

# UNIVERSITÉ ASSANE SECK DE ZIGUINCHOR

UFR EN SCIENCES DE LA SANTÉ



ANNÉE : 2024

N° 141

## PERCEPTION ET EFFETS SECONDAIRES DE LA CONTRACEPTION : UNE ENQUÊTE PORTANT SUR 302 FEMMES VIVANT AU SÉNÉGAL

### THÈSE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

Le 6 décembre 2024

PAR

Philomène Aïssatou DIEDHIOU

Née le 26 septembre 1993 à Saint-Louis (SÉNÉGAL)

---

#### MEMBRES DU JURY

<b>Président :</b>	M. Ansoumana	DIATTA	Professeur Titulaire
<b>Membres :</b>	M. Serigne Modou Kane	GUEYE	Professeur Titulaire
	M. Boubacar	FALL	Professeur Titulaire
	M. Abdoul Aziz	DIOUF	Professeur Titulaire
<b>Directeur de Thèse :</b>	M. Abdoul Aziz	DIOUF	Professeur Titulaire
<b>Co-directeur de Thèse :</b>	M. Khalifa Ababacar	GUEYE	Ancien Interne des Hôpitaux

**RÉPUBLIQUE DU SÉNÉGAL**  
MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,  
DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION



**UNIVERSITÉ ASSANE SECK DE ZIGUINCHOR (UASZ)**  
**UNITÉ DE FORMATION ET DE RECHERCHE**  
**DES SCIENCES DE LA SANTE (UFR-2S)**



**DIRECTION ET ADMINISTRATION**

<b>Directrice :</b>	<b>Mme Evelyne Siga</b>	<b>DIOM</b>
<b>Vice-Directeur :</b>	<b>M. Cheikh</b>	<b>DIOUF</b>
<b>Chef département de Biologie et Explorations fonctionnelles :</b>	<b>M. Chérif M.</b>	<b>AIDARA</b>
<b>Chef du département de Chirurgie et Spécialités chirurgicales :</b>	<b>M. Omar</b>	<b>SOW</b>
<b>Chef du département de Médecine et Spécialités médicales :</b>	<b>M. Yaya</b>	<b>KANE</b>
<b>Cheffe des Services Administratifs :</b>	<b>Mme Aïo Marie Anne Béty</b>	<b>MANGA</b>

**I. LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT UFR SCIENCES DE LA  
SANTE - UNIVERSITE ASSANE SECK DE ZIGUINCHOR**

**ANNEES UNIVERSITAIRES 2012-2022**

**PROFESSEURS TITULAIRES**

<b>PRENOM (S)</b>	<b>NOM</b>	<b>SPECIALITES</b>
M. Alassane	DIATTA	Biochimie
M. Ansoumana	DIATTA	Pneumologie
Mme Evelyne Siga	DIOM	ORL
M. Boubacar	FALL	Urologie
M. Noël Magloire	MANGA	Maladies Infectieuses
M. Issa	WONE	Santé Publique
♦M. Serigne Modou	Kane GUEYE	Gynécologie-Obstétrique
M. Yaya	KANE	Néphrologie

**PROFESSEURS ASSIMILES**

M. Chérif Mohamadou	AIDARA	Imagerie Médicale
♦M. Denis	BARBOZA	Anesthésie-Réanimation
M. Cheikh	DIOUF	Chirurgie pédiatre
M. Simon Joël	MANGA	Cardiologie
M. Lamine	THIAM	Pédiatrie

## MAÎTRES DE CONFERENCES TITULAIRES

<b>PRENOM (S)</b>	<b>NOM</b>	<b>SPECIALITES</b>
M. Kalilou	DIALLO	Maladies infectieuses
M. Abdoulaye	DIOP	Neurochirurgie
M. Habibou	SARR	Bactériologie virologie
M. Fabrice	SENGHOR	Anatomie pathologique
♦ M. Oumar	SOW	Chirurgie générale
Mme Mame Aïssé	THIOUBOU	Hépto-Gastro-entérologie
M. Abdoulaye	DIOP	Parasitologie-Mycologie
M. Adama	KOUNDOUL	Psychiatrie

## MAÎTRES DE CONFERENCES ASSIMILES

<b>PRENOM (S)</b>	<b>NOM</b>	<b>SPECIALITES</b>
Mme Mame Ngoné	COLY	Hématologie Biologique
M. Ange Lucien	DIATTA	Histologie Embryologie Cytogénétique
M. Alioune Badara	DIOUF	Orthopédie-traumatologie
M. Ibrahima	DIOUF	Physiologie
M. Niokhor Ndane	DIOUF	Biochimie

## II. LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT VACATAIRE UNIVERSITAIRE ANNEES UNIVERSITAIRES 2012-2022

### PROFESSEURS TITULAIRES

PRENOM (S)	NOM	SPECIALITES
<sup>1</sup> M. Abdoulaye	BA	Physiologie
<sup>1</sup> M. Codé	BA	Neurochirurgie
<sup>1</sup> M. Serigne Abdou	BA	Cardiologie
<sup>1</sup> M. Serigne Moussa	BADIANE	Biophysique
<sup>(7)</sup> M. Serge	BAKOU	Biologie cellulaire
<sup>2</sup> M. Chérif	BALDE	Chimie
+ <sup>1</sup> M. Fallou	CISSE	Physiologie
<sup>1</sup> M. Moussa Fafa	CISSE	Bactériologie-Virologie
<sup>1</sup> M. Saïdou	DIALLO	Rhumatologie
<sup>2</sup> M. Alassane	DIEDHIOU	Mathématiques
<sup>1</sup> M. Tandakha Ndiaye	DIEYE	Immunologie
<sup>1</sup> M. Saliou	DIOP	Hématologie
<sup>1</sup> M. Seydou Nourou	DIOP	Médecine interne
<sup>3</sup> Mme Sylvie Audrey	DIOP	Maladies Infectieuses
<sup>1</sup> M. Boucar	DIOUF	Néphrologie
<sup>2</sup> M. Kobor	DIOUMA	Physique
<sup>1</sup> M. Mamadou	FALL	Toxicologie
<sup>1</sup> M. Babacar	FAYE	Parasitologie-Mycologie
<sup>1</sup> M. Papa Lamine	FAYE	Psychiatrie
<sup>2</sup> M. Abdoulaye	GASSAMA	Chimie

<sup>3</sup> M. Adama	KANE	Cardiologie
<sup>1</sup> M. Assane	KANE	Dermatologie-Vénérologie
<sup>1</sup> M. Modou Oumy	KANE	Physiologie
<sup>3</sup> M. Ibrahima	KONATE	Chirurgie générale
<sup>4</sup> M. Anatole	LALEYE	Histo-Embryologie et Biologie cellulaire
<sup>1</sup> M. Abdoulaye	LEYE	Endocrinologie
<sup>1</sup> M. Mamadou	MBODJ	Biophysique
<sup>1</sup> M. Abdoulaye	NDIAYE	Anatomie
<sup>1</sup> M. Fatou Samba	DIOGO NDIAYE	Hématologie clinique
<sup>1</sup> M. Mady	NDIAYE	Biologie cellulaire
<sup>1</sup> M. Mor	NDIAYE	Médecine du Travail
<sup>1</sup> M. Moustapha	NDIAYE	Neurologie Médicale
<sup>1</sup> M. Souhaïbou	NDONGO	Rhumatologie
<sup>1</sup> Mme Maïmouna	NDOUR	Médecine Interne
<sup>1</sup> M. Oumar	NDOYE	Biophysique
<sup>1</sup> M. Abdoulaye	POUYE	Médecine interne
<sup>1</sup> M. André Daniel	SANE	Orthopédie-Traumatologie
<sup>1</sup> Mme Anna	SARR	Médecine interne
<sup>1</sup> M. Moussa	SEYDI	Maladies infectieuses
<sup>1</sup> M. Guata Yoro	SY	Pharmacologie
<sup>1</sup> M. Roger Clément Kouly	TINE	Parasitologie-Mycologie
<sup>5</sup> M. Amadou	TOURE	Histo-Embryologie

## PROFESSEURS ASSIMILES

<b>PRENOM (S)</b>	<b>NOM</b>	<b>SPECIALITES</b>
<sup>7</sup> M. Serge	BAKOU	Biologie cellulaire
<sup>1</sup> Mme Marie Louis	BASSENE	Hépto-Gastro-Entérologie
<sup>1</sup> M. Mamadou	COUME	Gériatrie-Gérontologie
<sup>1</sup> M. William	DIATTA	Botanique
<sup>1</sup> M. Chérif Mouhamed M.	DIAL	Anatomie pathologique
<sup>1</sup> M. Rokhaya NDIAYE	DIALLO	Génétique
<sup>1</sup> Mme Marie Joseph	DIEME	Anatomie pathologique
<sup>1</sup> M. Pape Adama	DIENG	Chirurgie cardio-vasculaire
<sup>1</sup> M. Papa Saloum	DIOP	Chirurgie Générale
<sup>8</sup> Mme Pauline	DIOUSSE	Dermatologie-Vénérologie
<sup>1</sup> M. Amadou Lamine	FALL	Pédiatrie
<sup>1</sup> Mme Seynabou	FALL	Hématologie clinique
<sup>1</sup> M. Abdou Magib	GAYE	Anatomie pathologique
<sup>3</sup> M. Philippe	MANYACKA	Anatomie
<sup>8</sup> Mme Arame	MBENGUE	Physiologie
<sup>1</sup> M. Mady	NDIAYE	Biologie cellulaire
<sup>1</sup> M. Mohamed	SOUMAH	Médecine Légale
<sup>1</sup> M. Ibou	THIAM	Anatomie pathologique

## MAÎTRES DE CONFERENCES TITULAIRES

<b>PRENOM (S)</b>	<b>NOM</b>	<b>SPECIALITES</b>
<sup>1</sup> M. Serigne Moussa	BADIANE	Biophysique
<sup>2</sup> M. Magatte	CAMARA	Chimie
<sup>2</sup> Mme Mame Kouna DIAW	DABO	Anglais
<sup>1</sup> M. Mouhamed	DAFFE	Ortho-Traumatologie
<sup>2</sup> M. Abel	DIATTA	Informatique
<sup>1</sup> Mme Armandine E. R.	DIATTA	Médecine du Travail
<sup>1</sup> M. Demba	DIEDHIOU	Maladies infectieuses
<sup>1</sup> M. Amadou	DIOP	Bactériologie-Virologie
<sup>2</sup> M. Babacar	DIOP	Anglais
<sup>1</sup> M. Jean Pascal Demba	DIOP	Génétique
<sup>1</sup> M. Lamine	DIOP	Bactériologie-Virologie
<sup>1</sup> M. Doudou	DIOUF	Oncologie
<sup>1</sup> Mme Absa LAM	FAYE	Toxicologie
<sup>1</sup> M. Atoumane	FAYE	Médecine Interne
<sup>2</sup> Mme Fatoumata	HANNE	Socio-Anthropologie médicale
<sup>1</sup> M. Aly Mbara	KA	Ophtalmologie
<sup>2</sup> M. Clément	MANGA	Mathématiques
<sup>2</sup> M. Mbaye Diagne	MBAYE	Chimie
<sup>6</sup> M. Amadou	NDIADE	Histologie-Embryologie
<sup>2</sup> M. Lat Grand	NDIAYE	Physique
<sup>2</sup> M. Moustapha	NDIAYE	Informatique
<sup>2</sup> M. Abdoulaye	NDIOUCK	Epistémologie médicale

<sup>1</sup> Mme Sokhna	SECK	Psychologie
<sup>1</sup> M. Doudou	SOW	Parasitologie-Mycologie
<sup>1</sup> Mme Awa NDIAYE	SY	Pharmacologie
<sup>2</sup> M. Moustapha	THIAM	Physique
<sup>2</sup> M. Modou	TINE	Physique
<sup>1</sup> M. Aminata	TOURE	Toxicologie

### MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSIMILÉS

PRENOM (S)	NOM	SPECIALITES
<sup>1</sup> Mme Fatimata	BA	Physiologie
<sup>1</sup> M. El H Amadou L	BATHILY	Biophysique
<sup>1</sup> M. Jean pierre	DIAGNE	Ophtalmologie
<sup>3</sup> M. Amadou Cambel	DIENG	Management
<sup>1</sup> Mme Awa NDIAYE	SY	Pharmacologie

† In Memoriam

<sup>(1)</sup>UCAD : Université Cheikh Anta Diop Dakar

<sup>(2)</sup>UASZ : Université Assane SECK Ziguinchor

<sup>(3)</sup>UGB : Université Gaston Berger Saint-Louis

<sup>(4)</sup>BENIN

<sup>(5)</sup>MALI

<sup>(6)</sup>UADB : Université Amadou Diop Bambey

<sup>(7)</sup>EISMV

<sup>(8)</sup>UT : Université de Thiès

♦ Associé

### III. ENSEIGNANTS VACATAIRES

<b>PRENOM (S)</b>	<b>NOM</b>	<b>SPECIALITES</b>
Mme Mame Kouna DIAW	DABO	Anglais
M. Demba	DIAGNE	Secourisme
M. Malick	FAYE	Soins infirmiers
M. Karim	GUARBA	Anatomie
M. Abdoulaye	KEITA	Secourisme
M. Abbé Michel	MENDY	Santé publique
†M. Jacques	SENGHOR	Anatomie

† In Memoriam

<sup>(1)</sup>UCAD : Université Cheikh Anta Diop Dakar

<sup>(2)</sup>UASZ : Université Assane SECK Ziguinchor

<sup>(3)</sup>UGB : Université Gaston Berger Saint-Louis

<sup>(4)</sup>BENIN

<sup>(5)</sup>MALI

<sup>(6)</sup>UADB : Université Amadou Diop Bambey

<sup>(7)</sup>EISMV

<sup>(8)</sup>UT : Université de Thiès

◆ Associé

**LOUANGE À ALLAH LE TOUT MISÉRICORDIEUX,  
LE TRÈS MISÉRICORDIEUX, QUI M'A GUIDÉ, AIDÉ  
ET DONNÉ LE COURAGE, LA DÉTERMINATION ET  
LA PATIENCE NÉCESSAIRES POUR LA  
RÉALISATION DE CE TRAVAIL.**

## **IN MEMORIUM**

**À mon défunt père, Antoine DIEDHIOU « Nice PA »**

Je me rappelle de ce matin où tu t'es endormi sans jamais te réveiller comme si c'était hier. Mon papa d'amour, ton absence a créé en moi un vide qui ne sera jamais comblé.

Cependant, je rends grâce au Tout-Puissant, car cette même absence m'a murie et m'a permis d'être celle que je suis devenue aujourd'hui, achevant ainsi tes ambitions et rêves envers ta famille.

Tu as toujours été un papa exemplaire, prêt à tout pour le bonheur de tes enfants. Je ne garderai que de bons souvenirs de toi.

Je ne te remercierai jamais assez pour l'éducation et les valeurs que tu nous as inculquées, Dieu t'en récompensera.

J'aurais voulu partager ce moment important de ma vie avec toi, prendre soin de toi comme t'as toujours pris soin de moi de ton vivant et te donner tout le luxe que tu mérites ; cependant, l'homme propose et Dieu dispose.

Ce travail t'est dédié et j'espère de tout cœur que t'es fier de ta fille aînée.

Repose en paix et que Dianatou firdawsi soit ta demeure éternelle cher papounet.

### **À ma Tante Aminata Diallo, épouse BA**

Une maman « poule » au cœur d'or, accueillante et aimée de tout le monde. Tu étais pleine de vie, ton sens de l'humour et ta bonté ne pouvaient te permettre une longue vie. Tu resteras toujours gravé dans nos mémoires.

