

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 Pharmacie*

Année Universitaire : 2021-2022

N°...../.....

**FAPH**

**THESE**

**CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DE L'UTILISATION  
DES CONTRACEPTIFS CHIMIQUES CHEZ DES FEMMES ET  
ADOLESCENTES REÇUES AU CENTRE DE SANTE DE LA COMMUNE  
V DU DISTRICT DE BAMAKO**

Présentée et soutenue publiquement le 20 / 09 / 2022 devant la faculté de  
pharmacie.

**Par**

**M<sup>me</sup>. FANGUENG FEZEU Blanche Raïssa**

Pour obtention du Diplôme de Docteur en Pharmacie  
**(DIPLOME D'ETAT)**

**Jury**

Président : **Pr. Elimane MARIKO**  
Membres : **Dr. Mamadou SIMA**  
**Dr. Mody CISSÉ**  
Co-directeur : **Dr. Issa COULIBALY**  
Directeur : **Pr. Youssouf TRAORE**



# FACULTE DE PHARMACIE

## LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE PHARMACIE ANNEE UNIVERSITAIRE 2021-2022

### ADMINISTRATION

Doyen : Boubacar TRAORE, Professeur

Vice-doyen : Sékou BAH, Maître de Conférences

Secrétaire principal : Seydou COULIBALY, Administrateur Civil

Agent comptable : Ismaël CISSE, Contrôleur des Finances.

### PROFESSEURS HONORAIRES

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Flabou	BOUGOUDOGO	Bactériologie-Virologie
2	Boubacar Sidiki	CISSE	Toxicologie
3	Bakary Mamadou	CISSE	Biochimie
4	Abdoulaye	DABO	Malacologie -Biologie animale
5	Daouda	DIALLO	Chimie Générale et Minérale
6	Mouctar	DIALLO	Parasitologie-mycologie
7	Souleymane	DIALLO	Bactériologie - Virologie
8	Kaourou	DOUCOURE	Physiologie humaine
9	Ousmane	DOUMBIA	Chimie thérapeutique
10	Boukassoum	HAÏDARA	Législation
11	Gaoussou	KANOUTE	Chimie analytique
12	Alou A.	KEÏTA	Galénique
13	Mamadou	KONE	Physiologie
14	Mamadou	KOUMARE	Pharmacognosie
15	Brehima	KOUMARE	Bactériologie/Virologie
16	Abdourahamane S.	MAÏGA	Parasitologie
17	Saïbou	MAÏGA	Législation
18	Elimane	MARIKO	Pharmacologie
19	Mahamadou	TRAORE	Génétique
20	Sékou Fantamady	TRAORE	Zoologie

### PROFESSEURS DECEDES

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Mahamadou	CISSE	Biologie
2	Drissa	DIALLO	Pharmacognosie
3	Moussa	HARAMA	Chimie analytique

**Connaissances, attitudes et pratiques de l'utilisation des contraceptifs chimiques chez des femmes et adolescentes reçues au centre de santé de la commune v du district de Bamako**

**DER : SCIENCES BIOLOGIQUES ET MEDICALES**

**DER : SCIENCES BIOLOGIQUES ET MEDICALES**

**1. PROFESSEUR/DIRECTEUR DE RECHERCHE**

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Mounirou	BABY	Hématologie
2	Mahamadou	DIAKITE	Immunologie-Génétique
3	Alassane	DICKO	Santé Publique
4	Abdoulaye	DJIMDE	Parasitologie-Mycologie
5	Amagana	DOLO	Parasitologie-Mycologie
6	Akory Ag	IKNANE	Santé Publique/Nutrition
7	Ousmane	KOITA	Biologie-Moléculaire
8	Boubacar	TRAORE	Parasitologie-Mycologie

**2. MAITRE DE CONFERENCES/MAITRE DE RECHERCHE**

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Aldjouma	GUINDO	Hématologie
2	Kassoum	KAYENTAO	Santé publique/ Bio-statistique
3	Bourèma	KOURIBA	Immunologie <b>Chef de DER</b>
4	Almoustapha Issiaka	MAÏGA	Bactériologie-Virologie
5	Issaka	SAGARA	Bio-statistique
6	Mahamadou Soumana	SISSOKO	Bio-statistique
7	Ousmane	TOURE	Santé Publiq/Santé environnement

**3. MAITRE ASSISTANT/CHARGE DE RECHERCHE**

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Mohamed	AG BARAIKA	Bactériologie-virologie
2	Charles	ARAMA	Immunologie
3	Boubacar Tiétiè	BISSAN	Biologie clinique
4	Djibril Mamadou	COULIBALY	Biochimie clinique
5	Seydou Sassou	COULIBALY	Biochimie Clinique
6	Antoine	DARA	Biologie Moléculaire
7	Souleymane	DAMA	Parasitologie -Mycologie
8	Djénéba Koumba	DABITAO	Biologie moléculaire
9	Laurent	DEMBELE	Biotechnologie Microbienne
10	Klétigui Casimir	DEMBELE	Biochimie Clinique
11	Seydina S. A.	DIAKITE	Immunologie
12	Yaya	GOÏTA	Biochimie Clinique
13	Ibrahima	GUINDO	Bactériologie virologie
14	Aminatou	KONE	Biologie moléculaire
15	Birama Apho	LY	Santé publique
16	Amadou Birama	NIANGALY	Parasitologie-Mycologie
17	Dinkorma	OUOLOGUEM	Biologie Cellulaire
18	Fanta	SANGHO	Santé Publique/Santé communautaire
19	Oumar	SANGHO	Epidémiologie



**Connaissances, attitudes et pratiques de l'utilisation des contraceptifs chimiques chez des femmes et adolescentes reçues au centre de santé de la commune v du district de Bamako**

---

**4. ASSISTANT/ATTACHE DE RECHERCHE**

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Djénéba	COULIBALY	Nutrition/Diététique
2	Issa	DIARRA	Immunologie
3	Fatou	DIAWARA	Epidémiologie
4	Merepen dit Agnès	GUINDO	Immunologie
5	Falaye	KEÏTA	Santé publique/Santé Environnement
6	N'Deye Lallah Nina	KOITE	Nutrition
7	Djakaridia	TRAORE	Hématologie

**DER : SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

**1. PROFESSEUR/DIRECTEUR DE RECHERCHE**

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Rokia	SANOGO	Pharmacognosie <b>Chef de DER</b>

**2. MAITRE DE CONFERENCES/MAITRE DE RECHERCHE**

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
-	Néant	-	-

**3. MAITRE ASSISTANT/CHARGE DE RECHERCHE**

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Loséni	BENGALY	Pharmacie hospitalière
2	Bakary Moussa	CISSE	Galénique
3	Yaya	COULIBALY	Législation
4	Issa	COULIBALY	Gestion
5	Balla Fatogoma	COULIBALY	Pharmacie hospitalière
6	Mahamane	HAÏDARA	Pharmacognosie
7	Hamma Boubacar	MAÏGA	Galénique
8	Adiaratou	TOGOLA	Pharmacognosie

**Connaissances, attitudes et pratiques de l'utilisation des contraceptifs chimiques chez des femmes et adolescentes reçues au centre de santé de la commune v du district de Bamako**

**4. ASSISTANT/ATTACHE DE RECHERCHE**

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Seydou Lahaye	COULIBALY	Gestion pharmaceutique
2	Daouda Lassine	DEMBELE	Pharmacognosie
3	Adama	DENOU	Pharmacognosie
4	Sékou	DOUMBIA	Pharmacognosie
5	Assitan	KALOGA	Législation
6	Ahmed	MAÏGA	Législation
7	Aïchata Ben Adam	MARIKO	Galénique
8	Aboubacar	SANGHO	Législation
9	Bourama	TRAORE	Législation
10	Sylvestre	TRAORE	Gestion pharmaceutique
11	Aminata Tiéba	TRAORE	Pharmacie hospitalière
12	Mohamed dit Sarmoye	TRAORE	Pharmacie hospitalière

**DER : SCIENCES DU MEDICAMENT**

**1. PROFESSEUR/DIRECTEUR DE RECHERCHE**

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Benoît Yaranga	KOUMARE	Chimie Analytique <b>Chef de DER</b>
2	Ababacar I.	MAÏGA	Toxicologie

**2. MAITRE DE CONFERENCES/MAITRE DE RECHERCHE**

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Sékou	BAH	Pharmacologie

**3. MAITRE ASSISTANT/CHARGE DE RECHERCHE**

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Dominique Patomo	ARAMA	Pharmacie chimique
2	Mody	CISSE	Chimie thérapeutique
3	Ousmane	DEMBELE	Chimie thérapeutique
4	Tidiane	DIALLO	Toxicologie
5	Madani	MARIKO	Chimie Analytique
6	Hamadoun Abba	TOURE	Bromatologie

**Connaissances, attitudes et pratiques de l'utilisation des contraceptifs chimiques chez des femmes et adolescentes reçues au centre de santé de la commune v du district de Bamako**

**4. ASSISTANT/ATTACHE DE RECHERCHE**

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Mahamadou	BALLO	Pharmacologie
2	Dalaye Bernadette	COULIBALY	Chimie analytique
3	Blaise	DACKOOU	Chimie Analytique
4	Fatoumata	DAOU	Pharmacologie
5	Abdourahamane	DIARA	Toxicologie
6	Aiguerou dit Abdoulaye	GUINDO	Pharmacologie
7	Mohamed El Béchir	NACO	Chimie analytique
8	Mahamadou	TANDIA	Chimie Analytique
9	Dougoutigui	TANGARA	Chimie analytique
10	Karim	TRAORE	Pharmacologie

**DER : SCIENCES FONDAMENTALES**

**1. PROFESSEUR/DIRECTEUR DE RECHERCHE**

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
-	-	-	-

**2. MAITRE DE CONFERENCES/MAITRE DE RECHERCHE**

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Lassana	DOUMBIA	Chimie appliquée
2	Boubacar	YALCOUYE	Chimie organique

**3. MAITRE ASSISTANT/CHARGE DE RECHERCHE**

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Mamadou Lamine	DIARRA	Botanique-Biologie végétale
2	Abdoulaye	KANTE	Anatomie
3	Boureima	KELLY	Physiologie médicale

**4. ASSISTANT/ATTACHE DE RECHERCHE**

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Seydou Simbo	DIAKITE	Chimie organique
2	Modibo	DIALLO	Génétique
3	Moussa	KONE	Chimie Organique
4	Massiriba	KONE	Biologie Entomologie



**Connaissances, attitudes et pratiques de l'utilisation des contraceptifs chimiques chez des femmes et adolescentes reçues au centre de santé de la commune v du district de Bamako**

**CHARGES DE COURS (VACATAIRES)**

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Cheick Oumar	BAGAYOKO	Informatique
2	Babou	BAH	Anatomie
3	Souleymane	COULIBALY	Psychologie
4	Yacouba M	COULIBALY	Droit commercial
5	Moussa I	DIARRA	Biophysique
6	Satigui	SIDIBE	Pharmacie vétérinaire
7	Sidi Boula	SISSOKO	Histologie-embryologie
8	Fana	TANGARA	Mathématiques
9	Djénébou	TRAORE	Sémiologie et Pathologie médicale
10	Mahamadou	TRAORE	Génétique
11	Boubacar	ZIBÉIROU	Physique

**Bamako, le 09 juin 2022**

**P/Le Doyen PO  
Le Secrétaire Principal**



**Seydou COULIBALY**  
*Administrateur Civil*

# DEDICACES ET REMERCIEMENTS



## DÉDICACES ET REMERCIEMENTS

### Dédicaces

#### **À mon père FEZEU Jonas**

Si je suis arrivée jusqu'ici c'est grâce à DIEU et à toi, tu as toujours été là pour moi, jusqu'aujourd'hui tu ne cesses d'en faire. Quand, je voulais abandonner, malgré les périodes difficiles, le seigneur ta fait grâce et aujourd'hui tu es là pour me voir docteur. Merci mon papounet pour m'avoir soutenu depuis tout ce temps, je t'aime de tout mon cœur.

#### **À ma mère FANGUENG**

Ma mamounette, si cela ne dépendait que de toi, je devais rester à tes côtés car lorsque papa a décidé que je quitte le pays pour le Mali pour aller continuer mes études, tu voulais que je reste à tes côtés, parce que pour toi j'étais très petite, mais comme on le dit souvent l'enfant n'ai jamais grand devant sa mère. Merci maman pour tes prières et ton soutien émotionnel à mon endroit. Je t'aime maman.

#### **À ma fille Kendra Océane**

Mon petit soleil, pensé à toi me donne la force et la détermination d'aller jusqu'au bout et pour me dire à moi-même, je ne t'ai pas laissé loin de moi pour rien, c'était le prix à payer mais mon amour pour toi est resté idem ; tu me manques mon petit soleil et je t'aime.

## **Remerciements**

### **À DIEU le père tout puissant**

Je rends infiniment grâce à Dieu pour ce travail réalisé, sans sa présence dans ma rien ne me sera possible, que toute la gloire lui revienne.

### **À toutes les autorités compétentes**

Qui ont veillé à nous assurer une excellente formation.

### **À mes frères et sœurs : Achille, Badel, Létissia, Nelly, Edith, Dolce**

Je suis reconnaissante du soutien que vous m'aviez apporté tout au long de mon parcours. Que Dieu vous le rende au centuple.

### **À mon oncle**

Merci pour ton soutien, que le seigneur te rende au centuple.

### **À ma grand-mère Yacopine**

Quand le seigneur donne son dernier mot qui suis-je pour contre dire, tu étais là au début tu m'as prodigué des conseils qui m'ont aidé, j'aurais voulu que tu sois encore là pour te présenter mon diplôme, mais Dieu a décidé autrement merci infiniment mamie.

### **À mes neuves et nièces**

Merci je vous aime.

### **Au Dr Ousmane Sanago**

Merci de m'avoir accepté comme étudiante. Vous m'avez fait intégrer le service de planification familiale sans votre intervention les choses ne se seraient pas faites. Je vous suis reconnaissante.

### **A la Nation malienne**

Qui m'a permis de faire mon envol dans les études et de me responsabiliser dans la vie courante, et qui m'a formé sur le plan social et humain.

### **Au Peuple malien**

Pour l'hospitalité, malgré les dures épreuves que le pays traverse elle est restée la même.

**À mes chers enseignants de la 1ère année à 6ème année pharmacie**

Qui m'ont bien formé, en signe de remerciement je m'engage à rester fidèle à vos enseignements.

**À l'association des élèves étudiants et stagiaires Camerounais au Mali (AEESCM),**

Grâce à vous j'ai appris à m'intéresser à la chose commune. Vous m'avez accepté telle que je suis, je vous suis reconnaissante

**À mon ami Ndiman GODSON**

Tu as été un soutien pour moi au début, tu as cru en moi quand moi-même je doutais et je voulais tout abandonner, tu m'as dit essaye au moins et je t'ai écouté. Aujourd'hui je suis à la fin de cet essai. Merci infiniment et que Dieu te bénisse.

**À mon frère en christ le Dr Cofèle KAMOUÉ M.**

Tu es celui avec qui j'ai continué le chemin de ce doctorat et aujourd'hui il l'est autant pour toi que pour moi car nous l'avons rédigé ensemble, toi faisant le gros travail. Malgré les situations devant nous tu as toujours tenu ta parole de finir le travail que tu as commencé, je te serais toujours reconnaissante que ce Dieu que tu sers avec amour se souvienne de toi et tes efforts.

**Au Pr Youssouf Traore**

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail. Vous êtes un excellent homme de science aux qualités humaines incontestées et une personnalité respectueuse.

**Au Dr Mamadou Sima, au Dr Issa Coulibaly**

Merci de m'avoir accepté comme étudiante. Ce travail est le vôtre, vous avez toujours été disponible afin que ce document voie le jour. Merci chers maîtres malgré vos multiples occupations vous avez toujours été présent.

**Aux services de planning familiale de la commune V du district de Bamako**

Merci pour votre accueil dans le service et votre participation pour l'élaboration de ce travail. Que le seigneur vous rende au centuple.



**À la Communauté Missionnaire Chrétienne Internationale (CMCI)**

Ma maison, ma famille, mes frères et sœurs en Christ, merci pour ta présence dans ma vie, au milieu de toi j'ai connu l'amour fraternelle, j'ai appris à prier, à jeûner, à pardonner, à aimer sans aucun intérêt, tu m'as accueilli, tu m'as battu dans le seigneur, dans connaissance de Dieu. Je ferai toujours parti de toi, ma communauté et que les desseins de Dieu pour le monde au travers de toi s'accomplissent pleinement.

