyens de contraception, l'éducation sexuelle et familiale (12).

3. La contraception :

C'est l'ensemble des moyens techniques médicaux ou non, mis à la disposition des individus et des couples pour leur permettre d'assurer leur sexualité de façon responsable de manière à éviter les grossesses non désirées, espacer les naissances, avoir le nombre d'enfant désiré au moment voulu (13).

4. L'espacement des naissances :

Ce concept insiste sur la notion d'intervalle inter génésique pour le bien-être de la famille. Beaucoup de pratiques sociales telles que l'abstinence périodique, l'allaitement maternel prolongé, l'envoi de la femme dans sa famille d'origine prouvent ce concept. Celui-ci est beaucoup utilisé dans les Pays Francophones d'Afrique dans la mise en place de leurs programmes de planification familiale (cas du Mali) (11).

5. La régulation des naissances :

Elle insiste sur l'idée de régulation par opposition à la fatalité biologique liée au hasard dans la naissance des enfants. Ce concept est assez proche de l'espacement des naissances.

6. Le contrôle de naissance :

Il insiste sur la réglementation du nombre des naissances aussi bien par les familles que par les nations. Il intervient dans le cadre de certaines politiques de population élaborées par les gouvernements. On peut soit augmenter les avantages sociaux, soit alléger les impôts pour les premiers enfants, soit supprimer les avantages pour les enfants venant au-delà d'un certain rang.

7. Le counseling :

C'est un processus de communication interpersonnelle par lequel le prestataire aide un client à choisir une méthode de contraception qui lui convient. Il est efficace si le prestataire a pu établir et maintenir un dialogue basé sur la confiance. Le counseling est une partie vitale de la planification familiale qui aide les clients à arriver à un choix éclairé concernant leur option en matière de reproduction la méthode choisie en toute sécurité et à utiliser de manière efficace (13).

8. Besoins satisfaits en contraception :

Les besoins satisfaits en contraception expriment la proportion de femmes fécondes qui utilisent une méthode de contraception (5).

9. Besoins non satisfaits en contraception :

Les besoins non satisfaits expriment la proportion de femmes fécondes qui n'utilisent pas de méthode contraceptive mais qui expriment le souhait d'espacer leur prochaine naissance ou qui ne veulent plus d'enfant (5).

C. Rappel sur les méthodes contraceptives : (11,14–20)

Il est important de savoir les critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives (MEC) publiés par l'OMS en 2015 (16).

Tableau 1 : Catégories MEC pour la recevabilité des contraceptifs

Catégorie 1	État pour lequel l'utilisation de la méthode contraceptive ne donne lieu à aucune restriction
Catégorie 2	État pour lequel les avantages de la méthode l'emportent en général sur les risques théoriques ou avérés.
Catégorie 3	État pour lequel les risques théoriques ou avérés de la méthode l'emportent en général sur les avantages.
Catégorie 4	État pour lequel l'utilisation de la méthode contraceptive représente un risque inacceptable pour la santé.

Les différentes méthodes de contraception sont classées en quatre (4) grands groupes :

- Méthodes hormonales ;
- Méthodes non hormonales ;
- Méthodes naturelles ;
- Méthodes de contraception d'urgence.

1. Méthodes hormonales :

La planification des naissances au moyen d'hormones permet de réguler les variations des taux d'hormones au cours du cycle de la femme. Elle requiert différents types d'hormones synthétiques qui imitent l'œstrogène et la progestérone que le corps de la femme produit naturellement.

1.1. Pilule contraceptive :

La pilule contraceptive orale, aussi appelée la pilule anticonceptionnelle, convient à la plupart des femmes en âge de procréer, en bonne santé, peu importe leur âge, et elle peut être utilisée à long terme. Il existe deux types de pilule contraceptive :

- Contraceptifs oraux combiné (COC) : qui contient à la fois de l'estrogène et de la progestérone ;
- Contraceptifs oraux progestatifs (COP) : qui est composé seulement de la progestérone à faible dose.

1.1.1. Contraceptifs oraux combinés (COC) :

➤ Indications :

Ils sont indiqués chez :

- Les femmes en âge de procréer ;
- Les mères allaitantes (6 mois post partum ou plus) ;
- Les femmes en post partum qui n'allaitent pas peuvent commencer 3 mois après l'accouchement ;
- Femmes après avortement.

➤ Mode d'utilisation :

Les pilules peuvent être prises à n'importe quel moment lorsque la certitude d'une grossesse évolutive est écartée.

Elles présentent deux présentations : les plaquettes de 21 comprimés et les plaquettes de 28 comprimés.

Dans le post partum : Si la cliente n'allait pas, commencer la prise vers la 3ème semaine.

Dans le post abortum : Commencer la prise de la pilule une semaine après l'avortement.

Posologie :

Elles sont prises 1 comprimé/jour à la même heure de préférence ;

Elles peuvent être commencées :

- Du 1er au 7ème jour du cycle ;
- Post partum : 6 mois après si la femme utilisait la MAMA ;
- Après 3 semaines si pas d'allaitement maternel ;

Plaquettes de 21 comprimés :

Prendre 1 comprimé pendant 21 jours ;

Observer 7 jours de repos avant de commencer une nouvelle plaquette.

Plaquettes de 28 comprimés (21 blancs+ 7 marrons) :

Prendre un comprimé sans arrêt, tous les jours jusqu'à la fin

Commencer une nouvelle plaquette le lendemain.

Si la prise débute après le 7eme jour du cycle, associer une méthode de barrière ou abstinence pendant 7 jours.

Prendre le comprimé même en l'absence du partenaire ou en l'absence de rapport sexuel.

En cas d'oubli :

- Si oubli d'un comprimé actif (comprimé blanc) : prendre le comprimé oublié dès que l'on se rappelle et prendre le comprimé suivant à l'heure habituelle.
- Si oubli de deux comprimés actifs ou plus : reprendre la prise dès que l'on se rappelle, un comprimé actif par jour pendant au moins 7 jours successifs avec une méthode de barrière ou abstinence sexuelle pendant 7 jours. S'il y a moins de 7 comprimés actifs : Commencer une nouvelle plaquette toujours associée à une méthode de barrière pendant les 7 premiers jours, informer la cliente que les règles surviendront à la fin de la nouvelle plaquette.
- Si oubli de comprimé de fer : Continuer la prise sans reprendre les comprimés oubliés jusqu'à démarrer une nouvelle plaquette.

➤ Les Avantages :

- Efficace dans (92 à 99,7 %) des cas ;
- Efficacité immédiate ;
- Peut être fourni par un personnel non médical ;
- Diminue la quantité et la durée des règles ;
- Diminue les symptômes prémenstruels ;
- Peut diminuer ou éliminer les crampes et le flux menstruel ;
- Diminution possible des symptômes péri ménopausiques ;
- Permet d'avoir des rapports sexuels non planifiés ;
- Diminue le risque d'anémie ;
- Méthode réversible ;
- Régularise le cycle ;
- Diminution de l'acné ;
- Diminue de la croissance des poils faciaux et corporels ;
- Diminution du risque de cancer de l'endomètre, des ovaires et du côlon ;
- Diminution du risque de fibromes et de kystes ovariens ;

- L'examen gynécologique n'est pas nécessaire ;

Les Inconvénients :

- Ne protège pas contre les ITS/VIH-SIDA ;
- Doit être prise tous les jours et à la même heure ;
- Peut causer des saignements légers ou irréguliers ;
- Peut rendre les seins sensibles, causer la nausée ou des maux de tête ;
- Peut augmenter le risque de caillots sanguins, particulièrement chez les femmes atteintes de certains troubles sanguins ou la présence d'antécédents familiaux de troubles sanguins ;
- La prise d'autres médicaments peut en réduire l'efficacité (rifampicine, anticonvulsivants ;) ;
- Diminue la production du lait ;
- L'inobservance augmente le risque d'échec

➤ Les Effets secondaires :

- Nausées, vertiges, céphalées ;
- Saignements minimes ;
- Les métrorragies ou spotting par atrophie endométriale (++) ;
- La prise de poids de 1 à 2 kg ;
- Rétention hydrosodée minime ;
- Oligoménorrhée ;
- Les mastodynies ;
- Les jambes lourdes ;
- La sécheresse vaginale ;
- La modification minime du système pileux ;
- La diminution de la libido ;
- Aménorrhée ;
- Peut entraîner un retard dans le retour de la fécondité.

➤ Précautions d'emplois :

- Cardiopathie ;
- Hypertension artérielle ;
- Diabète ;
- Saignements vaginaux non expliqués ;
- Cancer du sein ;

- Traitement de l'épilepsie ou de la tuberculose ;
- Maladies du foie ;
- Troubles de l'hémostase ;
- Femme de plus de 35 ans et qui fume ;

1.1.2. Contraceptifs oraux progestatifs (COP) :

➤ Indications :

Ils sont indiqués chez :

- Les femmes en âge de procréer ;
- Les mères allaitantes (6 mois post partum ou plus) ;
- Les femmes en post abortum.
- Les femmes chez qui l'utilisation de l'œstrogène n'est pas recommandée.

➤ Mode d'utilisation :

Les pilules peuvent être prises à n'importe quel moment lorsque la certitude d'une grossesse évolutive est écartée.

Dans le post partum : Si la cliente n'allaite pas, commencer la prise immédiatement ou à n'importe quel moment durant les six premières semaines après l'accouchement ; Si la cliente allaite, conseiller la prise de COP dès la sixième semaine.

Dans le post abortum : commencer la prise dans les cinq jours après l'avortement.

Posologie :

Du 1er au 5eme jour du cycle menstruel : prendre 1 comprimé sans arrêt, tous les jours à la même heure.

En cas d'oubli :

- Si oubli d'un comprimé : prendre le comprimé oublié dès qu'on se le rappelle puis le comprimé suivant l'heure habituelle avec méthode de barrière pendant 7 jours.
- Si oubli de deux comprimés ou plus : prendre 2 comprimés dès qu'on se le rappelle et puis le comprimé suivant à l'heure habituelle avec méthode de barrière ou abstinence pendant 7 jours et continuer la prise.
- En cas de retard de 3 heures par rapport à l'heure habituelle de prise, associer une méthode de barrière pendant deux jours.

➤ **Les avantages :**

- Très efficaces si la prise est correcte ;
- Le retour à la fécondité est immédiat ;
- Une protection relative contre le cancer de l'endomètre ;
- Convient aux femmes qui ne peuvent pas prendre de l'œstrogène ;
- Convient aux femmes qui allaitent ;
- Convient aux femmes fumeuses de plus de 35 ans ;

➤ **Les Inconvénients et Effets secondaires :**

- Ne protègent pas contre les IST/VIH-SIDA ;
- Acné, maux de tête ;
- Sautes d'humeur, croissance non désirée de poils ;
- Prise de poids ;
- Aménorrhée ;
- Mastodynies ;
- Spotting ;
- Douleurs pelviennes.

1.2. Patch contraceptif ou timbre transdermique :

Le patch contraceptif un dispositif en forme de carré d'environ 5x5cm en plastique souple fixé sur le corps de la femme, contenant également de l'œstrogène et la progestérone absorbée par la peau dans le corps de la femme.

➤ **Mécanisme d'action :** (idem au Pilule)

➤ **Indications :** (idem au Pilule)

➤ **Mode d'utilisation :**

Le patch se porte sur la peau pendant sept jours et il doit être changé chaque semaine, pendant la durée des trois semaines du cycle. L'idéal est de changer le timbre la même journée chaque nouvelle semaine (c'est le « jour du changement de timbre »).

La quatrième semaine, la femme ne porte pas de timbre, ce qui permet à la menstruation de se déclencher. Il faut éviter de ne pas porter le timbre plus de sept jours consécutifs.

Le timbre peut se porter sur les fesses, l'estomac, dans le dos ou près de l'épaule, mais pas sur les seins.

Il peut s'avérer efficace de changer chaque semaine l'endroit où l'on colle le timbre. Il faut appliquer le timbre sur une partie propre et sèche de la peau. Il faut éviter d'utiliser de la crème ou une lotion près du timbre déjà appliqué ou à l'endroit où le nouveau sera appliqué.

Le timbre colle bien à la peau. Le timbre résiste à 98 % du temps à l'exercice, à la douche, à la nage ainsi qu'à un passage dans un sauna ou un bain chaud !

En cas d'oubli :

- Si oubli d'appliquer un nouveau patch au début d'un cycle de patch (pendant la 1^{ère} semaine) : Appliquer un nouveau patch aussi rapidement que possible. Noter ce jour de la semaine comme le nouveau jour du changement du patch. Utiliser une méthode de barrière pendant les 7 premiers jours de l'utilisation du patch. De plus, si le nouveau patch a été appliqué avec 3 jours ou plus de retard (elle n'a pas porté de patch pendant 10 jours ou plus de suite) et si elle a eu des rapports sexuels non protégés ces 5 derniers jours, elle peut envisager de prendre la pilule contraceptive d'urgence. (Voir pilule contraceptive d'urgence)
- Si oubli de remplacer le patch au milieu du cycle de patch (pendant la 2^e ou 3^e semaine) :
 - ✓ Si retard de 1 ou 2 jours : Appliquer un nouveau patch dès qu'elle s'en souvient. Garder le même jour pour le remplacement du patch. Pas besoin d'une méthode de barrière ;
 - ✓ Si retard de plus de 2 jours : arrêter le cycle actuel et commencer un nouveau cycle de 4 semaines en appliquant immédiatement un nouveau patch. Noter ce jour de la semaine comme le nouveau jour du changement du patch. Utiliser une méthode de barrière pendant les 7 premiers jours de l'utilisation du patch.
- Si oubli de retirer le patch à la fin du cycle de patch (pendant la 4^e semaine) :
 - ✓ Retirer le patch ;
 - ✓ Démarrer le nouveau cycle le jour habituel pour le remplacement du patch ;
 - ✓ Pas besoin d'une méthode de barrière.

➤ **Les avantages :**

- Grande efficacité, réversible et sécuritaire ;
- Aucune interruption des rapports sexuels ;

- Diminution possible des crampes et du flux menstruel ;
- Régularisation du cycle menstruel ;
- Diminution des symptômes prémenstruels ;
- Diminution du risque de cancer de l'endomètre, des ovaires et du côlon ;
- Diminution du risque de fibromes et de kystes ovariens.

➤ **Les inconvénients et effets secondaires :**

- Ne protège pas contre les ITS/VIH-SIDA ;
- Doit être prise tous les jours et à la même heure ;
- Peut causer des saignements légers ou irréguliers ;
- Peut rendre les seins sensibles, causer la nausée ou des maux de tête ;
- Peut augmenter le risque de caillots sanguins, particulièrement chez les femmes atteintes de certains troubles sanguins ou la présence d'antécédents familiaux de troubles sanguins ;
- La prise d'autres médicaments peut en réduire l'efficacité (rifampicine, anticonvulsivants) ;
- Diminue la production du lait ;
- L'inobservance augmente le risque d'échec ;
- Irritation cutanée ;
- Moins efficace chez les femmes de plus de 90Kg.

1.3. Anneau vaginal :

C'est un anneau contraceptif mesurant environ 54 mm de diamètre et il est constitué d'un plastique transparent et souple. Il est inséré dans le vagin, où il relâche lentement des hormones, soit de l'œstrogène et de la progestérone, pendant trois semaines.

➤ **Mécanisme d'action :** (idem au Pilule)

➤ **Indications :** (idem au Pilule)

➤ **Mode d'utilisation :**

L'anneau n'est produit qu'en une seule taille et il n'a pas besoin d'être placé à un endroit particulier dans le vagin pour être efficace. Ce sont les parois du vagin qui le tiennent en place, et habituellement la femme ne le sent plus une fois qu'il a été inséré. La femme insère et retire l'anneau elle-même.

L'anneau se porte à l'intérieur du vagin pendant trois semaines. La quatrième semaine, il est retiré du vagin pour laisser libre cours à la menstruation. À la fin de cette quatrième semaine sans anneau, la femme insère un autre anneau pour lancer un nouveau cycle.

➤ **Insertion :**

Elle choisit la position qui est la plus confortable, par exemple, se mettre debout avec une jambe surélevée, s'accroupir ou se coucher sur le dos.