Que ton âme repose en paix et que firdawsi soit ta demeure éternelle.

**À mes grands-parents paternels** (Moïse DIEDHIOU et Aïssatou SAMBOU) **et maternels** (Ousmane BA et Oumou BA, Jules BA, Bintou BA, Maguette BA), **mes oncles paternels** (Isidore DIEDHIOU, André DIEDHIOU, Étienne DIEDHIOU, David DIEDHIOU) **et tous mes défunts frères et sœurs...**, que le Tout-Puissant vous accueille dans son plus haut degré du paradis.

# DÉDICACES

## **JE DÉDIE CE TRAVAIL**

**À** ma très chère Maman, Arame BA la plus douce et la plus tendre des mamans. Celle qui a souffert sans nous laisser souffrir, qui n'a jamais dit non à nos exigences et qui n'a épargné aucun effort pour nous rendre heureuses. Celle qui a consacré toute sa vie dans le bonheur et le bien-être de ses enfants. Nous n'avons jamais souffert de l'absence de notre papa, tu as été un père et une mère à la fois. Aucun mot ne saurait exprimer tout mon amour, ma gratitude et mon allégeance pour toi. Ton affection me couvre, ta bienveillance me guide et ta présence à mes côtés a toujours été ma source de force et de motivation pour affronter les obstacles de la vie. Que Dieu le Tout-Puissant te garde en bonne santé et te procure une longue vie pour que je puisse réaliser mes rêves à ton égard.

Je t'aime sans limites

**À** mon oncle Souléye BARRY un homme de bien, je tiens à te dire combien ta présence est précieuse. Merci pour tout ce que tu apportes à notre famille. Ta gentillesse et ton soutien ne passent jamais inaperçus. Je te souhaite tout le bonheur du monde.

**À** mon oncle de luxe, mon préféré Moussa BA

Tu as toujours été une source de sagesse, de bienveillance et de rire dans la vie de tes neveux et nièces. Ton amour et ton soutien m'ont guidé à travers bien des épreuves, et je suis infiniment reconnaissante d'avoir un homme aussi exceptionnel à mes côtés. Que ce lien unique entre nous continue de briller, car tu es un véritable trésor dans mon cœur. Je te souhaite une longue vie couronnée d'une santé de fer.

À mes mamans adorées Bineta Ndiaye Bâ, Fatou Ndoye et Seynabou Kane,  
Votre soutien immense et vos encouragements tout au long de ce parcours m'ont été précieux. Merci de croire en moi et de m'inspirer chaque jour. Qu'Allah veille sur vous et sur toute votre descendance.

À ma maman Awa DIOP « Dada » et son époux Tonton Saliou SECK « Daddy », vous avez joué un rôle important dans ma réussite. J'ai toujours pu trouver refuge et soutien chez vous, où je n'ai jamais manqué de rien. Vous avez été père et mère pour moi quand j'étais loin de mes parents. Je vous remercie pour votre hospitalité et votre soutien. Ce travail vous revient de droit.

À mes frères et sœurs :

Les mots ne sont jamais assez forts pour vous exprimer ce que vous représentez pour moi. Soyez assurés de mon indéfectible attachement. Que Dieu nous garde et raffermisse davantage nos liens.

À mes tantes et oncles paternels :

Votre soutien inébranlable et vos encouragements ont été essentiels dans ma formation. Merci infiniment.

À mon oncle Idrissa SAMBOU

Tu as été bien plus qu'un simple membre de la famille pour moi. Ta sagesse, tes conseils et ton soutien inestimable ont façonné une grande partie de ce que je suis aujourd'hui. Je suis profondément reconnaissante pour tout ce que tu m'as transmis et pour ton rôle essentiel dans mon parcours.

**À** mon oncle Tidiane DIEME et sa femme Adama DIATTA

Je tiens à vous exprimer toute ma gratitude pour la générosité que vous m’avez offerte. Vous m’avez ouvert vos portes en m’offrant un toit et un refuge quand j’en avais besoin. Merci du fond du cœur pour tout ce que vous avez fait pour moi.

**À** mes cousins et cousines :

Votre présence tout au long de ce long parcours m’a apporté tant de joie et de détermination. Merci d’avoir été là et d’avoir partagé cette aventure avec moi.

**À** mon très cher Junior NDIAYE

Tu as été mon rocher, celui sur qui je peux toujours compter, dans les moments de doute comme dans les instants de joie. Ta présence, ton écoute et ton soutien inébranlable m’ont donné la force de surmonter des épreuves. Avoir une personne aussi exceptionnelle dans ma vie est une bénédiction, je te serai éternellement reconnaissante pour ton soutien et ta compréhension. Que le Tout-Puissant réalise tes rêves.

**À** mon sénior et frère El Hadji Malick DIAO

Depuis le début, tu as été une source d’inspiration, de sagesse et de soutien. Tu as toujours été là, prêt à me guider, à me conseiller et à m’offrir ton aide avec bienveillance incomparable. Tu m’as appris l’importance de la patience, de la persévérance et de la confiance en soi. Ta présence a été un véritable pilier, et pour cela, je te suis infiniment reconnaissante. Merci de toujours être là pour moi, de m’avoir montré le chemin avec tant de générosité.

**À** ma tutrice Tata Bilguissa DIALLO et à son époux Tonton Sadio DIALLO

Nous étions juste des colocataires qui partageaient le même appartement, mais cela ne vous a pas empêché de nous donner un toit et de nous nourrir quand vous

avez eu votre propre maison. Dans un monde souvent agité, vous avez été un phare de bienveillance et de générosité. Merci de tout cœur pour votre soutien, votre bonté et tout ce que vous avez fait pour moi, sans rien attendre en retour.

À mon ami Cheikh Diallo, je tiens à te remercier du fond du cœur pour l'impact profond que tu as eu sur ma vie, tant sur le plan professionnel que religieux. Grâce à toi, j'ai pu m'améliorer, me perfectionner et grandir dans ces deux domaines essentiels. Qu'Allah te le paie au centuple.

À la famille DIA (Néné Fatoumata Diallo, Tonton Alassane DIA, Oumou DIA et son époux Mamadou DIA, Mame Hawa DIA, Néné Fitini « guomou khol », Tacko DIA, Mamadou Djiby DIA, Ibrahima DIALLO...).

Votre accueil chaleureux et votre soutien inestimable ont été ma force et ma source de motivation. Merci d'avoir été à mes côtés et d'avoir partagé cette étape de ma vie.

Mention spéciale à Dieynaba DIA qui a toujours été une mère pour moi, jamais je n'oublierai le soutien que tu m'as apporté. Que le Tout-Puissant te protège ainsi que toute ta famille.

À ma maman adorée Kiné SARR Mme DOSSOU, une seconde mère pour tous les médecins qui ont effectué leur stage dans ce service, pour ton soutien inestimable, tes précieux conseils et ton aide constante tout au long de ce chemin. Ta bienveillance, ton organisation et ta sagesse ont été des piliers essentiels dans ma réussite. Merci de toujours être présente tant professionnellement que personnellement.

À ma sœur Yacine NDIAYE, une personne dévouée et généreuse, pour ton soutien indéfectible, ta bienveillance et ton aide précieuse tout au long de ce

parcours. Ta capacité à gérer tant de responsabilités tout en restant une source d'encouragement m'a inspiré et m'a permis de surmonter bien des obstacles. Ce travail te doit beaucoup.

**À** ma très chère Dr Mame Safiétou DIOUF, pour ta sagesse, ton écoute et ton aide inestimable à chaque étape de ma vie. Ta générosité, tes conseils éclairés et ta présence constante m'ont permis de traverser les épreuves avec sérénité. Je ne pourrais jamais te remercier assez pour tout ce que tu as fait pour moi.

**À** ma jumelle Madjiguène DIACK, une sœur et amie avec qui j'ai partagé joie et peine. T'as toujours été là, surtout dans les moments les plus difficiles. Ton soutien m'a été d'une aide capitale dans ma vie. Tes qualités humaines et ton grand cœur font de toi un trésor précieux à mes yeux.

Merci du fond du cœur

**À** la plus douce Dr Danielle, une personne formidable au cœur d'or. Merci pour ta générosité et ton ouverture d'esprit. Que le Tout-Puissant veille sur toi.

**À** mon cher maître et ami Ousmane SALL, une personne humble et serviable, toujours prête à donner un coup de main. Merci pour ces moments de partage et de soutien. Ce travail t'est dédié.

**À** Mon aîné et frère Dr Abdoul Aziz MOREAU « mon chauffeur », pour ta générosité, ton amitié sans faille et ton aide précieuse à chaque instant. Depuis mon premier jour de stage dans votre structure, tu as toujours été là pour moi, prêt à offrir ton soutien et des conseils. Ce travail est également le fruit de ta bienveillance et de ton dévouement. Qu'Allah te donne une longue vie auprès de mon homonyme et de mes princesses.

À mon oncle Mbaye Ndiaye TSAR à l'EPSH Ndamatou, un homme très responsable et plein de vertus. Vous avez cru en moi dès mon premier jour de stage dans votre structure et m'avez toujours encouragé à aller de l'avant. Je ne vous remercierai jamais assez pour votre soutien, vos conseils et vos prières. Que le Tout-Puissant veille sur vous et sur toute votre famille.

À mon frère Pape Mamadou DIOP, un cadeau que la pratique hospitalière m'a donné. Je ne regrette pas d'avoir connu une personne aussi adorable dans ma vie. Merci pour ton soutien et d'avoir cru en moi. Que le Tout-Puissant te donne une longue vie auprès de notre reine Adama SARR et de nos futurs princes et princesses.

À mon statisticien et professeur de conduite M. Guissé, un grand homme avec une bonté énorme. T'as beaucoup fait pour moi sans jamais rien attendre en retour. Je te dédie ce travail et te remercie pour toute l'aide que tu m'as apportée.

À ce grand homme M. GNING de MG BUSINESS. On nous a mis en rapport quand j'ai voulu acheter une voiture, et depuis ce jour tu m'as considéré comme ta propre sœur. Tu t'es donné corps et âme pour que je puisse trouver la voiture de mes rêves ; même si tu ne me l'as pas vendu, tu m'as ensuite appris à la conduire sans jamais rien exiger. Merci d'avoir dépensé de ton temps, de ton argent et de ton savoir pour moi. Qu'Allah te le rende au centuple.

À mon Statisticien M. KOITE, j'ai pas regretté ce jour où je vous ai contacté pour vous confier ce travail. Votre sens de responsabilité et la qualité de votre travail font de vous un des meilleurs de votre génération. Merci pour votre disponibilité et votre contribution à l'élaboration de ce document.

À mes chers frères et sœurs de la promotion de médecine de l'UASZ : Rien ne pouvait prédire notre rencontre, mais la médecine nous a réunis et a su faire de nous une famille. Malgré les embûches, les obstacles, ce trajet si long et sinueux vous avez tous pu relever le défi. Que ce travail soit l'expression de mon attachement envers tout un chacun. Merci pour les merveilleuses années passées ensemble. Je prie Dieu, le Tout-Puissant, de vous assister, de vous offrir une brillante carrière professionnelle et un épanouissement social.

À mes frères et sœurs de l'UFR Santé de Ziguinchor : Dr Tahibou Balia DIALLO, Dr Khady SARR, Dr Adja Awa Kana BADIANE « Pace », Dr Cheikh Ahmed Tidiane Coulibaly, Dr Youssouph DIEDHIOU, Dr Abdallah DJEGNI, Vous avez marqué mon parcours de par votre considération immense envers ma modeste personne. Votre confiance et votre soutien m'ont non seulement apporté une grande force, mais ils m'ont aussi appris la valeur de l'humilité et du respect. Brillante carrière professionnelle à vous.

À mes sœurs et amies du groupe « on gère », Dr Fatoumata Y. Nd. SENE COLY, Dr Nicole B. DIATTA DIOUF, Dr Fatou SANE, Dr Bernadette F. SAMBOU, Dr Khadidiatou KANE DIALLO, Dr Élisabeth M. Y. DIOUF TINE, La médecine nous a certes réunis, mais le temps a créé entre nous des liens qui vont au-delà de ceux professionnels. J'ai appris en chacun de vous, et ceci m'a permis de comprendre beaucoup de choses de la vie et de m'améliorer. Merci de m'avoir donné l'opportunité de connaître ces belles âmes que vous êtes. On saura gérer devant toute situation incha Allah.

**Aux** brillants internes des hôpitaux de l’UASZ,

Vous faites la fierté de toute l’UFR. Votre courage et votre détermination ont fait de vous des références vis-à-vis de vos jeunes frères. Je vous souhaite une excellente carrière professionnelle, et que vos rêves se réalisent.

**À** mes aînés internes de gynécologie-obstétrique (Daouda Adama DIALLO, Aliou Djiby DIA, Mor Talla NDIAYE « sama fils », Mohamed SENE, Rahadat IBRAHIM « Raha lascar », merci pour les connaissances que vous avez partagées avec moi et pour votre accompagnement. Je vous souhaite une brillante carrière professionnelle.

**Aux** frères siamois

Aliou Djiby DIA et Daouda Adama DIALLO, l’internat a certes occasionné notre rencontre, mais j’ai toujours trouvé en vous mes frères au vrai sens du terme. Vous avez toujours été là, dans les bons comme les mauvais moments. Je vous porterai toujours dans mon cœur, où que je sois incha Allah.

Merci infiniment.

**À** mes frères et sœur d’internat de gynécologie-obstétrique (Aminata Tall GUEYE FALL « ma sorcière » la meilleure au cœur d’or, Nazir SYLLA un Grand Homme rempli de belles qualités humaines, Pathé SOW mon ami et « khoulowalé » avec un bon cœur), merci pour les bons moments de partage et de solidarité. Qu’Allah vous guide dans votre vie professionnelle.

**Aux** internes de gynécologie-obstétrique

Je m’estime heureuse de faire partie de cette grande famille. Vous avez choisi une noble spécialité, car il n’y a rien de plus beau que donner à une femme l’opportunité de tenir son enfant. Alors quelle que soit l’intensité de la fatigue, ne

regrettons jamais notre choix. Je souhaite une excellente carrière socio-professionnelle à tout un chacun.

**À** mes amis, frères et sœurs de la promotion « Ya latif » de gynécologie-obstétrique,

Merci pour les années passées ensemble. Je vous souhaite tout le bonheur du monde. Que le Tout-Puissant fasse de nous les meilleurs gynécologues que ce pays n'est jamais connus.

**À** ces belles personnes, les docteurs Lamanatou SEMBENE, Mariama BA, Ndéye Codou NIANG, Romziath KAKPO (ma sorcière), Florence SENE, LAWSON, Abdoulaye Ndiogou SAMB, Cheikh DIAO

Je n'ai pas regretté de vous avoir connu. Votre sincérité et votre esprit d'équipe sont des trésors qui rendent chaque jour de travail plus agréable et enrichissant. Travailler à vos côtés est un véritable privilège, et je vous suis profondément reconnaissante pour votre amitié et votre collaboration.

Merci à vous

**À** mes partenaires de la chirurgie générale Dr Mariam GUETI, aux sœurs « congossiennes » Dr Mariane NDIAYE et Dr Seynabou MBAYE, Dr Mame Mbacké DIOUF, Dr Maïmouna SOW,

Ces braves chirurgiennes, de véritables dames de fer. Vous côtoyer a été une belle expérience pour moi. Bonne continuation à vous et excellente carrière professionnelle.