# **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

## HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

À notre Maître et Président du jury :

**Pr Elimane MARIKO**

- ✧ Professeur honoraire en pharmacologie à la Faculté de Pharmacie ;
- ✧ Ancien Colonel-major des forces armées du Mali ;
- ✧ Président de l'association des ressortissants de la commune rurale de Domba ;
- ✧ Officier de l'ordre national du Mali ;
- ✧ Recteur de l'Université Scientifique Libre de Bamako ;

*Cher Maître,*

*Admirable de la qualité de votre parcours, nous sommes très honorés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations.*

*Veillez recevoir l'expression de notre profonde gratitude et notre respect le plus sincère !*



**À notre Maître et Juge**

**Dr Mody CISSE**

- ✧ Docteur en pharmacie ;
- ✧ Titulaire d'un master en sciences du médicament option chimie thérapeutique et appliquée à la faculté de sciences de l'UCAD ;
- ✧ Master en chimie et biochimie des produits naturels à la faculté de sciences et techniques de l'UCAD ;
- ✧ Détenteur d'un PhD en chimie appliquée (Chimie organique et des substances naturelles) ;
- ✧ Maître assistant en chimie thérapeutique ;
- ✧ Membre de la société Ouest Africaine de Chimie en 2015 ;
- ✧ Chargé des stages et encadrement des étudiants au LND en 2019 ;
- ✧ Responsable de la scolarité et des inscriptions à la faculté de pharmacie.

*Chère maître,*

*Nous sommes très honorés de vous compter dans ce jury et de pouvoir bénéficier de votre contribution pour l'amélioration de la qualité de ce travail. Votre disponibilité, votre rigueur scientifique ont forcé notre admiration. Veuillez trouver ici, chère Maître, l'expression de notre profond respect.*

À notre Maître et Juge :

**Dr Mamadou SIMA**

- ✧ Gynécologue-obstétricien ;
- ✧ Maître-assistant ;
- ✧ Praticien hospitalier ;

*Cher maître,*

*Nous avons eu le privilège de travailler sous votre direction et avons trouvé auprès de vous, le guide et le conseiller qui nous a reçus en toutes circonstances avec sympathie et bienveillance. Votre simplicité et probité au travail, votre sens responsabilité nous ont impressionnés.*

*Cher Maître, acceptez notre profonde reconnaissance.*

À notre Maître et Co-directeur :

**Dr Issa COULIBALY**

- ✧ Maître-assistant en gestion à la Faculté de Pharmacie ;
- ✧ Chargé de cours de gestion à la FMOS ;
- ✧ Praticien hospitalier au CHU Pr Bocar Sidy SALL de Kati ;
- ✧ Chef de service des examens et concours de la Faculté de Pharmacie ;
- ✧ Master en management des établissements de santé ;
- ✧ PhD en sciences de gestion option destin des services de santé ;
- ✧ Ancien président de l'ordre des pharmaciens dans la région de Koulikoro.

*Cher maître,*

*Nous sommes très honorés de vous compter dans ce jury et de pouvoir bénéficier de votre apport pour l'amélioration de ce travail. Vos qualités scientifiques, Votre modestie, votre contact facile et votre disponibilité font de vous un maître admirable. Nous tenons à vous remercier et à vous exprimer notre respect.*



À notre Maître et Directeur de thèse :

**Professeur Youssouf TRAORE**

- ✧ Professeur de gynécologie et d'obstétrique à la FMOS du Mali ;
- ✧ Praticien gynécologue obstétricien dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CHU Gabriel TOURE ;
- ✧ Responsable de la Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH (PTME) au Mali ;
- ✧ Titulaire d'un diplôme universitaire de « méthodes et pratiques en épidémiologie » de Bordeaux II ;
- ✧ Titulaire d'un certificat de « cancer and prévention course » de la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) ;
- ✧ Vice-président de la société Africaine de Gynécologie et d'Obstétrique (SAGO) ;
- ✧ Trésorier général de l'AFOG (African Federation of Obstetrics and Gynaecology) ;
- ✧ Président de la Société Malienne de Gynécologie et d'Obstétrique (SOMAGO) ;
- ✧ Vice-président de la Société de Chirurgie du Mali (SOCHIMA) ;
- ✧ Enseignant-chercheur.

*Cher maître,*

*En acceptant de diriger ce travail, vous nous avez signifié par la même occasion votre confiance. Vous nous avez séduit à travers vos qualités de formateur, votre pragmatisme, votre modestie, votre rigueur et surtout votre franchise. Passionné du travail bien fait, soucieux de notre formation et de notre réussite, vous êtes pour nous un modèle de courtoisie et surtout de courage. C'est aujourd'hui une fierté pour nous, d'avoir bénéficié de votre encadrement. Puisse Dieu vous accorder santé et longévité.*

# LISTES DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

## LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

<b>ACTH</b>	: Hormone Adrénocorticotrope
<b>AFSSAPS</b>	: Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
<b>AMPPF</b>	: Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille
<b>ANAES</b>	: Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation de la Santé
<b>APC</b>	: Protéine C Activée
<b>COC</b>	: Contraceptif Oral Combiné
<b>COP</b>	: Contraceptif Oral Progestatif
<b>CCV</b>	: Contraception Chirurgicale Volontaire
<b>DIU</b>	: Dispositif Intra-Utérine
<b>DSFC</b>	: Division de la Santé Familiale et Communautaire
<b>EE</b>	: Ethinyl Œstradiol
<b>EDS</b>	: Enquête Démographique et de Santé
<b>EM</b>	: Enseignement Ménagé
<b>FDA</b>	: Food and Drug Administration
<b>FSH</b>	: Hormone Folliculostimulante
<b>GEU</b>	: Grossesse Extra-Utérine
<b>IIG</b>	: Intervalle inter génésique
<b>INPES</b>	: Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
<b>ISF</b>	: Indice Synthétique de Fécondité
<b>IST</b>	: Infection Sexuellement Transmissible
<b>IVG</b>	: Interruption Volontaire de Grossesse
<b>LH</b>	: Hormone Lutéisante
<b>LHRF</b>	: Hormone de Libération de la Luteinostimuline
<b>MIP</b>	: Maladie Inflammatoire Pelvienne
<b>OMS</b>	: Organisation Mondiale de la Santé
<b>PF</b>	: Planification Familiale
<b>RCP</b>	: Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
<b>TSH</b>	: Hormone Thyroestimuline
<b>UNESCO</b>	: organisation des nations unies pour l'éducation, la science et la Culture
<b>USAID</b>	: Agence des Etats-Unis pour le Développement International
<b>VIH/SIDA</b>	: Virus de l'Immunodéficience Humaine/ Syndrome Immunodéficience Acquise

# LISTES DES TABLEAUX ET FIGURES

## LISTES DES TABLEAUX

<b>Tableau I</b> : Répartition des clientes selon la situation matrimoniale.....	34
<b>Tableau II</b> : Répartition des clientes par profession.....	36
<b>Tableau III</b> : Répartition des clientes selon l'intervalle inter génésique. ....	37
<b>Tableau IV</b> : Répartition des clientes en fonction du nombre moyen d'enfant par couple. ....	37
<b>Tableau V</b> : Répartition des clientes selon l'usage des contraceptifs en tant qu'outil pour espacement des naissances. ....	38
<b>Tableau VI</b> : Répartition des clientes en fonction des principaux avantages de l'utilisation des contraceptifs.....	38
<b>Tableau VII</b> : Répartition des clientes en fonction des principaux inconvénients rapportés lors de l'utilisation des contraceptifs. ....	39
<b>Tableau VIII</b> : Répartition des clientes sur l'existence des méthodes de contraception. ....	40
<b>Tableau IX</b> : Répartition des clientes sur la définition attribuée à la contraception. ....	40
<b>Tableau X</b> : Répartition des clientes utilisant les méthodes contraceptives.....	40
<b>Tableau XI</b> : Répartition clientes selon les différents types de contraceptifs réguliers utilisés. ....	41
<b>Tableau XII</b> : Répartition des clientes sur les principales raisons d'utilisation des contraceptifs.....	42
<b>Tableau XIII</b> : Répartition des clientes en fonction des raisons de non-utilisation des contraceptifs.....	42
<b>Tableau XIV</b> : Répartition des clientes selon la durée moyenne d'utilisation du contraceptif. ....	42
<b>Tableau XV</b> : Répartition des clientes selon les motifs d'interruption du contraceptif. ....	43

## LISTES DES FIGURES

<b>Figure 1</b> : Structure chimique de l'œstradiol .....	7
<b>Figure 2</b> : Structure chimique de l'éthinyl œstradiol .....	8
<b>Figure 3</b> : Structure chimique de la mestranol .....	9
<b>Figure 4</b> : Structure chimique de quinestrol .....	10
<b>Figure 5</b> : Structure chimique du lévonorgestrel .....	18
<b>Figure 6</b> : Structure chimique de la désogestrel.....	18
<b>Figure 7</b> : Structure chimique de l'étonogestrel .....	20
<b>Figure 8</b> : Répartition des clientes selon l'âge .....	34
<b>Figure 9</b> : Répartition des clientes selon leur confession religieuse .....	35
<b>Figure 10</b> : Répartition des clientes selon le niveau d'instruction.....	35
<b>Figure 11</b> : Répartition des clientes selon le nombre de grossesse (Gestité).....	36
<b>Figure 12</b> : Répartition des clientes selon le nombre d'accouchement (Parité). .....	37
<b>Figure 13</b> : Répartition des clientes selon les types de contraceptifs utilisés. ....	41
<b>Figure 14</b> : Répartition des clientes ayant interrompu la contraception .....	43



# TABLE DES MATIÈRES

## TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>I. OBJECTIFS</b> .....	<b>3</b>
1. Objectif général .....	3
2. Objectifs spécifiques.....	3
<b>II. GÉNÉRALITÉS</b> .....	<b>5</b>
1. Définition.....	5
2. Historique .....	5
3. Rappels de quelques hormones de la reproduction .....	7
3.1 Quelques hormones de la reproduction .....	7
3.2 Rappels des différentes méthodes chimiques contraceptives .....	11
3.3 Méthodes mécaniques .....	23
3.4 Méthodes dites de barrière des spermicides .....	29
<b>III. METHODOLOGIE</b> .....	<b>31</b>
1. Cadre de l'étude.....	31
2. Type d'étude .....	31
3. Période d'étude .....	31
4. Population de l'étude .....	31
5. Échantillonnage .....	31
6. Outils de collecte de données .....	31
7. Saisie et analyses de données .....	32
8. Considérations éthiques et déontologie .....	32
<b>IV. RÉSULTATS</b> .....	<b>34</b>
1. Caractères socio-démographiques .....	34
2. Informations sur la patiente .....	36
3. Connaissance en matière de contraception .....	38
4. Attitudes et pratiques sur les méthodes contraceptives hormonales .....	41
<b>V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION</b> .....	<b>45</b>
1. Approche Méthodologique .....	45
2. Caractéristiques sociodémographiques .....	45

**Connaissances, attitudes et pratiques de l'utilisation des contraceptifs chimiques chez des femmes et adolescentes reçues au centre de santé de la commune v du district de Bamako**

---

3. Connaissances en matière des méthodes de contraception.....	46
4. Attitudes et Pratiques en matière de contraception .....	47
<b>VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>51</b>
<b>VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....</b>	<b>54</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>58</b>
Fiche d'enquête.....	58
Fiche signalétique .....	61
Serment de Galien .....	63

# INTRODUCTION

# INTRODUCTION

Ces trente dernières années, les techniques contraceptives ont beaucoup évolué, notamment avec le passage des contraceptifs oraux combinés fortement dosés à des formules minidosées, et celui des Dispositifs Intra-Utérines (DIU) inertes, aux DIU au cuivre ou libérant du Lévonorgestrel [1].

La prévalence de méthodes modernes de contraception chez les femmes mariées en âge de procréer a progressé dans le monde entre 2000 et 2019 de 2,1 points de pourcentage, passant de 55,0% à 57,1% [2]. La lenteur de cette augmentation s'explique, entre autres : le choix limité des méthodes, l'accès limité aux services en particulier pour les jeunes, les populations les plus pauvres et les personnes non mariées, la crainte ou l'expérience d'effets secondaires, les barrières culturelles ou religieuses, la médiocre qualité des services disponibles, les opinions biaisées des utilisateurs et des prestataires contre certaines méthodes, et les obstacles liés au genre dans l'accès aux services [2].

L'utilisation de la contraception suppose, au préalable, la connaissance d'au moins une méthode contraceptive. Ainsi, lors de l'EDSM-VI, des questions relatives à la connaissance des méthodes contraceptives ont été posées à tous les enquêtés. Il ressort des résultats que la connaissance des méthodes contraceptives est très élevée au Mali. En effet, la quasi-totalité des femmes (93 %) et des hommes (96 %) ont déjà entendu parler d'une méthode contraceptive [4]. Le niveau de connaissance des méthodes contraceptives, en particulier les méthodes modernes, reste relativement élevé quelque soit la catégorie socio-démographique considérée. Toutefois, la proportion de femmes en union ayant entendu parler de méthodes contraceptives dans les régions de Gao (62 %) et de Kidal (67 %) est plus faible que dans d'autres régions. Mais il n'est pas de même en ce qui concerne son utilisation puisqu'elle demeure très peu élevée [4]. Dans l'ensemble, 16 % des femmes utilisaient au moins une méthode contraceptive au moment de l'enquête dont 15 % une méthode moderne et 1 % une méthode traditionnelle. Cette prévalence de la contraception était de 17 % chez les femmes actuellement en union et de 36 % parmi celles qui ne sont pas en union mais qui sont sexuellement actives [4].

Dembélé [5] en 2018 a affirmé que seulement 21,60% des adolescentes utilisaient la pilule du lendemain comme méthode contraceptive et 13,63% utilisaient des contraceptifs injectables. Nous pouvons constater que le taux de connaissance des méthodes contraceptives n'est pas le reflet quant à son utilisation.

L'insuffisance d'information sur les effets secondaires des produits contraceptifs, leur rupture périodique et le coût élevé de certaines méthodes constituent les principales raisons de la faible utilisation des services de PF [6]. En effet, l'un des principaux facteurs favorisant l'abandon des méthodes contraceptives hormonales par les femmes est le vécu de ces effets secondaires. Ces effets non létaux ne sont pas considérés par les milieux médicaux et pharmaceutiques à la hauteur des inconvénients qu'ils génèrent chez les utilisatrices. Dans cette recherche conduite en Afrique de l'Ouest, fort a été de constater l'importance des effets indésirables dont souffrent de nombreuses femmes [6]. Dans l'étude de Dembélé [5] au Mali en 2018, il ressort que la peur liée aux effets secondaires était l'une des principales raisons de non utilisation des produits contraceptifs et un tiers des enquêtées avaient affirmées avoir ressenti un ou plusieurs effets secondaires. Dans une autre étude réalisée en 2008, Nangazana [7] avait aussi affirmé que 31,41% avaient interrompus la contraception à cause des effets secondaires. Dans la même étude, il ressort que, malgré les efforts consentis dans le domaine de la PF, le manque d'information sur les méthodes contraceptives était l'une des principales raisons de non utilisation dans 31,60%.

Nous avons initié donc cette étude en vue de démontrer que la connaissance surtout de leurs effets secondaires, les attitudes et les pratiques des méthodes chimiques de contraceptions chez les femmes et adolescentes en âge de procréer pourrait exercer une influence sur le choix de la méthode contraceptive et favoriser leur utilisation.

### **Questions de recherche :**

- ✓ Une meilleure connaissance sur les avantages et les inconvénients des produits contraceptifs permet-elle un choix adapté du contraceptif et par conséquent réduit-il le nombre de grossesse non désiré, d'avortement et d'infanticide ?
- ✓ La meilleure connaissance des effets secondaires peut-il influencer sur le choix de la méthode chimique de contraception ?
- ✓ Les effets secondaires limitent -ils l'utilisation des méthodes chimiques de contraception ?



## I. OBJECTIFS

### 1. Objectif général :

Étudier les connaissances, les attitudes et les pratiques des méthodes de contraception chimiques.

### 2. Objectifs spécifiques :

- ✓ Déterminer le niveau de connaissance, les attitudes et les pratiques des femmes et adolescentes sur l'utilisation des contraceptifs chimiques ;
- ✓ Identifier les principaux effets secondaires liés à l'utilisation des contraceptifs chimiques ;
- ✓ Déterminer les principaux avantages et inconvénients liés à l'utilisation des contraceptifs chimiques.

# GÉNÉRALITES

## II. GÉNÉRALITÉS

### 1. Définition

La contraception est l'ensemble d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures destinées à la prévention des grossesses. L'efficacité, l'innocuité, l'acceptabilité et la réversibilité sont des critères pour juger la valeur d'une méthode contraceptive [2].

La santé de la reproduction est un état de bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. C'est l'ensemble des mesures prises pour rendre accessible la santé de la reproduction aux adolescents et aux jeunes [8].

### 2. Historique

Ce sont les méthodes mécaniques qui ont été utilisées les premières. Tout était destiné aux femmes puisque la procréation pensait-on était propre à la femme [9]. On les couronnait de mythes à leur mariage pour prévenir de nombreuses maternités [10]. Les femmes allaitantes étaient séparées de leurs maris jusqu'à ce que l'enfant marche (abstinence obligatoire) pour éviter une nouvelle grossesse [11].