Elle doit presser ensemble les côtés opposés de l'anneau et insérer doucement l'anneau plié dans le vagin. La position exacte n'est pas importante, mais en l'insérant profondément, il restera en place et elle ne le sentira probablement pas.

➤ **Extraction :**

Pour retirer l'anneau, elle insère son index à l'intérieur, en position de crochet, ou alors attrape l'anneau entre l'index et le majeur et le retire. L'anneau peut être retiré pour des rapports sexuels, pour se nettoyer ou autres raisons, bien qu'il ne soit pas nécessaire de le faire. Si l'anneau glisse, elle doit le rincer dans de l'eau propre et le réinsérer immédiatement.

En cas d'oubli :

- Si oublié de l'anneau en place pendant 4 semaines : aucune action n'est nécessaire ;
- A laissé l'anneau au dehors durant plus de 3 heures pendant la 1^{ère} ou la 2^e semaine :
 - ✓ Remettre l'anneau dès que possible ;
 - ✓ Utiliser une méthode de barrière pendant les 7 prochains jours
- A laissé l'anneau au dehors durant plus de 3 heures pendant la 3^e semaine :
 - ✓ Arrêter le cycle actuel et jeter l'anneau ;
 - ✓ Insérer un nouvel anneau immédiatement et garder en place pendant 3 semaines, utiliser une méthode de barrière pendant les 7 jours prochains ;
- A attendu plus de 7 jours avant d'insérer un nouvel anneau ou gardé l'anneau en place pendant plus de 4 semaines :
 - ✓ Insérer un nouvel anneau, dès que possible et commencer un nouveau cycle de 4 semaines. Utiliser une méthode de barrière pendant les 7 premiers jours de l'utilisation de l'anneau ;

- ✓ De plus, si un nouvel anneau a été insérer avec 3 jours de retard ou plus (l'anneau était au dehors pendant

10 jours consécutifs ou plus) et en cas de rapports sexuels non protégés les 5 derniers jours, envisager la contraception d'urgence (Voir Pilule contraceptive).

➤ **Les avantages :**

- Grande efficacité, réversible et sécuritaire ;
- Aucune interruption des rapports sexuels ;
- Diminution possible des crampes et du flux menstruel ;
- Régularisation du cycle menstruel ;
- Diminution des symptômes prémenstruels ;
- Diminution du risque de cancer de l'endomètre, des ovaires et du côlon ;
- Diminution du risque de fibromes et de kystes ovariens.

➤ **Les inconvénients et effets secondaires :**

- Ne protège pas contre les ITS/VIH-SIDA ;
- Doit être prise tous les jours et à la même heure ;
- Peut causer des saignements légers ou irréguliers ;
- Peut rendre les seins sensibles, causer la nausée ou des maux de tête ;
- Peut augmenter le risque de caillots sanguins, particulièrement chez les femmes atteintes de certains troubles sanguins ou la présence d'antécédents familiaux de troubles sanguins ;
- La prise d'autres médicaments peut en réduire l'efficacité (rifampicine, anticonvulsivants) ;
- Diminue la production du lait ;
- L'inobservance augmente le risque d'échec ;
- Irritation vaginale (vaginite) ;
- Favorise la survenue des leucorrhées.

1.4. Contraceptifs injectables progestatifs (CIP) :

Le contraceptif injectable progestatif, est une méthode contraceptive réversible très efficace. L'injection ne contient pas d'œstrogène, mais seulement de la progestérone qui est injectée quatre fois par année dans la femme. Par conséquent, ce choix peut s'avérer excellent pour les femmes qui ont de la difficulté à suivre une routine quotidienne, hebdomadaire ou mensuelle.

➤ **Mécanismes d'actions :** (idem au COP)

➤ **Indications :** (idem au COP)

➤ **Mode d'utilisation :**

Une femme peut commencer les progestatifs seuls injectables à n'importe quel moment, lorsque la certitude d'une grossesse évolutive est écartée.

Le produit est administré par injection dans le muscle (injection intramusculaire). Ensuite, l'hormone est libérée lentement dans les vaisseaux sanguins.

L'injection peut être faite à n'importe quel moment du mois : si elle est faite dans les 7 premiers jours du cycle, pas besoin d'associer une méthode de barrière. Si elle est faite à plus de 7 jours du début du cycle, une méthode de barrière devra être associée.

- Si la femme pratique l'allaitement exclusif ou quasi exclusif (à moins de 6 mois après l'accouchement) : elle doit recevoir la 1^{ère} dose 6 semaines après l'accouchement sans nécessité d'associer une méthode de barrière ;
- Si la femme pratique l'allaitement exclusif ou quasi exclusif (à plus de 6 mois après l'accouchement) :
 - ✓ Si les menstrues ne sont pas revenues, elle peut commencer les injectables à progestatifs seuls à n'importe quel moment, après qu'une grossesse soit écartée. Elle aura besoin d'une méthode de barrière pendant les 7 premiers jours après l'injection ;
 - ✓ Si les menstrues ne sont pas revenues, elle peut commencer les injectables à progestatifs seuls, tel qu'indiqué pour les femmes ayant leurs cycles menstruels.
- Si la femme n'allait pas (à moins de 4 semaines après l'accouchement) : elle peut commencer les injections à n'importe quel moment sans avoir besoin d'une méthode de barrière ;
- Si la femme n'allait pas (à plus de 4 semaines après l'accouchement) : en cas d'aménorrhée, elle peut commencer les injections à n'importe quel moment avec nécessité d'une méthode de barrière.

En cas d'oubli : l'injection peut être administrée jusqu'à 2 - 4 semaines après la date du rendez-vous.

➤ **Les avantages :**

- Très grande efficacité ;
- Protection contre : cancer de l'endomètre, fibromes utérins, inflammations pelviennes, l'anémie ferriprive ;
- Diminution des crises de drépanocytoses chez les femmes souffrant d'anémie ;
- Action prolongée ;
- Ne gênent pas la lactation.

➤ **Les inconvénients/effets secondaires :**

- Ne protègent pas contre les IST/VIH-SIDA ;
- Acné, maux de tête ;
- Sautes d'humeur, croissance non désirée de poils ;
- Prise de poids ;
- Aménorrhée ;
- Mastodynies ;
- Spotting ;
- Douleurs pelviennes.
- Étourdissement ;
- Ballonnement.

1.5. Contraceptifs injectables combinés (CIC) :

Ce sont des contraceptifs injectables à base d'œstrogène et de progestérone, administrés chez la femme tous les mois.

➤ **Mécanisme d'action :** idem au COC

➤ **Indications :** idem au COC

➤ **Mode d'utilisation :**

Une femme peut commencer les injectables à n'importe quel moment, si l'on peut être raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte.

Le produit est administré par injection dans le muscle (IM) puis libéré lentement dans la circulation sanguine.

L'injection peut être faite à n'importe quel moment du mois : si elle est faite dans les 7 jours au début du cycle, aucune mesure secondaire n'est nécessaire. Si elle est faite à plus de 7 jours du début du cycle, une méthode de barrière devra être associée.

- Si la femme pratique l'allaitement exclusif ou quasi exclusif (à moins de 6 mois après l'accouchement) : aucune injection n'est nécessaire jusqu'à 6 mois après l'accouchement ;
- Si la femme pratique l'allaitement exclusif ou quasi exclusif (à moins de 6 mois après l'accouchement) : voir CIP ;
- Si la femme n'allait pas (à moins de 4 semaines après l'accouchement) : elle peut recevoir l'injection à partir du 21^e jour après l'accouchement, sans utiliser une méthode secondaire ;
- Si la femme n'allait pas (à plus de 4 semaines après l'accouchement) : en cas d'aménorrhée, elle peut commencer les injections à n'importe quel moment avec nécessité d'une méthode de barrière.

En cas d'oubli :

- Si la femme a moins de 7 jours de retard pour une injection, elle peut recevoir sa prochaine injection. Pas la peine de faire de tests, de bilan et pas la peine de lui remettre une méthode de barrière ;
- Une femme qui a plus de 7 jours de retard peut recevoir sa prochaine injection si :
 - ✓ Elle n'a pas eu de rapports sexuels depuis 7 jours après la date à laquelle elle aurait dû recevoir sa dernière injection, où ;
 - ✓ Elle a eu une méthode d'appoint ou a pris la pilule contraceptive d'urgence (PCU) après des rapports sexuels non protégés dans les 7 jours qui ont suivi la date à laquelle elle aurait dû recevoir sa dernière injection, elle aura besoin d'une méthode de barrière pendant les 7 premiers jours après l'injection.

➤ **Avantages/Inconvénients/Effets secondaires :** (idem au COC)

1.6. Les Implants :

Sont des contraceptifs contenant un progestatif retard qui diffuse à travers 1 ou 2 capsules en forme de bâtonnets insérées en sous-cutané à la face interne du bras de la femme.

- **Mécanisme d'action :** (idem au COP) ;
- **Indications :** (idem au COP) ;

➤ **Mode d'utilisation :**

Une femme peut commencer à utiliser les implants à n'importe quel moment, si la présence éventuelle d'une grossesse est écartée.

Le dispositif peut être inséré à n'importe quel moment du mois : si elle est faite dans les 5 - 7 jours au début du cycle, aucune mesure secondaire n'est nécessaire. Si elle est faite à plus de 7 jours du début du cycle, une méthode de barrière devra être associée.

- Si la femme pratique l'allaitement exclusif ou quasi exclusif (à moins de 6 mois après l'accouchement) : Repousser l'insertion jusqu'à 6 semaines après l'accouchement sans nécessité d'associer une méthode de barrière ;
- Si la femme pratique l'allaitement exclusif ou quasi exclusif (à plus de 6 mois après l'accouchement) :
 - ✓ Si les menstrues ne sont pas revenues, elle peut commencer les injectables à progestatifs seuls à n'importe quel moment, après qu'une grossesse soit écartée. Elle aura besoin d'une méthode de barrière pendant les 7 premiers jours après l'injection ;

Le retrait : l'extraction de l'implant est conditionnée à l'échéance de la date d'insertion ; à la décision propre de l'utilisatrice (le personnel médical se doit de respecter cette décision) ; ou à la survenue d'une complication (infection du site d'insertion).

➤ **Les avantages :**

- Très grande efficacité ;
- L'utilisatrice ne fait rien, une fois qu'ils sont insérés
- Durent longtemps
- N'affecte pas l'allaitement ;
- Les capsules ne gênent pas et sont à peine visibles sous la peau ;
- N'interfèrent pas avec les relations sexuelles

➤ **Les inconvénients :**

- La pose ou le retrait des capsules nécessite un personnel qualifié ;
- L'implant ne protège pas contre les IST/SIDA ;
- La pose et le retrait nécessitent une procédure chirurgicale mineure
- Les capsules peuvent être visibles sous la peau ;

- Il existe quelques risques mineurs liés à l'opération : saignement, hématome, infection locale ;
- La cliente ne peut pas arrêter la méthode d'elle-même.

➤ **Les effets secondaires :** (idem au CIP)

1.7. Dispositif intra-utérin (DIU) ou stérilet : système intra-utérin à libération progressive de lévonorgestrel (SIU-LNG)

Les DIU sont de petits dispositifs en forme de T qu'un professionnel des soins de santé insère dans l'utérus en milieu clinique. Il existe deux sortes de dispositifs intra-utérins, soit le stérilet en cuivre (qu'on verra dans le chapitre suivant) et le dispositif intra-utérin à libération progressive de lévonorgestrel (DIU-LNG), lequel contient de la progestérone. Le dispositif intra-utérin au lévonorgestrel (DIU-LNG) est une armature en plastique en forme de T qui libère régulièrement de petites quantités de lévonorgestrel chaque jour.

➤ **Mécanisme d'action :**

- L'ovulation est inhibée ;
- Épaissie la glaire cervicale, qui devient impénétrable pour les spermatozoïdes ;
- Diminue l'épaisseur de la paroi utérine.

➤ **Indication :** le DIU-LNG peut convenir à toute femme en âge de procréer ne présentant aucune des contres indications ci-dessous.

➤ **Contres indications :**

- Absolues :
 - ✓ La grossesse ;
 - ✓ L'infection génitale haute ;
 - ✓ Les cardiopathies valvulaires (risque de greffe oslérienne).
- Relatives :
 - ✓ Les anomalies de la cavité utérine (fibrome, malformation) ;
 - ✓ Les traitements anticoagulants ;
 - ✓ Les antécédents de GEU, d'infection génitale haute ;
 - ✓ Les partenaires multiples ;
 - ✓ Les maladies imposant une corticothérapie ou un traitement anti-inflammatoire au long cours.

➤ **Mode d'utilisation :**

Le dispositif peut être inséré à n'importe quel moment du mois : si elle est faite dans les 7 jours qui suivent le début des règles, aucune mesure secondaire n'est nécessaire. Si elle est insérée à plus de 7 jours après le début de ses règles, une méthode de barrière devra être associée.

Peu après l'accouchement : si la femme n'allait pas, le DIU peut être placé dans les 48 heures après l'accouchement ; si elle se trouve à plus de 48 heures après l'accouchement ou si elle allaite l'enfant, l'insertion devra être repoussée à 4 semaines ou plus après l'accouchement.

Le retrait : l'extraction du DIU-LNG est conditionnée à l'échéance de la date d'insertion ; à la décision propre de l'utilisatrice (le personnel médical se doit de respecter cette décision) ; ou à la survenue d'une complication (infection génital...).

➤ **Les avantages :**

- Très grande efficacité (99,2 – 99,8), réversible et sécuritaire ;
- Long terme, invisible et ne requiert pas d'y penser ;
- Économique ;
- Peut convenir aux femmes qui ne peuvent pas prendre d'œstrogène ;
- Peut convenir aux femmes qui allaitent ;
- Dure plus longtemps (12-13) ;
- Réduit le risque de cancer de l'endomètre.

➤ **Les inconvénients :**

- La pose ou le retrait du DIU nécessite un examen clinique et un personnel qualifié ;
- Le DIU ne protège pas contre les IST/SIDA ;
- Le DIU peut être expulsé sans que la femme ne s'en rende compte (post partum) ;
- Le DIU ne protège pas contre les grossesses ectopiques ;

2. Méthodes non hormonales :

Les contraceptifs non hormonaux créent une barrière entre le sperme et l'ovule ou modifient la chimie de l'appareil reproducteur, ou les deux.

2.1. Préservatif masculin :

C'est un fourreau ou une enveloppe à base de latex, de polyuréthane et de polyisoprène conçue pour recouvrir le pénis en érection lors des rapports sexuels afin de se protéger contre les IST/VIH-SIDA et les grossesses non désirées.

Le condom agit comme une barrière physique et empêche tout contact direct entre le pénis et le vagin. Il empêche tout échange de fluides corporels et emprisonne également le sperme dans le condom pour l'empêcher de féconder un ovule.

Il est à usage unique et doit être utilisé correctement pour une meilleure efficacité.

➤ Les avantages :

- Très accessible et sans prescription ;
- Coût peu élevé ;
- Protège contre la majorité des ITS, Sécuritaire ;
- Options sans latex offertes pour ceux qui y sont allergiques ou sensibles ;
- Efficace ;
- Les deux partenaires participent à leur
- Utilisation – responsabilité partagée ;
- Sans hormones ;
- Peut-être combiné avec d'autres méthodes contraceptives pour en augmenter l'efficacité contraceptive ;
- Peut éviter l'éjaculation précoce chez l'homme ;
- Peut diminuer le risque de cancer cervical.

➤ Les inconvénients :

- Doit être à portée de main au moment d'avoir une relation sexuelle ;
- Doit être rangé et manipulé avec soin – vérifier la date d'expiration ;
- Peut diminuer la spontanéité de l'acte sexuel ;
- Peut glisser ou percer pendant le rapport sexuel ;
- Peut diminuer les sensations chez les deux partenaires ;
- Peut interrompre le maintien de l'érection ;
- Les personnes atteintes d'une allergie au latex ou qui y sont sensibles ne peuvent pas utiliser ces condoms, mais elles peuvent employer ceux sans latex ;
- Exige la participation des deux partenaires ;

2.2. Préservatif féminin :

Le préservatif (condom) féminin est une gaine souple et ample en nitrile dotée de deux anneaux souples disposés aux extrémités de la gaine. Il est inséré dans le vagin avant l'acte sexuel et il retient le sperme à l'intérieur, ce qui l'empêche d'entrer dans le vagin.