**Aux** gynécologues, aux Sages-femmes et à tout le personnel du service de gynécologie-obstétrique de l'EPSH Ndamatou,

Merci pour votre accueil chaleureux qui nous a facilité notre passage dans votre service. Que la paix règne au sein de votre hôpital.

**A**ux gynécologues du service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital régional de Saint-Louis (Pr THIAM, Dr SARR, Dr SOW, Dr DIOUF), vous avez été les premiers à croire en moi et à m'accompagner dans ma formation. Ce travail est le fruit de vos enseignements et de votre soutien inestimable. Qu'Allah raffermisse vos pas et vous procure une santé de fer et une longue vie.

Merci infiniment.

**A** tout le personnel du service de gynécologie-obstétrique du Centre hospitalier national de Pikine (CHNP).

**A** tous ceux qui de près ou de loin m'ont aidé dans ce parcours.

# REMERCIEMENTS

## **SINCÈRES REMERCIEMENTS :**

*À* ma mère pour son aide précieuse

*À* mon défunt père pour les valeurs qu'il m'a transmises

*À* mon oncle Moussa BA

*À* tous mes maîtres et professeurs tout au long de mon cursus

*À* tous ceux qui de près ou de loin m'ont apporté leur aide pour la réalisation de ce travail.

# **À NOS MAÎTRES ET JUGES**

*À notre maître et Président du Jury*

*Le Professeur Ansoumana DIATTA*

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider notre jury de thèse. Nous vous remercions infiniment pour votre disponibilité et votre bienveillance. Vos qualités humaines, votre rigueur scientifique nous ont fortement marqués. Votre savoir-faire, votre abord facile et votre humilité ont suscité une grande admiration et un profond respect. Votre sens du travail bien accompli et votre pédagogie font vos éloges dans toute la sphère académique. Veuillez agréer, cher maître l'expression de nos sincères remerciements et de notre profonde gratitude. Qu'Allah vous rétribue votre générosité et vous garde longtemps en bonne santé pour faire profiter de votre expérience aux générations futures.

*À notre maître et juge,*

*le Professeur Serigne Modou Kane GUEYE*

Nous sommes très sensible de l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger à notre jury de thèse. Nous avons eu la chance de bénéficier de vos enseignements universitaires.

Nous avons apprécié votre rigueur dans le travail, vos connaissances et vos méthodes d'enseignements durant notre cursus.

Nous avons été émerveillée par votre simplicité, votre disponibilité et vos grandes qualités humaines et professionnelles.

Trouvez dans ce travail, cher Maître, le témoignage de notre grande estime, notre sincère reconnaissance et notre profond respect.

*À notre maître et juge,  
le Professeur Boubacar FALL*

Nous souhaitons vous adresser nos plus sincères remerciements pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Nous avons été marqués par votre humilité, votre simplicité et la finesse de vos attitudes sur le plan aussi humain que scientifique. C'est un honneur pour nous de vous compter parmi nos maîtres et juges. Nous vous prions de recevoir l'expression de notre respect sincère et de nos plus chaleureux remerciements.

*À notre maître et directeur de thèse,  
Le professeur Abdoul Aziz DIOUF*

Nous vous remercions de nous avoir honorés par votre présence et en acceptant de juger notre travail. Nous vous remercions infiniment et vous sommes très reconnaissante de la spontanéité et de l'amabilité avec lesquelles vous avez accepté de diriger notre travail. Nous sommes très heureuse et fière d'être comptée parmi vos disciples. Nous avons bénéficié avec une grande satisfaction de votre encadrement. La clarté de votre enseignement, votre disponibilité et l'intérêt que vous portez à chacun de vos étudiants nous ont séduits.

Vos qualités humaines et professionnelles ne sont plus à démontrer et susciteront toujours notre admiration.

Nous vous prions, cher Maître, de trouver ici le témoignage de notre sincère reconnaissance et de profonde gratitude.

*À notre maître et co-directrice de thèse,  
le Docteur Khalifa Ababacar GUEYE*

Cher maître, vous nous avez inspiré ce travail que vous avez guidé tout au long de son élaboration malgré vos multiples occupations.

Votre disponibilité, votre rigueur dans la démarche scientifique, vos qualités humaines nous ont à jamais marquées.

Nous admirons vos valeurs que sont la concision, le travail, la gentillesse, le respect qui font de vous un maître prestigieux et respecté.

Veillez recevoir ici, cher maître, l'expression de notre plus haute considération et de notre immense gratitude ainsi que notre fidèle attachement en vous souhaitant une brillante carrière universitaire.

Merci pour tout.

« Par délibération, l'UFR-2S a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation ».

# LISTE DES ABRÉVIATIONS

<b>AF</b>	: Année-femme
<b>AMPR</b>	: Acétate de médroxyprogestérone retard
<b>BNS-PF</b>	: Besoins non satisfaisants en matière de planification familiale
<b>CIC</b>	: Contraceptifs injectables combinés
<b>CIPD</b>	: Conférence internationale sur la population et le développement
<b>COC</b>	: Contraceptifs oraux combinés
<b>CSNPF</b>	: Cadre Stratégique National de Planification Familiale
<b>DIU</b>	: Dispositif intra-utérin
<b>DMPA</b>	: Médroxyprogestérone acétate
<b>EE</b>	: Éthinylœstradiol
<b>GdS</b>	: Gouvernement du Sénégal
<b>HTA</b>	: Hypertension artérielle
<b>IP</b>	: Indice de Pearl
<b>ISF</b>	: Indice synthétique de fécondité
<b>IST</b>	: Infection sexuellement transmissible
<b>ITS</b>	: Infection transmissible sexuellement
<b>LARC</b>	: Long Acting Reversible Contraception
<b>LNG</b>	: Lévonorgestrel
<b>MAMA</b>	: Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée
<b>MJF</b>	: Méthode des jours fixes
<b>OMS</b>	: Organisation Mondiale de la Santé
<b>OP</b>	: Œstro-progestatif
<b>PF</b>	: Planification familiale
<b>POP</b>	: Pilule œstroprogestative
<b>PPS</b>	: Pilule progestative seule

- SARC** : Short Acting Reversible Contraception
- SIU** : Système intra-utérin
- SIU-LNG** : Système intra-utérin au lévonorgestrel
- TPC** : Taux de prévalence contraceptive
- USA** : États-Unis d'Amérique
- VIH/SIDA** : Virus de l'immunodéficience humaine/Syndrome de l'immunodéficience acquise

## LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Pilules contraceptives .....	15
Figure 2 : Patch cutané et sites d'insertion.....	20
Figure 3 : Progestatif injectable .....	22
Figure 4 : Norplant, Jadelle et Implanon.....	24
Figure 5 : Utilisation du collier .....	32
Figure 6 : Images illustrant le DIU au cuivre à Gauche et le DIU hormonal à Droite.....	34
Figure 7 : Image illustrative du Préservatif féminin avec ses deux anneaux.....	37
Figure 8 : Répartition selon les tranches d'âge .....	47
Figure 9 : Répartition des femmes selon l'âge du dernier enfant .....	48
Figure 10 : Répartition des femmes selon le contraceptif utilisé dans le passé..	49
Figure 11 : Répartition selon la durée de la contraception dans le passé .....	50
Figure 12 : Répartition selon le type d'effet secondaire .....	51
Figure 13 : Répartition selon la durée d'utilisation de la méthode injectable ....	52

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau I : Efficacité des méthodes contraceptives selon l’OMS 2011 .....	9
Tableau II : Utilisation de la méthode contraceptive dans les différentes catégories en fonction de l’évaluation clinique .....	12
Tableau III : Les indications et contre-indication des COC.....	17
Tableau IV : Avantages, inconvénients, et effets secondaires des différentes méthodes de barrière .....	41
Tableau V : Les contraceptifs utilisés en contraception d’urgence et leur posologie .....	42
Tableau VI : Répartition selon les effets secondaires de la contraception injectable .....	53
Tableau VII : Répartition selon la méthode contraceptive en cours (n = 106)...	53
Tableau VIII : Répartition selon la durée de la méthode contraceptive en cours. ....	54
Tableau IX : Répartition selon les effets secondaires de la méthode contraceptive en cours.....	55
Tableau X : Répartition selon la perception de la méthode contraceptive .....	56
Tableau XI : Répartition selon la perception par rapport à la religion .....	57

# TABLE DES MATIÈRES

DÉDICACES.....	iii
REMERCIEMENTS .....	xiv
À NOS MAÎTRES ET JUGES.....	xvi
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	xxi
LISTE DES FIGURES.....	xxiii
LISTE DES TABLEAUX .....	xxiv
INTRODUCTION.....	1
PREMIÈRE PARTIE : REVUE DE LA LITTÉRATURE.....	5
I. GÉNÉRALITÉS.....	6
I.1. Définition .....	6
I.2. Counseling d'une planification familiale.....	6
I.2.1. Définition .....	6
I.2.2. Principes.....	6
I.2.3. Technique de counseling.....	6
I.3. Critères de qualité d'une méthode contraceptive.....	8
I.4. Classification des méthodes contraceptives.....	10
I.5. Critères de recevabilité de l'OMS.....	10
II. LES MÉTHODES HORMONALES .....	13
II.1. Les œstroprogestatifs .....	13
II.1.1. Les contraceptifs oraux combinés .....	13
II.1.1.1. Mécanisme d'action.....	13
II.1.1.2. Classification .....	13
II.1.1.3. Efficacité.....	15
II.1.1.4. Avantages .....	15
II.1.1.5. Inconvénients.....	16
II.1.1.6. Effets secondaires .....	16
II.1.1.7. Indications et contre-indications.....	17
II.1.2. Œstroprogestatifs injectables.....	17
II.1.2.1. Mécanisme d'action.....	18
II.1.2.2. Efficacité.....	18
II.1.2.3. Avantages et inconvénients .....	18
II.1.2.4. Effets secondaires .....	18
II.1.2.5. Indications et contre-indications.....	19
II.1.3. Patches cutanés.....	19
II.1.3.1. Mécanisme d'action.....	19
II.1.3.2. Efficacité.....	20
II.1.3.3. Effets indésirables.....	20
II.1.3.4. Indications et contre-indications.....	20
II.2. Les progestatifs.....	20
II.2.1. Les progestatifs oraux.....	21
II.2.1.1. Mécanisme d'action.....	21

II.2.1.2. Efficacité.....	21
II.2.1.3. Effets indésirables.....	21
II.2.1.4. Indications.....	21
II.2.1.5. Contres indications .....	21
II.2.2. Les progestatifs injectables.....	22
II.2.2.1. Mécanisme d'action.....	22
II.2.2.2. Efficacité.....	22
II.2.2.3. Effets indésirables.....	22
II.2.2.4. Indications.....	23
II.2.2.5. Contres indications .....	23
II.2.3. Les implants.....	23
II.2.3.1. Types.....	24
II.2.3.2. Mécanisme d'action.....	24
II.2.3.3. Efficacité.....	25
II.2.3.4. Avantages .....	25
II.2.3.5. Inconvénients.....	25
II.2.3.6. Effets indésirables.....	26
II.2.3.7. Indication-contre-indications.....	26
III. LES MÉTHODES NATURELLES .....	27
III.1. Le retrait ou le coït interrompu .....	27
III.1.1. Principe.....	27
III.1.2. Efficacité .....	27
III.1.3. Avantages .....	27
III.1.4. Inconvénients.....	27
III.2. Méthode du calendrier ou méthode Ogino-Knauss.....	28
III.2.1. Principe.....	28
III.2.2. Avantages .....	28
III.2.3. Inconvénients.....	28
III.3. La méthode des températures.....	28
III.3.1. Principe.....	28
III.3.2. Efficacité .....	29
III.3.3. Avantages .....	29
III.3.4. Inconvénients.....	29
III.4. La méthode de la glaire cervicale ou méthode de Billings .....	29
III.4.1. Principe.....	29
III.4.2. Efficacité .....	30
III.4.3. Avantages .....	30
III.4.4. Inconvénients.....	30
III.5. La méthode du collier ou Méthode des jours fixes .....	30
III.5.1. Principe.....	30
III.5.2. Efficacité .....	31
III.5.3. Avantages .....	31
III.5.4. Inconvénients.....	31

III.6. La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée.....	32
III.6.1. Principe.....	32
III.6.2. Efficacité .....	32
III.6.3. Avantages .....	33
III.6.4. Inconvénients.....	33
IV. LES MÉTHODES MÉCANIQUES .....	34
IV.1. Les dispositifs intra-utérins .....	34
IV.1.1. Classification.....	34
IV.1.2. Mécanisme d'action .....	34
IV.1.3. Efficacité .....	35
IV.1.4. Effets indésirables .....	35
IV.1.5. Indications .....	35
IV.1.6. Contre-indications .....	36
IV.2. Les condoms .....	37
IV.2.1. Mécanisme d'action .....	37
IV.2.2. Efficacité .....	38
IV.2.3. Contre-indications .....	38
IV.3. Le Diaphragme vaginal .....	38
IV.3.1. Mécanisme d'action .....	38
IV.3.2. Efficacité .....	38
IV.3.3. Contres indications.....	39
IV.4. La cape cervicale .....	39
IV.4.1. Mécanisme d'action .....	39
IV.4.2. Efficacité .....	39
IV.4.3. Contres indications.....	39
IV.5. L'éponge contraceptive.....	40
IV.5.1. Mécanisme d'action .....	40
IV.5.2. Efficacité .....	40
IV.5.3. Effets indésirables .....	40
IV.5.4. Contre-indications .....	40
V. AUTRES MÉTHODES.....	42
V.1. La contraception d'urgence ou contraception du lendemain.....	42
V.2. Les spermicides.....	43
V.2.1. Efficacité.....	43
V.2.2. Mécanisme d'action .....	43
V.2.3. Contre-indications .....	43
V.2.4. Effets indésirables .....	43
DEUXIÈME PARTIE : NOTRE ÉTUDE .....	44
I. CADRE D'ÉTUDE.....	45
II. MÉTHODOLOGIE .....	45
II.1. Type d'étude .....	45
II.2. Population d'étude.....	45
II.2.1. Critères d'inclusion .....	45

II.2.2. Critères de non-inclusion.....	45
II.2.3. Les variables étudiées.....	45
II.3. Recueil et analyse des données.....	46
II.4. Aspects éthiques.....	46
III. RÉSULTATS .....	47
III.1. Caractères socio-démographiques.....	47
III.1.1. Âge .....	47
III.1.2. Adresse .....	48
III.1.3. Niveau d'instruction.....	48
III.1.4. Âge du dernier enfant.....	48
III.1.5. Ménopause.....	48
III.1.6. Grossesse .....	49
III.2. Connaissance en matière de contraception et de ses effets secondaires ....	49
III.2.1. Notion de contraception dans le passé .....	49
III.2.2. Méthode contraceptive utilisée dans le passé .....	49
III.2.3. Durée d'utilisation de la contraception dans le passé .....	50
III.2.4. Effets secondaires attribués à la contraception déjà utilisée.....	50
III.2.5. Type d'effets secondaires.....	51
III.2.6. Fertilité après contraception.....	51
III.2.7. Problématique de la méthode injectable .....	52
III.2.8. Méthode contraceptive en cours.....	53
III.2.9. Durée de la méthode contraceptive en cours .....	54
III.2.10. Effets secondaires de la méthode contraceptive en cours.....	54
III.3. Perceptions influençant la pratique contraceptive .....	55
III.3.1. Avis des femmes vis-à-vis de la contraception.....	55
III.3.2. Époux.....	56
III.3.3. Religion .....	57
IV. DISCUSSION .....	58
IV.1. Caractères socio-démographiques.....	58
IV.2. Connaissance en matière de contraception et de ses effets secondaires ....	58
IV.3. Perceptions influençant la pratique contraceptive.....	60
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS .....	68
RÉFÉRENCES .....	72
ANNEXES .....	79

# INTRODUCTION

La planification familiale (PF) est l'une des interventions disponibles, les plus efficaces pour sauver des vies et améliorer la santé de la femme et de l'enfant [1]. Depuis la tenue de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) en 1994 au Caire et l'adoption de la Stratégie Mondiale pour la santé de la Mère et de l'Enfant en 2010, toutes les conventions internationales ont reconnu l'importance de la PF. Cependant, il est important de noter que, malgré les efforts déployés par la communauté internationale, on note un faible taux de prévalence contraceptive (TPC) avec des besoins non satisfaits en matière de planification familiale (BNS-PF) encore élevés [1].