En **1940** : la base du développement de la contraception orale par STURGIS et ALBRIGHT qui ont découvert l'inhibition de l'ovulation chez la femme par les estrogènes [37].

En **1954** : la première pilule à base de progestatif seul, le noréthynodrel, fut mise au point, mais l'inconvénient de cette pilule était la survenue de saignements utérins. Pour les éviter, PINCUS proposa d'associer un estrogène qui présentait en plus, l'avantage de potentialiser l'effet du progestatif [37].

En **1955** : la première pilule contraceptive oestroprogestative a été mise sur le marché sous le nom d'ENOVID (contenant 150µg de mestranol et 9,58mg de noréthynodrel).

En chine, il existe un document sur la contraception depuis plus de 16 siècles [12]. De même en Égypte, on faisait état de la restriction de la natalité.

On empêchait le passage du sperme en mettant sur son chemin diverses substances ou obstacles tels que le demi-citron imprégné d'huile de cèdre et d'écorce ou de miel (mémoires de CASANOVA au 18<sup>ème</sup> siècle) ou encore un morceau d'éponge était placé entre le vagin et l'utérus [13].

En Afrique du Nord, les femmes avalaient de la bave de chameau ou de l'eau ayant servi aux ablutions d'un mort. Le même procédé était appliqué au Japon avec du miel mélangé à des cadavres d'abeilles [14].

Le premier DIU fût mis au point en 1909 par Richter suivi de celui de Grafenheimer en 1928 (stérilet métallique en fils d'argent tressés et en alliages).

On avait observé en 1934 que la progestérone, l'œstrone et la testostérone empêchaient la ponte folliculaire par inhibition des gonadotrophines hypophysaires. Cette observation n'avait pas eu d'application jusqu'à la synthèse des dérivés hormonaux actifs par voie buccale. En 1950 Pincus pense à la progestérone comme anticonceptionnel [15].

En 1956, il utilise une progestérone, le noréthynodrel qui est administré entre le 5<sup>ème</sup> jour du cycle œstral chez la femme. Une large expérimentation avait eu lieu à Porto Rico [16].

La seule utilisation d'un progestatif présente de nombreux inconvénients : règles irrégulières, atrophie de la paroi utérine et vaginale. Dans la première expérimentation de Pincus, le noréthynodrel était souillé de mestranol, œstrogène et intermédiaire de sa synthèse qui équilibrait la formule.

En effet, si l'administration d'un œstrogène seul ou d'un progestatif seul bloque l'ovulation par freinage de l'antéhypophyse, cette action est accompagnée d'effets secondaires tels que les saignements avec l'œstrogène. Pour Pincus, l'association semble la meilleure formule [17].

Pour améliorer la qualité et la tolérance de la contraception injectable, on a mis sur le marché actuellement les contraceptifs injectables combinés.

Depuis le début de l'utilisation des contraceptifs hormonaux oraux comme médicaments combinés d'œstrogène/progestatif en 1960, les contraceptifs oraux combinés (COC) ont connu une modification continue des progestatifs utilisés, montrant des aspects changeants des effets partiels en plus de l'inhibition de l'ovulation [18]. Ces changements des actions des progestatifs se sont révélés utiles pour intégrer les aspects de l'utilisation non contraceptive dans les possibilités thérapeutiques créant un large éventail d'effets positifs en plus de leur utilisation primaire comme contraceptifs. Au cours des dernières décennies, des modifications ont également été apportées en ce qui concerne les œstrogènes utilisés [19].

### 3. Rappels de quelques hormones de la reproduction

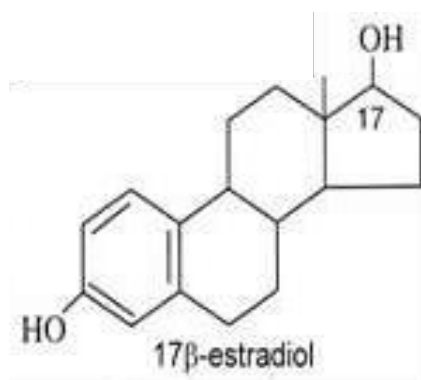
#### 3.1 Quelques hormones de la reproduction [20] :

##### 3.1.1 Œstrogène et dérivés

###### a) Œstradiol :

L'œstradiol est l'hormone féminisante qui fait apparaître les caractères sexuels secondaires féminins chez l'enfant impubère et les maintient chez l'adulte. Il féminise les embryons.

- **Formule brute** :  $C_{18}H_{24}O_2$ .
- **Structure chimique** : [37]



**Figure 1** : Structure chimique de l'œstradiol

###### - **Propriété pharmacologique** :

Il provoque la prolifération cellulaire de l'endomètre utérin, accroît la sensibilité du muscle utérin aux ocytociques. Il accélère les mouvements ciliaires et les contractions des trompes pendant le transit de l'œuf si bien que celui-ci arrive dans la cavité utérine préparée pour la nidation. Il inhibe l'implantation de l'œuf dans la cavité utérine. L'œstradiol produit l'épaississement de l'épithélium vaginal. Il retarde la menstruation lorsqu'il est administré pendant la première moitié du cycle œstral.

Il inhibe l'ovulation en s'opposant à la sécrétion de FSH. À dose forte, il inhibe la lactation.

Par inhibition de la sécrétion de FSH il provoque l'atrophie du testicule, l'inhibition de la spermatogenèse. La prostate et les autres organes génitaux régressent.

L'œstradiol est anti séborrhéique, améliore l'acné et présente une action trophique sur la peau. Il accroît la libido. Si à forte dose, il inhibe la sécrétion de FSH, ACTH et TSH à faible dose, il active leur sécrétion.

L'œstradiol favorise la calcification de l'os et provoque une vasodilatation. A forte dose, il augmente la synthèse de plusieurs facteurs de coagulation et diminue l'activité fibrinolytique du plasma.

Il diminue le taux de cholestérol et jouerait un rôle anti-athéromateux. Il entraîne une rétention d'eau et une augmentation de sécrétion urinaire du potassium. Son action anabolisante protidique est modérée.

- **Indications :**

Aux doses de 0,001 à 0,010 mg par jour, par voie intramusculaire dans l'insuffisance ovarienne, les troubles de la ménopause, contre la montée du lait. Il est également utilisé par les voies cutanées et perlinguales.

- **Contre-indications :**

Il est contre indiqué dans le cancer du sein, le cancer de l'endomètre, les antécédents de thrombophlébites et d'hyperlipidémie. À dose élevée, il entraîne la congestion des seins.

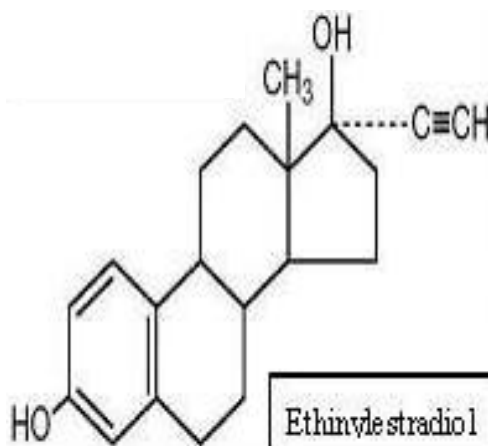
- **Effets secondaires :**

Les effets indésirables les plus fréquemment signalés ont été des symptômes ménopausiques, des saignements vaginaux et un gain de poids.

**b) Ethinyl œstradiol : (EE)**

- **Formule brute [31] :**  $C_{20}H_{24}O_2$

- **Structure chimique :** [37]



**Figure 2 :** Structure chimique de l'éthinyl œstradiol



- **Propriétés pharmacologiques :**

L'Ethinyl œstradiol est un puissant œstrogène dont les caractéristiques sont semblables à celles de l'œstradiol. Cependant, contrairement à celui-ci, il est très efficace lorsqu'il est administré par voie orale. L'action anti gonadotrope et anticonceptionnelle (p. ex. inhibition de l'ovulation, inhibition de l'implantation) de l'Ethinyl œstradiol administré par voie orale est de 3 à 30 fois supérieure à celle de l'œstradiol administré par la même voie. L'Ethinyl œstradiol exerce également des effets semblables à ceux des autres œstrogènes sur le métabolisme des glucides, des protéines et des lipides [21].

- **Indications :**

Est indiqué pour le traitement des femmes atteintes d'une acné grave qui s'accompagne de divers symptômes d'hyperandrogénie, notamment la séborrhée et un léger hirsutisme. [21].

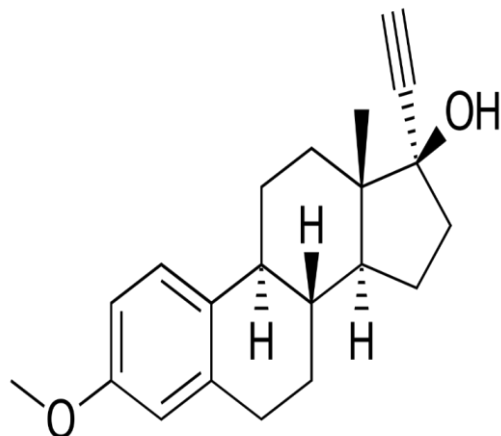
- **Contre-indications :**

Accident thromboembolique (phlébite, embolie pulmonaire...) ancien ou en cours, maladie cardiovasculaire (angine de poitrine, hypertension artérielle, lésion des valves cardiaques, anomalie de la circulation sanguine cérébrale ou rétinienne), cancer hormonodépendant (même guéri), tumeur de l'hypophyse, saignement génital intermittent, maladie du foie grave ou récente, grossesse [22].

- **Effets secondaires :**

Nausées, maux de tête, prise de poids, tension des seins, irritabilité, dépression, candidose vaginale, irritation oculaire par les lentilles de contact [23].

c) **Mestranol :**

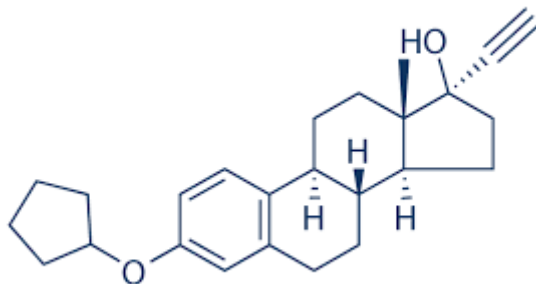


**Figure 3 :** Structure chimique de la mestranol

Le mestranol, dérivé méthoxyle en 3 de l'EE. Il entre dans la composition des contraceptifs comme l'EE en associant avec un progestatif à la dose quotidienne de 0,75 mg (75 microgrammes).

**d) Quinestrol :**

Le quinestrol est le 3 cyclopintyl éther de l'EE. Il a une forte activité per os et une longue durée d'action. Il était aussi utilisé comme contraceptif.



**Figure 4** : Structure chimique de quinestrol

**3.1.2 Hormones progestatives**

**a) La progestérone :**

**- Propriétés pharmacologiques :**

La progestérone prépare la muqueuse utérine à la nidation de l'œuf en transformant l'utérus prolifératif en utérus sécrétoire, en donnant la « dentelle utérine ». Injectée durant la 1<sup>ère</sup> phase du cycle œstral, elle inhibe l'ovulation en empêchant la libération d'hormone lutéotrope LH. Elle termine l'œstrus et s'oppose à la libido [24].

**- Indications :**

Menace d'avortement spontanée, grossesse multiples, béances de l'isthme, chirurgie obstétricale, grossesses développées dans un utérus mal formé, insuffisance lutéale [25].

**- Effets secondaires**

Les principaux effets secondaires sont : aménorrhée, augmentation de l'appétit, augmentation de la durée et de l'abondance des règles, altération de la libido [25].

### **3.2 Rappels sur les différentes méthodes chimiques contraceptives [26]**

#### **3.2.1 Méthodes hormonales :**

Tous les contraceptifs œstroprogestatifs sont considérés comme efficaces par l'OMS avec un taux de grossesses non désirées pour 100 femmes pendant la première année d'utilisation correcte et régulière inférieur à 1.

#### **3.2.2 Contraception hormonale œstroprogestative - Orale**

##### **Mode d'action :**

L'efficacité contraceptive des COC résulte de trois actions complémentaires :

- Inhibition de l'ovulation au niveau de l'axe hypothalamo-hypophysaire ;
- Modification de la glaire cervicale qui devient imperméable à la migration des spermatozoïdes ;
- Modification de l'endomètre, qui devient impropre à la nidation.

##### **Quelques produits :**

- **Noréthistérone/éthinyloestradiol 35 µg**
- **Lévonorgestrel/éthinyloestradiol 20 – 40 µg**
- **Norgestrel/éthinyloestradiol 50 µg**

##### **Indications :**

Contraception orale » ou « contraception hormonale orale » ou « contraception orale chez la femme ayant une acné légère à modérée ; ce traitement contraceptif ne dispense pas d'un traitement spécifique de l'acné si celui-ci est nécessaire » selon les spécialités.

##### **Contre-indications :**

- Présence ou antécédents personnels ou familiaux de thrombose veineuse (thrombose veineuse profonde, phlébite profonde, embolie pulmonaire) avec ou sans facteur déclenchant ;
- Présence antécédents personnels ou familiaux de thrombose artérielle (par exemple accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde) ou signes précurseurs de thrombose (par exemple angor, accident ischémique transitoire) ;
- Présence d'un facteur de risque sévère ou de plusieurs facteurs de risque de thrombose veineuse ou artérielle, notamment : valvulopathie, troubles du rythme thrombogènes,

**Connaissances, attitudes et pratiques de l'utilisation des contraceptifs chimiques chez des femmes et adolescentes reçues au centre de santé de la commune v du district de Bamako**

---

diabète compliqué de micro- ou de macro-angiopathie, diabète déséquilibré, hypertension artérielle, dyslipoprotéïnémie sévère.

- Prédisposition héréditaire ou acquise aux thromboses veineuses ou artérielles, telle que la résistance à la protéine C activée, déficit en antithrombine III, en protéine C, en protéine S, hyperhomocystéïnémie et syndrome des anticorps anti phospholipides (anticorps anti cardiolipine, anticoagulant lupique) ;
- Pathologie oculaire d'origine vasculaire ;
- Troubles sensoriels aigus, notamment troubles de la vue ou de l'audition ;
- Antécédents de migraine avec signes neurologiques focalisés tels que l'aura ; symptômes primaires de maux de tête migraineux ou apparition plus fréquente de maux de tête exceptionnellement aigus ; migraine accompagnée de troubles de la sensation, de la perception ou du mouvement (migraine accompagnée) ;
- Troubles moteurs (en particulier parésie) ;
- Crise d'épilepsie répétée ;
- Opérations chirurgicales planifiées (au moins 4 semaines à l'avance) et pendant la période d'immobilisation, par exemple après un accident (notamment plâtre) ;
- Troubles du métabolisme lipidique ;
- Tumeur maligne hormonodépendante connue ou suspectée (organes génitaux, sein) ;
- Tumeur hépatique (bénigne ou maligne) évolutive ou ancienne ;
- Douleur épigastrique aiguë, hypertrophie du foie ou symptômes d'hémorragie intra-abdominale ;
- Tumeurs hypophysaires ;
- Présence ou antécédent d'affection hépatique sévère, en l'absence de normalisation des tests fonctionnels hépatiques (également maladie de Dubin-Johnson, maladie de Rotor, troubles du flux biliaire) ;

### **Principaux effets secondaires :**

- Risque thromboembolique artériel et veineux ;
- Augmentation potentielle du risque de cancers du sein, du col utérin, des cancers et tumeurs bénignes du foie. À l'inverse, la contraception œstroprogestative orale a des effets bénéfiques potentiels sur la survenue du cancer de l'endomètre, de l'ovaire et du cancer colorectal.

### **Conduite de suivi :**

Avant toute prescription ou renouvellement de COEP, le prescripteur doit réaliser un interrogatoire poussé et rechercher les antécédents personnels et familiaux, les facteurs de risques et les contre-indications. Il est recommandé qu'un bilan biologique soit systématiquement réalisé au moment de la mise en route de la contraception : détermination du cholestérol total, des triglycérides, de la glycémie à jeun (4). Ce bilan doit être renouvelé tous les cinq ans, si ces examens sont normaux et en l'absence de faits cliniques ou familiaux nouveaux. En cas d'antécédent familial d'hyperlipidémie, il est recommandé de renouveler ce bilan entre 3 à 6 mois après.