Le préservatif féminin est une méthode de contraception qui agit comme une barrière et empêche le sperme d'entrer en contact avec le vagin. Le grand anneau externe de l'extrémité ouverte du condom demeure à l'extérieur du vagin et procure une certaine protection. Le petit anneau interne de l'extrémité fermée du condom est inséré dans le vagin pour l'aider à demeurer en place.

La paroi intérieure de la gaine est recouverte d'un lubrifiant à base de silicone. Il peut être mis en place dans le vagin jusqu'à 8 heures avant le rapport sexuel. Il convient d'utiliser un nouveau condom féminin par rapport sexuel.

➤ Les avantages :

- Protège à la fois contre la grossesse et les ITS/VIH-SIDA ;
- La femme a le contrôle et jouit d'une autonomie relativement à la mise en place du condom ;
- Peut être utilisé par les personnes qui souffrent d'une allergie au latex ;
- Peut être utilisé avec les lubrifiants à base d'huile ;
- Les partenaires masculins peuvent se sentir plus à l'aise et moins à l'étroit dans ce type de condom qu'avec le préservatif masculin ;
- Les deux anneaux du préservatif féminin peuvent augmenter la stimulation sexuelle ;
- Accessible en pharmacie sans prescription.

➤ Les inconvénients :

- Taux d'échec supérieur à celui des autres méthodes de contraception ;
- Augmente le risque d'irritation ou d'abrasion du vagin et du col de l'utérus, ce qui augmente le risque de transmission du VIH
- Certaines femmes peuvent avoir de la difficulté à l'insérer correctement ;

2.3. L'éponge contraceptive :

L'éponge contraceptive est une petite éponge jetable de polyuréthane qui s'insère dans le vagin. Elle se place sur le col de l'utérus et forme une barrière physique pour empêcher le sperme d'entrer dans l'utérus. L'éponge contient également un spermicide qui aide à absorber et à emprisonner le sperme. L'effet contraceptif de l'éponge est d'abord assuré par le spermicide qui est tranquillement relâché sur une période de 24 heures.

Le spermicide absorbe et emprisonne le sperme, puis il détruit sa membrane cellulaire.

L'éponge constitue également une barrière physique pour éviter que le sperme ne pénètre dans le col de l'utérus.

La femme peut insérer l'éponge dans son vagin jusqu'à 24 heures avant la relation sexuelle. Un côté de l'éponge est concave pour épouser le col de l'utérus, tandis que l'autre dispose d'une ganse pour en simplifier le retrait.

L'éponge est offerte en une seule taille et vendue sans prescription en pharmacie.

La protection commence dès que l'éponge est insérée et elle dure environ 24 heures. Les partenaires peuvent avoir plusieurs rapports sexuels avec une seule et même éponge. L'éponge devrait être laissée dans le vagin pendant au moins 6 heures après la dernière relation sexuelle et elle ne devrait pas demeurer dans le vagin plus de 30 heures en tout.

➤ Les avantages :

- Combine une barrière physique et un spermicide en un seul dispositif ;
- Sans hormones ;
- Procure 12 heures de protection et elle n'a pas besoin d'être remplacée entre les rapports sexuels pendant cette période de temps ;
- Améliore l'efficacité des autres méthodes de contraception comme les condoms ;
- Vendue en pharmacie sans prescription.

➤ Les inconvénients :

- Taux d'échec supérieur à celui des autres méthodes de contraception ;
- Augmente le risque d'irritation ou d'abrasion du vagin et du col de l'utérus, ce qui augmente le risque de transmission des IST/VIH-SIDA ;
- Ne protège pas contre les IST ;

- Certaines femmes peuvent avoir de la difficulté à l'insérer correctement.

2.4. La cape cervicale :

La cape cervicale est une coupole profonde en silicone qui se place sur le col de l'utérus et empêche le sperme et les bactéries d'entrer dans l'utérus.

Elle devrait toujours être utilisée avec un gel qui immobilise ou tue le sperme. Le gel forme une barrière physique de cellulose devant le col de l'utérus et diminue le pH du liquide vaginal, ce qui réduit la motilité des spermatozoïdes.

La femme qui se sert de la cape doit l'insérer dans son vagin au moins deux heures avant d'avoir des relations sexuelles. Le gel doit être appliqué au moyen d'un applicateur avant chaque relation sexuelle ou après que deux heures se soient écoulées. La cape devrait être laissée en place dans le vagin pendant au moins six heures après la relation sexuelle, mais elle ne devrait pas y rester pendant plus de 48 heures en tout.

➤ Les avantages :

- Sans hormones ;
- Peut être employée par les femmes qui allaitent ;
- Offerte en trois grandeurs différentes.

➤ Les inconvénients :

- Taux d'échec supérieur comparativement à celui des autres méthodes de contraception ;
- Risque accru d'infections récurrentes des voies urinaires ;
- Risque accru du syndrome de choc toxique ;
- Certaines femmes peuvent avoir de la difficulté à l'insérer correctement ;
- Le gel doit être appliqué de nouveau avant chaque relation sexuelle
- Certaines femmes ne peuvent pas utiliser la cape cervicale parce qu'elle ne s'ajuste pas à leur col ou qu'elles sont allergiques au silicone ;
- Ne protège pas contre les ITS.

2.5. Le diaphragme :

Le diaphragme est un capuchon de latex ou de silicone et de nylon qui recouvre le col de l'utérus et empêche le sperme d'y pénétrer. Le diaphragme devrait toujours être utilisé avec un gel à base d'eau enduit à l'intérieur du diaphragme pour immobiliser et tuer le sperme.

Le gel forme une barrière physique de cellulose devant le col de l'utérus et il diminue le pH du liquide vaginal, ce qui entrave la motilité des spermatozoïdes.

La femme qui utilise le diaphragme peut l'insérer dans le vagin jusqu'à deux heures avant d'avoir une relation sexuelle. Le diaphragme devrait être laissé en place dans le vagin pendant au moins six heures après la relation sexuelle, mais il ne devrait pas y rester pendant plus de 24 heures en tout. Si, dans les six heures, une nouvelle relation sexuelle a lieu, il faudrait insérer du gel de nouveau au moyen d'un applicateur (le diaphragme ne devrait pas être retiré).

➤ **Les avantages :**

- Sans hormones ;
- Les femmes qui allaitent peuvent l'utiliser ;
- Le diaphragme a une taille unique ;
- Accessible en pharmacie sans prescriptions ;

➤ **Les inconvénients :**

- Taux d'échec plus élevé que celui des autres méthodes de contraception ;
- Risque accru d'infections récurrentes des voies urinaires ;
- Risque accru du syndrome de choc toxique ;
- Certaines femmes peuvent avoir de la difficulté à l'insérer correctement ;
- Le gel à base d'eau doit être appliqué de nouveau avant chaque relation sexuelle ;
- Certaines femmes ne peuvent pas utiliser le diaphragme parce qu'elles sont allergiques au latex ou au silicone ;
- Ne protège pas contre les ITS.

2.6. Les spermicides :

Un produit chimique nommé le nonoxynol-9 est produit sous forme de crème (à utiliser uniquement avec le diaphragme), de gel, de mousse, de film ou de suppositoire. L'insertion de spermicide devant le col de l'utérus, dans le vagin, détruit le sperme à son contact. Les spermicides devraient être utilisés en combinaison avec une autre méthode de contraception, comme le condom, parce qu'employés seuls, ils ne sont pas très efficaces.

Le nonoxynol-9 est un agent de surface qui détruit la membrane cellulaire du spermatozoïde.

- ✚ Le film spermicide doit être inséré dans le vagin au moins 15 minutes avant la relation sexuelle, car il fondra et se dispersera. Si plus de trois heures se sont écoulées avant que la relation sexuelle n'ait eu lieu, un autre film doit être inséré dans le vagin.
- ✚ La mousse spermicide est insérée dans le vagin au moyen d'un applicateur. Elle a un effet immédiat et elle durera jusqu'à une heure après avoir été insérée dans le vagin. Il faut en remettre chaque fois qu'une nouvelle relation sexuelle a lieu.
- **Les avantages :**
 - Sans hormones ;
 - Efficacité accrue s'il est utilisé en combinaison avec une autre méthode de contraception de type barrière ;
 - Peut aussi protéger contre certaines infections bactériennes et les maladies inflammatoires pelviennes ;
- **Les inconvénients :**
 - Efficacité relativement faible ;
 - L'utilisation d'un spermicide peut être salissante ;
 - Doit être inséré juste avant la relation sexuelle, car son effet ne dure qu'une heure ;
 - Peut irriter l'entrée du vagin ou le bout du pénis ;
 - Peut augmenter le risque de transmission du VIH ;
 - Ne protège pas contre les ITS.

2.7. La vasectomie :

La stérilisation de l'homme au moyen de la vasectomie constitue une intervention chirurgicale permanente pour fermer ou bloquer les vas deferens (le canal qui transporte le sperme jusqu'au pénis). Puisque cette option est permanente, elle s'adresse particulièrement aux personnes qui ont décidé que leur famille était complète ou qui ne veulent tout simplement pas d'enfants. Par comparaison à la ligature des trompes, la vasectomie est plus sécuritaire, plus efficace, moins dispendieuse et moins invasive.

Au cours de l'intervention de la vasectomie, les vas deferens sont partiellement retirés ou bloqués pour éviter que le sperme soit relâché pour fertiliser l'ovule.

Au moyen d'une anesthésie locale, un professionnel de la santé atteindra les vas deferens au moyen d'une petite incision dans la peau du scrotum (vasectomie conventionnelle) ou en effectuant un petit trou dans la peau du scrotum (vasectomie sans bistouri).

Il est nécessaire d'utiliser une autre méthode de contraception jusqu'à ce que l'analyse du sperme montre qu'il ne contient plus de spermatozoïdes.

➤ **Les avantages :**

- Sécuritaire et très efficace ;
- De longue durée – méthode permanente ;
- Intervention simple, aucun suivi requis (mis à part l'analyse du sperme) ;
- Aucune interruption des rapports sexuels ;
- Aucun effet sur la fonction sexuelle ;
- Discrète ;
- Sans hormones ;
- Intervention moins invasive et comportant moins de complications que la stérilisation chez la femme ;
- Aucun effet secondaire majeur à long terme ;
- Permet au partenaire de sexe masculin d'assumer une part de responsabilité dans la contraception.

➤ **Les inconvénients :**

- Méthode permanente et irréversible ;
- Risque de regretter d'avoir choisi cette option plus tard ;
- Les effets ne sont pas immédiats – il faut utiliser une autre méthode de contraception pendant les trois mois qui suivent la chirurgie et subir une analyse du sperme de suivi qui montre que celui-ci ne contient plus de spermatozoïdes ;
- Possibilité de complications liées à la chirurgie à court terme : douleur, saignements, réaction vasovagale, infection du site de l'incision, ecchymoses et enflure du scrotum ;
- Cas rare, les vas deferens peuvent se rebrancher eux-mêmes ;
- Ne protège pas contre les ITS.

2.8. La ligature ou obturation des trompes :

La stérilisation chez la femme au moyen de la ligature des trompes est une intervention chirurgicale permanente où les deux trompes de Fallope, par lesquelles les ovules quittent les ovaires pour se rendre dans l'utérus, sont débranchées. La ligature des trompes est considérée

comme une intervention permanente, puisque la déligature des trompes est coûteuse, difficile et sans garantie.

C'est une intervention au cours de laquelle un petit ressort est logé dans chacune des trompes de Fallope. Ces micro-implants travaillent avec le corps pour former une barrière naturelle qui empêche le sperme de se rendre aux ovules, ce qui permet d'éviter la grossesse.

Il existe 2 types de chirurgies ou d'interventions pratiquées par des gynécologues confirmés :

✚ Ligature des trompes :

- ✓ Laparoscopie – sous anesthésie générale, le médecin effectuera de petites incisions abdominales et il pincera, cautérisera ou retirera les trompes de Fallope.
- ✓ Voie abdominale – au cours de la césarienne, le gynécologue peut avoir accès aux trompes de Fallope pour les pincer ou les retirer.

✚ Obturation des trompes :

Hystéroscopie – sous anesthésie locale, le gynécologue bloquera les trompes de Fallope en insérant de petits ressorts par le vagin. Il faut compter trois mois pour que cette intervention soit efficace, après quoi un test est effectué (p. ex., une radiographie ou une échographie) afin de vérifier si les trompes de Fallope sont complètement bloquées.

➤ **Les avantages :**

- Sécuritaire et très efficace ;
- De longue durée – méthode permanente ;
- Intervention simple ;
- Aucune interruption des rapports sexuels ;
- Aucun effet sur la fonction sexuelle ;
- Discrète ;
- Sans hormones ;
- Peut diminuer le risque de cancer ovarien (propre à la ligature des trompes) ;
- Aucune incision ni cicatrice (pour l'obturation des trompes au moyen de petits ressorts) ;
- Peut être réalisée de manière sécuritaire dans une clinique de consultation externe (pour l'obturation des trompes au moyen de petits ressorts).

➤ **Les inconvénients :**

- Permanente et irréversible ;
- Risque de regretter d'avoir choisi cette option plus tard ;
- La méthode qui insère de petits ressorts pour bloquer les trompes n'a pas un effet immédiat – il faut employer une autre méthode de contraception pendant trois mois et subir un test (p. ex., une radiographie ou une échographie) afin de vérifier si les trompes sont complètement bloquées (pour l'obturation des trompes au moyen de petits ressorts) ;
- Possibilité à court terme de complications liées à l'intervention : douleur, saignements, infection au site d'incision, traumatisme près des organes de l'abdomen ;
- Possibilité de complications liées à l'intervention pendant et après l'insertion des petits ressorts : douleur, crampes et saignements (pour l'obturation des trompes au moyen de petits ressorts) ;
- Risque de grossesse ectopique en cas d'échec ;
- Rarement, risque de ne pas être capable d'insérer les petits ressorts ou de les voir glisser (pour l'obturation des trompes au moyen de petits ressorts) ;
- Un suivi peut être requis (radiographie, propre à la ligature des trompes).
- Rarement, les trompes de Fallope pourraient se reconnecter d'elles-mêmes (propre à la ligature des trompes).
- Ne protège pas contre les ITS/VIH-SIDA.

2.9. Dispositif intra-utérin en cuivre (TCu-380A) :

Le DIU au cuivre est une petite armature flexible en plastique avec un filou des manchons en cuivre qui le recouvre partiellement. Un prestataire de soins de santé spécialement formé l'insère dans l'utérus d'une femme en passant par le vagin et le col. Presque tous les types de DIU ont un ou plusieurs fils qui y sont attachés. Les fils sortent par le col et le vagin. Le DIU agit essentiellement en provoquant un changement chimique qui altère les spermatozoïdes et les ovules avant qu'ils ne puissent se rencontrer. La présence d'un corps étranger, soit le dispositif intra-utérin lui-même, crée un milieu hostile qui permet d'éviter la grossesse.

➤ **Les avantages :**

- Très grande efficacité, réversible et sécuritaire ;
- Long terme, invisible et ne requiert pas d'y penser ;
- Économique ;
- Peut convenir aux femmes qui ne peuvent pas prendre d'œstrogène ;
- Peut convenir aux femmes qui allaitent ;
- Réduit le risque de cancer de l'endomètre ;
- Peut servir de méthode de contraception d'urgence dans les sept jours qui suivent une relation sexuelle non protégée ;
- Sans hormones.

➤ **Les inconvénients :**

- Au début, possibilité de saignements légers ou irréguliers ;
- Coût élevé ;
- Douleur ou un certain inconfort à l'insertion ;
- Les rares risques liés à l'insertion de ce stérilet peuvent comprendre une infection, une perforation de l'utérus ou l'expulsion du stérilet ;
- Ne protège pas contre les ITS.
- Peut augmenter l'intensité des crampes menstruelles et du flux menstruel ;
- Peut augmenter la douleur lors des menstruations.

3. Les méthodes naturelles :

Les méthodes de contraception naturelles n'emploient ni médicament, ni dispositif visant à prévenir la grossesse, mais reposent plutôt sur l'adoption de certains comportements et l'observation du cycle menstruel et du corps de la femme.