Le dernier rapport de l'Organisation des Nations Unies portant sur l'utilisation des différentes méthodes contraceptives à travers le monde a été publié en 2019. À cette date, il y avait dans le monde, 1,9 milliard de femmes en âge de procréer, sachant que la tranche d'âge entre 15 et 49 ans est considérée comme « la période de reproduction » des femmes. Parmi ces femmes, 800 millions ne souhaitaient pas utiliser de contraception, soit parce qu'elles n'avaient pas de relation sexuelle, soit parce qu'elles avaient un désir de grossesse. En revanche, 1,1 milliard de femmes avaient un besoin contraceptif, et, parmi celles-ci, 922 millions utilisaient une méthode de contraception. Notons que 190 millions de femmes, soit 10 %, n'utilisaient pas de méthode de contraception alors qu'elles (ou leur partenaire) avaient un besoin contraceptif.

L'utilisation de la contraception est très différente selon les continents. La plus faible utilisation se retrouve en Afrique subsaharienne, avec un pourcentage de 28 % de femmes qui l'utilisent. Ce pourcentage augmente en Afrique du Nord (35 %), en Asie de l'Ouest (49 %), en Océanie (57 %), en Amérique latine et aux Caraïbes, et il atteint 58 % des couples en Europe et en Amérique du Nord. Le pourcentage le plus élevé se retrouve en Asie de l'Est ou en Asie du Sud-Est, où il atteint 60 % des couples [2].

La planification familiale est l'une des composantes essentielles des soins de santé primaire et de santé de la reproduction visant à améliorer la santé de la mère, du

nouveau-né et de l'enfant, par la réduction de la morbidité et de la mortalité dans ces catégories, ainsi que la transmission du VIH/SIDA [3].

Cette PF va jouer un rôle important dans la maîtrise de l'accroissement démographique mais aussi va contribuer de façon très significative à l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD), à savoir la réduction de la mortalité infantile et l'amélioration de la santé maternelle (OMS). Elle permet également de lutter contre les grossesses non désirées et les complications qui en découlent [4].

Le Gouvernement du Sénégal s'est résolument engagé vers une politique volontariste de PF. Ainsi, en 2012, il a eu à adopter un Plan d'Action National pour la PF pour la période 2012–2015 qui a été suivi par le Cadre Stratégique National de PF (CSNPF) pour la période 2016–2020. La mise en œuvre de ce CSNPF repose sur une approche multisectorielle basée sur une implication effective des différents secteurs comme le secteur privé et le niveau communautaire pour élargir l'accès à la PF volontaire en vue d'atteindre un taux de prévalence contraceptive moderne de 47 % en 2020 [5].

Au Sénégal, l'indice synthétique de fécondité (ISF) reste toujours élevé avec 4,7 enfants par femme en 2019. L'utilisation de la contraception moderne s'est considérablement améliorée et a doublé en passant de 12,1 % en 2010-2011 à 25,5 % en 2019. Durant la même période, les BNS-PF sont passés de 29,4 % à 21,7 % soit une baisse de 8,4 %. Ce qui conforte l'idée selon laquelle la prise en charge des BNS-PF contribuerait à augmenter sensiblement le TPC moderne et à permettre au Sénégal d'atteindre ses objectifs [1].

Malgré ces progrès, les objectifs en couverture contraceptive ne sont toujours pas atteints. Et pour augmenter le taux d'utilisation des méthodes contraceptives, il est important d'agir sur l'amélioration de la connaissance et de la compréhension des femmes sur la contraception moderne.

Ce qui nous a amenés à étudier les perceptions et les effets secondaires de la contraception chez les femmes du Sénégal afin de mieux cerner ce qui leur empêche de faire recours à la pratique contraceptive.

Afin de mener à bien notre travail, nous nous sommes assigné comme objectif principal d'évaluer la connaissance des femmes du Sénégal en matière de contraception moderne et comme objectifs spécifiques de répertorier les effets secondaires attribués à la PF, de recueillir leurs perceptions vis-à-vis de la PF et d'évaluer leurs connaissances religieuses en rapport avec PF.

Notre travail comportera deux parties : une première où nous allons faire la revue de la littérature sur la contraception et une deuxième où nous rapporteront nos résultats que nous discuterons.

# **PREMIÈRE PARTIE : REVUE DE LA LITTÉRATURE**

# **I. GÉNÉRALITÉS**

## **I.1. Définition**

Selon l'OMS (l'Organisation Mondiale de la Santé), la contraception se définit par tout agent, dispositif, méthode ou procédure permettant de diminuer la probabilité de conception ou de l'éviter.

Elle permet d'avoir des enfants au moment où ils le décident, d'avoir juste le nombre d'enfant qu'ils désirent et dont ils peuvent prendre soins, d'espacer convenablement la naissance de leurs enfants.

## **I.2. Counseling d'une planification familiale [6]**

### **I.2.1. Définition**

C'est un processus de communication en face à face, confidentiel par lequel une personne est aidée par des personnes compétentes à exprimer ses besoins, identifier les problèmes et à prendre des solutions conséquentes.

### **I.2.2. Principes**

Les principes de base du counseling sont les suivants :

- Laisser à la cliente le droit de décider.
- Garder les problèmes de la cliente confidentiels.
- Dire la vérité.
- Connaître le sujet.
- Reconnaître ses limites dans le counseling.

### **I.2.3. Technique de counseling**

La méthode BERCER

**B.** Bienvenue ou salutation pour mettre le client à l'aise.

- Saluer avec respect et sympathie, offrir le siège.
- Se présenter par son nom et qualification.
- Dire à la personne que l'entretien est confidentiel.

**E.** Entretien : le client exprime ses besoins (motif).

- Demander d'exposer la raison de la visite.
- Écouter attentivement le client.
- Encourager le client à continuer à parler.
- Poser des questions pour mieux comprendre le problème du client.
- Essayer de comprendre sans juger, garder la neutralité.
- Ne pas interrompre le client quand il parle.

**R.** Renseignement : le prestataire se renseigne sur les connaissances en SR.

- Le prestataire donne toutes les informations nécessaires sur le sujet.
- Demander à la personne de citer les méthodes qu'elle connaît.
- Présenter les différentes méthodes contraceptives.
- Montrer et donner à toucher les échantillons des méthodes citées.
- Informer sur les méthodes disponibles au niveau du volontaire PF, des CS et au niveau des cliniques PF.
- Dire si nécessaire, les limites de ses compétences.

**C.** Choix de la solution appropriée : le prestataire s'assure de la compréhension de la cliente. Il faut demander la méthode que la personne veut utiliser.

**E.** Explication de la solution (méthode) choisie.

- Expliquer les notions essentielles pour l'utilisation.
- Demander à la personne de répéter ce qu'elle a compris.
- Vérifier ce qui n'est pas compris.
- Reprendre avec patience les informations incomprises.
- Donner une documentation à emporter.
- Dans le cas du condom, faire la démonstration avec le mannequin.

Il faudra faire un récapitulatif à la fin de cette étape sur :

- Présentation.
- Avantages et inconvénients.
- Mode d'action.
- Mode d'utilisation.

**R.** Retour : rendez-vous [7].

- Référer si nécessaire le client, sinon il faut fixer le rendez-vous ou le retour de la cliente.
- Rappeler sa disponibilité pour une autre rencontre.

### **I.3. Critères de qualité d'une méthode contraceptive**

Une méthode contraceptive doit, pour être de bonne qualité, obéir à un certain nombre de critères [8,9].

**L'efficacité** : l'efficacité d'une méthode contraceptive désigne la probabilité de grossesse durant la première année d'utilisation de la méthode. Elle est appréciée par l'indice de Pearl (IP) qui détermine le taux d'échec.

L'indice de Pearl s'exprime en pourcentage année-femme (% AF). C'est le nombre de grossesses accidentelles observées chez 100 femmes utilisant une méthode contraceptive pendant 12 mois. Plus il est proche de zéro (0), plus la contraception sera efficace.

**Tableau I : Efficacité des méthodes contraceptives selon l’OMS 2011 [10]**

Efficacité comparative des principales méthodes contraceptives		
Méthode	Indice de Pearl	Efficacité pratique
Œstroprogestatifs (pilule)	0,3	8
Progestatifs (pilule)	0,3	8
Dispositif intra-utérin au lévonorgestrel	0,2	0,2
Dispositif intra-utérin au cuivre	0,6	0,8
Préservatifs masculins	2	15
Spermicides	18	29
Diaphragme et spermicides	6	16
Cape cervicale	9 à 26	16 à 32
Méthodes naturelles	1 à 9	20
Implants	0,05	0,05

- **L’innocuité** : la méthode contraceptive ne doit pas exposer une femme à des risques supérieurs aux bénéfices attendus. Les incidents doivent être tolérables et peu fréquents.
- **L’acceptabilité** : la méthode contraceptive doit être simple d’utilisation, bien acceptée pour que l’observance soit bonne. Il est donc indispensable d’établir la prescription en fonction des valeurs morales, religieuses, de la sexualité, du profil psychologique et du niveau de compréhension.
- **Le coût** : il doit être acceptable pour l’individu et la collectivité.
- **La réversibilité** : elle se définit par la rapidité du retour à la fécondité normale après l’arrêt de la méthode. Ce retour à la fertilité normale ne signifie pas qu’une grossesse doit survenir.

#### **I.4. Classification des méthodes contraceptives**

Il existe trois types de contraception :

**Les contraceptions au « coup par coup » ou naturelles :** les préservatifs masculins ou féminins, les rapports programmés (Ogino), le retrait, l'observation de la glaire, etc. Le taux de grossesse annuel varie de 15 à 40 % du fait principalement de problème d'observance

**Les contraceptions à courte ou moyenne durée d'action (Short Acting Reversible Contraception – SARC).**

Ce sont les pilules progestatives pures (Progestin Only Pills (POP)) ; les contraceptifs œstroprogestatifs (OP) ; les anneaux et les patches (Pills, Patches and Ring (PPR)). Le taux d'échec de ces SARC est de 6 % par an environ.

**Les contraceptions de longue durée d'action (Long Acting Reversible Contraception – LARC).** Ils sont représentés par les dispositifs intra utérins (DIU) ; les systèmes intra utérins (SIU) libérant localement du lévonorgestrel (LNG) (Mirena<sup>®</sup> et Jaydes<sup>®</sup>) ; l'implant libérant du desogestrel (Nexplanon<sup>®</sup>). Le taux d'efficacité de ces LARC est très élevé 99,5 % environ.

La stérilisation par ligature des trompes ou des déférents ou par pose d'implants tubaires (Essure<sup>®</sup>) n'est pas à proprement parler une contraception car, elle est irréversible [11].

#### **I.5. Critères de recevabilité de l'OMS [8,11,12]**

L'OMS a mis en place un système de classification pour l'adoption et l'utilisation continue des méthodes contraceptives en évaluant les risques et les avantages, sur le plan de la santé, par rapport aux « conditions » spécifiques. Par condition ou état, on entend des caractéristiques individuelles (âge, antécédents gestationnels) ou une pathologie préexistante connue (diabète, hypertension). Les situations cliniques qui ont une incidence sur l'acceptabilité des diverses méthodes contraceptives ont été classées dans l'une des quatre (4) catégories suivantes :

- l'utilisation de la méthode contraceptive n'appelle aucune restriction ;
- les avantages de la méthode contraceptive l'emportent en général sur les risques théoriques ou avérés ;
- les risques théoriques ou avérés l'emportent généralement sur les avantages procurés par l'emploi de la méthode ;
- le risque est inacceptable pour la santé en cas d'utilisation de la méthode contraceptive.

Les catégories 1 et 4 sont explicites. La classification d'une méthode ou d'un état dans la catégorie 2 indique qu'on peut en général utiliser la méthode, mais qu'un suivi attentif peut être nécessaire. Par ailleurs, le fait de fournir une méthode à une femme dont l'état est classé dans la catégorie 3 nécessite une évaluation clinique soigneuse et l'accès à des services cliniques ; dans ce cas, il faudra tenir compte de la gravité de la pathologie ainsi que de la disponibilité, des modalités pratiques d'utilisation et de l'acceptabilité d'autres méthodes. Pour une méthode ou un état classé (e) dans la catégorie 3, il n'est en général pas recommandé d'utiliser ladite méthode sauf si d'autres méthodes plus appropriées ne sont pas disponibles ou pas acceptables. Un suivi rigoureux sera alors nécessaire.

Les différentes catégories sont matérialisées dans le tableau I.

**Tableau II : Utilisation de la méthode contraceptive dans les différentes catégories en fonction de l'évaluation clinique [13]**

<b>Catégorie</b>	<b>Avec jugement clinique</b>	<b>Avec jugement clinique limité</b>
1	Utilisation de la méthode quelles que soient les circonstances	Oui (utiliser la méthode)
2	Utiliser généralement la méthode	
3	L'utilisation de la méthode n'est pas recommandée en général, à moins que d'autres méthodes plus appropriées ne soient ni disponibles ni acceptables	Non (ne pas utiliser la méthode)
4	Méthode ne doit pas être utilisée	

## **II. LES MÉTHODES HORMONALES**

### **II.1. Les œstroprogestatifs**

Elle désigne les moyens de contraception qui contiennent à la fois de l'œstrogène et de progestatif [14].

#### **II.1.1. Les contraceptifs oraux combinés (COC)**

##### **II.1.1.1. Mécanisme d'action [15]**

Les COC agissent avec le principe des 3 verrous :

- supprime l'ovulation ;
- épaissit la glaire cervicale ralentissant la progression des spermatozoïdes ;
- modifie l'endomètre par atrophie rendant la nidation difficile.

##### **II.1.1.2. Classification [16,17,18]**

Ils associent un œstrogène, l'éthinylœstradiol et un progestatif de synthèse. Tous les types de progestatifs utilisés sont des norstéroïdes dérivés de la 19 nortestostérone. Ils sont classiquement séparés en « générations », en fonction de leur ancienneté et de leurs propriétés pharmacologiques. Ainsi on distingue :

- les progestatifs de 1<sup>re</sup> génération : noréthistérone, noréthindrone ;
- les progestatifs de 2<sup>e</sup> génération : norgestrel, lévonorgestrel ;
- les progestatifs de 3<sup>e</sup> génération : désostrel, gestodène, norgestimate.

Les deux premières générations de progestatifs sont douées d'une affinité non négligeable pour les récepteurs aux androgènes contrairement aux progestatifs de 3<sup>e</sup> génération à faible effet androgénique. L'intérêt des progestatifs de 3<sup>e</sup> génération est de diminuer les effets secondaires métaboliques indésirables, principalement ceux liés à l'activité androgénique résiduelle de ces molécules (acné, prise de poids, hirsutisme, séborrhée).