### **Avantages :**

- Très efficace ; taux d'efficacité élevé (98-99%) ;
- Efficace immédiatement ;
- L'examen gynécologique n'est pas nécessaire ;
- N'interfère pas souvent avec les rapports sexuels ;
- Peu d'effets secondaires ;
- Peut être fourni par un personnel non médical ;
- Diminue la quantité des règles et leur durée ;
- Diminue les crampes des menstrues ;
- Diminue souvent le risque d'anémie ;
- Protège contre les cancers des ovaires et de l'endomètre ;
- Diminue les maladies bénignes des seins et les kystes ovariens ;
- Préviend les grossesses extra utérines ;
- Méthode réversible ou irréversible ;
- Préviend certaines affections (kystes ovariens, dysménorrhée...)

- Régularise le cycle.

**Inconvénients et précautions :**

- Ne protège pas contre les IST et VIH/SIDA ;
- Diminue la production du lait ;
- Doivent être pris tous les jours ;
- L'oubli augmente l'échec ;
- Peut entraîner la nausée, vertiges, céphalées...

**3.2.3 Contraception hormonale œstroprogestative - Transdermique**

- **Exemple de produit :**

**Norelgestromine + éthinylestradiol**, dosage : 203 µg/24h + 33,9 µg/24 h

**Mode d'action :**

Le principal mécanisme d'action est l'inhibition de l'ovulation par inhibition des gonadotrophines ; les modifications de la glaire cervicale et de l'endomètre peuvent également contribuer à son efficacité.

**Indications :**

Contraception féminine, est indiqué chez les femmes en âge de procréer. La sécurité et l'efficacité ont été établies chez des femmes âgées de 18 à 45 ans.

**Contre-indications :**

Ne doit pas être utilisé dans le cas d'une des maladies suivantes. Si une de ces maladies survient lors de l'utilisation, il faut retirer immédiatement.

- Hypersensibilité aux substances actives ou à l'un des excipients ;
- Présence ou antécédents de thrombose veineuse, avec ou sans embolie pulmonaire ;
- Présence ou antécédents de thrombose artérielle (par exemple un accident vasculaire cérébral, un infarctus du myocarde, une thrombose rétinienne) ou prodrome d'une thrombose (par exemple une angine de poitrine ou un accident ischémique transitoire) ;
- Migraine avec aura focale ;
- Cancer du sein avéré ou suspecté ;



- Cancer de l'endomètre ou autre néoplasie liée aux estrogènes avérées ou suspectée ;
- Anomalies de la fonction hépatique liées à une maladie hépatocellulaire aiguë ou chronique ;
- Adénomes ou carcinomes hépatiques ;
- Hémorragie génitale anormale inexplicée.

**Principaux effets indésirables :**

Les effets indésirables sont similaires à ceux des COC.

Le risque de thrombose veineuse avec le dispositif transdermique est du même ordre que celui observé avec les COC de 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> génération. Par prudence, on considère que le risque de thrombose artérielle avec le patch est du même ordre que celui des COC.

**Conduite de suivi :**

Rechercher les facteurs de risque, notamment de thrombose ;

Informar les femmes du risque de thrombose et de les alerter sur les signes cliniques évocateurs qui doivent les amener à consulter rapidement un médecin.

Effectuer un suivi clinique pour surveiller la tolérance au traitement contraceptif prescrit, en particulier au cours des périodes où le risque de thrombose est le plus élevé, à savoir, au cours de la première année de traitement et en cas de changement pour une autre génération de contraceptif combiné.

**3.2.4 Contraception hormonale œstroprogestative – Vaginale**

**Mode d'action :**

L'effet contraceptif repose principalement sur l'inhibition de l'ovulation.

**Exemple de produit :**

**Éthinylestradiol + Étonogestrel**, dosage : 15 µg + 120 µg/24 h,

**Indications :**

Est destiné aux femmes en âge de procréer. La sécurité et l'efficacité ont été établies chez des femmes âgées de 18 à 40 ans ».

**Efficacité :**

C'est un anneau vaginal qui doit être laissé en place sans interruption pendant 3 semaines, suivies d'1 semaine sans anneau.

Le médecin doit expliquer à la femme la mise en place et le retrait de l'anneau. NUVARING doit être pincé et inséré dans le vagin jusqu'à ce qu'aucune gêne ne soit perçue. L'effet contraceptif de l'anneau est assuré quelle que soit sa place dans le vagin. NUVARING peut être retiré soit en passant l'index sous l'anneau, soit en le saisissant entre l'index et le majeur.

**Contre-indications :**

Ne doit pas être utilisé dans les conditions mentionnées ci-dessous. Si l'une de ces situations apparaît pour la première fois pendant son utilisation, celui-ci doit être immédiatement retiré en cas de :

- Présences ou antécédents de thrombose veineuse qu'il y ait ou non embolie pulmonaire ;
- Présences ou antécédents de thrombose artérielle (par exemple : accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde) ou signes annonciateurs d'une thrombose (par exemple : angine de poitrine, accident ischémique transitoire) ;
- Facteurs de risque connus de thromboses veineuses ou artérielles avec ou sans facteurs héréditaires comme : résistance à la protéine C activée (APC), déficit en anti-thrombine III, déficit en protéine C, déficit en protéine S, hyperhomocystéinémie et anticorps antiphospholipides (anticorps anticardioline, anticoagulants de type lupique) ;
- Antécédents de migraine avec symptômes neurologiques focaux ;
- Diabète compliqué avec atteinte vasculaire ;
- Présence de facteur(s) de risque grave(s) ou multiple(s) de thrombose veineuse ou artérielle ;
- Présence ou antécédents d'affections hépatiques sévères jusqu'à normalisation des paramètres de la fonction hépatique ;
- Pancréatite ou antécédent de pancréatite surtout si associé à une hypertriglycémie sévère ;
- Présence ou antécédents de tumeurs hépatiques (bénignes ou malignes) ;

- Diagnostic ou suspicion d'affections malignes hormonodépendantes des organes génitaux ou du sein ;
- Hémorragies génitales non diagnostiquées ;
- Hypersensibilité à l'une des substances actives ou à l'un des excipients de NUVARING.

**Principaux effets indésirables :**

Les effets indésirables sont similaires à ceux des COC.

Ce moyen contraceptif est associé à un risque de thrombose veineuse au moins identique à celui observé chez les utilisatrices des COC de 2<sup>e</sup> génération. En raison de ce risque démontré, les mêmes contre-indications, précautions d'emploi et risques que ceux observés avec l'utilisation d'un contraceptif oral oestroprogestatif doivent s'appliquer.

**Conduite de suivi :**

L'AFSSAPS / ANAES / INPES recommandent la réalisation d'un bilan biologique lorsqu'une méthode de contraception hormonale est envisagée. Il comporte la détermination du cholestérol total, des triglycérides et de la glycémie à jeun.

Le bilan sera renouvelé tous les 5 ans si ces examens sont normaux et en l'absence de faits cliniques ou familiaux nouveaux. Il comporte la détermination des mêmes paramètres que le premier bilan. En cas d'antécédent familial d'hyperlipidémie, il est recommandé de renouveler ce bilan 3 à 6 mois après.

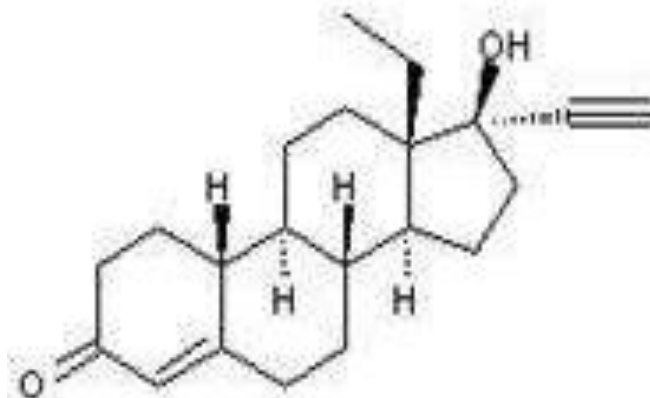
**3.2.5 Contraception hormonale progestative – Orale**

**Mode d'action :**

Agit en induisant une augmentation de la viscosité de la glaire cervicale et en inhibant l'ovulation.

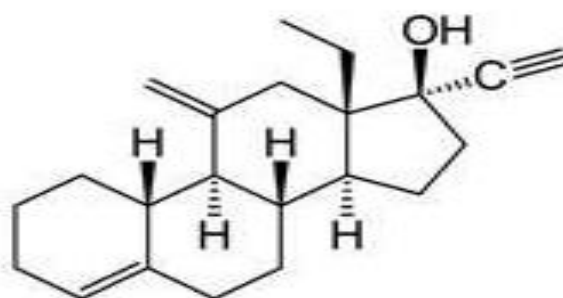
**Quelques produits :**

- Lévonorgestrel 0,030 mg (MICROVAL®) : [37]



**Figure 5 :** Structure chimique du lévonorgestrel

- Désogestrel 0,075 mg (CERAZETTE®) : [37]



**Figure 6 :** Structure chimique de la désogestrel

**Indication :**

Contraception orale.

**Efficacité :**

L'indice de Pearl (indice total) est de 0,4, si le délai de prise d'un comprimé oublié est inférieur ou égal à 3 heures.

L'efficacité des progestatifs oraux peut diminuer en cas d'oubli de comprimés, de vomissements, ou de diarrhées sévères, ou lorsque certains traitements leur sont associés.

Un comprimé doit être pris chaque jour à peu près à la même heure sans interruption.

La tolérance à l'oubli pour CERAZETTE est de 12 heures, comme pour un contraceptif oral oestroprogestatif mini-dosé.

Pour le lévonorgestrel, L'indice de Pearl est environ de 1. L'efficacité des progestatifs oraux peut diminuer en cas d'oubli de comprimés, de vomissements, ou de diarrhées sévères, ou Lorsque certains traitements leur sont associés. Un comprimé doit être pris tous les jours sans interruption à heure fixe, de sorte que l'intervalle entre la prise de 2 comprimés soit toujours de 24 heures. La tolérance à l'oubli pour MICROVAL est de 3 heures.

**Contre-indications :**

- Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients ;
- Accidents thromboemboliques veineux évolutifs ;
- Présence ou antécédent d'affection hépatique sévère, tant que les paramètres de la fonction hépatique ne sont pas normalisés ;
- Tumeurs malignes sensibles aux stéroïdes sexuels connues ou suspectées ;
- Hémorragies génitales inexplicables ;
- En association avec le millepertuis.
- Hépatite et antécédents récents d'hépatite ;
- Insuffisance hépatique ;
- Cancer du sein ou antécédent personnel de cancer du sein ;
- Cancer de l'endomètre ;
- Hypersensibilité au lévonorgestrel ou à l'un des composants de MICROVAL ;
- Association avec millepertuis ;
- Adénome ou carcinome hépatique ;
- Hémorragies génitales non diagnostiquées ;
- Accidents thrombo-emboliques veineux évolutifs.

**Principaux effets indésirables :**

Les données montrant un sur risque thromboembolique veineux ou artériel ne concernent que les contraceptifs oraux qui contiennent à la fois un estrogène et un progestatif [appelés contraceptifs oraux combinés (COC) ou pilules œstroprogestatives ou encore pilules combinées]. Les contraceptifs comportant un progestatif seul tel que CERAZETTE (désogestrel) ou MICROVAL (lévonorgestrel) ne font pas partie des contraceptifs entraînant ce sur risque.



**Indication :**

Femmes entre 18 et 40 ans ».

**Population concernée :**

Les femmes présentant une contre-indication ou une intolérance aux contraceptifs oestroprogestatifs et aux dispositifs intra-utérins ou chez les femmes présentant des problèmes d'observance à la contraception orale ; le recours à cette méthode contraceptive permet de s'exonérer des contraintes liées à l'observance de la prise.

**Contre-indications :**

- Accident thromboembolique veineux évolutif ;
- Tumeurs malignes, connues ou suspectées, sensibles aux stéroïdes sexuels ;
- Présence ou antécédent de tumeurs du foie (bénigne ou maligne) ;
- Présence ou antécédent d'affection hépatique sévère tant que les paramètres de la fonction hépatique ne se sont pas normalisés ;
- Hémorragies génitales non diagnostiquées ;
- Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients de NEXPLANON.

**Principaux effets indésirables :**

NEXPLANON est un implant sous-cutané qui contient uniquement un progestatif (étonogestrel). Il peut être utilisé en cas d'antécédent de thrombose. Cependant par précaution cet implant est contre-indiqué en cas de thrombose en cours.

NEXPLANON doit être retiré en cas d'hypertension artérielle apparaissant ou non contrôlée sous traitement et de thrombose.

Pendant l'utilisation de NEXPLANON, des changements du profil de saignement vaginal peuvent survenir chez 1 femme sur 5 (aménorrhée ou saignements vaginaux irréguliers, d'intensité réduite ou augmentée, etc.).

**Conduite de suivi :**

Il ne peut être exclu que l'effet contraceptif au cours de la 3<sup>e</sup> année d'utilisation chez les femmes en surpoids puisse être inférieur à celui observé chez les femmes de poids normal. Il doit donc être envisagé de remplacer plus tôt l'implant chez les femmes en surpoids.

### 3.2.7 Contraception hormonale progestative - Injectable

#### Mode d'action :

L'effet contraceptif est lié :

- À l'inhibition de l'ovulation par action antigonadotrope ;
- À une modification de la glaire cervicale, rendant celle-ci impropre au passage des spermatozoïdes ;
- À une inhibition de la nidation au niveau de l'endomètre.

Exemple de produit :

**Acétate de médroxyprogestérone 150 mg (DEPO PROVERA<sup>(R)</sup>)**

#### Indications :

- Contraceptif à longue durée d'action (3 mois) lorsqu'il n'est pas possible d'utiliser d'autres méthodes contraceptives ».
- Population concernée
- L'utilisation de DEPO PROVERA n'est pas recommandée chez les adolescentes et chez les patientes présentant des facteurs de risque d'ostéoporose, en raison de la diminution de la densité minérale osseuse (DMO) qu'elle entraîne.

#### Contre- indications :

DEPO-PROVERA ne doit pas être utilisé en cas de présence de l'une des situations listées ci-dessous.

- Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients ;
- Anomalie des tests hépatiques, atteintes hépatiques ;
- Accidents ou antécédents d'accidents thrombo-emboliques veineux (phlébite, embolie pulmonaire) ;
- Accidents ou antécédents thrombo-emboliques artériels (en particulier infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral) ;
- Hémorragies génitales non diagnostiquées ;
- Cancer du sein et de l'endomètre ;
- Obésité ;
- Diabète, en raison d'une diminution de la tolérance au glucose ;
- Hypertension artérielle ;



- Fibrome utérin ;
- Association avec le millepertuis.

### **Principaux effets indésirables :**

Le retour de la fertilité peut être différé de trois à douze mois après la fin théorique de l'activité du produit.

Une diminution de la DMO a été observée avec cette méthode contraceptive.

En cas de : perte de vision soudaine complète ou partielle, apparition soudaine d'exophtalmie, diplopie, ou migraines ne pas ré-administrer DEPOPROVERA tant que des examens complémentaires n'ont pas été effectués. Si l'examen révèle un œdème papillaire ou des lésions vasculaires rétinienne, DEPO PROVERA ne doit pas être réadministré.

## **3.3 Méthodes mécaniques**

### **3.3.1 Dispositif intra-utérin au cuivre**

#### **Description :**

Ce type de dispositif intra-utérin (appelé aussi stérilet) est inséré dans la cavité utérine et assure une contraception à long terme réversible.

Un DIU au cuivre se compose d'un support en plastique radio opaque, à bras latéraux flexibles, autour duquel s'enroule un fil de cuivre. La surface de cuivre est de 375 ou 380 mm<sup>2</sup> en fonction des dispositifs. Un fil de nylon attaché au support permet le contrôle de la présence du dispositif et le retrait. Plusieurs tailles sont disponibles afin de s'adapter à la hauteur de la cavité utérine. La durée maximale d'efficacité varie de 4 à 10 ans en fonction des dispositifs.

#### **Mode d'action :**

Le mode d'action principal du DIU au cuivre est un effet cytotoxique du cuivre sur les gamètes à l'origine d'une altération des spermatozoïdes, entraînant ainsi une inhibition de la fécondation (12,13).

Le DIU agit également en provoquant une inflammation locale de l'endomètre qui empêche l'implantation dans l'utérus de l'ovocyte fécondé.

#### **Quelques produits :**

- **GYNELLE 375 ;**
- **MONA LISA NT Cu380A**

**Indications :**

Contraception intra-utérine. Pour mémoire, certains DIU au cuivre sont indiqués dans la contraception d'urgence en tant que méthode de rattrapage après un rapport sexuel non protégé.

**Efficacité :**

Le pourcentage de grossesses non désirées dans la première année d'utilisation est inférieur à 1. Il est de 0,6 % en utilisation correcte et régulière et passe à 0,8 % en emploi courant.

Il n'y a pas de différence significative d'efficacité contraceptive entre un DIU au cuivre de surface supérieure à 250 mm<sup>2</sup> et le DIU au levonorgestrel.