3.1. Méthode du calendrier :

La méthode du calendrier ou des rythmes seraient les plus employées de toutes les techniques basées sur l'abstinence périodique. Son utilisation implique des calculs sur les cycles menstruels précédents afin d'estimer la période fertile.

Instructions : noter le nombre de jour de chaque cycle pendant au moins 6 mois. On calcule le 1er jour fertile en soustrayant **18** du cycle le plus court ; et le dernier jour fertile en soustrayant **11** du cycle le plus long.

Le taux d'échec est élevé.

3.2. Méthode de la glaire cervicale ou méthode Billing :

Appelée aussi méthode de sécrétions cervicales, elle indique que quand une femme voit ou ressent des sécrétions cervicales, elle peut être féconde, ça peut être simplement une sensation d'humidité. Le couple évite les rapports sexuels dès que la femme observe cette humidité et voit que la glaire cervicale peut être filante entre deux doigts ; ou alors utilise une méthode mécanique en complément de cela pendant au moins quatre jours.

3.3. Méthode de la température :

Elle 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.

3.4. Méthode d'Ogino-Knaus :

La méthode Ogino-Knaus a pour principe de base qu'il n'y a qu'une ovulation par cycle et que celle-ci a lieu entre 12 et 16 jours avant les règles suivantes, que les spermatozoïdes survivent 3 jours dans les voies génitales supérieures de la femme et donc qu'un rapport peut être fécondant 3 jours avant l'ovulation, enfin que l'ovule vit et reste fécondable 48 heures et donc que les 2 jours qui suivent l'ovulation sont fertiles. Ainsi, dans un cycle idéal de 28 jours, la fertilité existe du 10e au 17e jour, auxquels on peut rajouter un jour au début et à la fin de la période, par sécurité. Pour appliquer cette méthode, il faut que la patiente connaisse parfaitement la longueur de ses 12 cycles précédents.

3.5. Méthode Sympto-thermique :

C'est une méthode qui associe la méthode de la température et celle de la glaire cervicale ou tout autre signe d'ovulation. Elle peut s'avérer plus efficace.

3.6. Méthode d'auto observation masculine ou le coït interrompu ou méthode du retrait :

Le retrait est une méthode employée encore couramment dans le monde. Le partenaire doit prévoir le moment de l'éjaculation et se retirer du vagin avant l'éjaculation. C'est une méthode difficile à appliquer correctement et le taux de réussite est bas, cela est dû à l'impossibilité de contrôler l'éjaculation ou, dans certains cas, à la présence de spermatozoïdes dans les sécrétions préliminaires.

3.7. Méthode du collier :

Basée sur la connaissance de la fertilité du couple, elle aide le client et le couple à prévenir une grossesse non désirée à l'aide d'un collier de pearl.

Conditions d'utilisation du collier :

- ✚ La cliente doit avoir un cycle menstruel compris entre 26 et 32 jours
- ✚ La cliente doit avoir 4 cycles après l'accouchement avant de commencer la méthode
- ✚ La cliente doit être motivée

➤ Mode d'utilisation :

Le 1er jour des menstruations, déplacer l'anneau sur la perle rouge ;

- Faire une marque sur le calendrier pour ce jour
- Chaque jour, déplacé l'anneau vers la perle suivante
- Déplacer toujours l'anneau dans la même direction, qui est indiquée par une flèche
- Éviter les rapports sexuels sans protection si l'on ne veut pas tomber enceinte pendant les jours correspondant aux perles vertes claires.

4. La contraception d'urgence :

La contraception d'urgence ne doit pas servir de moyen de contraception habituel, mais elle peut prévenir la grossesse, au besoin.

Si vous avez eu des relations sexuelles non protégées et vous savez déjà que vous ne voulez pas tomber enceinte, la contraception d'urgence peut vous éviter une grossesse imprévue si vous la prenez le plus rapidement possible.

Quelques indications pour pratiquer une contraception d'urgence :

- Oublier de prendre la pilule contraceptive, de porter le timbre ou de recevoir l'injection Savoir qu'aucune méthode contraceptive n'a été utilisée
- Avoir eu une relation sexuelle non consensuelle (agression sexuelle)
- S'apercevoir que le condom a glissé, qu'il est percé ou qu'il fuit
- Avoir commis une erreur en calculant la période de fertilité

La contraception d'urgence est une méthode de contraception à utiliser de manière occasionnelle seulement, non pas comme une méthode régulière.

Il existe deux types de méthodes de contraception d'urgence :

4.1. La pilule du lendemain :

La « pilule du lendemain » est la première méthode de contraception d'urgence à avoir été mise au point. Autrefois, prendre la pilule du lendemain consistait simplement à prendre une

dose plus élevée d'anovulants ordinaires à douze heures d'intervalle. Il existe aujourd'hui sur le marché des options plus efficaces avec moins d'effets secondaires.

Les PCU-LNG (Plan B, Norlevo, Option 2® et

Next Choice®) contiennent toutes de la progestine commercialisée sous le nom lévonorgestrel. Ces pilules sont offertes sans prescription dans les pharmacies canadiennes. L'efficacité des PCU-LNG est optimale lorsqu'elles sont prises dans les 24 heures après une relation sexuelle non protégée.

Leur efficacité diminue au fil du temps qui passe après la relation, mais elles peuvent néanmoins être utilisées jusqu'à cinq jours après la relation. Dans l'éventualité où une grossesse serait tout de même déclenchée, ces pilules ne causeront pas de tort au fœtus. Une surcharge pondérale (indice de masse corporelle [IMC] supérieur à 25) peut aussi diminuer l'efficacité de ces pilules. Par conséquent, vous auriez avantage à parler avec un professionnel de la santé pour vous assurer que cette option sera la meilleure pour vous.

Une autre pilule du lendemain, la PCU-UPA (acétate d'ulipristal 30 mg, ella®) est désormais offerte au Canada sous prescription seulement. Elle est recommandée pour son efficacité accrue même longtemps après la relation sexuelle non protégée (jusqu'à 5 jours) et parce qu'il semble que son efficacité ne diminue pas chez les personnes aux prises avec une surcharge pondérale (IMC élevé).

4.2. Dispositif intra-utérin en cuivre (DIU) :

Le dispositif intra-utérin (DIU) en cuivre, lequel est inséré par un médecin jusqu'à 7 jours après une relation sexuelle non protégée, est la méthode de contraception d'urgence la plus efficace. Même s'il n'est offert que sous prescription, il assure une protection à long terme contre la grossesse.

III. Méthodologie :

1. Cadre d'étude :

1.1. Présentation sommaire de la commune de Farako :

1.1.1. Historique :

L'histoire du cercle de Ségou est marquée par le royaume bambara de Ségou. Le royaume fût créé par Biton Coulibaly à la fin du 16^{ème} siècle après le déclin de l'empire du Mali. Biton était le fils de Baramangolo, originaire de Niamana (actuel Bla). Après la mort de Biton Coulibaly, le pouvoir tomba aux mains de la dynastie des Diarra.

La rentrée d'El Hadj Oumar TALL à Ségou le 20 mars 1861 marqua le déclin du royaume bambara de Ségou. El Hadj Oumar installa son fils Amadou Sékou TALL à Ségou. Ce dernier devra lutter contre la résistance permanente des *Bamanans* et la pénétration française qui finira par être effective le 13 mars 1893.

Ségou devenait chef-lieu d'un cercle administratif colonial. À partir de la colonisation française, l'histoire de Ségou va se confondre avec celle du Soudan français pendant près de 80 ans.

La commune rurale de Farako a été créée par la loi n° 96-059 du 04/11/1996. Elle porte le nom du village chef-lieu de commune. C'est un regroupement de douze (12) villages : Farako, Kamalé, Sirablé, Manzara, Bayo, Wetta, Kalabougou, Diakon, Mimana, Kobi, Djélibougou et Fassouma-wèrè.

La commune rurale de Farako est dirigée par un conseil communal composé de 17 conseillers avec à sa tête le maire. Elle est représentée au niveau du conseil de cercle par deux (02) conseillers communaux. Les chefs de village et conseillers sont des collaborateurs directs du conseil communal car ils sont consultés de droit sur nombre de questions qui tiennent au développement de la commune (21).

1.1.2. Démographie :

La commune rurale de Farako se compose de 12 villages et compte **18 462 habitants** avec **4062 femmes en âge de procréer** en 2018. La population est essentiellement composée de Bamanans, Peulhs, Sarakolés et Sômônôs.

1.1.3. Situation géographique :

La commune est située dans le cercle de Ségou, plus précisément au Nord-Ouest de la ville de Ségou sur la rive gauche du fleuve Niger, la **commune rurale de Farako** est limitée au Nord

et à l'Est par la commune de Diganidouougou, au Sud par les communes de Ségou et de Sébougou et à l'Ouest par celles de Sama-Foulala et Souba.

1.1.4. Climat :

Le climat est de type sahélien avec une température maximale qui avoisine les 42 °C. La végétation est caractérisée par la savane s'étalant sur un relief plat. La pluviométrie oscille entre 400 et 500 mm par an.

1.1.5. Végétation :

La végétation est de type soudano-sahélien graminée. On distingue trois ensembles de groupements végétaux :

- La formation arbustive à épineux qui s'étend entre les isohyètes 300 et 600 mm ;
- La formation arborée de 600 à 800 mm ;
- La savane arborée.

1.1.6. Agriculture :

L'agriculture, dominée par la riziculture, est la principale activité économique à côté de l'élevage et la pêche.

1.1.7. Activités sociales :

Les organisations et associations qui existent sont majoritairement féminines et travaillent dans le domaine du maraîchage et de l'artisanat. Au niveau de la commune, il existe une répartition inégale de ces associations et organisations. Certaines sont formelles et sont au nombre de trente-deux (32) et d'autres non formelles existent dans tous les villages.

1.1.8. Us et Coutumes :

La notion de stratification sociale est présente dans toutes les manifestations, elle se constate par la distinction en homme de caste, maître de la tradition orale et en noble. Chaque ethnie possède ses hommes libres et ses hommes de caste.

Compte tenu de la diversité ethnique, il existe plusieurs coutumes dans le district ; par ailleurs on assiste au regroupement en Associations des gens venus du même milieu et chaque regroupement à ses coutumes. Ensemble, ils célèbrent les mariages, les circoncisions/excisions, baptêmes et les fêtes religieuses. Les funérailles sont faites suivant les rites musulmans ou chrétiens.

1.1.9. Religion :

L'islam, le christianisme et l'animisme sont pratiqués dans la commune avec forte prédominance de l'islam. Malgré cela il existe également l'art divinatoire et la présence de certaines sociétés initiatiques tels que : Le Komo, le Koré, le N'tomo, et la confrérie des chasseurs. Le lévirat et le sororat sont encore pratiqués dans le District.

1.1.10. Réseau routier et fluvial :

La localité est difficile d'accès par véhicule en raison du mauvais état des routes et des pistes latéritiques.

Vue la fréquentation de la RN6, des routes latéritiques et des pistes pendant les foires hebdomadaires, les accidents sont très fréquents.

La voie navigable (Niger) relie les communes de Souba, Sama-Foulala, **Farako** et Diganidougou, au chef-lieu de cercle, pendant l'année, par la **pirogue, la pinasse, le bac**. Le bateau est opérationnel de juillet à septembre. Il relie Koulikoro à Ségou et Ségou Mopti-Tombouctou-Gao. Ce trafic fluvial assure le transport des personnes, des animaux et des marchandises.

1.2. Présentation du CSCOM de Farako :

Le CSCOM de l'ASACOFAR a été créé en 1996 par ordonnance n° 383/MATS-DNAT et est inscrit au journal officiel.

Le bureau élu pour un mandat de trois (03) ans a eu cinq (05) renouvellements par assemblée générale. Le dernier renouvellement est fait en Juin 2019, il se compose de 11 membres qui ont bénéficié de la confiance de la population pour un 3ème mandat.

Le CSCOM de l'ASACOFAR est l'un des 37 CSCOM du district sanitaire de Ségou.

- Les limites de l'aire de santé du CSCOM sont :

Au nord et à l'Est par l'aire de santé de Diganidougou,

Au Sud par les communes de Ségou et de Sébougou et à l'Ouest par celles de Sama-Foulala et Souba.

1.2.1. Les partenaires :

Le CSCOM de l'ASACOFAR bénéficie du soutien des autorités, à commencer par son ministère de tutelle (Ministère de la Santé) qui assure la formation continue du personnel de santé, approvisionne en intrants pour la vaccination, des kits gratuits contre le paludisme et pour les activités de PTME etc.....

Parallèlement à ce partenariat ASACOFAR entretient des relations avec :

- Educo (Education-santé)
- Beceya (Hygiène et assainissement)
- COOPI (Malnutrition)
- World Vision (infrastructure / sui-évaluation des activités communautaire).

1.2.2. Groupes cibles :

Le groupe cible est toute la population en général et spécifiquement les femmes en âge de procréer, les enfants de moins de 5 ans et les personnes vulnérables (Paludisme, VIH, Tuberculose etc....)

1.2.3. Les activités du centre :

Le paquet minimum d'activités comprend :

-les activités curatives couvrent la prise en charge des cas de maladies aiguës et chroniques et la référence de certains cas.

-les activités préventives portent sur la consultation prénatale (CPN), le planning familial (PF), la surveillance et la vaccination des enfants ainsi que les femmes en âge de procréer.

-les activités promotionnelles : Information Éducation Communication(IEC) et Communication pour le Changement de Comportement (CCC).

L'activité du centre est relayée par les Agents de Santé Communautaire(ASC) dont 03 sites sont fonctionnels et deux (02) sites non fonctionnels avec ses 36 relais communautaires.

1.2.4. Organigramme du centre :

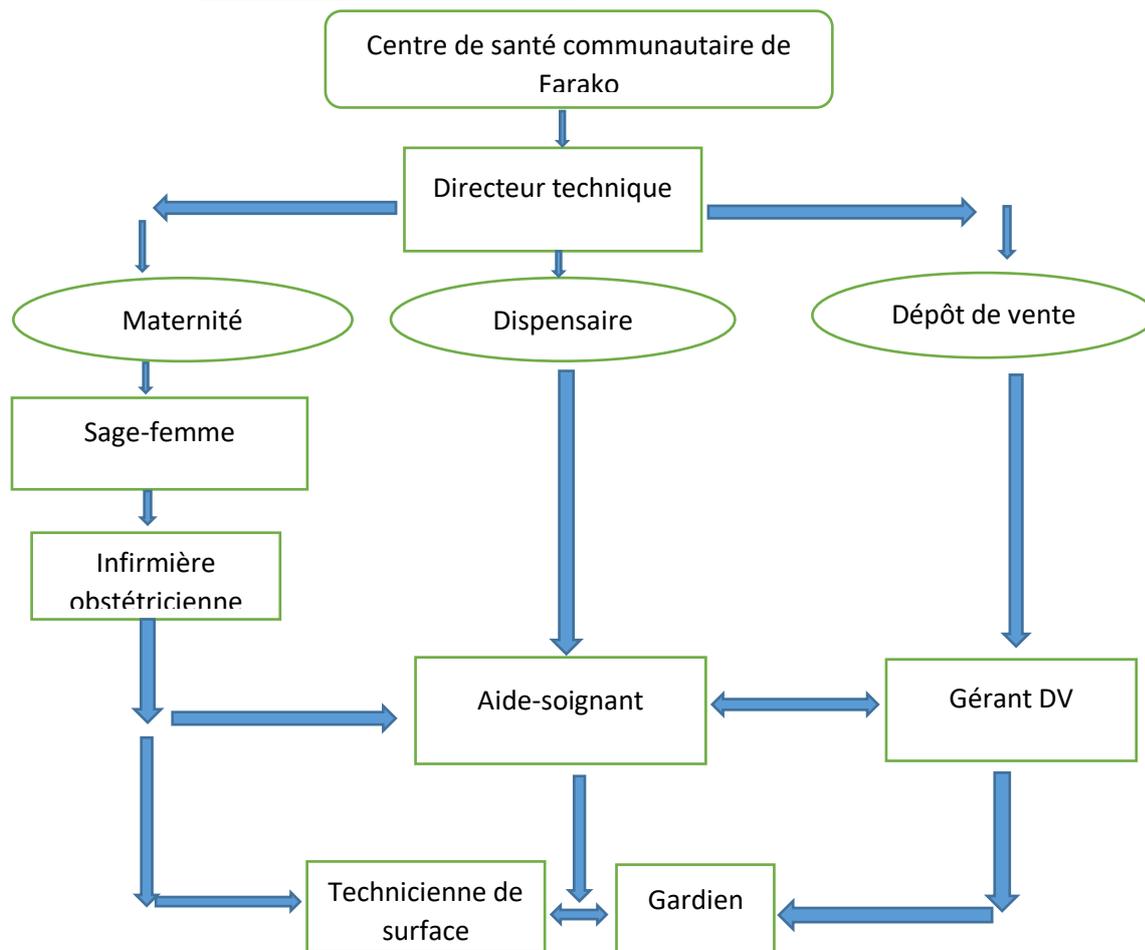


Figure 1 : Organigramme du CSCOM de Farako

1.2.5. Le personnel du centre :

Il est composé de neuf (09) agents et stagiaires qui assurent le bon fonctionnement du centre.