Selon la quantité d'œstrogène, le type de progestatif, la prédominance de l'effet œstrogénique ou de l'effet progestatif, on distingue :

- les œstroprogestatifs combinés : le dosage de l'éthinylœstradiol détermine la classification de l'œstroprogestatif en normodosé (50 µg) et minidosé (inférieur à 35 µg). La combinaison de l'éthinylœstradiol et du progestatif peut être :
  - monophasique : les 21 pilules actives (hormonales) ont la même dose d'éthinylœstradiol et de progestatif,
  - biphasique : les 21 pilules actives contiennent 2 combinaisons différentes d'œstroprogestatifs. La posologie est faible en première partie d'administration (7 ou 11 jours), puis augmente lors de la deuxième partie,
  - triphasique : les 21 pilules actives contiennent 3 combinaisons différentes d'œstroprogestatifs. Ces pilules améliorent la tolérance en imitant le profil hormonal du cycle menstruel ;
- les œstroprogestatifs séquentiels : l'éthinylœstradiol est utilisé seul pendant les 7 premiers jours, puis est associé les 14 jours suivants à la molécule de progestatif. Ce type de contraception à climat œstrogénique dominant est utilisé uniquement dans les situations où il est nécessaire, soit de rétablir un endomètre prolifératif (post abortum), soit d'obtenir une glaire transparente (préparation du col de l'utérus pour examen colposcopique). Ces pilules doivent être utilisées sur une courte période car elles ont été associées à une augmentation significative du risque de cancer de l'endomètre. De plus, leur indice de Pearl est nettement supérieur (2 à 3 % AF) à celui des méthodes combinées classiques.



**Figure 1 : Pilules contraceptives [19]**

### **II.1.1.3. Efficacité**

Les COC constituent un mode de contraception réversible très efficace. En utilisation parfaite, ils sont efficaces à 99,9 % [14].

L'indice de Pearl des contraceptifs oraux estroprogestatifs, dans les essais cliniques, se situe entre 0 et 0,7 [20].

### **II.1.1.4. Avantages**

- Les contraceptifs oraux combinés à haute et basse doses diminuent le risque de :
  - cancer de l'endomètre de 60 % après au moins 10 ans d'utilisation,
  - cancer de l'ovaire de près de 50 % après 5 ans d'utilisation et de 80 % après  $\geq 10$  ans d'utilisation ;
- Ils diminuent également le risque de :
  - kyste fonctionnel de l'ovaire,
  - tumeurs bénignes de l'ovaire,
  - saignement utérin anormal due à un dysfonctionnement ovulatoire,
  - dysménorrhée,
  - trouble dysphorique prémenstruel,
  - anémie ferriprive,
  - trouble bénin du sein ;

- Les salpingites, qui affectent la fertilité, sont moins fréquentes en cas d'utilisation de contraceptifs oraux [21].
- Elles ont une bonne efficacité, un coût abordable
- Elles n'interfèrent pas avec les rapports sexuels et peuvent être fournies par un personnel non médical [22].

#### **II.1.1.5. Inconvénients**

- C'est une méthode astreignante (prise quotidienne) ;
- Comporte un risque d'oubli et certains effets secondaires ;
- Elle n'assure aucune protection contre les IST/SIDA et interagit avec la rifampicine et les autres inducteurs enzymatiques [22].

#### **II.1.1.6. Effets secondaires [8,23,24]**

- Effets secondaires mineurs :
  - aménorrhée, spotting ;
  - nausées, vomissements ;
  - céphalées ;
  - prise de poids ;
  - seins sensibles ;
  - saute d'humeur, baisse de la libido, acné, etc.
- Effets secondaires majeurs :
  - hypertension artérielle, cardiopathie ischémique ;
  - troubles de la fonction hépatobiliaire, avec lithiase biliaire, ictère cholestatique, tumeur hépatique ;
  - troubles de la tolérance glucidique avec risque de diabète ;
  - accidents thromboemboliques ;
  - accidents vasculaires cérébraux.

### II.1.1.7. Indications et contre-indications [8,16,25]

Le tableau ci-après évoque les indications et les contre-indications des COC.

**Tableau III : Les indications et contre-indications des COC**

<b>Indications</b>	<b>Contre-indications</b>
- Femmes en âge de procréer	- Grossesse (suspectée ou confirmée)
- Femmes de toutes parités et nullipares	- Cancer du sein
- Femmes qui souhaitent une protection très efficace contre la grossesse	- Allaitement à moins de 6 mois du post-partum
- Femmes qui allaitent (6 mois du post-partum ou plus)	- Femmes âgées de 35 ans ou plus et qui fument
- Femmes en post-partum et qui n'allaitent pas	- Diabète, obésité, hyperlipidémie
- Femmes en post-abortum	- Embolie pulmonaire
- Femmes avec antécédents d'anémie	- Phlébite
- Femmes avec crampes menstruelles prononcées	- Anomalies constitutionnelles ou acquises de la coagulation
- Femmes avec cycles irréguliers	- HTA non équilibrée
- Femmes avec antécédents de grossesse extra-utérine (GEU)	- Cardiopathie ischémique, valvulopathie
	- Accident vasculaire cérébral
	- Chirurgie avec immobilisation prolongée
	- Migraines avec symptômes focaux ou chez une femme de 35 ans ou plus
	- Pathologie hépatobiliaire
	- Insuffisance rénale
	- Femmes oubliant souvent la prise de pilule.

### II.1.2. Œstroprogestatifs injectables

Les injectables combinés mensuels contiennent des œstrogènes et des progestatifs et sont administrés sur une base mensuelle [26].

### **II.1.2.1. Mécanisme d'action**

Les CIC suppriment constamment l'ovulation, à l'image de l'action contraceptive des COC. Vu que les CIC contiennent des œstrogènes, ils ont tendance à produire des règles mensuelles régulières alors que les injectables progestatifs entraînent des règles irrégulières (fréquentes ou peu fréquentes). Vu que les CIC contiennent des œstrogènes et des progestatifs, ils affectent probablement la glaire cervicale, la rendant épaisse, de sorte que les spermatozoïdes ne puissent pas pénétrer [26].

### **II.1.2.2. Efficacité**

Tels qu'utilisés couramment, environ 3 grossesses pour 100 femmes utilisant les injectables mensuels pendant la première année. Cela signifie que 97 femmes sur 100 utilisant les injectables ne tomberont pas enceintes.

Lorsque les femmes ont leur injection à temps, moins d'une grossesse pour 100 femmes utilisant les injectables mensuels pendant la première année (5 pour 10 000 femmes) [13].

### **II.1.2.3. Avantages et inconvénients**

Les études à long terme faites sur les injectables mensuels sont limitées, mais les chercheurs pensent que leurs avantages et risques pour la santé sont analogues à ceux des contraceptifs oraux combinés. Il pourrait pourtant y avoir certaines différences au niveau des effets sur le foie [13].

### **II.1.2.4. Effets secondaires [13]**

Certaines utilisatrices indiquent les problèmes suivants :

- changements dans les modes de saignements, notamment :
  - saignements plus légers et moins de jours de saignements,
  - saignements irréguliers,
  - saignements peu fréquents,
  - saignements prolongés,

- aucun saignement mensuel ;
  - prise de poids ;
  - maux de tête ;
  - étourdissements ;
  - seins endoloris.

### **II.1.2.5. Indications et contre-indications**

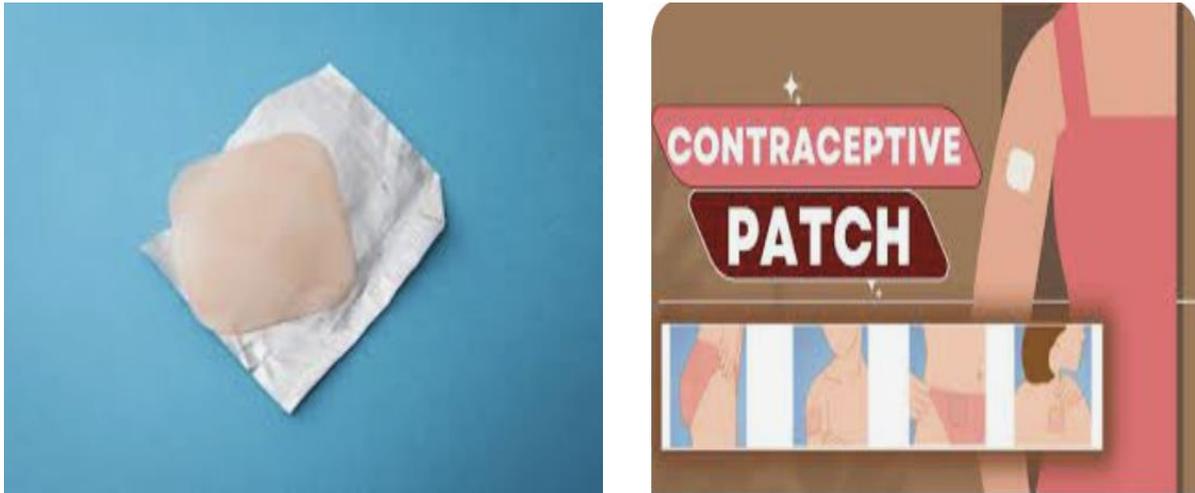
Il dispose des mêmes indications et contre-indications que les COC et devrait être envisagé par les femmes qui ont de la difficulté à se rappeler la prise de pilule chaque jour, qui souhaitent obtenir des saignements mensuels prévisibles ou qui présentent des troubles d'absorption entérique [8].

### **II.1.3. Patchs cutanés**

#### **II.1.3.1. Mécanisme d'action**

C'est un dispositif transdermique, qui libère une quantité fixe d'œstro-progestatif de synthèse (150 µg de norelgestromine et 20 µg d'EE) et agit sur le même mode d'action. Le patch est changé de façon hebdomadaire pendant 3 semaines suivies d'une semaine d'arrêt [20].

Ils agissent en inhibant l'ovulation et en altérant la glaire cervicale et l'endomètre. Ils sont généralement appliqués sur les fesses, l'abdomen, la face externe des bras et la partie supérieure du torse et jamais sur le sein. Ils sont mis en place pour une semaine et ce, trois semaines consécutives sur quatre. Pour la première utilisation : un patch par semaine en commençant le premier jour des règles, ainsi les jours d'application sont le : 1<sup>er</sup>, 8<sup>e</sup>, 15<sup>e</sup> jour du cycle et une semaine libre (22<sup>e</sup> jour au 28<sup>e</sup> jour) [22].



**Figure 2 : Patch cutané et sites d'insertion [27]**

### **II.1.3.2. Efficacité**

L'indice de Pearl du timbre contraceptif transdermique (taux des échecs en fonction du nombre de grossesses pour 100 années femme) est de 0,7 dans le cas d'une utilisation parfaite [14].

### **II.1.3.3. Effets indésirables**

À l'exception des réactions sur le site d'application, les effets indésirables qui affectent les utilisatrices de timbres contraceptifs sont semblables à ceux que connaissent les utilisatrices de COC mais le timbre cause rarement l'aménorrhée [14].

### **II.1.3.4. Indications et contre-indications**

Ils ont les mêmes indications et contre-indications que les oestroprogestatifs oraux [22].

## **II.2. Les progestatifs**

Les contraceptifs ne contenant qu'un progestatif peuvent être offerts sous forme de comprimé oral, d'implants ou de solution injectable [14].

## **II.2.1. Les progestatifs oraux**

### **II.2.1.1. Mécanisme d'action**

L'altération de la glaire cervicale (portant sur le volume, la viscosité et la structure moléculaire) constitue le principal mécanisme d'action des pilules de progestatif seul (PPS). Ceci entrave ou empêche la pénétration des spermatozoïdes. L'ovulation peut être supprimée et des modifications de l'endomètre peuvent se produire [14].

### **II.2.1.2. Efficacité**

Utilisées selon les indications les PPS sont très sûres et grandement efficaces. En utilisation parfaite, elles présentent un taux d'échec de 0,5 % [8]. L'indice de Pearl des pilules microprogestatives est de 0,3 [20].

### **II.2.1.3. Effets indésirables**

L'utilisation des PPS est associée à des saignements irréguliers et des pertes vaginales légères. Les effets indésirables de nature hormonale (tels que les céphalées, le ballonnement, l'acné et la sensibilité des seins) ne surviennent que peu fréquemment [14].

### **II.2.1.4. Indications**

Elles peuvent être utilisées par les femmes qui nécessitent un moyen de contraception exempt de œstrogènes ou chez qui les COC entraînent des effets particulièrement indésirables, ainsi que celles qui présentent des migraines accompagnées de symptômes neurologiques ou qui allaitent [14].

### **II.2.1.5. Contres indications**

- les contres indications absolues sont : la grossesse et le diagnostic courant de cancer du sein.

- Les contre indications relatives sont : l'hépatite virale évolutive et les tumeurs hépatiques [14].

### **II.2.2. Les progestatifs injectables [14]**

L'acétate de médroxyprogestérone retard (AMPR) est utilisé à titre de contraceptif par des millions de femmes à travers le monde.



**Figure 3 : Progestatif injectable [28]**

#### **II.2.2.1. Mécanisme d'action**

Son action se fait principalement par l'inhibition de la sécrétion des gonadotrophines hypophysaires, ce qui prévient l'ovulation. Il accroît la viscosité de la glaire cervicale et provoque une atrophie endométriale.

#### **II.2.2.2. Efficacité**

L'AMPR est une forme grandement efficace de contraception dont le taux d'échec est estimé à moins de 0,3 % par an.

#### **II.2.2.3. Effets indésirables**

Les effets indésirables associés à l'AMPR sont :

- la perturbation du cycle menstruel (le plus courant) ;
- la prise de poids ;
- les manifestations indésirables de nature hormonale (céphalée, acné, baisse de la libido, la nausée et la sensibilité des seins) ;

- des variations de l'humeur ;
- retour tardif de la fécondité (neuf mois en moyenne) ;
- baisse de la densité minérale osseuse sans ostéoporose notamment au niveau de la colonne lombaire.

#### **II.2.2.4. Indications**

Puisqu'il ne nécessite pas d'attention quotidienne, il peut être mieux adapté aux besoins des femmes qui ont de la difficulté à respecter la posologie des autres moyens de contraception. Il peut également convenir aux femmes allaitantes ou ayant :

- une sensibilité ou des contre-indications connues aux œstrogènes ;
- plus de 35 ans et qui fument ;
- des migraines ;
- une endométriose ;
- une drépanocytose ;
- un traitement par anticonvulsivants.

#### **II.2.2.5. Contres indications**

- Les contre-indications absolues sont : la grossesse, les saignements vaginaux inexplicables et le cancer du sein ;
- Les contre-indications relatives sont : la cirrhose grave, l'hépatite virale évolutive et l'adénome hépatique bénin.

#### **II.2.3. Les implants**

Insérés en sous-cutanée, sous la face interne de l'avant-bras, les implants constituent une méthode contraceptive réversible de longue durée restant pendant cinq ans en moyenne. Ils peuvent être composés d'un, de deux ou de six bâtonnets [14].

### II.2.3.1. Types

On distingue, le Norplant® avec six capsules dosées à 36mg de lévonorgestrel (LNG) par capsule, le Jadelle® avec deux capsules libérant progressivement du lévonorgestrel et l'Implanon® avec une capsule contenant 68 mg d'étonogestrel, métabolite actif du désogestrel [22].



**Figure 4 : Norplant, Jadelle et Implanon [29]**

### II.2.3.2. Mécanisme d'action

Le lévonorgestrel libéré par les bâtonnets qui la constitue supprime l'ovulation, provoque une atrophie endométriale et rend la glaire cervicale imperméable aux spermatozoïdes. Les systèmes d'implants fondés sur un nombre réduit de

bâtonnets disposent de l'avantage d'une facilité accrue en ce qui a trait à l'insertion et au retrait des bâtonnets en question.