**Contre-indications :**

Les contre-indications absolues à la pose d'un DIU au cuivre définies par l'OMS sont :

- Toute grossesse suspectée ou avérée ;
- Infection puerpérale en post-partum ;
- En post-abortum : immédiatement après un avortement septique ;
- Maladie inflammatoire pelvienne en cours ;
- Cervicite purulente en cours, ou infection à chlamydia ou gonococcie en cours ;
- Tuberculose génito-urinaire avérée ;
- Saignements vaginaux inexplicables (suspicion de pathologie grave) ;
- Maladie trophoblastique gestationnelle maligne ;
- Cancer du col utérin ;
- Cancer de l'endomètre ;
- Toute anomalie anatomique utérine congénitale ou acquise entraînant une déformation de la cavité utérine de telle sorte qu'il est impossible d'y insérer un DIU ;
- Fibromes utérins avec déformation de la cavité utérine ;
- Hypersensibilité au cuivre ou à l'un des composants du dispositif.

Il n'est pas recommandé de poser un DIU :

- Dans la période de post-partum comprise entre 48 heures et 4 semaines après un accouchement ;
- Lorsque la femme a un risque accru d'infections sexuellement transmissibles.

### **Principaux effets indésirables :**

Le DIU expose à des problèmes liés à l'insertion (douleurs, contractions utérines et saignements) à des risques d'expulsion et de perforation utérine et de manière plus fréquente à des modifications du cycle menstruel (ménorragies, saignements irréguliers, douleurs et crampes au moment des règles).

Les risques de maladie inflammatoire pelvienne (MIP) et de grossesse extra-utérine (GEU) sont rares.

### **Conditions d'utilisation et de suivi :**

Lorsque la pose d'un DIU est envisagée, une grossesse, une MIP et une GEU doivent être écartés. En présence de facteurs de risque infectieux (IST ou pratique sexuelle à risque d'IST), des tests diagnostiques portant sur *C. trachomatis* et *N. gonorrhoea* sont recommandés avant la pose. La pose est également précédée d'un examen gynécologique afin d'estimer la taille, la forme et la position de l'utérus, et si possible d'une hystérométrie, afin d'évaluer la hauteur de l'utérus.

Il est nécessaire de réaliser l'insertion en respectant des conditions d'hygiène rigoureuses.

Il est recommandé d'effectuer l'insertion en 1<sup>ème</sup> partie de cycle afin d'éviter d'insérer un DIU chez une femme qui pourrait être enceinte.

L'administration d'une antibioprofylaxie en relation avec la pose d'un DIU n'est pas recommandée en raison de l'absence d'efficacité des spécialités pharmaceutiques testées. En revanche, l'administration d'antalgiques avant la pose peut être proposée, notamment chez une femme nullipare dans la mesure où son risque de douleur est décrit comme plus élevé que chez la femme multipare.

Les consultations de suivi gynécologique sont programmées 1 à 3 mois après la pose puis 1 fois par an, indépendamment d'une demande particulière de la femme. L'objectif de la 1<sup>ère</sup> consultation de suivi est de s'assurer que le DIU est bien toléré, qu'il n'a pas été expulsé et que sa pose n'a pas provoqué d'inflammation pelvienne.

### **3.3.2 Dispositif intra-utérin au lévonorgestrel**

#### **Mode d'action :**

Le mécanisme d'action des dispositifs intra-utérins au lévonorgestrel repose principalement sur les modifications suivantes :

- Épaississement de la glaire cervicale prévenant le passage cervical des spermatozoïdes ;

## **Connaissances, attitudes et pratiques de l'utilisation des contraceptifs chimiques chez des femmes et adolescentes reçues au centre de santé de la commune v du district de Bamako**

---

- Effet local du DIU sur l'endomètre et prévention de la prolifération de l'endomètre pouvant constituer un terrain hostile aux nombreux phénomènes qui interviennent dans le mécanisme de reproduction.

### **Quelques produits :**

- Lévonorgestrel 52,00 mg (20 microgrammes/24 heures, MIRENA).
- Lévonorgestrel 13,5 mg (AYDESS).

### **Indications :**

#### MIRENA :

- Contraception intra-utérine ;
- Ménorragies fonctionnelles (après recherche et élimination de causes organiques décelables).

#### JAYDESS :

- Contraception pour une durée maximale de 3 ans.

### **Population concernée :**

Les RCP de MIRENA et de JAYDESS précisent que ces dispositifs intra-utérins ne sont pas des méthodes contraceptives de première intention chez les femmes nullipares. La Commission de la transparence a, quant à elle, situé MIRENA et JAYDESS en deuxième intention, après les stérilets au cuivre.

### **Efficacité :**

MIRENA : l'indice de Pearl est de 0,2 et le taux d'échec cumulatif est d'environ 0,7 % à 5 ans, mais reste efficace pendant 5 ans.

JAYDESS : l'indice de Pearl à 1 an est de 0,41 et à 3 ans de 0,33. Le taux d'échec cumulatif est d'environ 0,9 % à 3 ans.

### **Contre-indications :**

Les dispositifs intra-utérins au Lévonorgestrel ne doivent pas être utilisés en cas de présence de l'une des situations listées ci-dessous. Si l'une de ces situations apparaît pour la première fois pendant son utilisation, ces médicaments doivent être retirés :

- Grossesse suspectée ou avérée ;

## **Connaissances, attitudes et pratiques de l'utilisation des contraceptifs chimiques chez des femmes et adolescentes reçues au centre de santé de la commune v du district de Bamako**

---

- Maladie inflammatoire pelvienne, en cours, récente ou récidivante (pelvipéritonite, endométrite, salpingite) ou affections associées à un risque accru d'infections pelviennes ;
- Infection génitale basse (cervicite, vaginite...);
- Endométrite du post partum ;
- Dysplasie cervicale ;
- Antécédent d'avortement septique au cours des 3 derniers mois ;
- État médical associé à une sensibilité accrue aux infections ;
- Saignements vaginaux anormaux d'étiologie inconnue ;
- Anomalies congénitales ou acquises de l'utérus notamment les fibromyomes susceptibles de perturber la pose ou le maintien en place du dispositif intra-utérin (s'ils déforment la cavité utérine) ;
- Affection maligne du col ou du corps utérin ;
- Tumeurs sensibles aux progestatifs, par exemple, cancer du sein ;
- Affections hépatiques aiguës ou tumeur hépatique ;
- Hypersensibilité au lévonorgestrel ou à l'un des composants du dispositif.

### **Principaux effets indésirables :**

Le retrait du stérilet au Lévonorgestrel devra être envisagé :

- La survenue ou aggravation de migraine, migraine ophtalmique avec perte de vision asymétrique, ou autre symptôme évoquant une ischémie cérébrale transitoire ;
- La survenue ou de récurrence de céphalée exceptionnellement sévère ;
- La survenue d'ictère ;
- Une augmentation importante de la pression artérielle ;
- La survenue d'une tumeur sensible aux progestatifs, y compris cancer du sein ;
- La survenue d'une pathologie artérielle sévère telle qu'un accident vasculaire cérébral ou un infarctus du myocarde ;
- La survenue d'une infection génitale haute, d'événement thromboembolique veineux aigu.

**Avantages :**

- Très efficace (99,2 à 99,4% d'efficacité) ;
- Son action est immédiate ;
- Actif pendant 12 à 13 ans dans l'organisme ;
- N'interfère pas avec les rapports sexuels (n'agit pas) ;
- N'affecte pas l'allaitement ;
- Pas d'effet secondaire hormonal ;
- Immédiatement réversible ;
- Cette méthode n'exige pas un effort de mémoire ;
- Il a peu d'effets secondaires.

**Inconvénients et précautions :**

- La pose ou le retrait du DIU nécessite un personnel qualifié ;
- Le DIU ne protège pas contre les IST/SIDA ;
- Pose et retrait nécessitent un examen clinique ;
- L'utilisatrice ne peut pas arrêter la méthode d'elle-même ;
- Le DIU peut être expulsé sans que la femme ne s'en rende compte (post Partum) ;
- Le DIU ne protège pas contre les grossesses ectopiques ;
- La femme doit vérifier la position du fil de temps à autre. Effets secondaires :
- Effets secondaires fréquents :
  - Changements menstruels (durant les 3 premiers mois mais ont tendance à diminuer après) :
  - Règles plus longues et plus abondantes ;
  - Saignements ou Spotting entre les règles ;
  - Crampes et douleurs durant les règles.
- Autres effets secondaires et complications peu courants :
  - Crampes et douleurs 3 à 5 jours après l'insertion ;
  - Saignements menstruels abondants pouvant conduire à l'anémie (surtout avec les DIU inertes)
- Perforation de la paroi de l'utérus si insertion mal effectuée.

### 3.4 Méthodes dites de barrière des spermicides

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

#### **Mode d'action :**

Les spermicides, étant donné leurs propriétés chimiques, détruisent la membrane cellulaire des spermatozoïdes diminuant ainsi leurs mouvements et inhibant leur capacité à féconder.

#### **Avantages :**

Efficace si :

- Utilisation adéquate (70 à 80%) ;
- Associé avec les condoms (99%) ;
- Vente libre sans prescription médicale ;
- Utilisation facile ;
- Utilisés comme méthode d'attente ou de transition ;
- Peuvent servir de lubrifiants pour humidifier le vagin ;
- Doivent être introduits juste avant les rapports sexuels : les comprimés et Ovules doivent être mis 10 à 15 minutes avant les rapports sexuels.

#### **Inconvénients et précautions :**

- Peuvent interrompre les préludes avant les rapports sexuels ;
- Peuvent être gênants pour les femmes qui n'aiment pas manipuler leur vagin ;
- Peuvent entraîner une sensation de chaleur qui peut être gênante pour certaines
- Peuvent parfois causer une irritation ou allergie vaginale ou du pénis (rare) ;
- Excès d'humidité vaginale, et même écoulement du produit, ce qui peut être gênant pour certaines personnes, appréciable par d'autres ;
- Pas de toilette vaginale dans les 6 heures après le rapport ;
- Doivent être utilisés à chaque rapport ;
- Nécessitent une motivation constante de l'utilisatrice ;
- N'assurent pas la double protection.

# MÉTHODOLOGIE



### III. METHODOLOGIE

#### 1. Cadre de l'étude

Notre étude s'est déroulée dans le Centre de Santé de Référence de la commune V du District de Bamako.

#### 2. Type d'étude

Nous avons mené une étude retro prospective à visée descriptive sur les méthodes chimiques de contraception.

#### 3. Période d'étude

L'étude s'est déroulée sur une période allant de 2018 à février 2022 soit une durée de 56 mois.

#### 4. Population de l'étude

Les femmes et adolescentes venues en consultation dans le centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako.

#### Critères d'inclusion

Ont été incluses dans notre étude toutes les femmes et adolescentes en âge de procréer, reçues et ayant acceptées de participer à notre étude au centre de santé de la référence de la commune V du district de Bamako.

#### Critères de non-inclusion

N'ont pas été incluses dans notre étude :

- ✓ Toutes les femmes et adolescentes ayant refusées de participer à l'étude ;
- ✓ Tous dossiers médicaux incomplets.

#### 5. Échantillonnage

Il s'est agi d'un échantillonnage non probabiliste à choix raisonné. À cet effet nous avons choisi uniquement les femmes et les adolescentes en âge de procréer soit 300 échantillons.

#### 6. Outils de collecte de données

Les données ont été collectées à l'aide d'une fiche d'enquête individuel élaborée à cet effet, octroyée à chaque participante de l'étude et ceci dans le respect strict de l'anonymat. Certaines données ont été recueilli à partir des dossiers médicaux.

## 7. Saisie et analyses de données

Les données ont été recueillies à l'aide d'une fiche d'enquête individuel, puis saisis à l'aide du logiciel EPI-Infos 7 et analysées avec le logiciel SPSS V22

## 8. Considérations éthiques et déontologie

Le but de l'étude a été expliqué aux répondants. Nous avons obtenu le consentement éclairé des répondants avant de commencer l'enquête. La confidentialité et l'anonymat des personnes interrogées ont été strictement respectés, la latitude a été donnée à chaque participant qui désirait se retirer au cours de l'enquête, de le faire en toute liberté sans aucune contrainte. L'étude n'apportait aucun préjudice aux participants.

## 9. Définitions opérationnelles

**Gestité :** Définit le nombre de grossesses d'une femme.

- Primigeste : femme enceinte pour la 1<sup>ère</sup> fois ;
- Paucigeste : femme qui est entre sa 2<sup>ème</sup> et sa 3<sup>ème</sup> grossesse ;
- Multigeste : femme qui est entre sa 4<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> grossesse ;
- Grande multigeste : femme qui est à sa 7<sup>ème</sup> grossesse ou plus [27].

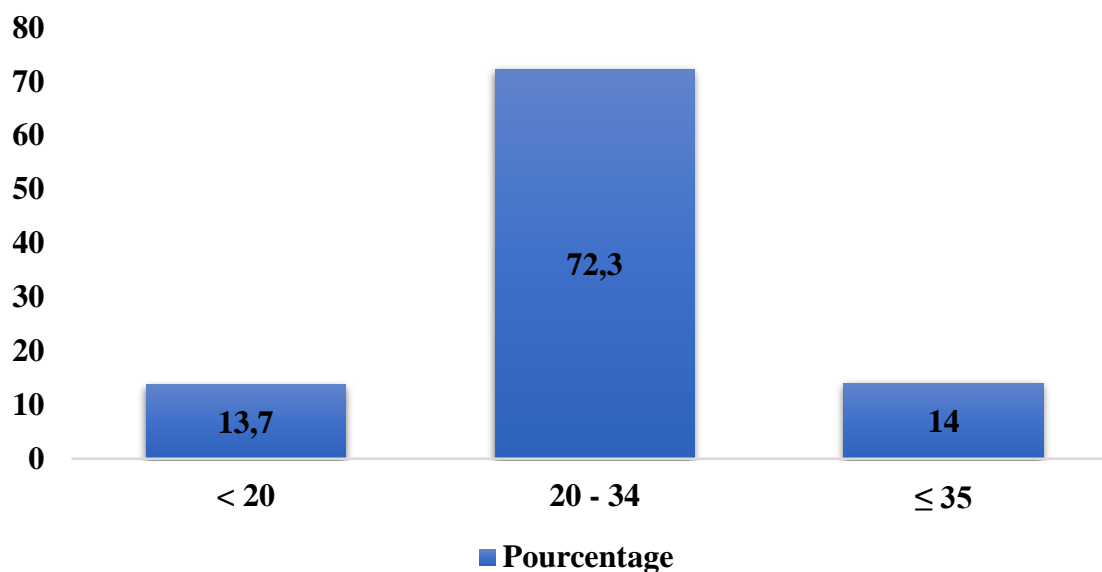
**Parité :** Définit le nombre d'accouchements d'une femme.

- Primipare : femme qui accouche pour la 1<sup>ère</sup> fois ;
- Paucipare : femme qui est entre son 2<sup>ème</sup> et son 3<sup>ème</sup> accouchement ;
- Multipare : femme qui est entre son 4<sup>ème</sup> et son 6<sup>ème</sup> accouchement ;
- Grande multipare : femme qui a fait plus de 6 accouchements [27].