Tableau 2 : Liste du personnel du CSCOM de Farako

<i>Fonction</i>	<i>Nombre</i>	<i>Fonds</i>
<i>Médecin</i>	01	Collectivités
<i>Sage-femme</i>	01	Collectivités
<i>Infirmière obstétricienne</i>	01	Mairie
<i>Aide-soignant</i>	02	Mairie
<i>Matrone</i>	01	ASACO
<i>Gérante DV</i>	01	Mairie
<i>Gardien</i>	01	ASACO
<i>Technicienne de surface</i>	01	ASACO

1.2.6. Les locaux du centre comprennent :

- Un dispensaire qui comprend :

- une salle de consultation ;
- une salle d'observation ;
- une salle pour la vaccination
- Une salle de soins infirmiers ;
- une salle de dépôt des médicaments ;
- Un magasin ;
- Quatre toilettes ;
- un hangar ;
- une terrasse.

2. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive transversale rétrospective visant à étudier l'utilisation des services de Planification Familiale dans la commune rurale de Farako du district sanitaire de Ségou.

3. Période de l'étude :

Notre étude s'est déroulée sur 08 mois allant du 1^{er} janvier – 31 août 2019 et l'exploitation des données de la PF du 1^{er} janvier – 31 décembre 2018.

2.1. Population d'étude :

Ont été concerné par notre étude toutes les femmes en âge de procréer âgées de 14 – 45 ans et les agents de santé impliqués dans la prestation des services de PF.

2.2. Échantillonnage :

2.2.1. Taille de l'échantillon :

La taille de l'échantillon a été calculée avec la formule suivante :

$$n = \frac{(Z\alpha)^2 \times P \times Q}{i^2}$$

n : Taille de l'échantillon ;

Z : Intervalle de confiance = 1,96 ;

P : prévalence générale de la contraception selon l'EDSM de 2018 : 16% ;

Q : 1-P : 1-P = 84% ;

i : Précision = 5% ;

n = 206

Nous avons réservé une marge d'erreur d'échantillonnage de 10% pour les dossiers non exploitables ; nous aurons au total $n = (206 \times 10/100) + 206 = 227$.

La taille de notre échantillon est de 227 cas ; mais nous avons utilisé les données du registre de consultation en PF et les dossiers de nouvelles admissions qui étaient au nombre de 209 cas. Ce chiffre est nettement inférieur à la taille calculée de notre échantillon.

2.2.2. Critère d'inclusion :

Ont été inclus dans cette étude :

- Toutes femmes âgées de 14 – 45 ans venues en consultation de planning familial au CSCOM de Farako du 1^{er} janvier – 31 décembre 2018 et qui disposaient d'un dossier d'admission.

2.2.3. Critère de non-inclusion :

N'ont pas été inclus dans cette étude :

Les femmes âgées de 14 – 45 ans qui ont été en consultation de planning familial au CSCOM de Farako durant la période d'étude mais qui ne disposaient pas de dossier d'admission et/ou dont les dossiers non exploitables.

2.3. Les variables :

- Les caractéristiques sociodémographiques des clientes :
 - ✓ Âge ;
 - ✓ Statut matrimonial ;
 - ✓ Régime matrimonial ;
 - ✓ Résidence ;
 - ✓ Profession ;
 - ✓ Ethnie ;
 - ✓ Niveau d'instruction.
- Les antécédents gynéco-obstétricaux des clientes :
 - ✓ Durée du cycle ;
 - ✓ Nombre d'enfants vivants ;
 - ✓ Nombre de grossesses ;
 - ✓ Nombre d'avortements ;
 - ✓ Pratique de l'allaitement en cours (oui ; non) ;
 - ✓ Durée de l'allaitement.
- Les données sur l'utilisation des méthodes contraceptives :
 - ✓ Type de consultation : ancienne ; nouvelle ;
 - ✓ Fréquence des consultations par mois ;
 - ✓ Motif de la consultation : contraception ; stérilité ; gynécologie ;
 - ✓ Source de Référence : PMI ; maternité ; personnel médical ; famille ; voisin(e)/Ami(e) ; animateurs ;
 - ✓ Utilisation d'une contraception antérieure : oui ; non
 - ✓ Durée d'utilisation de la contraception antérieure ;
 - ✓ Abandon de la contraception antérieure ;
 - ✓ Raison d'abandon de la contraception antérieure : effets secondaires ; désir de grossesse ; raison personnel ; échec (grossesse) ; autres ;
 - ✓ Méthodes contraceptives utilisées : DIU ; pilule ; implants ; injectables ;
 - ✓ Observation des rendez-vous : oui ; non ;

- Les connaissances et attitudes des prestataires :
 - ✓ Effectifs des prestataires ;
 - ✓ Mise en place d'un plan de formation : oui ; non ;
 - ✓ Présence d'un guide de prescription des contraceptifs : oui ; non ;
 - ✓ Supervisions reçues : oui ; non ;
 - ✓ Rupture de stock : oui (durée) ; non ;
 - ✓ Implication d'autres agents du centre dans les activités de PF : très impliqués ; peu impliqués ; pas impliqués ;
 - ✓ Implication de la communauté dans les activités de PF : très impliqués ; peu impliqués ; pas impliqués ;
 - ✓ Répartition des tâches : oui ; non ;
 - ✓ Relation avec les clientes : bonne ; mauvaise ;
 - ✓ Disponibilité du service : oui ; non ;
 - ✓ Continuité du service : oui ; non ;
 - ✓ Formation reçues : formation en PF, au counseling, à la prise en charge des effets secondaires des contraceptifs, à la prise en charge des IST ;
 - ✓ Disponibilité des méthodes contraceptives : pilule ; injectables ; DIU ; implants ; diaphragme ; anneau cervical ; préservatif masculin ; préservatif féminin ; MAMA ; spermicide ; autre ;
 - ✓ Disponibilité et état du plateau technique à l'unité PF : armoire ; boîte à image ; matériels d'insertion de DIU ; matériels d'insertion d'implants ; chaise ; pèse personne ; réchaud à gaz ; seau d'eau de décontamination ; poubelle ; registre ; source lumineuse ; source d'eau ; stérilisateur ; thermomètre ; tensiomètre ; tambours ; table de bureau ; table gynécologique ;
 - ✓ Attitude des prestataires en counseling : mot de bienvenu ; entretien avec la cliente ; renseignement sur les méthodes contraceptives ; choix de la méthode appropriée ; explication sur la méthode choisie ; rendez-vous et suivi ;
 - ✓ Attitude des prestataires en consultation : appréciation de l'état général ; recherche d'antécédents de pathologie ; prise de TA ; prise de T° ; prise de poids ; lavage des mains avant et après chaque examen ; prise de la date des dernières règles ; auscultation ; utilisation de gants stériles ; examen gynécologique ;
 - ✓ Circuit d'approvisionnement des produits contraceptifs ;
 - ✓ Coût des produits contraceptifs.

2.4. Outils et instruments de collectes :

Les différents outils utilisés dans la collecte des données sont :

- Le registre de consultation en PF des clientes ;
- Les dossiers d'admission des nouvelles consultantes ;
- Questionnaires pour les admissions ;
- Guide d'entretien des agents de PF ;
- Support de collecte (feuille, crayon, stylos, gomme...) ;
- Un ordinateur.

2.5. Technique de collectes des données :

Nous avons collecté les données des clientes dans le registre de consultation et dans les dossiers d'admission sur les fiches d'enquêtes individuelles (voir annexes).

Les données des agents de santé impliqués dans la PF ont été recueillies par interview individuel et collectées sur le guide d'entretien (voir annexes).

2.6. Traitement et analyse des données :

Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel IBM SPSS Statistics version 21.0. Les résultats ont été saisis sous forme de tableaux et de diagrammes à l'aide du logiciel Microsoft Office Excel 2013 et le document a été rédigé avec Microsoft Office Word 2013.

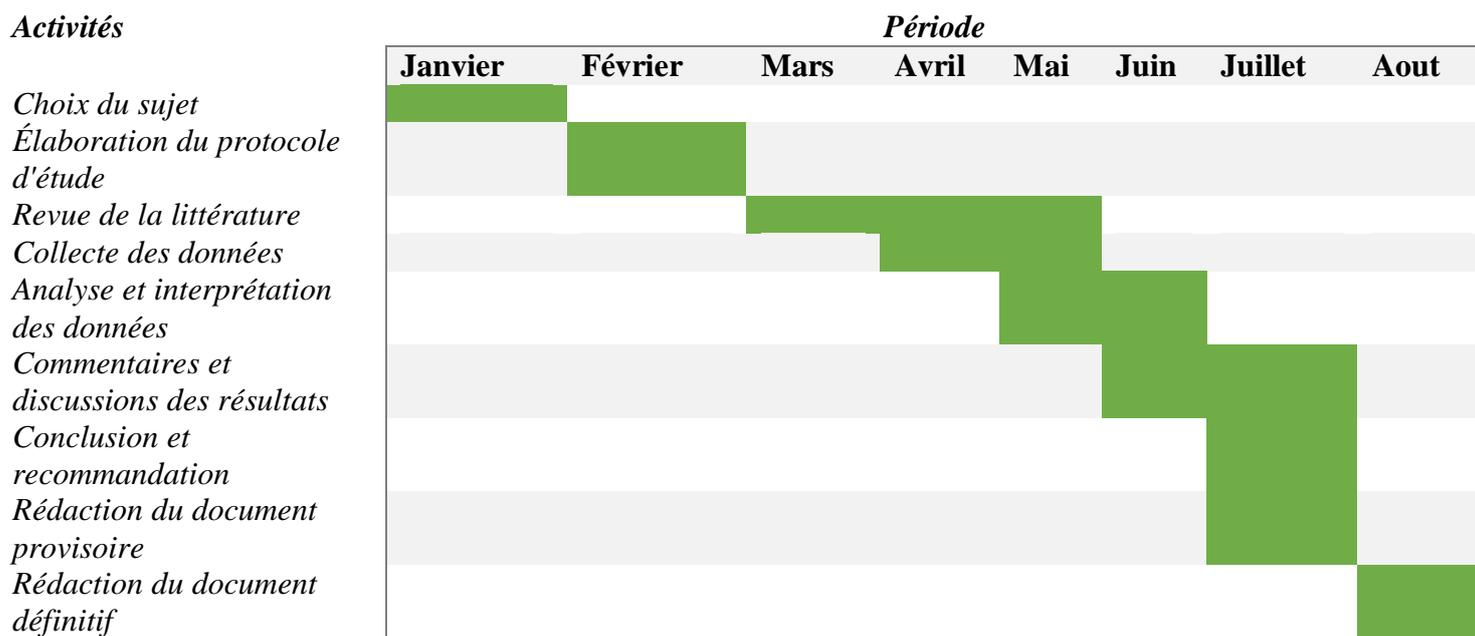
2.7. Considérations Éthiques :

Cette étude a vu le jour après l'accord du médecin chef du district sanitaire et des responsables locaux (Chef du village, le maire, le président de l'ASACO, le DTC). Nous n'avons pas eu besoin d'avoir un consentement éclairé des femmes venues en consultation vue que les données ont été collectées à partir du registre de consultation et des dossiers d'admission, mais néanmoins nous avons gardé l'anonymat des femmes concernées. Certes nous avons obtenu un consentement éclairé de tous les agents de santé impliqués dans les activités de PF.

2.10. Conflits d'intérêts :

Nous n'avons aucun intérêt financier ou matériel à l'issue de cette étude.

Tableau 3 : Diagramme de Gantt



IV. Résultats :

Notre étude a porté sur 209 clientes venues en consultation et deux (2) agents de santé étaient impliqués dans la prestation des services de Planification Familiale au CSCOM de Farako.

Les résultats sont présentés comme suit :

- L'effectif des femmes reçues en consultations ;
- Les caractéristiques sociodémographiques des clientes ;
- Les antécédents gynéco-obstétricaux des clientes ;
- Les données sur l'utilisation des méthodes contraceptives ;
- Les connaissances et attitudes des prestataires.

1. L'effectif des femmes venues en consultation :

Tableau 4 : Répartition des femmes selon le type de consultation

<i>Type de consultation</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentage (%)</i>
<i>Ancienne</i>	84	40,2
<i>Nouvelle</i>	125	59,8
<i>Total</i>	209	100,0

Les nouvelles admissions ont représentées la majorité des consultations soit 59,8% ~ 60%.

2. Caractéristiques sociodémographiques :

1.1. L'âge :

Tableau 5 : Répartition des clientes selon la tranche d'âge.

<i>Tranche d'âge (ans)</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentage (%)</i>
<i>14 – 19</i>	27	12,9
<i>20 – 29</i>	104	49,8
<i>30 - 39</i>	68	32,5
<i>40 - 45</i>	10	4,8
<i>Total</i>	209	100,0

La tranche d'âge de 20 – 29 ans était la plus représentée soit 49,8% avec un âge moyen de 24,5 ans.

1.2. La résidence :

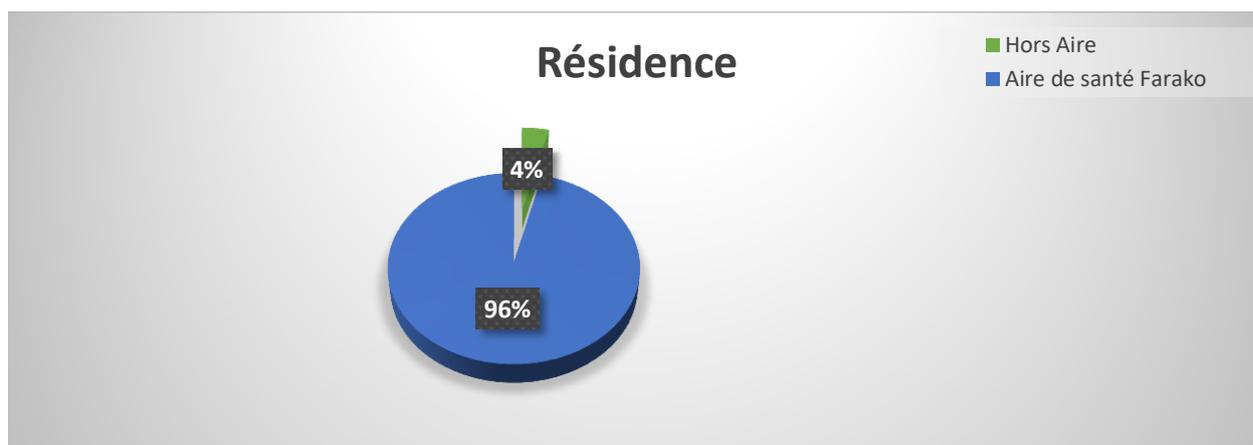


Figure 2 : Répartition des femmes selon la résidence.

96% des femmes résident dans l'aire de santé de Farako.

1.3. La profession :

Tableau 6 : Répartition des femmes selon la profession

Profession	Effectifs n = 125	Pourcentage (%)
Aide-Ménagère	3	2,4
Élève/Étudiante	18	14,4
Ménagère	104	83,2
Total	125	100,0

La profession ménagère était la plus représentée parmi les femmes reçues en nouvelle consultation soit 83,2%.

1.4. L'ethnie :

Tableau 7: Répartition des femmes selon l'ethnie.