Un autre type d'implant est constitué d'un seul bâtonnet dont le principe actif est l'étonogestrel. Il diffère des modèles Norplant puisqu'il semble inhiber systématiquement l'ovulation jusqu'au début de la troisième année d'utilisation [14].

### **II.2.3.3. Efficacité**

Le taux d'échec associé aux implants se situe autour de 0,1 % par année [14]. L'indice de Pearl de l'implant sous cutanée progestatif dans les études cliniques est de 0,05 [20].

### **II.2.3.4. Avantages**

- L'efficacité est à 99 % ;
- Il n'y a pas de risque d'accident veineux car ne contient pas d'œstrogènes ;
- L'effet est immédiat après la pose ;
- Le retour à la fertilité est rapide [20].

Ils ont aussi l'avantage d'éviter les échecs provoqués par le retard d'une prise orale, de ne pas gêner les rapports sexuels et de réduire la fréquence et la douleur des crises de drépanocytose [22].

### **II.2.3.5. Inconvénients**

Il nécessite un prestataire qualifié pour son insertion et son retrait. Il n'assure aucune protection contre les IST/SIDA. Il a une tolérance clinique très variable [22].

### **II.2.3.6. Effets indésirables [15]**

Les effets indésirables associés aux implants sont les suivants :

- spotting ;
- aménorrhée ;
- maux de tête ;
- douleurs abdominales ;
- acné ;
- étourdissements ;
- vertiges ;
- nausées ;
- tension mammaire avec seins endoloris ;
- nervosité type saute d'humeur ;
- prise de poids.

### **II.2.3.7. Indication-contre-indications**

La présence de saignements vaginaux prolongés ou irréguliers constitue le principal effet secondaire [14].

L'implant dérègle le cycle. Il entraîne également une prise de poids et de l'acné majoritairement [20].

### **III. LES MÉTHODES NATURELLES**

#### **III.1. Le retrait ou le coït interrompu**

##### **III.1.1. Principe**

C'est une méthode de PF traditionnelle où l'homme retire entièrement son pénis du vagin de la femme avant d'éjaculer. Par conséquent, les spermatozoïdes n'entrent pas dans le vagin et la fécondation est évitée [22].

##### **III.1.2. Efficacité**

L'indice de Pearl de la méthode de « retrait » est au moins de 4 % en théorie et de 27 % en utilisation réelle [20].

Pratiqué correctement elle assure une protection de 98 % contre les grossesses [30].

##### **III.1.3. Avantages**

C'est une méthode qui n'a pas de coût [12]. Le retrait est utilisable en n'importe quelle circonstance [13].

##### **III.1.4. Inconvénients**

- Le taux d'échec est élevé et la frustration psychologique est importante. Ce moyen est connu depuis toujours : « descendre du tram en marche » n'est pas bien entendu exempt d'accidents [20] ;
- Son efficacité est liée à la maîtrise du partenaire ;
- Chaque nouveau rapport sexuel nécessite un nettoyage préalable ;
- Elle peut être frustrante pour la femme et l'homme qu'elle oblige à se retirer au moment de l'orgasme ;
- C'est une méthode inadéquate pour les éjaculateurs précoces et les femmes anxieuses qui ne peuvent se détendre de peur que l'homme ne se retire à temps [30].

## **III.2. Méthode du calendrier ou méthode Ogino-Knauss**

### **III.2.1. Principe**

La méthode classée comme traditionnelle selon l'OMS consiste à suivre et noter durant 6 à 12 mois les cycles afin d'établir une moyenne de la période à risque avant d'utiliser la méthode. Le début de la période fertile est calculé en soustrayant 20 jours du nombre de jours du cycle le plus court et la fin de la période fertile en soustrayant 10 jours du cycle le plus long [31].

### **III.2.2. Avantages**

Cette méthode présente une innocuité totale, elle ne fait intervenir ni moyens mécaniques ni moyens chimiques [20].

### **III.2.3. Inconvénients**

- Ne peut être utilisée après un accouchement ou un avortement ;
- Sans valeur chez la femme allaitante ;
- Nécessité de se référer à une longue période (étude de 12 cycles au moins) [20].

## **III.3. La méthode des températures**

### **III.3.1. Principe**

Elle est basée sur l'hyperthermie provoquée par la progestérone sécrétée par le corps jaune. Elle suppose qu'il n'y a qu'une seule ovulation par cycle et que la courbe thermique soit bien précise et interprétable [30].

Elle repose sur l'augmentation de la température corporelle observée après l'ovulation. Son principe est que la température doit être prise tous les jours à la même heure avant la levée du lit, avec toujours le même thermomètre et la même voie de prise (buccale, rectale ou vaginale). Aussi la femme doit savoir comment lire le thermomètre et consigner sa température sur un graphique spécial. Elle doit également savoir que sa température augmente de 0,2°C à 0,5°C au moment de l'ovulation. La femme doit alors s'abstenir de rapport sexuel à compter du 1<sup>er</sup> jour

des règles des règles jusqu'à ce que sa température dépasse sa température ordinaire et reste à ce niveau pendant trois jours consécutifs entiers, cela correspond à la fin de l'ovulation [22].

### **III.3.2. Efficacité**

L'indice de Pearl de la méthode des « températures » est à 1 % en utilisation parfaite [20].

### **III.3.3. Avantages**

- Elle ne demande pas de médicament et ne coûte pas cher ;
- Son efficacité est bonne [20].

### **III.3.4. Inconvénients**

- Elle est mal acceptée par les couples à cause d'une abstinence plus ou moins longue ;
- Elle ne protège pas contre les IST [20] ;
- Certains facteurs ont une influence sur la courbe thermique :
  - la prise de la température à des heures variées et quand les conditions ne sont pas respectées,
  - toute maladie pouvant occasionner une fièvre,
  - le changement d'environnement,
  - la mauvaise nuit, le stress, l'insomnie,
  - la prise d'alcool [22] ;
- Certaines femmes, telles que celles ayant une ovulation irrégulière, une maladie métabolique ou qui travaillent la nuit ne peuvent l'utiliser [30].

## **III.4. La méthode de la glaire cervicale ou méthode de Billings**

### **III.4.1. Principe**

Elle est basée sur l'observation et l'interprétation des changements cycliques de la glaire cervicale se produisant sous l'influence des variations des hormones. La

cliente doit être informée sur les périodes sèches et humides de son cycle. La période sèche est inféconde. La période humide est féconde, c'est la période à laquelle la femme observe des sécrétions glissantes, humides ou étirables [22].

### **III.4.2. Efficacité**

L'indice de Pearl de la méthode « Billings » est à 2 % en utilisation parfaite [20].

### **III.4.3. Avantages**

- Cette méthode est pratique, simple, n'a pas de coût sur le plan financier ;
- Elle n'a pas d'effets secondaires sur la femme [20].

### **III.4.4. Inconvénients**

- Elle nécessite que la femme s'observe plusieurs fois par jour ;
- Le taux d'échec est important ;
- Elle ne protège pas contre les IST [20].

## **III.5. La méthode du collier ou Méthode des jours fixes (MJF) [22]**

### **III.5.1. Principe**

C'est une méthode naturelle qui consiste à éviter les rapports sexuels pendant la période féconde. Il s'agit d'un collier qui comporte 32 perles faites de trois couleurs (rouge, blanc, marron), chacune représentant un jour du cycle menstruel de la femme. Un anneau en caoutchouc que l'on peut déplacer indique chaque jour du cycle ; un cylindre avec une flèche montre la direction dans laquelle l'anneau doit être déplacé.

Elle repose sur des faits physiologiques, à savoir la période féconde d'une femme commence 5 jours avant l'ovulation et dure jusqu'au jour de l'ovulation inclus. Les rapports sexuels sont à éviter pendant la période féconde qui s'étend du 8<sup>e</sup> jour au 19<sup>e</sup> jour du cycle menstruel.

### **III.5.2. Efficacité**

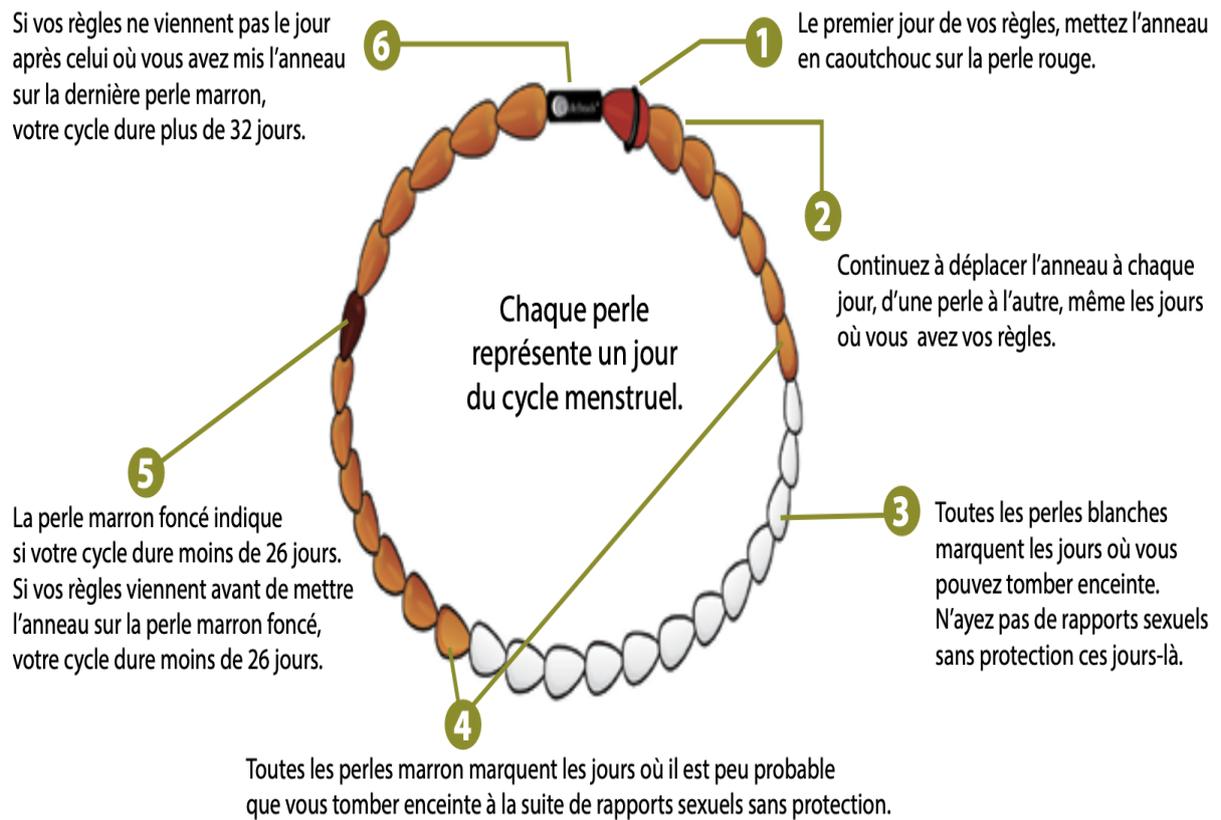
Si elle est correctement utilisée, la MJF est efficace à plus de 95 % pour prévenir la grossesse.

### **III.5.3. Avantages**

Elle aide les femmes et les couples à éviter les grossesses non souhaitées car ils savent les jours où ils doivent éviter les rapports sexuels non protégés. Aussi, identifie-t-elle les jours 8 à 19 du cycle menstruel comme jours féconds, jours pendant lesquels une grossesse est très probable. C'est une méthode simple, facile à enseigner, à apprendre et à utiliser. Elle a un faible coût et ne demande pas de prise de médicaments ou d'intervention chirurgicale. Enfin, elle n'a pas d'effets secondaires.

### **III.5.4. Inconvénients**

Elle n'assure aucune protection contre les IST/SIDA. Ainsi si l'un des partenaires au sein du couple court le risque de contracter une IST, la méthode n'est plus indiquée.



**Figure 5 : Utilisation du collier [15]**

### **III.6. La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)**

#### **III.6.1. Principe**

C'est une méthode de contraception qui repose sur l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois du post-partum. Elle est basée sur l'effet physiologique de l'allaitement dans la suppression de l'ovulation. La succion du mamelon par le bébé stimule l'hypophyse qui produit la prolactine, celle-ci agit sur les ovaires et entraîne un blocage de l'ovulation. Elle utilise l'infécondité temporaire au moment de l'allaitement maternel [22].

#### **III.6.2. Efficacité**

Son efficacité est de 98 % pour une femme allaitante, seulement si :

- Elle est toujours en aménorrhée ;

- Elle allaite son enfant exclusivement ;
- Son enfant est âgé de moins de six mois.

L'intervalle entre les périodes d'allaitement ne devrait pas dépasser quatre heures le jour, et six heures, la nuit [14].

### **III.6.3. Avantages**

- En plus des avantages contraceptifs, elle a des avantages pour l'enfant, la mère et la société ;
- Pour la mère, elle permet une meilleure involution utérine, un établissement de liens solides entre la mère et l'enfant et a un avantage contraceptif ;
- En plus, le risque de cancer du sein et des ovaires est amoindri ;
- Pour l'enfant, elle permet la protection contre les infections et les allergies et assure un meilleur développement psychomoteur, affectif et social ;
- Pour la société, elle a un avantage économique [22].

### **III.6.4. Inconvénients**

- L'efficacité de la MAMA après six mois est incertaine ;
- Certaines circonstances sociales peuvent réduire son efficacité et/ou la rendre difficile ;
- Elle n'assure aucune protection contre les IST/SIDA [22].

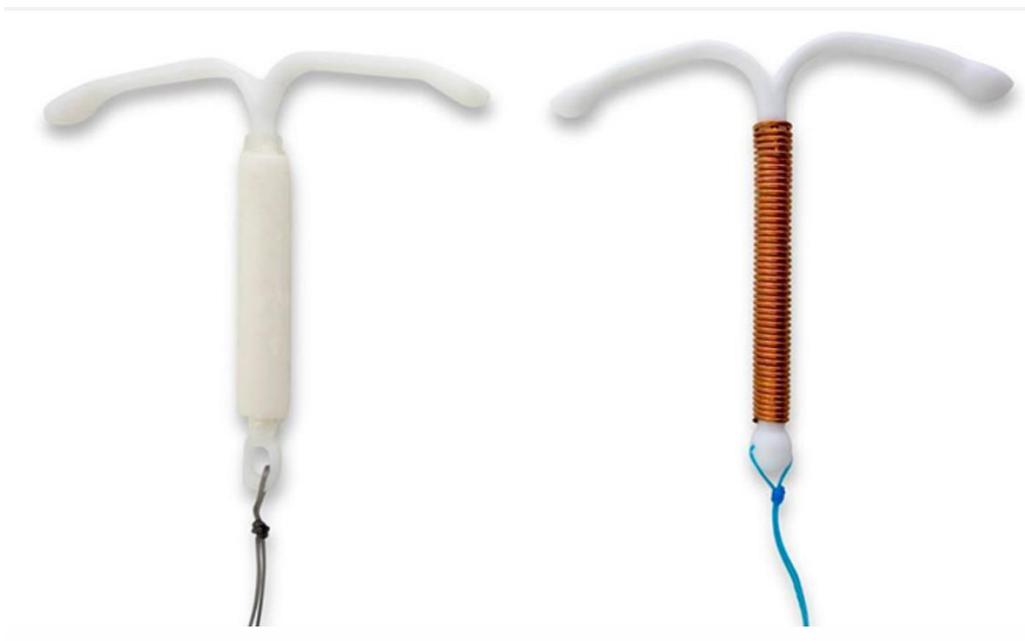
## IV. LES MÉTHODES MÉCANIQUES

### IV.1. Les dispositifs intra-utérins

#### IV.1.1. Classification

Il existe deux types de DIU :

- le DIU libérant du Lévonorgestrel ou « système intra-utérin à libération de lévonorgestrel » (SIU-LNG) ;
- deux DIU de cuivre (NOVA-T et Flexi-T 300) [8].