# RESULTATS

## IV. RÉSULTATS

### 1. Caractères socio-démographiques

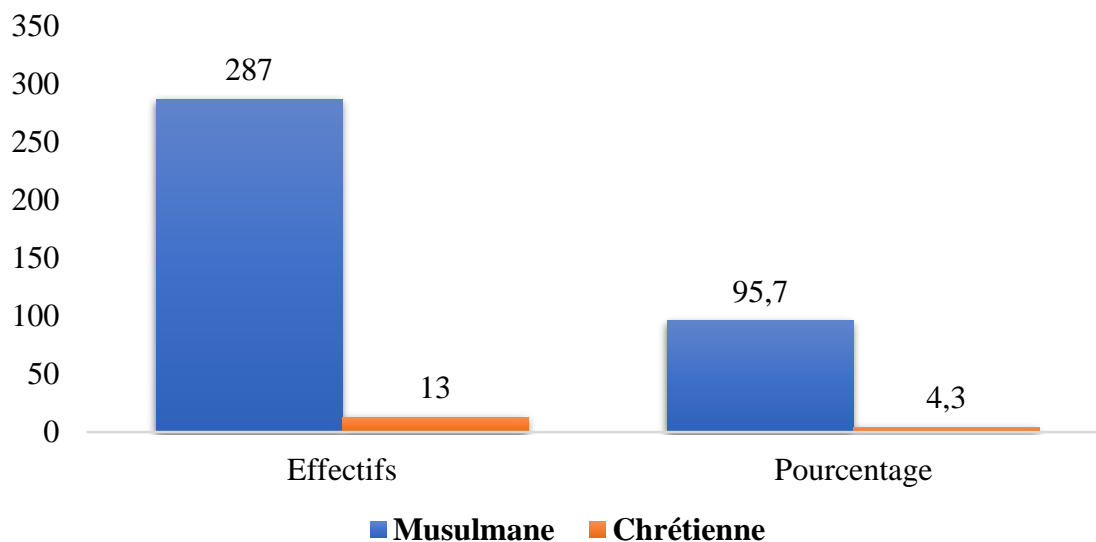


**Figure 8** : Répartition des clientes selon l'âge

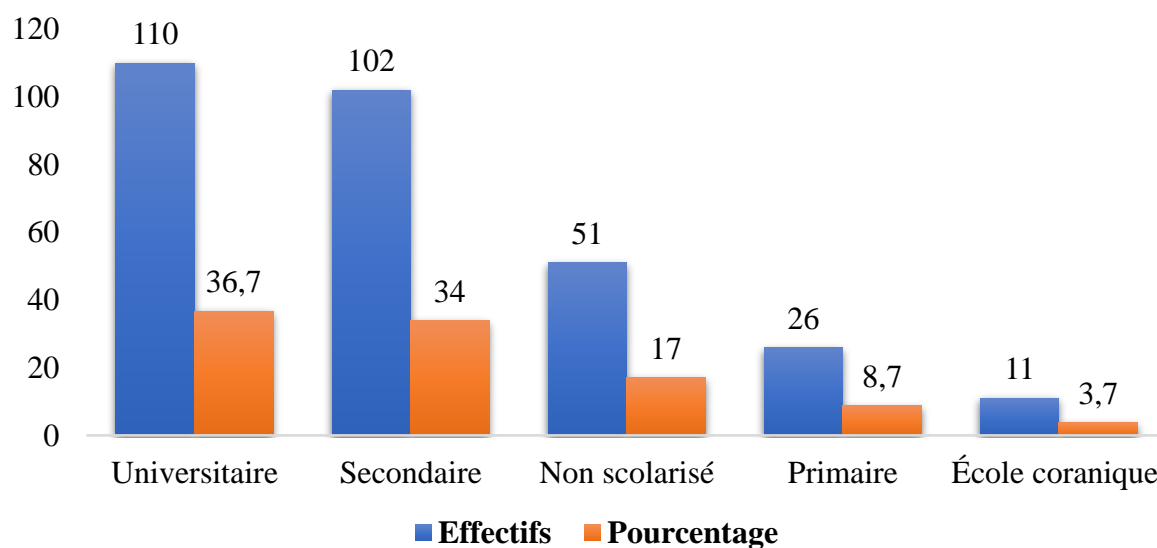
**Tableau I** : Répartition des clientes selon la situation matrimoniale.

Situation matrimoniale	Effectifs	Pourcentage
Célibataire	35	11,7
Concubinage	2	0,7
Divorcée	4	1,3
<b>Mariée</b>	<b>259</b>	<b>86,3</b>
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

**Connaissances, attitudes et pratiques de l'utilisation des contraceptifs chimiques chez des femmes et adolescentes reçues au centre de santé de la commune v du district de Bamako**



**Figure 9** : Répartition des clientes selon leur confession religieuse



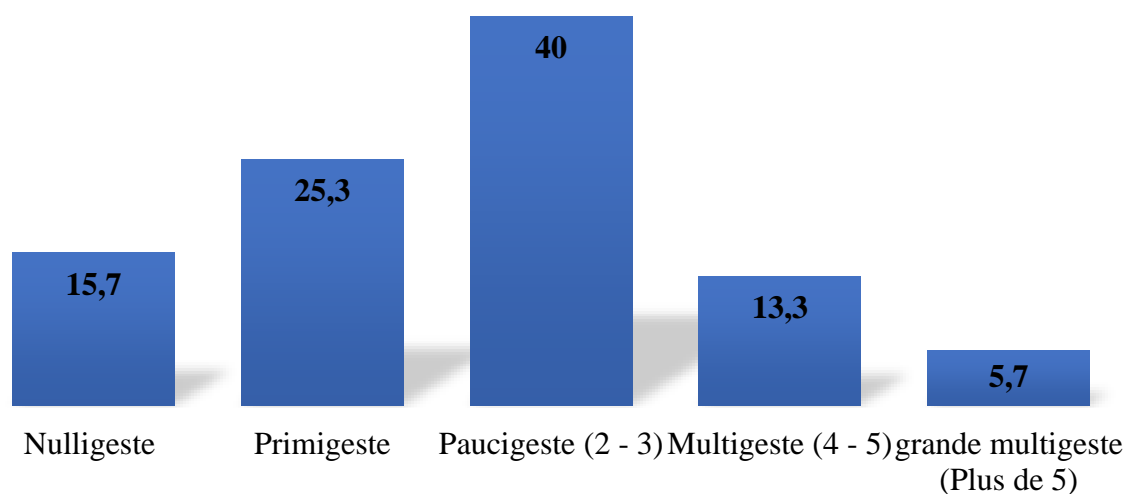
**Figure 10** : Répartition des clientes selon le niveau d'instruction.

**Tableau II** : Répartition des clientes par profession

<b>Profession</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Ménagère</b>	<b>136</b>	<b>45,3</b>
Étudiante	46	15,3
Fonctionnaire	42	14,0
Commerçante	32	10,7
Coiffeuse	6	2,0
Élève	6	2,0
Servante	3	1,0
Non précisé	29	9,7
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

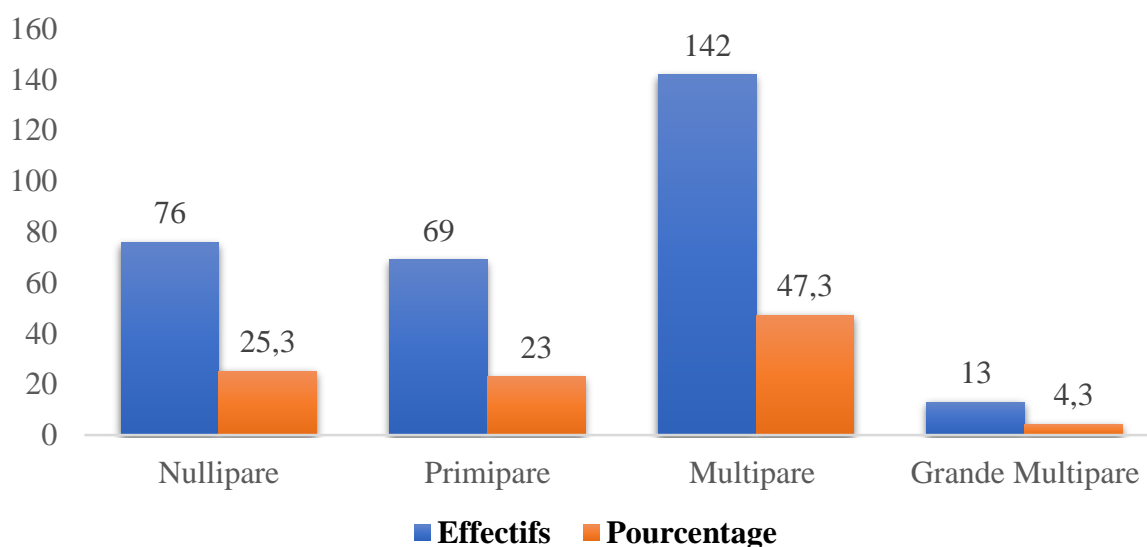
Non précisé : dossier incomplet

## 2. Informations sur la patiente



**Figure 11** : Répartition des clientes selon le nombre de grossesse (Gestité).

**Connaissances, attitudes et pratiques de l'utilisation des contraceptifs chimiques chez des femmes et adolescentes reçues au centre de santé de la commune v du district de Bamako**



**Figure 12** : Répartition des clientes selon le nombre d'accouchement (Parité).

**Tableau III** : Répartition des clientes selon l'intervalle inter génésique.

Intervalle inter génésique en année	Effectifs	Pourcentage
Aucun	116	38,7
<b>1 – 2</b>	<b>107</b>	<b>35,7</b>
3 – 4	38	12,7
5 et plus	19	6,3
Non déterminé	20	6,7
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

**Tableau IV** : Répartition des clientes en fonction du nombre moyen d'enfant par couple.

Nombre moyen d'enfant par couple	Effectifs	Pourcentage
1 – 2	3	1,0
3 – 4	80	26,7
<b>5 et plus</b>	<b>76</b>	<b>25,3</b>
Aucune idée	100	33,3
Non déterminé	41	13,7
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

### 3. Connaissance en matière de contraception

**Tableau V** : Répartition des clientes selon l'usage des contraceptifs en tant qu'outil pour espacement des naissances.

<b>Outil pour espacement des naissances</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Oui</b>	<b>210</b>	<b>70,0</b>
Non	21	7,0
Aucune idée	28	9,3
Aucune réponse	41	13,7
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

**Tableau VI** : Répartition des clientes en fonction des principaux avantages de l'utilisation des contraceptifs.

<b>Avantages</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Espacement des naissances</b>	<b>82</b>	<b>27,3</b>
Éviter les grossesses non désirées	54	18,0
Santé maternelle	21	7,0
Santé maternelle et infantile	20	6,7
Économique	13	4,3
Contrôle des naissances	9	3,0
Épanouissement du couple	8	2,7
Éducation des enfants	7	2,3
Moins de naissance	5	1,7
Éviter les maladies	5	1,7
Se protéger	2	0,2
Santé infantile	2	0,7
Réduction de la mortalité infantile	1	0,3
Aucune réponse	76	25,3
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

**Aucune réponse : dossier incomplet**



**Tableau VII** : Répartition des clientes en fonction des principaux inconvénients rapportés lors de l'utilisation des contraceptifs.

<b>Inconvénients</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Difficulté à concevoir</b>	<b>41</b>	<b>13,6</b>
Trouble du cycle	21	7,0
Saignement abondant	10	3,3
Prise du poids	5	1,7
Céphalée	5	1,7
Nausée	4	1,3
Kystes	3	1,0
Aménorrhée	3	1,0
Malaise général	2	0,7
HTA	2	0,7
IST	2	0,7
Douleur pelvienne	2	0,7
Avortement	1	0,3
Trouble hormonal	1	0,3
Rupture utérine	1	0,3
Nausées	1	0,3
Ménopause précoce	1	0,1
Perforation utérine	1	0,3
Sécheresse vaginale	1	0,3
Vomissement	1	0,3
Allergie	1	0,3
Douleurs aux articulations	1	0,3
Aucune réponse	190	63,33
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

**Connaissances, attitudes et pratiques de l'utilisation des contraceptifs chimiques chez des femmes et adolescentes reçues au centre de santé de la commune v du district de Bamako**

**Tableau VIII** : Répartition des clientes sur l'existence des méthodes de contraception.

<b>Connaissance sur la contraception</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Oui</b>	<b>244</b>	<b>81,3</b>
Non	56	18,7
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

**Tableau IX** : Répartition des clientes sur la définition attribuée à la contraception.

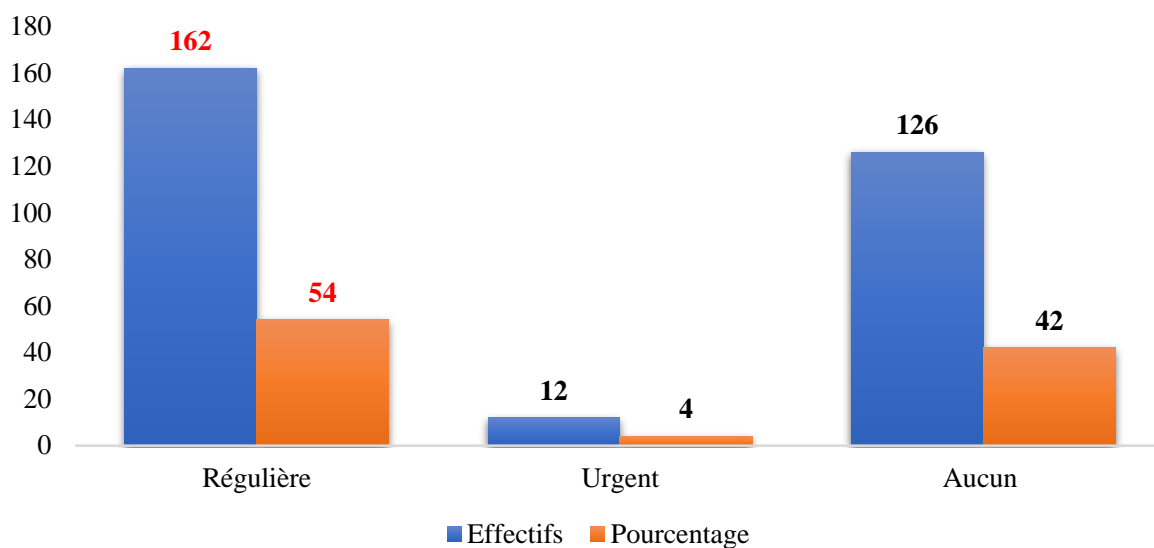
<b>Définition</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Empêcher la grossesse</b>	<b>201</b>	<b>67,0</b>
Retarder la grossesse	27	9,0
Se protéger	8	2,7
Planifier les naissances	1	0,3
Aucune idée	58	19,3
Autres	5	1,7
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

Aucune idée : dossier incomplet

**Tableau X** : Répartition des clientes utilisant les méthodes contraceptives

<b>Utilise un contraceptif</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Oui</b>	<b>174</b>	<b>58,0</b>
Non	126	42,0
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

#### 4. Attitudes et pratiques sur les méthodes contraceptives hormonales



**Figure 13** : Répartition des clientes selon les types de contraceptifs utilisés.

**Tableau XI** : Répartition clientes selon les différents types de contraceptifs réguliers utilisés.

Contraceptif régulier	Effectifs	Pourcentage
Jadelle®	59	19,7
Depo Provera®	19	6,3
Adepal®	16	5,5
Implanon®	13	4,3
Pilplan D®	13	4,3
Mirena®	6	2,0
Microgynon®	2	0,7
Cooper Tcu 380®	2	0,7
Microlite®	1	0,3
Pharmatex®	1	0,3
Noristerat®	1	0,3
Sans Hormone	1	0,3
Autres	4	1,3%

**Connaissances, attitudes et pratiques de l'utilisation des contraceptifs chimiques chez des femmes et adolescentes reçues au centre de santé de la commune v du district de Bamako**

**Tableau XII** : Répartition des clientes sur les principales raisons d'utilisation des contraceptifs

<b>Raisons d'utilisation</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Ne pas tomber enceinte</b>	<b>130</b>	<b>43,3</b>
Espacer les naissances	27	9,0
Avoir moins d'enfant	9	3,0
Avoir plusieurs enfants	1	0,3
Éviter les grossesses non désirées	3	1,0
Conseiller	3	1,0
Autres	1	0,3

**Tableau XIII** : Répartition des clientes en fonction des raisons de non-utilisation des contraceptifs.

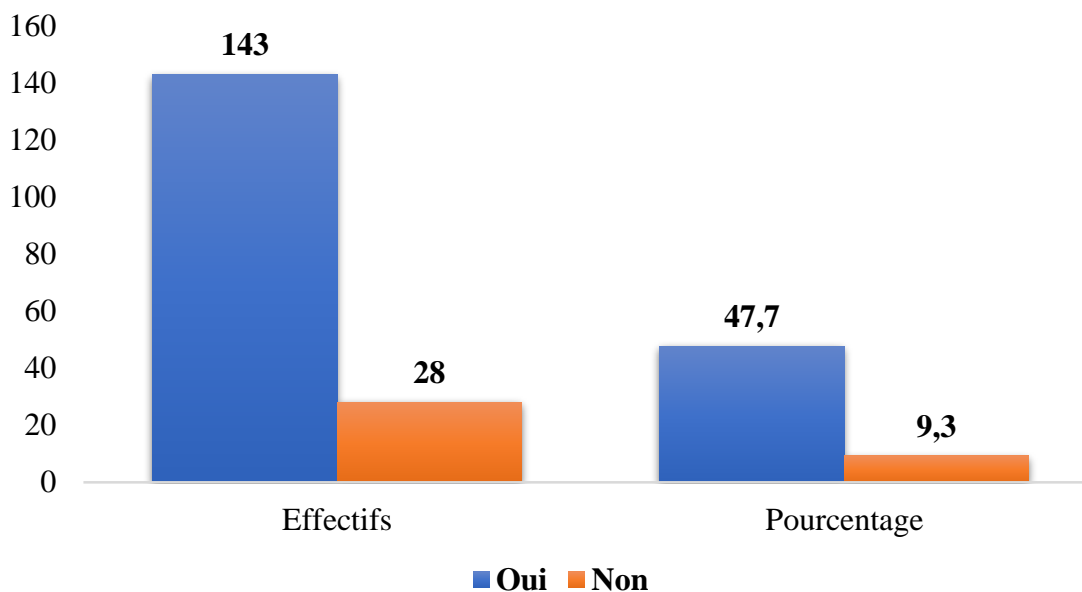
<b>Raison de non-utilisation</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Effet secondaire gênants</b>	<b>29</b>	<b>9,7</b>
Affection non liée aux contraceptifs	8	2,7
Échec de méthode	3	1,0
Très coûteux	1	0,3
Non précisé	85	28,3

**Non précisé : dossier incomplet**

**Tableau XIV** : Répartition des clientes selon la durée moyenne d'utilisation du contraceptif.

<b>Durée moyenne</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
01 jour	1	0,3
1 – 3 mois	36	12,0
4 – 6 mois	14	4,7
7 – 9 mois	4	1,3
10 – 12 mois	18	6,0
<b>Plus de 12 mois</b>	<b>85</b>	<b>28,3</b>
Non déterminé	16	5,3
Non utilisé	126	42,0
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

**Connaissances, attitudes et pratiques de l'utilisation des contraceptifs chimiques chez des femmes et adolescentes reçues au centre de santé de la commune v du district de Bamako**



**Figure 14** : Répartition des clientes ayant interrompu la contraception

**Tableau XV** : Répartition des clientes selon les motifs d'interruption du contraceptif.

Motif d'interruption	Effectifs	Pourcentage
<b>Désir de grossesse</b>	<b>82</b>	<b>27,3</b>
Effets secondaires	29	9,7
Pression du conjoint	5	1,7
Affection non liée au contraceptif	8	2,7
Contraintes d'utilisation	5	1,7
Échec de méthode	3	1,0
Très couteux	1	0,3
Autres	10	3,3
Aucune réponse	157	52,3
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

Aucune réponse : dossier incomplet

# COMMENTAIRES ET DISCUSSION

## V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

### 1. Approche Méthodologique

Il s'agissait d'une étude transversale retro prospective visant à étudier les connaissances, les attitudes et les pratiques des méthodes chimiques de contraceptions chez femmes reçues au centre de santé et de référence de la commune V du district de Bamako.