Ethnie	Effectifs n = 125	Pourcentage (%)
Bamanan	106	84,8
Bozo	4	3,2
Dogon	3	2,4
Malinké	3	2,4
Peulh	7	5,6
Sômônô	2	1,6
Total	125	100,0

L'ethnie Bamanan était majoritaire soit 84,8% ; suivi des Peulhs soit 5,6%.

1.5. État matrimonial :

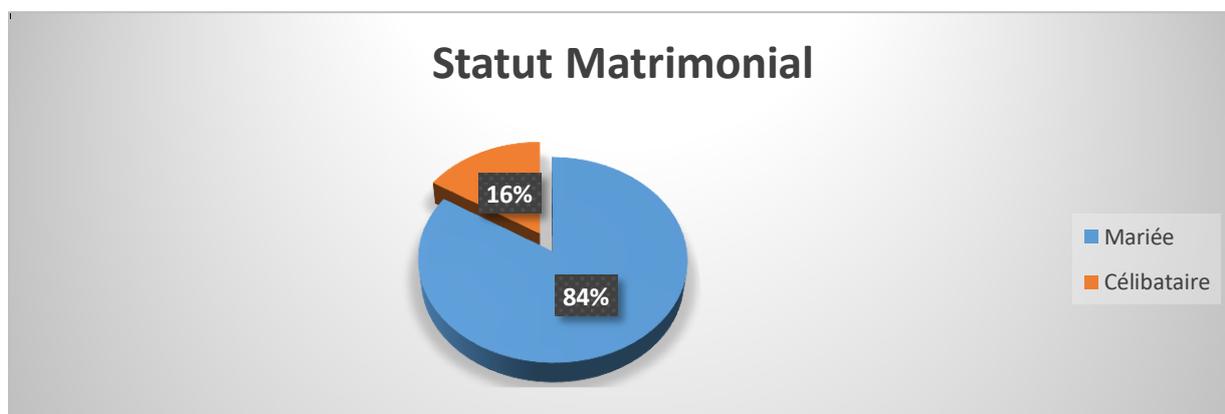


Figure 3 : Répartition des femmes selon le statut matrimonial.

Parmi les femmes admises en nouvelle consultation, les mariées étaient les plus représentées soit 84%.

1.6. Le régime matrimonial :

Tableau 8 : Répartition des femmes selon le régime matrimonial.

Régime matrimonial	Effectifs n = 105	Pourcentage (%)
Monogame	58	55,2
Polygame	47	44,8
Total	105	100,0

55,2% des femmes mariées reçues en nouvelle consultation étaient dans un régime monogame.

1.7. Le niveau d'instruction :

Tableau 9 : Répartition des femmes selon le niveau d'instruction.

Niveau d'instruction	Effectifs n = 125	Pourcentage (%)
Primaire	20	16
Secondaire	17	13,6
Supérieur	4	3,2
Non instruite	84	67,2
Total	125	100,0

67,2% des femmes admises en nouvelle consultation étaient non instruites.

2. Antécédents Gynéco-Obstétricaux :

2.1. La durée du cycle :

Tableau 10 : Répartition des femmes selon la durée du cycle.

<i>Durée du cycle</i>	<i>Effectifs n = 125</i>	<i>Pourcentage (%)</i>
2jrs	1	0,8
3jrs	14	11,2
4jrs	82	65,6
5jrs	17	13,6
6jrs	4	3,2
7jrs	5	4,0
Non spécifié	2	1,6
<i>Total</i>	125	100,0

65,6% des femmes reçues en nouvelle consultation avaient une durée du cycle de 4 jours.

2.2. Le nombre d'enfants vivants :

Tableau 11 : Répartition des clientes selon le nombre d'enfants vivants.

<i>Nombre d'enfants</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentage (%)</i>
0	19	9,1
1 – 4	129	61,7
5 – 8	56	26,8
9 – 12	5	2,4
<i>Total</i>	209	100,0

Le nombre de femmes ayant le nombre de 1 – 4 enfants a été le plus représenté soit 61,7% ; suivi de celles ayant le nombre de 5 – 8 enfants soit 26,8%.

2.3. Le nombre de Grossesse :

Tableau 12 : Répartition des femmes selon le nombre de grossesse.

<i>Nombre de Grossesse</i>	<i>Effectifs n = 125</i>	<i>Pourcentage (%)</i>
0	15	12,0
1 – 4	65	52,0
5 – 8	37	29,6
9 – 12	8	6,4
<i>Total</i>	125	100,0

Les femmes reçues en nouvelle consultation ayant eu le nombre de 1 – 4 grossesse (s) étaient les plus représentées soit 52,0%.

2.4. Le nombre d'avortement :

Tableau 13 : Répartition des femmes selon le nombre d'avortement.

<i>Nombre d'avortement</i>	<i>Effectifs n = 125</i>	<i>Pourcentage (%)</i>
0	115	92,0
1	8	6,4
2	2	1,6
<i>Total</i>	125	100,0

Parmi les femmes reçues en nouvelle consultation, 10 cas d'avortement ont été retrouvé ; parmi celles ayant eu au moins 1 avortement étaient au nombre de huit (08) soit 6,4%.

2.5. La pratique de l'allaitement :

Tableau 14 : Répartition des femmes selon la pratique de l'allaitement en cours.

<i>Allaitement en cours</i>	<i>Effectifs n = 125</i>	<i>Pourcentage (%)</i>
Oui	76	60,8
<i>Non</i>	49	39,2
<i>Total</i>	125	100,0

60,8% des femmes reçues en nouvelle consultation pratiquaient l'allaitement.

Tableau 15 : Répartition des femmes allaitantes selon la durée de l'allaitement.

<i>Durée de l'allaitement</i>	<i>Effectifs n = 76</i>	<i>Pourcentage (%)</i>
<i>moins de 4 semaines</i>	5	6,6
<i>4 - 6 semaines</i>	13	17,1
<i>7 - 12 semaines</i>	12	15,8
<i>13 - 24 semaines</i>	14	18,4
<i>25 - 48 semaines</i>	17	22,4
<i>49 - 72 semaines</i>	12	15,8
<i>Supérieur à 72 semaines</i>	3	3,9
<i>Total</i>	76	100,0

La durée de l'allaitement la plus représentée chez les femmes allaitantes était de 25 – 48 semaines soit 22,4%.

3. La consultation en Planning Familial :

3.1. La fréquence de consultation :

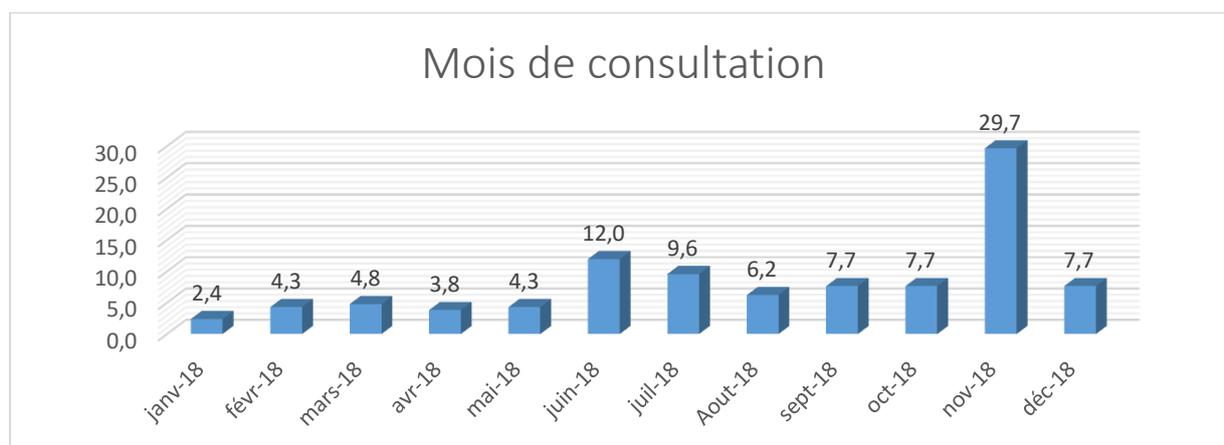


Figure 4 : Répartition des femmes selon les mois de consultations.

Les mois de Juin, juillet, et novembre étaient les mois de consultation les plus représentés avec des taux respectifs de 12,0% ; 9,6% et 29,7%.

3.2. Le motif de consultation :

Tableau 16 : Répartition des clientes selon le motif de la 1^{ère} visite.

<i>Motif de la 1ère visite</i>	<i>Effectifs n = 125</i>	<i>Pourcentage (%)</i>
<i>Contraception</i>	123	98,4
<i>Stérilité</i>	1	0,8
<i>Gynécologie</i>	1	0,8
<i>Total</i>	125	100,0

La contraception a été le motif de consultation la plus représentée parmi les femmes admises en nouvelles consultation soit 98,4%.

3.3. La source d'information :

Tableau 17 : Répartition des femmes selon la source d'information sur la PF.

<i>Source d'information</i>	<i>Effectifs n = 125</i>	<i>Pourcentage (%)</i>
<i>PMI</i>	1	0,8
<i>Personnel de santé</i>	59	47,2
<i>Voisin (e) ou Ami (e)</i>	13	10,4
<i>Famille</i>	3	2,4
<i>Autres*</i>	49	39,2
<i>Total</i>	125	100,0

*Autres : médias/crieurs publics

La source d'information la plus représentée était le personnel médical soit 47,2%.

3.4. Contraception antérieure :

Tableau 18 : Répartition des femmes venues en nouvelles consultation selon l'utilisation d'une contraception.

<i>Utilisation de contraception</i>	<i>Effectifs n = 125</i>	<i>Pourcentage (%)</i>
<i>Contraception antérieure</i>	67	53,6
<i>Aucune contraception</i>	58	46,4
<i>Total</i>	125	100,0

53,6% des femmes utilisaient une méthode de contraception antérieure.

Tableau 19 : Répartition des femmes utilisant une contraception antérieure selon la méthode contraceptive utilisée.

<i>Méthode contraceptive utilisée</i>	<i>Effectifs n = 67</i>	<i>Pourcentage (%)</i>
<i>Implant</i>	15	22,4
<i>Injectable</i>	47	70,1
<i>Pilule</i>	1	1,5
<i>Non spécifié</i>	4	6,0
<i>Total</i>	67	100,0

La méthode contraceptive la plus utilisée par les femmes ayant utilisées une contraception antérieure était l'injectable soit 70,1%.

Tableau 20 : Répartition des femmes utilisant une contraception antérieure selon la durée de la contraception antérieure.

<i>Durée de contraception antérieure</i>	<i>Effectifs n = 67</i>	<i>Pourcentage (%)</i>
<i>Moins de 24 mois</i>	37	55,2
<i>25 – 48 mois</i>	22	32,8
<i>49 – 96 mois</i>	4	6,0
<i>Non spécifié</i>	4	6,0
<i>Total</i>	67	100,0

Les femmes ayant utilisé une méthode contraceptive pendant moins de 24 mois étaient les plus fréquentes soit 55,2%.

Tableau 21 : Répartition des femmes utilisant une méthode de contraception antérieure selon l'abandon de la méthode.

<i>Abandon de la méthode contraceptive</i>	<i>Effectifs n = 67</i>	<i>Pourcentage (%)</i>
<i>Abandon</i>	34	50,7
<i>Pas d'abandon</i>	33	49,3
<i>Total</i>	67	100,0

Parmi les femmes utilisant une contraception antérieure, 50,7% ont abandonné la méthode.

Tableau 22 : Répartition des femmes selon la raison d'abandon de la contraception antérieure.

Raison d'abandon de la contraception antérieure	Effectifs n = 34	Pourcentage (%)
Effets secondaires	2	5,9
Raisons personnelles	7	20,6
Désir de grossesse	14	41,2
Échec (grossesse)	1	2,9
Changement de méthode	10	29,4
Total	34	100,0

Le désir de grossesse représentait 41,2% des raisons d'abandon de la contraception antérieure.

3.6. Méthodes contraceptives utilisées :

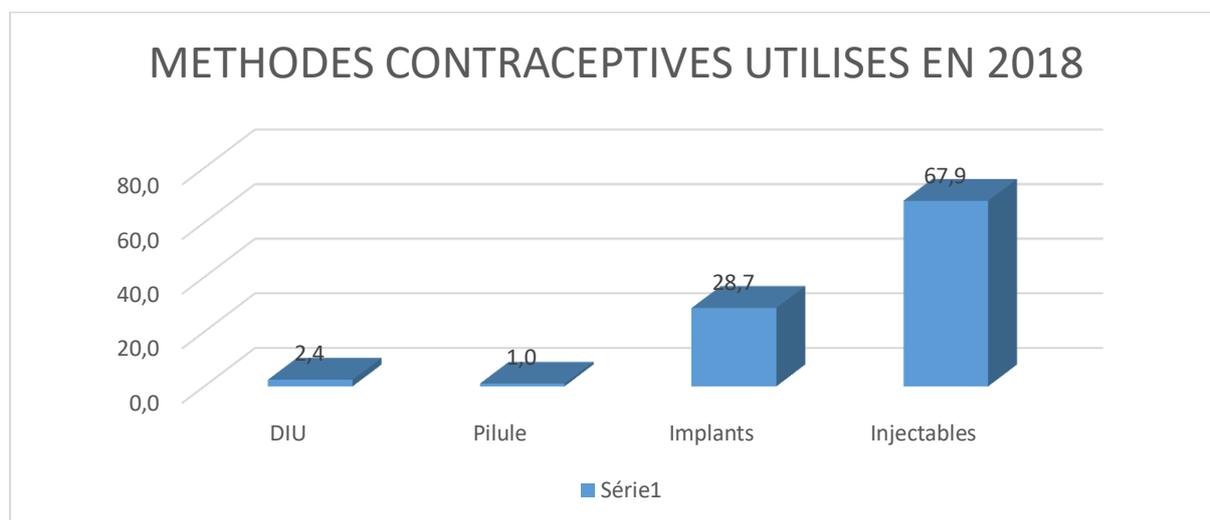


Figure 5 : Répartition des femmes selon l'utilisation d'une méthode contraceptive en 2018.

Les injectables (progestatifs) ont été les méthodes contraceptives les plus utilisées en 2018 soit 67,9% avec un taux de prévalence contraceptive à 5,14%.

3.7. Observation des rendez-vous :

Tableau 23 : Répartition des femmes selon l'observation des rendez-vous.

<i>Observation des rendez-vous</i>	<i>Effectifs n = 125</i>	<i>Pourcentage (%)</i>
<i>Oui</i>	101	80,8
<i>Non</i>	24	19,2
<i>Total</i>	125	100,0

80,8% des femmes ont observé leur rendez-vous.

4. Analyse de l'utilisation des méthodes contraceptives :

4.1. Méthodes contraceptives et l'âge :

Tableau 24 : Répartition des femmes selon l'âge et l'utilisation du DIU et de l'implant.

<i>Âge (ans)</i>	<i>DIU (%)</i>	<i>Implant (%)</i>	<i>Total</i>
<i>14 – 19</i>	0 (0,0)	16 (100)	16
<i>20 – 29</i>	2 (7,4)	25 (92,6)	27
<i>30 – 39</i>	1 (5,0)	19 (95,0)	20
<i>40 – 45</i>	2 (100,0)	0 (0,0)	2
<i>Total</i>	5 (7,7)	60 (92,3)	65

p= 0,0005 (Khi 2 de Pearson avec ANOVA facteur 2)

La totalité (100%) des utilisatrices âgées de 14 – 19 ans utilisait les implants et la totalité des utilisatrices âgées de 40 – 45 ans utilisait la méthode DIU. Par conséquent il existe un lien statistiquement significatif entre l'âge et l'utilisation du DIU et de l'implant (p<0,001).

Tableau 25 : Répartition des femmes selon l'âge et l'utilisation de la pilule et de l'implant

<i>Âge (ans)</i>	<i>Pilule (%)</i>	<i>Injectable (%)</i>	<i>Total</i>
<i>14 – 19</i>	0	11 (100)	11
<i>20 – 29</i>	1 (1,3)	76 (98,7)	77
<i>30 – 39</i>	1 (2,1)	47 (97,9)	48
<i>40 – 45</i>	0	8 (100)	8
<i>Total</i>	2 (1,4)	142 (98,6)	144

p=0,7 (Khi 2 de Pearson avec ANOVA facteur 2)

Il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre l'âge et l'utilisation de la pilule et de l'injectable (p>0,001).