**Figure 6 : Images illustrant le DIU au cuivre à Gauche et le DIU hormonal à Droite [32]**

#### IV.1.2. Mécanisme d'action

Le principal mécanisme d'action semble être la prévention de la fertilisation. Même si elle se produit, le DIU semble également avoir des effets post-fertilisation, dont l'inhibition potentielle de l'implantation.

Les DIU de cuivre consistent en une tige verticale sur laquelle s'enroule un fil de cuivre à âme d'argent. La présence de cuivre dans la cavité endométriale entraîne des modifications biochimiques et morphologiques au niveau de l'endomètre qui nuisent au transport des spermatozoïdes. Les ions de cuivre ont également un effet

direct sur la motilité des spermatozoïdes, ce qui affecte la capacité de ces derniers à pénétrer la glaire cervicale. Le SIU-LNG consiste en un petit dispositif de polyéthylène en forme de « T » comportant dans sa composante verticale, un réservoir cylindrique contenant du lévonorgestrel qu'il libère lentement au travers d'une membrane limitant le débit d'hormone.

Il ne suscite qu'une faible réaction de type « corps étranger » mais entraîne la décidualisation de l'endomètre et l'atrophie glandulaire. Les récepteurs endométriaux des œstrogènes et de la progestérone sont inhibés. La glaire cervicale s'épaissit, créant ainsi une barrière à la pénétration des spermatozoïdes. L'ovulation peut même s'en trouver inhibée. Les DIU restent actifs 10 ans en moyenne [8].

#### **IV.1.3. Efficacité**

L'indice de Pearl du DIU hormonal est compris entre 0,2 et 0,41.

L'indice de Pearl du DIU au cuivre est de 0,6 % en utilisation théorique et 0,8 % en utilisation réelle [20].

#### **IV.1.4. Effets indésirables [14]**

Les effets indésirables associés à l'utilisation d'un DIU sont :

- les saignements menstruels irréguliers et l'augmentation du volume des menstrues mais leur diminution est constatée avec le SIU-LNG ;
- la dysménorrhée avec le DIU de cuivre mais le SIU-LNG est plutôt associée à une diminution des douleurs menstruelles ;
- la dépression, l'acné, les céphalées et la sensibilité des seins ;
- les kystes ovariens fonctionnels chez certaines utilisatrices de SIU-LNG.

#### **IV.1.5. Indications**

L'utilisation du DIU convient aux femmes qui souhaitent obtenir une efficacité anticonceptionnelle à long terme ou utiliser un moyen de contraception moins

exigeant sur le plan de l'observance. Les femmes qui présentent des contre-indications ou une sensibilité aux œstrogènes, celles qui allaitent, peuvent s'avérer de bonnes candidates à l'utilisation d'un DIU qui peut aussi être utilisé aux fins d'une contraception post coïtale [14].

#### **IV.1.6. Contre-indications [14]**

##### **Contre-indications absolues**

Les contre-indications absolues sont :

- la grossesse ;
- l'infection pelvienne ou ITS (au cours des trois derniers mois) ;
- le sepsis puerpérale ;
- les suites d'un avortement septique ;
- une cavité utérine gravement déformée ;
- des saignements vaginaux inexplicables ;
- le cancer du col utérin ou de l'endomètre ;
- la maladie trophoblastique maligne ;
- l'allergie au cuivre (dans le cas des DIU de cuivre) ;
- le cancer du sein (dans le cas du SIU-LNG).

##### **Contre-indications relatives**

Les contre-indications relatives sont :

- les facteurs de risque en ce qui a trait aux ITS ou au virus du VIH-SIDA ;
- l'immunodépression infectieuse ou médicamenteuse (corticothérapie) ;
- la période du post-partum allant de 48 heures à quatre semaines à la suite d'un accouchement ;
- le cancer de l'ovaire ;
- la maladie trophoblastique gestationnelle bénigne.

## IV.2. Les condoms [8]

Il s'agit d'une gaine de polyuréthane souple à ajustement ample. D'environ 17 cm de long et un diamètre de 7 cm, il possède deux anneaux flexibles dont l'un est fixé à la gaine. L'intérieur est enduit d'un lubrifiant à base de silicone.



*Le préservatif féminin comporte deux anneaux : l'un s'insère dans le vagin tandis que l'autre recouvre les organes génitaux externes. ©Freepik*

**Figure 7 : Image illustrative du Préservatif féminin avec ses deux anneaux [33]**

### IV.2.1. Mécanisme d'action

Une fois placée dans le vagin, le condom féminin le recouvre en entier, prévenant ainsi tout contact direct avec le pénis. Il recueille le sperme et doit ensuite être jeté.

### **IV.2.2. Efficacité**

Le taux de grossesse à 12 mois pour une utilisation parfaite (correcte et systématique) du condom féminin est de 5 %.

### **IV.2.3. Contre-indications**

Les contre-indications sont :

- une allergie au polyuréthane ;
- des anomalies de l'anatomie vaginale ;
- une incapacité pour la femme d'apprendre la technique d'insertion.

## **IV.3. Le Diaphragme vaginal [14]**

Le diaphragme est une méthode de contraception intra vaginal utilisée conjointement avec un spermicide. C'est un dôme de latex dont le pourtour contient un anneau d'acier flexible. Il s'insère dans le vagin afin de recouvrir le col de l'utérus.

Il existe trois types de diaphragme :

- le diaphragme à ressort à boudin privilégié par les multipares ;
- le diaphragme à ressort à arceau convenant mieux aux nullipares ;
- le diaphragme à ressort à lame fait de silicone constitue une option pour les femmes allergiques au latex.

### **IV.3.1. Mécanisme d'action**

Le diaphragme agit à titre de barrière physique entre le sperme et le col utérin ; il doit toujours être utilisé conjointement avec un spermicide dont l'action accroît son effet. Il doit être maintenu au moins six heures après le coït.

### **IV.3.2. Efficacité**

Les taux d'échec selon OMS au cours des 12 premiers mois d'utilisation sont de 6 % malgré une utilisation parfaite.

### **IV.3.3. Contres indications**

L'allergie ou la sensibilité pour la matière constituant le diaphragme (latex, caoutchouc ou au spermicide) constitue la principale contre-indication au diaphragme.

La présence d'un prolapsus urogénital ou utérin manifeste doit être au préalable écarté puisque réduisant son efficacité.

## **IV.4. La cape cervicale [14]**

À utiliser conjointement avec un spermicide (gelée ou crème), la cape cervicale est indiquée chez les femmes allaitantes, celles ne souhaitant pas avoir recours à la contraception hormonale ou chez celle pour qui cette dernière est contre-indiquée.

### **IV.4.1. Mécanisme d'action**

Insérée directement contre le col qui la maintient par effet de succion, la cape cervicale agit à titre de barrière physique entre le sperme et le col utérin ; l'action de la gelée ou de la crème accroît son action.

### **IV.4.2. Efficacité**

La cape semble avoir une efficacité plus importante chez la nullipare que la multipare, vu que l'OMS indique des taux d'échec respectivement égaux à 9 % et à 26 % malgré une utilisation parfaite au cours des douze premiers mois.

### **IV.4.3. Contres indications**

La cape cervicale ne doit pas être utilisée par les femmes qui présentent :

- une infection de la filière pelvienne ;
- un cancer ou une dysplasie du col de l'utérus ;
- une allergie ou une sensibilité aux spermicides.

## **IV.5. L'éponge contraceptive [14]**

Imprégnée de spermicide, l'éponge contraceptive consiste en de petits dispositifs jetables, ou en mousse de polyuréthane conçus pour recouvrir le col de l'utérus. Elle peut répondre tout particulièrement aux besoins des femmes qui souhaitent ou doivent éviter le recours à la contraception hormonale.

### **IV.5.1. Mécanisme d'action**

L'action contraceptive de l'éponge est principalement attribuable au spermicide dont elle est imprégnée, le tout étant renforcé par sa capacité à absorber et à retenir le sperme. Elle agit à titre de réservoir de spermicide à libération prolongée pendant une période de 12 heures.

### **IV.5.2. Efficacité**

Les éponges contraceptives présentent des taux d'échec variant entre 18 et 20 % pour les nullipares et de 36 à 40 % pour les multipares.

### **IV.5.3. Effets indésirables**

L'éponge peut potentiellement endommager la muqueuse vaginale, ce qui pourrait augmenter les risques de transmission du VIH. Il existe également des risques de syndrome de choc toxique.

### **IV.5.4. Contre-indications**

L'éponge cervicale ne devrait pas être utilisée en cas :

- d'allergie au spermicide utilisé ;
- d'anomalies de l'anatomie vaginale pouvant nuire à la mise en place satisfaisante ou stable du dispositif ;
- d'incapacité d'apprendre la bonne technique d'insertion ;
- d'antécédents de syndrome de choc toxique ;
- d'une grossesse à terme dans les six dernières semaines ;
- d'avortement spontané ou provoqué, ou des saignements vaginaux anormaux.

**Tableau IV : Avantages, inconvénients, et effets secondaires des différentes méthodes de barrière [22]**

<b>Méthodes</b>	<b>Effets secondaires</b>	<b>Avantages</b>	<b>Inconvénients</b>
Préservatif féminin	Diminution du plaisir sexuel Réactions allergiques et d'irritations	Efficace si correctement utilisé, protège contre les IST/SIDA	Coût relativement élevé, nécessité d'une connaissance de l'appareil génital féminin, impact socio culturel
Diaphragme	Infections des voies urinaires, réactions allergiques, syndrome de choc toxique, pertes et lésions vaginales	Efficace, n'affecte pas l'allaitement maternel, n'interfère pas avec les rapports sexuels, n'a pas d'effets secondaires systémiques, permet les rapports sexuels pendant les menstrues	Efficacité modérée, nécessité d'un examen gynécologique par un prestataire formé et d'un spermicide pour chaque utilisation
Cape cervicale	Infections des voies urinaires, réactions allergiques, syndrome de choc toxique	Efficacité dépend de la durée d'utilisation, pas d'effet sur la composition du lait maternel	Moins efficace chez les femmes ayant eu de enfants, nécessite un spermicide et un examen gynécologique
Éponges		Le spermicide si l'éponge inséré des heures plus tôt, tue les germes pathogènes, IST/SIDA	Irritations et lésions vaginales pouvant être cause d'infections

## V. AUTRES MÉTHODES

### V.1. La contraception d'urgence ou contraception du lendemain [22]

Elle est à prendre le plus rapidement après un rapport sexuel non protégé ou en cas d'accident de contraception (déchirure de préservatif, oubli de comprimés sur la plaquette de pilules...). Les effets secondaires sont les mêmes que ceux de la contraception classique mais beaucoup plus accentués. La contraception d'urgence agit en bloquant l'ovulation, la fécondation, la migration ou même la nidation. De nombreux contraceptifs peuvent être utilisés à cet effet : les COC, les pilules progestatives, les œstrogènes, les anti-progestatifs et le DIU. La principale contre-indication est la grossesse.

Nous avons les principales méthodes utilisées en contraception d'urgence et leur posologie dans le tableau

**Tableau V : Les contraceptifs utilisés en contraception d'urgence et leur posologie**

<b>Méthodes</b>	<b>Délai écoulé depuis le rapport sexuel</b>	<b>Posologie</b>
Oestro-progestatifs (C.O.C)	Dans les 72 heures	100 µg d'éthinyl estradiol et 0,5 mg de lévonorgestrel pour la première prise, deuxième prise 12 heures plus tard
Progestatifs	Dans les 8 heures	0,75 mg en première prise, deuxième prise 12 heures plus tard
Oestrogènes	Dans les 48 heures	5 mg d'éthinyl estradiol par 24 heures pendant 5 jours
Androgènes	Dans les 72 heures	400 à 600 mg de danazol pour la première prise, deuxième prise 12 heures plus tard
Anti-progestatifs	Dans les 72 heures	600 mg de mifépristone (RU 486) en une seule prise
DIU	Insertion dans les 5 jours	Un seul DIU (insertion classique)

## **V.2. Les spermicides [14]**

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

### **V.2.1. Efficacité**

Le taux d'échec au cours de la première année d'utilisation est de 6 % malgré une utilisation parfaite.

### **V.2.2. Mécanisme d'action**

Ils détruisent les spermatozoïdes en altérant la couche lipidique de la membrane cellulaire ; Ils deviennent alors perméables et se gonflent, ce qui entraîne la rupture des membranes plasmique et acrosomique.

### **V.2.3. Contre-indications**

Le spermicide est contre-indiqué en cas de :

- allergie à l'agent spermicide ou à son excipient ;
- état pathologique pouvant empêcher sa mise en place dans la partie supérieure du vagin et sur le col utérin (telles qu'un septum vaginal ou un double col).

### **V.2.4. Effets indésirables**

L'irritation génitale qui pourrait faciliter la transmission du VIH. L'utilisation de spermicides a également été associée à un accroissement du risque d'infection des voies urinaires

## **DEUXIÈME PARTIE : NOTRE ÉTUDE**

## **I. CADRE D'ÉTUDE**

Notre étude s'est déroulée en ligne (Google Forms) et concernée toute femme ayant déjà utilisé ou utilisant la contraception au moment de l'étude ou désirant l'utiliser et/ou s'informer et ayant bien voulu répondre au questionnaire.

Ainsi, les réponses de 302 femmes ont été retenues et analysées sans aucun biais.

## **II. MÉTHODOLOGIE**

### **II.1. Type d'étude**

Il s'agit d'une enquête menée par le biais de Google Forms comportant des questions ouvertes et fermées sur l'appréciation des femmes sénégalaises à propos de la planification familiale durant une période de 10 mois allant de septembre 2023 à juin 2024.

### **II.2. Population d'étude**

#### **II.2.1. Critères d'inclusion**

Ont été incluses dans cette étude toutes les femmes qui avaient accepté de répondre à notre questionnaire.

#### **II.2.2. Critères de non-inclusion**

Les patientes qui n'avaient pas accepté de répondre au questionnaire ou qui n'avaient pas apporté de réponses sur la majeure partie des questions.

#### **II.2.3. Les variables étudiées**

Les variables étudiées étaient les caractères socio-démographiques ; la connaissance en matière de contraception et de ses effets secondaires, et les facteurs influençant sa pratique.

### **II.3. Recueil et analyse des données**

Les données ont été recueillies sur une fiche préétablie sur Google Forms et transférées sur Microsoft Excel<sup>®</sup>. L'analyse des données a été effectuée avec le logiciel SPSS 23 (Statistical Package for Sciences Socials).

L'étude descriptive était réalisée avec le calcul des fréquences et proportions pour les variables qualitatives et le calcul des moyennes, écarts-types pour les variables quantitatives.

### **II.4. Aspects éthiques**

Cette étude a été réalisée avec l'accord du Comité d'éthique local du CHN de Pikine, ainsi que celui des ayants droit des patients. Les informations recueillies restent confidentielles.

### III. RÉSULTATS

Durant notre période d'étude, 308 femmes ont été soumises au questionnaire ; 302 ont rempli nos critères d'inclusion en répondant pratiquement à toutes les questions, soit 98%.