Les difficultés rencontrées sur le terrain étaient liées à notre technique d'enquête (enquête par interview) et la collecte à partir des dossiers médicaux incomplets. Certaines personnes se gênaient de répondre directement à nos questions, d'autres étaient pressées d'aller à leurs occupations. Malgré ces difficultés, cette étude a pu apporter un éclairage sur les pratiques des méthodes contraceptives des femmes reçues au centre de santé et de référence de la commune V du district de Bamako.

### 2. Caractéristiques sociodémographiques

La tranche d'âge 20 – 34 ans était majoritaire avec 72,3% des cas, avec des extrêmes de 16 et 63 ans. Plus des trois quarts des enquêtées étaient des femmes mariées, de nationalité Malienne et de confession musulmane.

Ces résultats étaient différents de celui de Diallo et *al* [28], en 2021 qui était composé d'une population relativement plus âgée avec une tranche d'âge comprise entre 45 – 55 ans dans 75,7% des cas. Par contre les femmes mariées étaient également les plus représentées dans son étude avec 55,1% des cas.

Moins du tiers était non scolarisé soit 17% des femmes. Bien que peu représentée, la non scolarisation pourrait avoir un impact négatif sur les pratiques des méthodes contraceptives car cette tranche de la population pourrait s'accrocher à la tradition plus qu'à la médecine moderne.

Ce résultat était plus élevé dans l'étude de Diallo et *al* [28], en 2021 qui avait retrouvé 34,1% des parents non scolarisés. Cette différence pourrait s'expliquer par le choix de sa méthode d'échantillonnage qui était basé sur un échantillonnage non probabiliste à choix raisonné.

La plupart des femmes étaient de professions ménagères dans 45,3% des cas. Dans l'étude de Tounkara [29], en 2011 il avait également une prédominance des femmes de professions ménagères avec 92% des cas.

Les femmes paucigeste étaient les plus représentées avec 40% des cas, suivies des primigeste soit 25,3%, des nulligeste 15,7%, des multigestes 13,3% et des grandes multigeste (plus de 5

grossesses) avec 5,7% des cas. Le nombre moyen de grossesse était de 2,2 grossesses avec des extrêmes allant de 0 à 11 grossesses.

La majorité des femmes étaient des multipares avec 47,3% des cas, suivi des nullipares avec 25,3% des cas, puis des primipares et des grandes multipares avec respectivement 23% et 4,3% des cas. Le nombre moyen d'accouchement après 20 semaines de grossesses était de 1,8 accouchements, avec des extrêmes allant de 0 à 11 accouchements.

L'intervalle intergénésiq ue a une influence sur l'état de santé de l'enfant et sur celui de sa mère. Les intervalles inférieurs à 24 mois font courir à l'enfant et à la mère des risques accrus de morbidité et de mortalité [3]. Dans notre étude, la plus grande partie des enquêtées soit 35,7% avait un intervalle intergénésiq ue allant de 12 à 24 mois. Au Mali, l'intervalle intergénésiq ue médian est de 32,1 mois. Cependant, 23 % des naissances se produisent encore après un intervalle intergénésiq ue inférieur à 24 mois [3].

Sidibé [30], en 2015 a rapporté que 66,3% des femmes proposaient un intervalle intergénésiq ue allant de 12 – 24 mois comme étant un intervalle idéal entre deux naissances.

### **3. Connaissances en matière des méthodes de contraception**

Plus de la moitié des cas soit 81,3% ont déclaré avoir déjà entendu parler de contraception. Il ressort des résultats de l'EDS VI [4], que la connaissance des méthodes contraceptives est très élevée au Mali. En effet, la quasi-totalité des femmes (93 %) de cette enquête ont déjà entendu parler d'une méthode contraceptive. Le niveau de connaissance des méthodes contraceptives, en particulier les méthodes modernes, reste relativement élevées quelle que soit la catégorie sociodémographique considérée. Toutefois, la proportion de femmes en union ayant entendu parler de méthodes contraceptives dans les régions de Gao (62 %) et de Kidal (67 %) est plus faible que dans d'autres régions.

Le nombre d'enfant par couple dans notre étude était de 3 – 4 enfants dans 25,3% des cas. Par ailleurs 33,3% ont déclaré une décision divine (déclarant c'est Dieu qui donne) du nombre d'enfant par couple.

Selon l'EDS VI en 2018[4], le nombre idéal d'enfants est, en moyenne, de 6 enfants pour l'ensemble des femmes de 15-49 ans et de 8,1 pour l'ensemble des hommes de la même tranche d'âges. Dans l'ensemble, près de la moitié des femmes âgées de 15-49 ans (49 %) désirent avoir 6 enfants ou plus. La proportion de femmes qui ont déclaré un nombre idéal de 6 enfants ou



plus, varie de 35 % chez celles des femmes n'ayant pas d'enfants vivants à 51 % chez les femmes qui ont 3 enfants vivants et atteint 64 % chez celles ayant au moins 6 enfants vivants.

Cette différence dans notre étude pourrait s'expliquer par la petite taille de notre échantillon.

#### **4. Attitudes et Pratiques en matière de contraception**

Dans notre étude, la contraception était principalement définie comme étant le moyen d'éviter une grossesse dans 67% des cas. Cette définition était également retrouvée dans l'étude de Diallo et *al* [28], en 2021 qui a déclaré que les deux tiers de sa population avaient recours à la contraception comme moyens d'éviction des grossesses.

La majorité des femmes de notre étude soit 58% des cas, utilisaient un contraceptif.

Ce résultat se rapprochait de celui de Tounkara [29], en 2011 qui avait retrouvé que 66,3% des femmes avaient recours à un contraceptif.

Sidibé [30], en 2015 avait retrouvé un résultat plus élevé soit 85,4% des cas.

La principale raison d'utilisation de la contraception dans notre étude était pour « ne pas tomber enceinte » dans 43,3% des cas, et pour « espacer les naissances » dans 9% des cas.

Dans une étude réalisée par Bakyono et *al* [31], au Burkina en 2018, la principale raison d'utilisation des méthodes contraceptives était pour espacer les naissances.

La principale raison de non-utilisation des produits contraceptifs étaient dû aux effets secondaires gênants dans 9,7% des cas. Ce taux est de proche de celui de Dembélé [5], en 2018 qui trouvait que 7,7% des femmes n'utilisaient pas de méthode contraceptive à causes des effets secondaires gênants.

Vitzthum et *al* [6], en 2005, dans une étude menée simultanément au Burkina Faso, au Sénégal et au Ghana, ont déclaré que, l'un des principaux facteurs favorisant l'abandon des méthodes contraceptives hormonales par les femmes est le vécu de ces effets secondaires.

Hodonou et *al* [32], en 2002 au Togo trouvent que les raisons de non utilisation des méthodes contraceptives étaient l'abstinence, les effets secondaires, le manque d'information.

L'EDSBF (2010) [33], avait identifié les effets secondaires, comme une des raisons avancées par les non utilisateurs des méthodes de planification familiale. Selon les résultats de cette étude, les jeunes ont besoin d'informations sur les effets secondaires les plus communs, et la manière de les gérer ou de les surmonter.

ADOHINZIN [34], en Afrique du Sud, avait révélé que les femmes qui reçoivent des services de counseling inadéquats sur les effets secondaires, sont plus susceptibles de cesser leur utilisation des services de planification familiale lorsqu'elles ressentent des effets secondaires que les femmes ayant été dûment informées des effets secondaires éventuels.

Les principaux effets secondaires étaient les troubles du cycle avec 8% des cas, suivis des saignements abondant avec 6,3% des cas. Les troubles du cycle étaient également les plaintes récurrentes dans l'étude de Vitzthum et *al*, en 2005 [6].

Finci [35], en France, en 2011 a retrouvé le saignement abondant comme étant le principal effet secondaire rencontré avec 50% des cas après trois mois d'utilisation du contraceptif et 35% après six mois d'utilisation.

Dans l'étude de Nangazana [7], au Mali en 2008, les métrorragies étaient le principal effet secondaire rencontrés avec 54,06% des cas, suivis de l'aménorrhée avec 40% des cas.

Malgré la petite taille de notre échantillon, les effets secondaires les plus observés reste le trouble de cycle et le saignement abondant.

Le principal avantage était l'espacement des naissances dans 27,3% des cas, suivi de l'éviction des grossesses non désirées et la santé maternelle dans respectivement 18% et 7% des cas.

Diallo et *al* [28], en 2021 a montré que plus du tiers des parents trouvaient que la PF a des avantages, et la moitié d'entre eux avaient signalé l'éviction des grossesses non désirées et de l'avortement provoqué comme principaux avantages de l'utilisation des contraceptifs.

L'utilisation des contraceptifs présentait également des inconvénients tels les difficultés à concevoir, trouble du cycle dans respectivement 10,3% et 7% des cas.

Selon la World Population Prospects, (ONU 2005), les contraceptifs hormonaux parmi lesquels figurent les pilules, les contraceptifs injectables ou implantables, les dispositifs transdermiques et les anneaux vaginaux, font tous appel à des hormones qui empêchent la femme d'être enceinte [36].

Dans notre étude, les contraceptifs étaient régulièrement utilisés chez 54% des femmes. L'implant était majoritairement utilisé avec 24,7% des cas, suivis des contraceptifs injectables avec 8,7% des cas. Seulement 4% des femmes avaient une utilisation occasionnelle (contraceptifs urgents).

Dans l'EDS VI [4], les méthodes contraceptives modernes les plus utilisées sont : l'implants 88,2%, suivis de l'injectable 88,1%.

Bien que de faible taux ont été retrouvé dans notre étude avec 19,7% pour l'implant et 6,3% pour le Depo Provera<sup>®</sup> ces deux contraceptifs demeurent les plus utilisés.

En revanche dans l'étude de Dembélé [5] en 2018, Le préservatif était la méthode contraceptive la plus utilisée avec 51,11%, suivi de la pilule 21,60% et des contraceptifs injectables 13,63%. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que sa population était constituée majoritairement des jeunes et donc la tranche d'âge 16 à 17 ans était la plus représentée avec 74,0% et des extrêmes allant de 14 à 19ans, un âge moyen de 16,50 ans et constitué de 73% des célibataires qui ont généralement recours aux méthodes d'accès facile et discrète.

La majorité des enquêtées étaient sous contraceptif depuis plus de 12 mois dans 28,3% des cas. Environ 48% ont déclaré avoir déjà interrompu la contraception et le principal motif d'interruption était le désir de grossesse dans 27% des cas, suivi des effets secondaires dans 9,7% des cas.

Nos résultats sont en adéquation avec ceux de l'EDS VI qui avait trouvé également que les motifs de l'interruption des méthodes contraceptives étaient principalement le désir de grossesse et les effets secondaires gênants dans respectivement 44,3% et 23,9% des cas [4]. Les proportions plus élevées, dans l'EDS VI pourrait s'expliquer par la grande taille de leur échantillon. Néanmoins nous pouvons constater que le désir de grossesse et les effets secondaires gênants sont les principaux motifs de l'interruption des contraceptifs.

# CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

## VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

### Conclusion

Au terme de notre étude, nous pouvons dire que la connaissance insuffisante des méthodes contraceptives pourrait exercer une influence sur son utilisation. Ce qui impacte leur attitude et leur pratique de l'utilisation des contraceptifs. Une large information et sensibilisation de la population pourrai améliorer leurs connaissances ou leurs attitudes de l'utilisation des méthodes contraceptifs.

## Recommandations

Au terme de notre étude, nous formulons les recommandations suivantes ;

### 1. Au ministère de la santé :

Intensifier des campagnes d'information sur les différentes méthodes contraceptives ;

### 2. Au personnel médical du service de planning familial :

- ✓ Expliquer aux femmes les différents effets secondaires rencontrés, les avantages et les inconvénients liés à l'utilisation des contraceptifs ;
- ✓ Expliquer la conduite à suivre en cas de survenue des effets secondaires.

### 3. Aux femmes et adolescentes :

- ✓ S'informer sur les différentes méthodes contraceptives ;
- ✓ Connaître les principaux effets secondaires rencontrés ;
- ✓ Connaître les bonnes attitudes et les bonnes pratiques des méthodes de contraception ;
- ✓ Connaître la conduite de suivi devant la survenue des effets secondaires.

# RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

## VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **KANTOROVÁ V, WHELDON MC, UEFFING P, DASGUPTA ANZ** () Estimating progress towards meeting femmes's contraceptive needs in 185 countries: A Bayesian hierarchical modelling study. *PLoS Med* 2020; 17(2): e1003026. <https://journals.plos.org/plosmedicine/aid=10.1371/journal.pmed.1003026>.
2. **WHO**. Planning contraception. [Site int] disponible au <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>. Consulté le 16 août 2022, 14h35.
3. **INSTAT**. Enquête Démographique et de Santé au Mali (EDS-I), en 1987.
4. **INSTAT**. Enquête Démographique et de Santé au Mali (EDS-VI), en 2018.
5. **DEMBELE A**. Connaissances, attitudes et pratiques des adolescentes relatives à la contraception en milieu Scolaire dans la commune v du district de Bamako. Thèse Médecine, 2018, Bamako. N° 18M77
6. **VITZIHUMV 1, RINGHEIMK**. « Hormonal Contraception and Physiology: are search-based theory of discontinuation due to side effects », *Studies in Family Planning*, 36, 1, 13-32, 2005.
7. **NANGAZANA D**. Étude des Effets Secondaires de la Contraception Injectable au Centre de Santé de Référence de la Commune V du district de Bamako. Thèse de Médecine Générale. Bamako, Mali : USTTB ; 2008. N°08M539
8. **UN DoE, SOCIAL AFFAIRS PD**. World population prospects : the 2020 revision, key findings, and advance tables. United Nations New York, USA, 2020.
9. **Desa UN**. United Nations Department of Economic and Social Affairs/Population Division (2009b) : World Population Prospects: The 2008 Revision.
10. **Nations Unies Mali Population Growth Rate 1950-2020**. <https://www.macrotrends.net/countries/MLI/mali/population-growth-rate>.
11. **DIBO D**. Connaissances, attitudes et pratiques des jeunes filles de 15 à 24 ans dans la commune V et VI du district de Bamako en matière de contraception. Thèse Pharmacie, 2016, Bamako. N°16P06
12. **BARBARA B**. Prendre conscience de la fécondité, *Network en français*, 17 (1), Automne 1996, FHI.
13. **BARBARA B**. Tirer le maximum de ressources de santé, *Network en français*, (17) 2, Hiver 1997, FHI.