5. Connaissances et attitudes des Prestataires :

Tableau 26 : Effectif des prestataires.

<i>Prestataires</i>	<i>Effectifs</i>
<i>Sage-femme</i>	1
<i>Infirmière Obstétricienne</i>	1
<i>Total</i>	2

Les prestataires de l'unité PF du centre étaient au nombre de deux (2) : une Sage-femme et une Infirmière obstétricienne.

5.1. Organisation et attitudes des prestataires :

Tableau 27 : Répartition des prestataires selon la prestation des services de PF.

<i>Organisation et Attitude des Prestataires</i>	<i>Avis Prestataires</i>
<i>Mise en place d'un plan de formation des prestataires</i>	
<i>Oui</i>	0
<i>Non</i>	2
<i>guide de prescription des contraceptifs</i>	
<i>Oui</i>	2
<i>Non</i>	0
<i>Supervisions reçues</i>	
<i>Oui</i>	2
<i>Non</i>	
<i>Rupture de stock</i>	
<i>Oui</i>	2
<i>Durée</i>	1 mois
<i>Non</i>	0
<i>Organisation et répartition des tâches</i>	
<i>Oui</i>	2
<i>Non</i>	0
<i>Implication d'autres agents du centre dans les activités de PF</i>	
<i>Très impliqués</i>	1
<i>Peu impliqués</i>	1

<i>Pas impliqués</i>	0
<i>Relation avec les clientes</i>	
<i>Bonne</i>	2
<i>Mauvaise</i>	0
<i>Implication de la communauté dans les activités de PF</i>	
<i>Très impliqués</i>	2
<i>Peu impliqués</i>	0
<i>Pas impliqués</i>	0
<i>Disponibilité du Service</i>	
<i>Oui</i>	2
<i>Non</i>	0
<i>Continuité du service</i>	
<i>Oui</i>	0
<i>Non</i>	2

Selon les deux (2) agents impliqués dans les services de PF, il n'y a pas de plan de formation en PF au niveau du centre. Elles ont reçu une supervision au titre de l'année 2018. Elles ont souvent des ruptures de stock qui peuvent durer un mois environ. Elles disposent d'un guide de prescription des contraceptifs.

5.2. Formation reçue et remise à niveau :

Tableau 28 : Répartition des prestataires selon la formation reçue en 2018.

<i>Prestataires</i>	Formations reçues			
	PF	counseling	Prise en charge des effets secondaires dus aux produits contraceptifs	Prise en charge des IST
<i>Sage-femme</i>	+	+	+	+
<i>Infirmière obstétricienne</i>	-	-	-	-

Seulement un prestataire avait reçu les formations et remises à niveau durant l'année 2018 en matière de Planification Familiale, counseling et prise en charge des IST et des effets secondaires dus aux produits contraceptifs.

5.3. Le plateau technique et le circuit d'approvisionnement :

Tableau 29 : Répartition des méthodes contraceptives selon la disponibilité au centre.

<i>Méthodes contraceptives</i>	<i>Disponibilité</i>	
	Disponible	Non disponible
<i>Pilule</i>	+	
<i>Injectable</i>	+	
<i>Implant</i>	+	
<i>DIU</i>	+	
<i>Anneau cervical</i>		–
<i>Diaphragme</i>		–
<i>Spermicide</i>		–
<i>Préservatif M</i>	+	
<i>Préservatif F</i>		–
<i>MAMA</i>	+	
<i>Autres méthodes</i>		–

Les méthodes contraceptives disponibles au centre sont : la pilule ; les injectables ; les implants ; le préservatif masculin et la méthode MAMA.

Circuit d'approvisionnement du centre en produits contraceptifs :

Les produits et matériels contraceptifs proviennent du DRC du CSRéf de Ségou et d'autres ONG telle que l'ONG Marie Stopes International Mali et sont mis au dépôt de vente du centre.

Tableau 30 : Répartition des matériels selon la disponibilité et l'état.

<i>Matériels</i>	<i>Disponibilité</i>		<i>État des matériels</i>	
	<i>Non</i>	<i>Oui</i>	<i>Bon</i>	<i>Mauvais</i>
<i>Armoire</i>		+	+	
<i>Boite à image</i>		+	+	
<i>Matériels d'insertion de DIU</i>	–			
<i>Matériels d'insertion d'implants</i>		+	+	
<i>Chaise</i>		+	+	
<i>Pèse personne</i>		+	+	
<i>Poubelles</i>		+	+	
<i>Réchaud à gaz</i>		+	+	
<i>Registre</i>		+	+	
<i>Seau d'eau de décontamination</i>		+	+	
<i>Source d'eau</i>		+	+	
<i>Source lumineuse</i>		+	+	
<i>Stérilisateur</i>		+	+	
<i>Table de bureau table gynécologique</i>		+	+	
<i>Tambours</i>		+	+	
<i>Tensiomètre</i>		+	+	
<i>Thermomètre</i>		+	+	

5.4. Aptitudes des prestataires en consultation PF :

Tableau 31 : Répartition des prestataires selon le bon suivi des étapes du counseling.

<i>Counseling</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>
<i>Bienvenue</i>	+	
<i>Entretien avec la cliente</i>	+	
<i>Renseignement sur les méthodes</i>	+	
<i>Choix de la méthode appropriée</i>	+	
<i>Explication sur la méthode choisie</i>	+	
<i>Rendez-vous et suivi</i>	+	

Le counseling était correctement exécuté par les prestataires.

Tableau 32 : Attitudes des prestataires lors de la consultation.

<i>Attitude des prestataires</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>
<i>Appréciation de l'état général</i>	+	
<i>Prise TA</i>	+	
<i>Prise de T°</i>	+	
<i>Prise du poids</i>	+	
<i>Lavage des mains avant et après chaque examen</i>	+	
<i>Dates des derrières règles</i>	+	
<i>Auscultation</i>	+	
<i>Examen gynécologique</i>	+	
<i>Utilisation de gants stériles</i>	+	

Les différentes étapes de la consultation étaient bien exécutées.

Tableau 33 : Répartition des produits contraceptifs selon le coût.

<i>Produits Contraceptifs</i>	<i>Unité</i>	<i>Coût (FCFA)</i>
<i>Pilule</i>	1	100
<i>Injectable</i>	1	300
<i>Implant</i>	1	2000
<i>DIU</i>	1	2000
<i>Préservatif</i>	3 pièces	100

Le coût des contraceptifs variaient de 100 à 2000 FCFA avec une moyenne de 1050FCFA.

V. Commentaires et Discussions :

Nous avons mené une étude descriptive transversale rétrospective sur l'utilisation des services de Planification Familiale dans l'aire de santé de Farako du district sanitaire de Ségou du 1^{er} janvier – 31 décembre 2018 incluant **209 clientes** venues en consultation et **2 prestataires** dans le CSCOM de Farako.

Au cours de l'étude nous avons été confronté à certaines difficultés telles que :

- Le non accessibilité des données des ASC et des relais communautaires.

Les femmes venues en consultation avaient une tranche d'âge de 14 – 45 ans. La majorité des femmes avaient un âge inférieur à 30 ans soit 62,7% avec un âge moyen de 24,5 ans. Le taux d'utilisation des contraceptifs augmente avec l'âge passant de 12,9% chez les moins de 20 ans à 49,8 points de pourcentage chez celles âgées de 20 – 29 ans puis diminue pour atteindre 4,8% à l'âge de 40 – 45 ans. Par ailleurs nous avons trouvé un lien statistiquement significatif entre l'âge des utilisatrices et l'utilisation de DIU et de l'implant avec respectivement une proportion de 100% des utilisatrices âgées de 40 – 45 ans et 16 – 19 ans. Par contre nous n'avons pas trouvé de lien entre l'âge des utilisatrices et l'utilisation de la pilule et du contraceptif injectable. Les données de l'EDSM-VI avaient trouvé 57,1% des femmes en âge de procréer de moins de 30 ans avec une variation de la prévalence contraceptive passant de 9% chez les utilisatrices âgées de 14 – 19 ans, à 20% pour celles de 35 – 39 ans et 8% chez les 45 – 49 ans **(5)**. Nos résultats sont supérieurs à ceux de **DEMBELE M S** qui avait trouvé 38,2% des femmes en âge de procréer inférieures à 30 ans en 2010 dans la commune-V du district de Bamako **(8)** et similaire à ceux de **SANGO S** qui avait trouvé 68,3% à Bamako en commune-IV en 1996 **(22)** . Ces résultats montrent une forte représentation des femmes de moins de 30 ans à la demande des services de PF.

La proportion des femmes mariées étaient largement représentée avec 84%. Parmi les femmes mariées celles qui étaient dans un régime monogame représentaient 55,2%. L'EDSM-VI avait trouvé presque les mêmes résultats avec 81% des mariées **(5)**. Nos résultats sont légèrement supérieurs à ceux de **SISSOKO S M** qui avait trouvé à Bougouni en 2012 68,8% des mariées **(23)** et similaires aux résultats de **KANSAYE D** qui avait trouvé pour les mariées 87,2% **(24)**. **DEMBELE M S** avait trouvé 71,3% des femmes mariées **(8)**.

Selon la zone de résidence 96% des femmes venues en consultation résidaient dans la commune de Farako.

Les conditions d'accessibilités du centre par les villages environnant étaient très précaires dues aux mauvais états des routes.

Nous avons trouvé 83,2% des clientes qui avaient une profession de ménagère. Ces résultats surpassent largement ceux de **SISSOKO S M (23)** et de **SEKOU F (12)** qui avaient trouvé respectivement 27,3% et 39,4% des femmes ménagères. Les résultats de **SANGO S** étaient similaire aux notre soit 74% des femmes qui étaient des ménagères en 1996 (**22**).

L'ethnie la plus représentée était Bamanan avec 84,8%. Ce taux est largement supérieur à ceux de l'EDSM-VI qui avaient trouvé 33,2% pour les Bamanans (**5**). L'étude de **SISSOKO S M** avait trouvé 51,1% pour la même ethnie. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la commune de Farako fait partie du royaume bamanan de Ségou.

Dans notre étude les femmes non instruites étaient fortement représentées soit 67,2%. Les résultats de l'EDSM-VI montrent que 66% des femmes n'ont aucun niveau d'instruction (**5**). L'étude de **SEKOU F** réalisée en 2016 dans la commune-V du district de Bamako avait trouvé 67,9% des femmes qui avaient au moins un niveau d'étude secondaire (**12**). L'étude de **DIAKITE M** avait trouvé que 49% des femmes étaient sans niveau d'instruction (**25**). Ces résultats mettent l'accent sur la problématique de non scolarisation des filles en milieu rural.

L'étude a montré que 65,6% des femmes avaient une durée du cycle de 4 jours. La régularité du cycle n'était pas mentionnée dans les supports de collecte des données que nous avons trouvées.

88% des clientes avaient eu au moins une grossesse ; et 8% ont présenté un avortement. Le nombre de femmes ayant le nombre de 1 – 4 enfants étaient majoritaires soit 61,7%. Nous avons remarqué que le taux des femmes ayant au moins un enfant vivant était largement représentée soit 90,9%. Nos résultats sont similaires à ceux de **DIAKITE M** qui avait trouvé en 2013 que 94% des femmes avaient au moins un enfant vivant (**25**). **SEKOU F** avait trouvé 82,8% des femmes avaient une conception vivante.

Parmi les femmes reçues en consultation 60,8% pratiquaient l'allaitement. Les femmes qui allaitaient un enfant entre 25 – 48 semaines (6 à 12 mois) étaient majoritaires avec 22,4%. Dans l'étude de **DEMBELE M S** 57,4% des femmes allaitaient. Le choix de la méthode contraceptive doit être soigneusement adapté à la période de l'allaitement.

Les nouvelles consultations ont constitué la majorité des consultations soit 59,2%. Les mois de Juin, juillet, et novembre étaient les mois de consultation les plus représentés avec des taux respectifs de **12,0%** ; **9,6%** et **29,7%**. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que le mois de novembre a été le mois de la campagne de Planification Familiale organisée par l'ONG Marie

Stopes International Mali. 98,4% des clientes avaient comme motif de 1^{ère} visite un désir de contraception.

47,2% clientes avaient reçues l'information sur la PF d'un personnel médical (à la maternité pour la plus part) suivi des médias/crieurs public soit 39,2%. L'interview des prestataires a signalé que des séances d'échanges avec la population sont régulièrement organisées au centre pour l'information et la sensibilisation sur la Planification Familiale. Dans l'étude de **SISSOKO S M** 94,5% des femmes avaient comme source d'information les médias (**23**).

Nous avons trouvé que 53,6% des clientes avaient utilisé une contraception antérieure. Le contraceptif injectable progestatif (CIP) était le plus utilisé des méthodes contraceptives par les femmes ayant déjà utilisé une contraception antérieure avec 70,1%. 55,2% des femmes avaient utilisé une méthode contraceptive pendant au moins 24 mois (02ans). Parmi les femmes ayant utilisé une méthode contraceptive 50,7% ont abandonné la méthode. Le désir de grossesse a été la raison d'abandon la plus retrouvée avec 41,2%.

Dans notre étude le contraceptif injectable progestatif (CIP) a été la méthode la plus utilisée avec 67,9% suivi de l'implant (jadelle) 28,7%. Ces résultats peuvent être liés d'une part à certains des avantages liés aux CIP et aux implants tels que : l'observance facile, l'efficacité, le coût abordable, la confidentialité ; et d'autre part à la disponibilité mais aussi aux campagnes de sensibilisation, et de distribution des moyens de contraception organisées par certaines ONG. Il y a aussi le fait qu'il existe un large réseau de distribution des pilules au niveau communautaire par les ASC et les relais communautaires dont nous n'avons pas pu avoir les données. Par ailleurs nous avons constaté que les autres méthodes contraceptives ne sont pas utilisées, ce qui pourrait être expliqué par plusieurs facteurs tels que : la non disponibilité de certaines méthodes de contraception et le choix négligé des utilisatrices sur certains contraceptifs. Nous avons trouvé une prévalence contraceptive de 5,14% ce qui est largement inférieure à la prévalence national qui était à 16% à l'EDSM-VI. Les moyens de contraception les plus fréquemment utilisés selon les résultats de l'EDSM-VI étaient les implants (7%) et les injectables (6%) (**5**). **SISSOKO S M** avait trouvé une forte utilisation des injectables soit 40,7% (**23**). Cette même prédominance est retrouvée dans une étude réalisée en Conakry par **DIALLO SYK** avec 52,9% des injectables (**26**). Par contre 52,5% des femmes avaient utilisé les implants selon les résultats de **SEKOU F**.

Dans l'étude nous avons trouvé que 80,8% des clientes ont suivi régulièrement leurs rendez-vous.

Le nombre de personnel, l'expérience professionnelle et les formations reçues ainsi que le plateau technique influent sur la bonne qualité des services et l'accroissement du nombre d'utilisatrices. Le nombre d'agents de santé qui s'occupe de l'unité PF sont au nombre de deux (une sage-femme et une infirmière obstétricienne). Elles sont également responsables de la maternité. Nous avons trouvé que seulement une parmi les deux prestataires avait reçu les formations et remises à niveau durant l'année 2018 en matière de Planification Familiale, counseling et prise en charge des IST et des effets secondaires dus aux produits contraceptifs. Selon les deux agents interviewés le centre ne dispose pas d'un plan de formation des prestataires en PF, elles ont reçu une supervision intégrée du CSRef au titre de l'année 2018, elles disposent d'un guide de prescription des contraceptifs, elles ont souvent des ruptures de stock en produits contraceptifs qui peuvent durer environ un mois. Toujours selon elles, les autres agents du centre sont très impliqués dans les activités de PF et les aident si elles sont débordées. La communauté est également très impliquée et participe massivement aux activités de sensibilisation sur la PF que le centre organise. Elles entretiennent de bonnes relations avec les clientes. Le centre dispose d'un service de permanence et l'unité PF est ouverte du lundi au vendredi de 08h – 14h.