14. **BARCELONA DR, PAULINA FB, DONALD JB.** La contraception. Guide des méthodes de PF, 1982.
15. **BARROT J, GAYMARD H.** Fiches de transparence, 1997
16. **Barnett B.** Les vues des femmes influencent l'utilisation des contraceptifs. Network en français FHI (16)4. Été 1996. PP. 16 – 18.
17. **BLANEY C.** Une contraception d'urgence fournie par les contraceptifs oraux. Network en français (16)4. Été 1996, PP 14 – 17.
18. **BLANEY C.** Stérilisation masculine et féminine, Network en français (18)1, Automne 1997, P23.
19. **BRYANT R, PHYLLIS TP, SALTER C.** Les leçons et défis de PF Population Reports (J) 40, août 1994, P27
20. **BRYANT R, RUTSTEN SO, MORRIS L.** La révolution de la procréation : Résultats de nouvelles enquêtes Population Reports (M), déc. 1992, P27.
21. **BÉ SAO O.** Évaluation de la qualité des soins dans l'unité de planification familiale, Thèse Médecine Générale, 2008, Bamako.
22. **BUREAU GP.** Contraception orale et sein, aspects épidémiologiques INSERM, U
23. [https://static1.squarespace.com/static/54f48e40e4b02ef942b85de3/t/58d0b05237c581de43b352e5/1490071635610/PM\\_Lupin-Estradiol-FR\\_13NOV2015.pdf](https://static1.squarespace.com/static/54f48e40e4b02ef942b85de3/t/58d0b05237c581de43b352e5/1490071635610/PM_Lupin-Estradiol-FR_13NOV2015.pdf), Consulté le 16 août 2022, 16h05min
24. **SUN PHARMACEUTICAL INDUSTRIES.** Monographie de produit : **PRAN™-CYPROTERONE/ ETHINYL ESTRADIOL.** Revision Dec 2018. Disponible au [https://pdf.hres.ca/dpd\\_pm/00048758.PDF](https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00048758.PDF), Consulté le 16 août 2022, 16h25min.
25. <https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/ethinyloestradiol-effik-40198.html>, Consulté le 16 août 2022, 16h45min.
26. <https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/ethinyloestradiol-effik-40198.html>, Consulté le 16 août 2022, 18h08min.
27. **DEMBÉLÉ S.** Évaluation de la qualité des soins obstétricaux au centre de santé de référence de Koutiala. Thèse de Médecine, 2011, Bamako. N°11M310
28. **DIALLO B, KANÉ AST, KEITA A, SANGHO O et al.** Connaissances et attitudes des parents face à la contraception des adolescentes à Yirimadio, Bamako, Mali santé publique, Nov. 2021.

29. **TOUNKARA B.** Étude des connaissances, attitudes et pratiques des femmes sur la contraception dans le centre de santé de référence de Diéma. Thèse Méd., 2011, Ségou.
30. **SIDIBE I.** Connaissances, attitudes et pratiques comportementales des ménages de la commune urbaine de Yanfolila en matière de la planification familiale. Thèse méd., 2015, Yanfolila. N°15M157
31. **BAKYONO R, TAPSOBA LD, LÉPINE A et al.** Utilisations des contraceptifs par les femmes rurales mariées ou en concubinage au Burkina Faso : Une analyse qualitative de l'utilisation d'un bon gratuit. PAMF, 2020 ;37 :72, Published online 2020, Sept. 2018.
32. **HODONOU K, ADJAHOTO E, KODO K et al.** Connaissances, Attitudes Et Pratiques Des Enseignants Mariés De La Commune De Lome (Togo) En Matière De Contraception. Médecine Afr Noire 1999 46 89. 1999 ;46(8/9) :410-5.
33. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSBF – MICS IV), 2010.
34. **ADOHINZIN CC, BERTHE A, MEDA N, BELEM GM et al.** Connaissances et pratiques contraceptives chez les jeunes burkinabè de 15 à 24 ans. Annales des Sciences de la santé, N°9, Vol. 1 : 35-59, 2016.
35. **FINCI D.** Contraception par désogestrel : évaluation de ses effets secondaires comme facteur prédictif de la tolérance à l'implant progestatif. Thèse de doctorat : Univ. Genève, 2011, n0. Méd. 10646.
36. **ONU.** "World Population Prospects: The 2004 Revision: File 1: Total Population Both Sexes by Age Group, Major Area, Region and Country, Annually for 1950-2050 (in thousands) (Pop/DB/WPP/Rev.2004/4/F1)." Tableau électronique. New York : Division de la population, Département des affaires économiques et sociales, ONU, 2005.
37. **AOULAYE ES-SALBI.** La contraception orale et thrombophilie. Thèse de pharmacie ; Rabat ; 2009 ; N°41.

# ANNEXES

## ANNEXES

### Fiche d'enquête

Je suis Blanche FEZEU, étudiante à la faculté de Pharmacie de L'université Des Sciences, Des Techniques Et Des Technologies De Bamako, chargée d'une étude sur les Connaissances attitudes et Pratiques de l'utilisation des méthodes chimiques de contraception. Votre participation sera d'un grand avantage et apport dans le choix d'un contraceptif ceci en vue de favoriser leur utilisation malgré leurs effets secondaires. Cette enquête est menée dans le respect strict de l'anonymat et nous vous garantissons de la confidentialité de toutes les informations recueillies.

Accord de participation à l'étude : J'accepte://

1. Fiche N° // 2. Date /

**A. Identification et Caractère Socio-Démographiques** 4. Sexe// 5. Age//

6. Situation Matrimoniale : //

1= Mariée ; 2= Célibataire ; 3= Vivant en concubinage ; 4= Divorcée, 5= Veuve ; 6= Autres à préciser.

7. Pays// 1= Mali ; 2= Cameroun ; 3= Bénin ; 4= Côte d'ivoire ; 5= Mauritanie ; 6= Togo ; 7= Autres à préciser.

8. Religion// 1= Musulmane ; 2= Chrétienne ; 3= Autres à préciser

9. Niveau d'instruction// 1= Universitaire ; 2= Secondaire ou Lycée ; 3= Primaire ; 4= Non scolarisée ; 5= Ecole coranique ; 6= Autres à préciser.

10. Profession// 1= Fonctionnaire ; 2= Commerçante ; 3= Ménagère ; 4= Coiffeuse ; 5= Femme de ménage ; 6= Autres à préciser.

### **B. Information sur la patiente**

11. Gestité//

12. Parité//

13. Espace Inter Génésique en mois //

### **C. Connaissance en matière de santé reproduction**

14. Quel est le nombre d'enfant moyen pour un couple ?//

15. Y a-t-il un risque pour la mère et le couple d'avoir plusieurs enfants ?// 1= Oui ; 2= Non

16. Si oui, lesquels

1= Décès maternel ; 2= Analphabétisation ; 3= Autres à préciser.

17. Avez-vous déjà entendu parler de la planification familiale ?// 1= Oui ; 2= Non

18. Si oui, quel est son sens ?//

1= Santé de la mère ; 2= Espacement de naissance ; 3= Santé de l'enfant ; 4= Moins de naissance ; 5= Famille heureuse ; 6= Moins de dépenses ; 7= Autres à préciser.

### **D. Connaissances sur la contraception**

19. Avez-vous déjà entendu parler de la contraception ?//

1= Oui ; 2= Non

20. Si oui, que signifie contraception ?//

1= Empêcher la grossesse ; 2= Retarder la grossesse ; 3= Tomber enceinte ; 4= Avortement ; 5= Avoir des jumeaux ; 6= Autres à préciser.

21. Combien de type de contraceptifs connaissez-vous ?//

1= Plusieurs ; 2= Aucun ; 3= 1 type ; 4= 2 types ; 5= 3 types ; 6= Autres à préciser.

22. Utilisez-vous un contraceptif ?//

1= Oui ; 2= Non

22.1 Si oui, pourquoi ?//

1= Avoir plusieurs enfants ; 2= Avoir moins d'enfant ; 3= Ne pas tomber enceinte ; 4= Espacer les naissances ; 5= Avoir des rapports sexuels non protégé ; 6= Eviter les grossesses non désirées ; 7= Autres à préciser.

23. Connaissez-vous les avantages de l'utilisation des contraceptifs ?// 1= Oui ; 2= Non.

23.1 Si oui, citer les.....

24. Connaissez-vous les inconvénients de l'utilisation des contraceptifs ?// 1= Oui ; 2= Non.

24.1 Si oui, citer les.....

25. Quel est selon vous le meilleur type de contraceptif ?//

1= Pilule ; 2= Stérilet ou DIU ; 3= Implants ; 4= Injectable ; 5= Spermicides ; 6= Norlevo ; 7= Autres à préciser.

25.1 Pourquoi ?.....

26. Pensez-vous que la connaissance des avantages et inconvénients des contraceptifs permettent un meilleur choix du contraceptif ?// 1= Oui ; 2= Non.

27. Pensez-vous que l'utilisation des contraceptifs est un meilleur outil pour l'espacement des naissances ?// 1= Oui ; 2= Non.

28. Pensez-vous que l'utilisation des contraceptifs réduit le risque de grossesse non désirées ?// 1= Oui ; 2= Non.

29. Êtes-vous pour ou contre l'utilisation des contraceptifs ?// 1= Pour ; 2= Contre. 29.1 Si contre, pourquoi ?.....

29.2 Si pour, pourquoi ?.....

30. Quels sont selon vous les effets secondaires liés à l'utilisation des contraceptifs ?.....

31. Les effets secondaires liés aux contraceptifs peuvent-ils limiter l'utilisation des contraceptifs ?// 1= Oui ; 2= Non.

### **E. Attitudes et pratiques sur la contraception.**

32. Quel type de contraception utilisez-vous ?// 1= Régulière, 2= Urgente.

32.1 Si contraception régulière, préciser le type// 1= Pilule ; 2= Stérilet ou DIU ; 3= Implants ; 4= Injectable ; 5= Spermicides ; 6= Autres à préciser.

32.2 Si Pilule, préciser// 1= Adepal ; 2= Microgynon ; 3= Microlite ; 4= Minidril ; 5= Stediril ; 6= Microval ; 7= Pilplan D ; 8= Ovrette ; 9= Autres à préciser.

32.3 Si Stérilet ou DIU, préciser // 1= Cooper Tcu 380 ; 2= Mirena ; 3= Autres à préciser.

32.4 Si Implants, préciser// 1= Implanon ; 2= Jadelle ; 3= Norplan ; 4= Autres à préciser.

**Connaissances, attitudes et pratiques de l'utilisation des contraceptifs chimiques chez des femmes et adolescentes reçues au centre de santé de la commune v du district de Bamako**

---

- 32.5 Si Injectable, préciser// 1= Depo Provera ; 2= Noristerat ; 3= Autres à préciser.
- 32.6 Si Spermicides, préciser// 1= Pharmatex ; 2= Autres à préciser.
- 32.7 Si contraception Urgente, préciser le type// 1= Norlevo ; 2= Levo BD ; 3= Vikela ; 4= Norvel 72 ; 5= Protec-Pil ; 6= Ellaone ; 7= Autres à préciser.
33. Changez-vous régulièrement le type de contraception ?// 1= Oui ; 2= Non
- 33.1 Si oui, pourquoi ?.....
34. Combien de temps avez-vous pris les contraceptifs ?/ / (en mois). 35. Avez-vous déjà interrompu la contraception ?// 1= Oui ; 2= Non
- 35.1 Si oui, après combien de temps d'utilisation ?/ / (en mois).
- 35.2 Si oui, Pourquoi avez-vous interrompu ?/ / 1= Douloureux ; 2= Très coûteux ; 3= Effets secondaires gênants ; 4= Désire de grossesse ; 5= Affection non liée à la contraception ; 6= Echec de la méthode ; 7= Contraintes d'utilisation ; 8= Allaitement ; 9= Pression du conjoint ; 10= Autres à préciser.
- 35.2.1 Si à causes des effets secondaires gênants, Préciser les et donner le nom du contraceptif à l'origine de ces effets secondaires
- Non du contraceptif : .....
- Effets secondaires gênants : .....
36. Combien de contraceptif utilisez-vous à la fois ?// 1= 1 contraceptif ; 2= 2 contraceptifs ; 3= Plusieurs à la fois.
37. Conseillez-vous à une amie d'utiliser les contraceptifs ?// 1=Oui ; 2=Non

### **Fiche signalétique**

**Nom :** FANGUENG FEZEU

**Prénom :** Blanche Raïssa

**Titre de la thèse :** Connaissances, attitudes et pratiques de l'utilisation des contraceptifs chimiques chez les femmes et adolescentes reçues au centre de santé de la commune v du district de Bamako.

**Année académique :** 2021 – 2022

**Nationalité :** Camerounaise

**Ville de soutenance :** Bamako

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la faculté de pharmacie (FAPH)

**Secteur d'intérêt :** santé de la reproduction

**E-mail/N° de téléphone :** [raissablanche65@yahoo.com](mailto:raissablanche65@yahoo.com) / 00223 73 77 41 28

#### **Résumé :**

**Introduction :** La contraception est l'ensemble des méthodes utilisées par une femme pour prévenir la survenue d'une grossesse après un rapport non protégé. Il existe un ensemble de méthodes contraceptives occasionnelles (méthode hormonale ou mécanique...) qu'une femme peut utiliser dans les cinq premiers jours suivant un rapport non protégé pour prévenir une grossesse non désirée. Les objectifs de notre étude étaient : déterminer le niveau de connaissance, les attitudes et les pratiques des femmes et adolescentes sur l'utilisation des contraceptifs chimiques, identifier les principaux effets secondaires liés à l'utilisation des contraceptifs chimiques et déterminer les principaux avantages et inconvénients liés à l'utilisation des contraceptifs chimiques.

**Méthodes :** Nous avons réalisé une retro-prospective et descriptive qui s'étendait de janvier 2018 à février 2022 soit une durée de 04 ans et 1 mois au centre de santé et de référence de la commune V du district de Bamako. Nous avons rempli la fiche d'enquête en se basant sur toutes les informations liées aux connaissances, attitudes et pratiques de la contraception.

**Résultats :** Au total nous avons enregistré 300 femmes et adolescentes en âge de procréer en s'intéressant à leurs connaissances, leurs attitudes et leurs pratiques sur l'utilisation des méthodes chimiques de contraception. Dans notre étude la population était relativement une population jeune, avec une prédominance des mariées dans 86,3% des cas, La méthode contraceptive la plus utilisée était le Jadelle dans 19,7% des cas. La principale raison d'utilisation était « pour ne pas tomber enceinte » dans 43,3% et de non utilisation était liée aux effets secondaires dans 9,7% des cas. « L'espacement de naissance » était le principal avantage dans 27,3% et le principal inconvénient était « les difficultés à concevoir » dans 10,3% des cas. Le trouble du cycle était le principal effet secondaire dans 8% des cas. Environ 48% avaient déjà interrompu au moins une fois la contraception et le principal motif était le désir de grossesse dans 27,3% des cas.

**Conclusion :** La connaissance de la contraception n'est pas le reflet quant à son utilisation. Un enjeu doit être fait pour promouvoir l'utilisation des méthodes contraceptives malgré les différents effets secondaires liés à l'utilisation.

**Mots clés :** Contraception, Connaissances, Attitudes, Pratiques, Grossesse, Effet secondaire.

## Summary of the thesis

**Definition:** Contraception is the set of methods used by a woman to prevent pregnancy after unprotected intercourse. There is a range of occasional contraceptive methods (hormonal or mechanical methods, etc.) that a woman can use in the first five days following unprotected intercourse to prevent an unwanted pregnancy. The objectives of our study were: to determine the level of knowledge, attitudes and practices of women and adolescents on the use of chemical contraceptives, to identify the main side effects related to the use of chemical contraceptives and to determine the main advantages and disadvantages related to the use of chemical contraceptives.

**Methods:** We conducted a descriptive, cross-sectional study from January 2018 to February 2022, i.e., a period of four years and one month, at the health and referral center in Commune V of the Bamako district. We filled out the survey form based on all information related to knowledge, attitudes, and practices of contraception.

**Results:** A total of 300 women and adolescents of childbearing age were registered, with an interest in their knowledge, attitudes, and practices regarding the use of chemical methods of contraception. In our study the population was relatively young, with a predominance of married women in 86.3% of cases. The main reason for use was "not to get pregnant" in 43.3% and non-use was related to side effects in 9.7% of cases. "Birth spacing" was the main advantage in 27.3% and the main disadvantage was "difficulty in conceiving" in 10.3% of cases. Cycle disorder was the main side effect in 8% of cases. About 48% had already interrupted contraception at least once and the main reason was the desire for pregnancy in 27.3% of cases.

**Conclusion:** Knowledge of contraception does not reflect its use. A challenge must be made to promote the use of contraceptive methods despite the various side effects related to their use.

**Key words:** Contraception, Knowledge, Attitudes, Practices, Pregnancy, Side effect.



## SERMENT DE GALIEN

*En présence des Maîtres de la Faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples je fais le serment :*

*D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur*

*Témoigner ma reconnaissance en restant fidèle aux principes qui m'ont été enseignés et d'actualiser mes connaissances ;*

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

*De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers la personne humaine et sa dignité.*

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

*De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma profession ;*

*De faire preuve de loyauté et de solidarité envers mes collègues pharmaciens*

*De coopérer avec les autres professionnels de santé.*

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

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