Les méthodes contraceptives disponibles au centre sont : la pilule ; le contraceptif injectable progestatif (Dépo Provera) ; l'implant (Jadelle) ; le DIU ; la méthode MAMA ; le préservatif masculin. Le dépôt de vente du centre est approvisionné en produits contraceptifs par le DRC du CSRef de Ségou et l'ONG Marie Stopes International Mali. Le centre ne dispose pas de matériels d'insertion du DIU. Les insertions des DIU sont faites lors des campagnes de Planification Familiale organisées par l'ONG Marie Stopes International Mali. Le coût des contraceptifs variait de 100 à 2000 FCFA avec une moyenne de 1050 FCFA.

Le counseling et l'examen de la femme doivent être au complet précisément lors de la première consultation afin d'adapter le choix de la méthode à son état clinique. Nous avons trouvé que toutes les étapes de la consultation sont correctement exécutées.

Conclusion :

Au terme de cette étude nous avons trouvé que :

La majorité des utilisatrices de la contraception avait une moyenne d'âge de 25 ans. Les femmes mariées, les ménagères et les non instruites étaient les plus représentées.

Nous avons trouvé que le plus grand nombre des femmes avaient déjà utilisé une méthode contraceptive et la majorité avait abandonné leur méthode pour désir de grossesse. Le contraceptif injectable (CIP) et l'implant étaient les méthodes contraceptives les plus utilisées avec une prévalence contraceptive à 5,14%.

La principale source d'information des femmes était le personnel médical (la plus part à la maternité après l'accouchement) suivi des médias/crieurs public.

Le CSRef de Ségou et l'ONG Marie Stopes International Mali étaient les sources d'approvisionnement du centre en produits contraceptifs.

Parmi les deux agents responsables de l'unité PF seulement une avait reçu les formations et recyclages durant l'année 2018. Nous avons trouvé que seulement six méthodes contraceptives sont disponibles au centre (CIP, implant, pilule, DIU, MAMA, préservatif masculin) et le centre ne dispose pas de matériels d'insertion de DIU.

En définitive, nous pourrions dire que le taux de prévalence de la contraception n'atteint pas le taux souhaité au niveau national (16%) ; cependant les efforts restent à faire notamment en milieu communautaire par le renforcement des IEC/CCC en matière de PF par les acteurs communautaires (relais, ASC).

Recommandations :

À la fin de cette étude, nous formulons quelques recommandations :

✚ Au Centre Santé de Référence (CSRef) de Ségou :

- ✓ Renforcer le nombre de personnels impliqués dans les activités de PF au niveau des centres de santé ruraux ;
- ✓ Renforcer les programmes de formations des agents impliqués dans les activités de PF ;

✚ À l'ASACO :

- ✓ Assurer la disponibilité de tous les produits contraceptifs au niveau du centre ;
- ✓ Renforcer le plateau technique de l'unité de PF afin de fournir un service de qualité.
- ✓ Renforcer les campagnes de sensibilisation sur la contraception et de distribution des produits contraceptifs au niveau des zones rurales afin d'assurer une forte adhésion de ces populations à la contraception ;
- ✓ Renforcer les activités d'informations et de mobilisations à travers les séances de conférences débats et de causeries dans les zones rurales ;

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS. Santé de la reproduction.
www.who.int/topics/reproductive_health/fr.html. Consulté 31 /07/ 2019.
2. OMS. Planification familiale_Contraception.
www.who.int/planification_familiale_contraception.html . Consulté le 31/07/ 2019.
3. Hardee K, Newman K, Bakamjian L, Kumar J, Harris S, Rodríguez M, et al. Programmes de planification familiale volontaire qui respectent, protègent et exercent les droits humains Un cadre conceptuel. Futures Gr. Wanshington, DC; 2014.
www.futuresgroup.com. Consulté le 31/07/2019.
4. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. Plan d'action national de planification familiale du Mali 2014-2018. 2018;116:2-19.
5. (INSTAT) IN de la S, Secteur, Statistique C de P et de, (CPS/SS-DS-PF) S-DS et P de la F, ICF TDP. Sixième Enquête Démographique et de Santé au Mali (EDSM-VI) Indicateurs Clés. Vol. 69. Bamako, Mali/ Maryland, USA; 2019.
6. Définition coïtus obstructus 2019. http://www.definition-of.com/coitus_obstructus. Consulté le 31/07/2019.
7. Définition coïtus interruptus, reservatus. 2019. http://www.definition-of.com/coitus_obstructus. Consulté le 31/07/2019.
8. DEMBELE MS. Problématique de la planification familiale en commune v du district de bamako a propos de 199 cas. Thèse Médecine USTTB Bamako 2009; 93p; N°73.
9. Ministère de la santé publique et des affaires sociales/DSF. Plan d'action pour le programme national du planning familial. Bamako 2010; 93p; N°73.
10. Ministère de la santé publique et de la promotion féminine. Déclaration nationale de politique de population. Bamako Mali. Bamako, Mali; 1991.
11. COULIBALY A L. Etude des connaissances attitudes et pratiques de la contraception en milieu scolaire dans la commune urbaine de Ségou. Thèse Médecine USTTB Bamako 2014; 83p; N°136.
12. SEKOU F. Niveau de satisfaction des utilisatrices du service de planning familial de la commune-V du district de Bamako. Thèse Médecine USTTB Bamako 2015; 88p; N°268.

13. SOGOBA MA-K. Etude de la connaissance et de la perception du planning familial dans le milieu universitaire : cas des étudiantes de la FMOS, FAPH, FSEG, FSJP. Thèse Médecine USTTB Bamako 2015; 65p; N°344
14. Guide de counseling en planification familiale: Méthodes contraceptifs de courte durée. www.respond-project.org . Consulté le 03/08/2019.
15. MERKI G, BITZER J. Tout ce que je souhaite savoir sur la contraception. Zurich Bayer HealthCare; 52p.
16. OMS. Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives .3^{ème} éd ; Genève 2017. 75 p.
17. Méthodes de contraception. www.bettertoknow.yk.ca. Consulté le 03/08/2019.
18. Les différentes méthodes contraceptives 2016;3-5. www.choisir-sa-contraception.fr. Consulté le 03/08/2019.
19. La Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGC). La contraception. Canada; 32p.
20. Hopkins J, USAID, OMS. Planification familiale un manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier. Genève; 2011. 388p.
21. INSTAT. Recensement général de la population et de l'habitat de 1998 (Actualisé 2005). Répertoire village de la DRPSIAP / Ségou. Ségou; 2005.
22. SANGO S. Contribution à l'étude de la Planification familiale dans la commune IV du district de Bamako, Thèse Médecine Bamako 1996; 73p; N°32.
23. SISSOKO S M. Planification familiale dans la commune urbaine de bougouni. Thèse Médecine USTTB Bamako 2012; 86p; N°250.
24. KANSAYE D. Consultation communautaire : connaissances, attitudes et pratiques comportementales des femmes de Banguineda âgées de 15 à 45 ans en matière de planification familiale. Thèse Médecine USTTB Bamako 2010; 94p; N°542
25. DIAKITE M. Etude du niveau de satisfaction de la population de Yirimadio par rapport aux services de planification familiale offerts par le CSCOM de Yirimadio. Thèse Médecine USTTB Bamako 2013; N°191.
26. DIALLO S Y K. La Planification familiale en Guinée : Expérience de l'Association Guinéenne pour le Bien-Être Familial (AGBEF) à Conakry, de 2003 à 2007 ». These Médecine Université de Conakry; 2010; 57p.

ANNEXES

FICHE D'ENQUÊTE PF

A. Identification de la cliente :

1. Age : ...
2. Adresse : ...
3. Profession : ...
4. Ethnie : ...

B. Caractéristiques sociodémographiques :

1. Etat matrimonial :
 - a. Mariée :
 - Monogame
 - Polygame
 - b. Célibataire ;
2. Niveau d'instruction :
 - a. Non instruite
 - b.
 - c. Primaire
 - d. Secondaire
 - e. Supérieur

C. Antécédents obstétricaux :

- a. Gestité (s): ...
- b. Parité (s): ...
- c. Vivant (s) : ...
- d. Décédé (s): ...
- e. Avortement (s) : ...
- f. Accouchement Normal :
- g. Accouchement pathologique :

D. Antécédents Gynécologiques :

- a. Durée des règles : ...
- b. Métrorragies : OUI NON

E. Autres antécédents médicaux :

- | | OUI | NON |
|--------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Diabète : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. HTA : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- c. Drépanocytose :
- d. Asthme :
- e. Autres :

D. Lactation : si allaitement en cours déterminer la durée en mois

- a. Allaite à présent : Durée : ...
- b. N'allait pas :

E. Source d'information :

- 1. PMI :
- 2. Maternité :
- 3. Personnel médical :
- 4. Famille :
- 5. Conjoint :
- 6. Voisin (e):
- 7. Ami (e) :
- 8. Autres :

F. Contraception :

- 1. Contraception antérieur : si oui préciser la méthode et la durée d'emplois
 - a. OUI : Méthode :; Durée : ...
 - b. NON :
- 2. Raison de l'abandon de la méthode :
 - a. Intolérance médicamenteuse :
 - b. Raison personnelle :
 - c. Désir de grossesse :
 - d. Échec de méthode :
 - e. Autre :
- 3. Contraceptif choisi :
 - a. Pilule :
 - b. Injectables :
 - c. Implants :
 - d. DIU :
 - e. Préservatif :
 - f. MAMA :
 - g. Autre :

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES AGENTS DE SANTE IMPLIQUES DANS LA PF

A. Identification de l'agent de santé :

1. Age : ...
2. Adresse : ...
3. Qualification : ...
4. Ethnie : ...

B. ACTIVITES TECHNIQUES :

1. Données sur les compétences techniques :

Disposez-vous d'un plan de formation ? Si oui quel est le niveau d'exécution ?

.....
.....

Avez-vous reçues des formations et remises à niveau en PF, à la prise en charge des IST et des effets secondaires liés aux contraceptifs en 2017 et 2018 ?

.....

Disposez-vous d'un guide de prescription des contraceptifs ?

.....

Avez-vous reçus des supervisions au titre de l'année 2017 et 2018 ?

.....

2. Données sur le plateau technique disponible dans le service :

Quelles sont les Méthodes contraceptives disponibles dans le centre ?

- Pilule :
- Injectables :
- Implants :
- DIU :
- Préservatif :
- MAMA :
- Autre :

Pensez-vous que les produits et matériels dont vous disposez sont de qualité pour vous permettre de fournir un service de qualité ?

.....

Quel est le circuit d'approvisionnement du centre en produits contraceptifs ?

.....
.....
Le centre connaît –il des ruptures de stocks de contraceptifs ?

.....
3. Consultation en planning Familial :

Les nouvelles consultantes sont-elles examinées avant la dotation ou l'insertion du contraceptif ?

.....
Les nouvelles consultantes reçoivent-elles toutes un counseling avant le choix de la méthode ?

.....
Quel est le coût moyen d'une prestation ?

.....
Quelle est le nombre de nouvelles Consultantes par mois/an :

...../.....

4. Relation interpersonnelle :

Ya-t-il une répartition des tâches entre les membres de l'équipe ?

.....
Implication des autres agents du centre dans la planification

➤ Très impliqués :

➤ Peu impliqués :

➤ Non impliqués :

Quelles relations le personnel entretient avec les clientes (respect de l'intimité, confiance, empathie, écoute attentive)

.....
Quelles sont les activités et moyens d'informations et de mobilisations de la population en matière de PF ?

.....
Quel est le niveau d'implication de la population dans les activités de PF ?

➤ Très impliqués :

➤ Peu impliqués :

➤ Non impliqués :

5. Données sur la disponibilité des services :

Existe – t-il un service de permanence au niveau du centre ?

.....

6. Continuité des services :

Le service est-il ouvert toute la semaine ?

.....

Fiche Signalétique

Nom : SY

Prénom : Mahamadou

Adresse mail : mahamadoussy@gmail.com

Année Universitaire : 2018 – 2019

Ville de Soutenance : Bamako ; **Pays :** Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS

Centre d'Intérêt : Santé de la Reproduction/ Santé Publique

Titre : l'utilisation des services de Planification Familiale dans l'aire de Santé de la commune rurale de Farako du district sanitaire de Ségou du 1^{er} janvier – 31 décembre 2018

Résumé :

Méthode : Nous avons effectué une étude descriptive, transversale, rétrospective visant à étudier l'utilisation des services de Planification Familiale dans la commune rurale de Farako du district sanitaire de Ségou. Notre étude s'est déroulée sur 08 mois allant du 1^{er} janvier – 31 août 2019 et l'exploitation des données de la PF du 1^{er} janvier – 31 décembre 2018.

Ont été concernés par notre étude deux cent neuf (209) femmes âgées de 14 – 45 ans et deux (02) agents de santé impliqués dans la prestation des services de PF.

Résultats : Les femmes âgées de moins de 30 ans représentaient (62,7%) avec une moyenne d'âge de 24,5 ans ; 84% des femmes étaient mariées ; (83,2%) étaient ménagères et (67,2%) étaient non instruites. La principale source d'information des femmes était le personnel médical (information donnée juste après l'accouchement) soit 47,9%. Nous avons trouvé que 53,6% des clientes avaient utilisé une contraception antérieure. Parmi les femmes ayant utilisé une méthode contraceptive 50,7% avait abandonné leur méthode pour désir de grossesse comme principale raison d'abandon (41,2%). Le contraceptif injectable (CIP) était la méthode contraceptive la plus utilisée (67,9%) suivi de l'implant (28,7%), le DIU (2,4%) et la pilule (1%) avec une prévalence de contraception à 5,6%. Le CSRef de Ségou et l'ONG Marie Stopes International Mali étaient les sources d'approvisionnement du dépôt de vente du centre en produits contraceptifs. Parmi les deux agents responsables de l'unité PF, seulement une avait reçu la formation et le recyclage sur les méthodes contraceptives durant l'année 2018. Seulement six méthodes contraceptives étaient disponibles au centre (CIP, implant, pilule, DIU, MAMA, préservatif masculin) et le centre ne disposait pas de matériels d'insertion de DIU.

Conclusion : En définitive, nous pourrions dire que le taux de prévalence de la contraception n'atteint pas le taux souhaité au niveau national (16%) ; cependant les efforts restent à faire notamment en milieu communautaire par le renforcement des IEC/CCC en matière de PF par les acteurs communautaires (relais, ASC).

Mots clés : Planification Familiale ; contraception ; Farako ; 2018

Material Safety Data Sheet

Name: SY

First name: Mahamadou

Email address: mahamadoussy@gmail.com

University Year: 2018 - 2019

City of Defense: Bamako; Country: Mali

Place of deposit: FMOS Library

Center of Interest: Reproductive Health / Public Health

Title: The use of family planning services in the health area of the rural district of Farako in the sanitary district of Ségou from 1 January - 31 December 2018

Summary:

METHOD: We carried out a descriptive, transversal, retrospective study to study the use of family planning services in the rural district of Farako of the Ségou health district. Our study took place over 08 months from January 1st - August 31st, 2019 and the exploitation of FP data from January 1st - December 31st, 2018. Two hundred and nine (209) women aged 14-45 years and two (02) health workers involved in the provision of FP services were involved in our study.

Results: Women under 30 accounted for (62.7%) with an average age of 24.5 years; 84% of the women were married; (83.2%) were housewives and (67.2%) were uneducated. The main source of information for women was medical staff (information given immediately after giving birth), ie 47.9%. We found that 53.6% of clients had used previous contraception. Among women who used a contraceptive method, 50.7% had abandoned their method of desire for pregnancy as the main reason for abandonment (41.2%). Injectable contraceptives (IPCs) were the most used contraceptive method (67.9%) followed by the implant (28.7%), the IUD (2.4%) and the pill (1%) with a prevalence of 5.6% contraception. CSRef Ségou and the NGO Marie Stopes International Mali were the sources of supply of the center's sales depot in contraceptive products. Of the two officers responsible for the FP unit, only one had received training and retraining on contraceptive methods in the year 2018. Only six contraceptive methods were available at the center (CIP, implant, pill, IUD, LAM, condom male) and the center did not have IUD insertion equipment.

Conclusion: Ultimately, we can say that the prevalence rate of contraception does not reach the desired rate at the national level (16%) ; however, efforts still need to be made, particularly in the community, by strengthening IEC / BCCs in the field of FP by community actors (relais, ASC).

Keywords: Family Planning; contraception; Farako; 2018

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

JE LE JURE