Seules 3 femmes ont refusé de répondre aux questions et 3 ont omis la majorité des questions.

#### III.1. Caractères socio-démographiques

##### III.1.1. Âge ( $n = 293$ )

L'âge moyen des femmes était de  $32,16 \pm 7,45$  ans avec des extrêmes de 18 et 66 ans.

Quarante-deux patientes (59,1 %) étaient âgées de 20 à 29 ans, vingt-trois (32,4 %) de 30 à 39 ans.

La tranche d'âge des 20–35 ans était la plus représentée (69,6 %) (Figure 9).

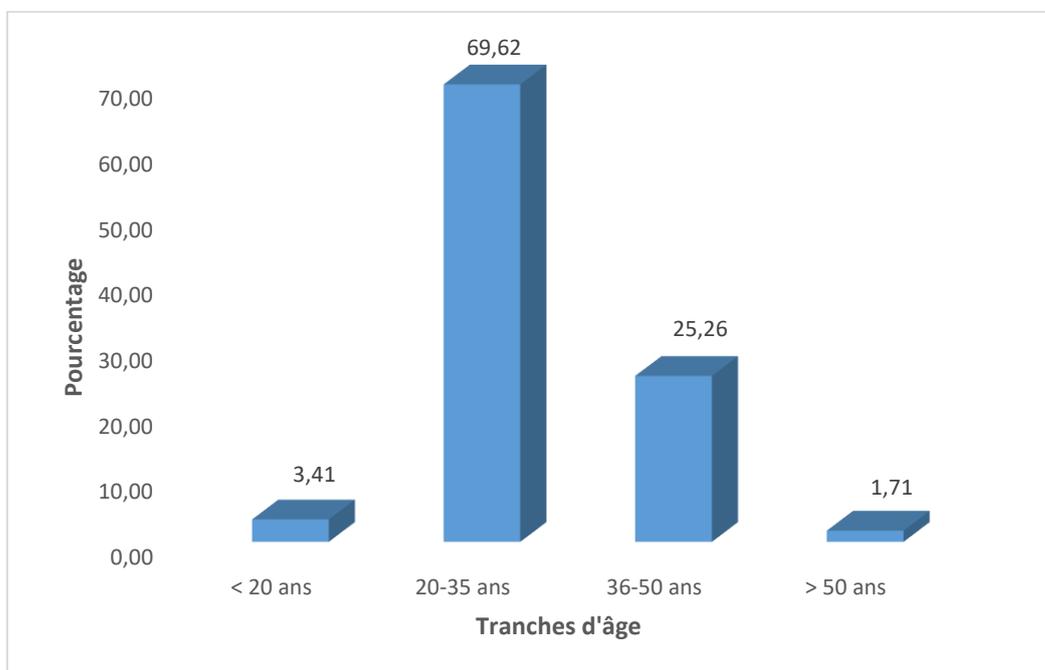


Figure 8 : Répartition selon les tranches d'âge ( $n = 293$ )

### III.1.2. Adresse

La majeure partie des participantes de l'étude sont de la région de Dakar et sa banlieue (78,41 %). Le reste représentant 21,59 % réside dans les autres régions du Sénégal.

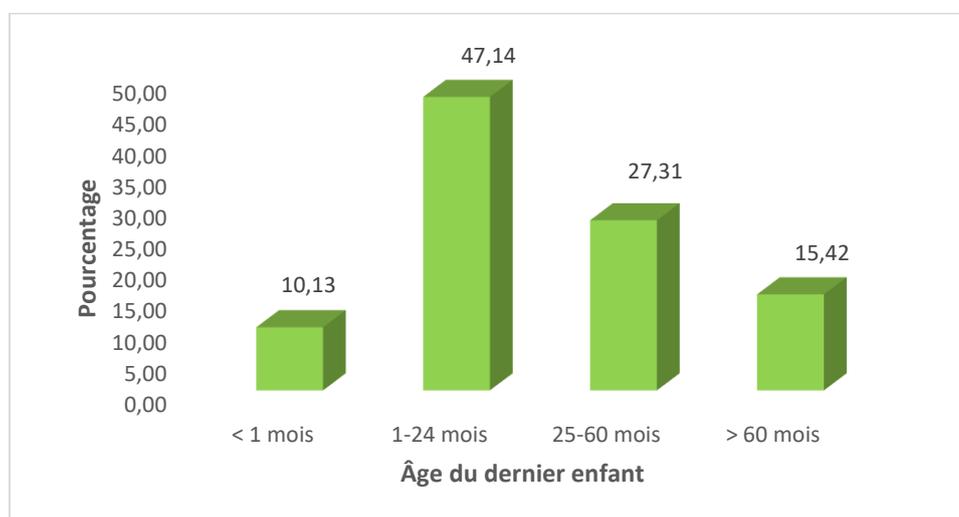
### III.1.3. Niveau d'instruction

Dans notre série, la majeure partie des femmes avaient un niveau d'instruction bas (non scolarisés ou de niveau primaire) avec un taux de 63,6 %. Les 36,36% ont atteint le niveau secondaire ou supérieur.

### III.1.4. Âge du dernier enfant

Dans notre étude, 227 femmes avaient au moins un enfant. L'âge moyen de leur dernier enfant était de 37,2 mois avec des extrêmes de 0 et 336 mois.

Les femmes dont l'âge du dernier enfant était compris entre 1 à 24 mois étaient les plus représentées (47,1 %).



**Figure 9 : Répartition des femmes selon l'âge du dernier enfant (n = 227)**

### III.1.5. Ménopause

La majeure partie des femmes interrogées dans notre étude étaient en période d'activité génitale (96,94 %). Seules 3,06 % étaient ménopausées.

### III.1.6. Grossesse

Selon les normes et protocoles nationaux, la PF doit être abordée avec toutes les femmes enceintes durant les dernières consultations prénatales. Le taux de femmes enceintes ayant participé à notre étude de 11,22 %. Cependant la majeure partie des femmes de notre série (88,78%) n'étaient pas enceinte au moment de l'étude.

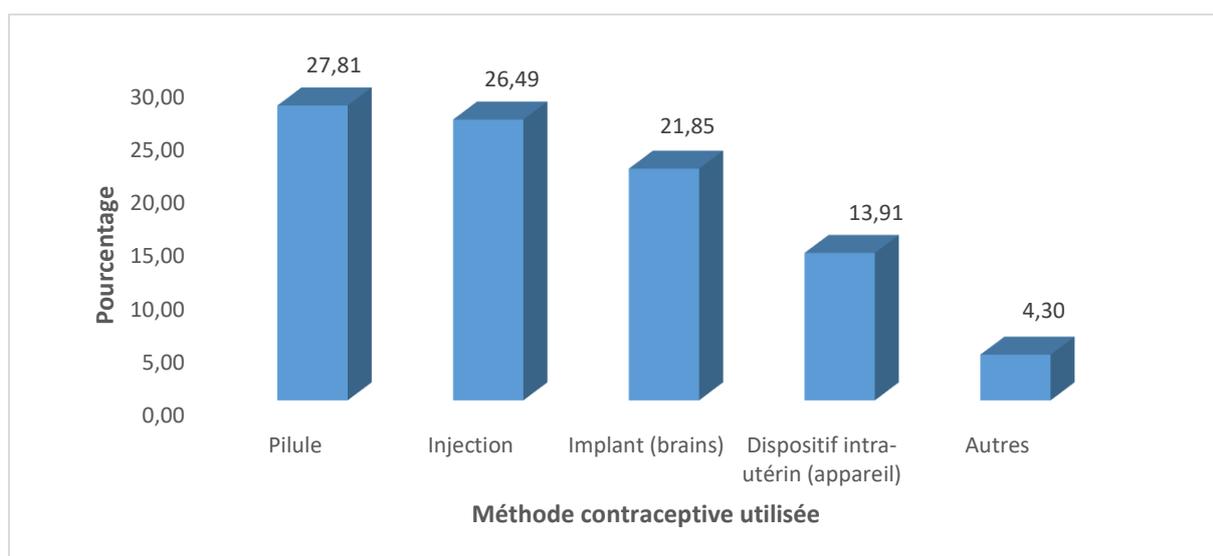
### III.2. Connaissance en matière de contraception et de ses effets secondaires

#### III.2.1. Notion de contraception dans le passé

La majeure partie des femmes de l'étude ont utilisé au moins une méthode contraceptive dans le passé avec un taux de 71 %. Le reste représentant une minorité (29%) n'ont jamais fait recours à la pratique contraceptive.

#### III.2.2. Méthode contraceptive utilisée dans le passé

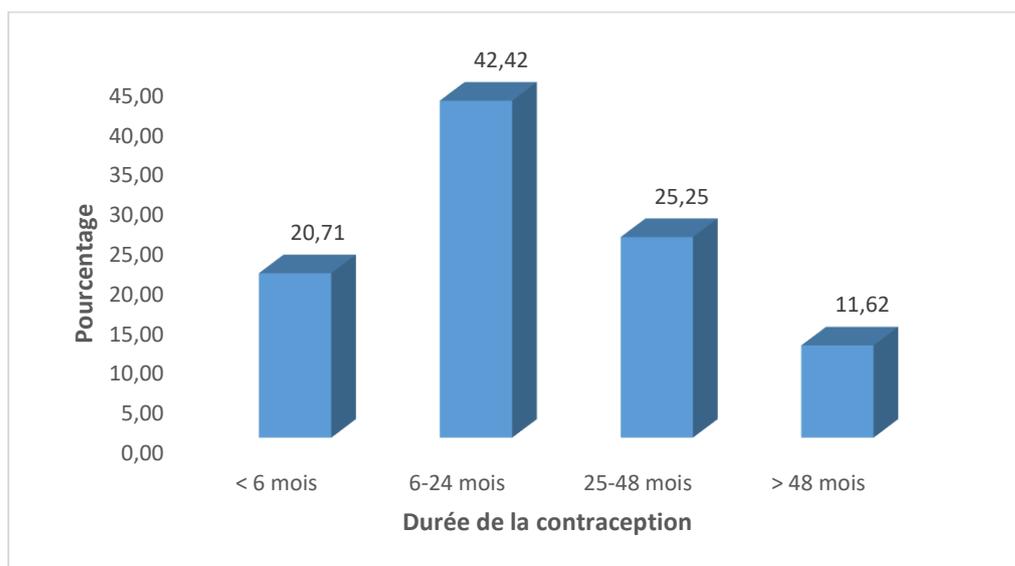
Parmi les femmes ayant utilisé la contraception dans le passé, leur choix était plus orienté sur les pilules œstroprogestatives (27,81 %) et sur les méthodes injectables (26,49 %).



**Figure 10 : Répartition des femmes selon le contraceptif utilisé dans le passé (n = 302)**

### III.2.3. Durée d'utilisation de la contraception dans le passé

Parmi les femmes ayant utilisé une méthode contraceptive dans le passé, la durée moyenne de l'utilisation était de 26,2 mois, avec des extrêmes de 7 jours et 192 mois. Cette durée d'utilisation était de 6 à 24 mois pour la plupart des femmes.



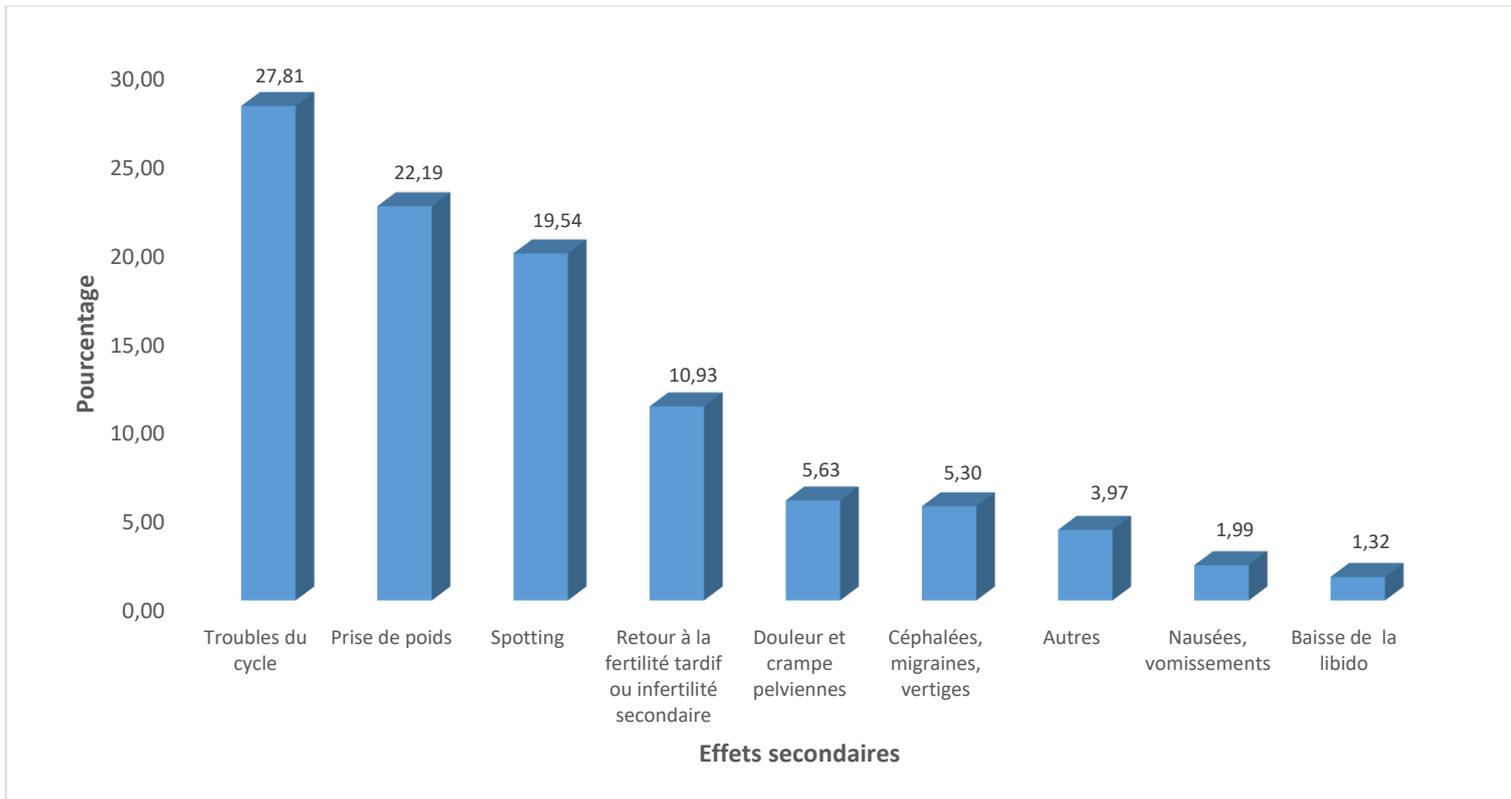
**Figure 11 : Répartition selon la durée de la contraception dans le passé  
( $n = 198$ )**

### III.2.4. Effets secondaires attribués à la contraception déjà utilisée

Parmi les femmes qui ont déjà utilisé la contraception, 63,84 % d'entre elles avaient au moins un effet secondaire attribuable à la contraception. Les 36,16 restantes n'ont jamais eu d'effets secondaires au cours de l'utilisation d'une méthode contraceptive.

### III.2.5. Type d'effets secondaires

Parmi les effets secondaires énumérés par les femmes ayant déjà utilisé la contraception dans le passé, les troubles du cycle étaient les plus fréquents (27,81 %), suivis de la prise de masse (22,19 %).



**Figure 12 : Répartition selon le type d'effet secondaire (n = 302)**

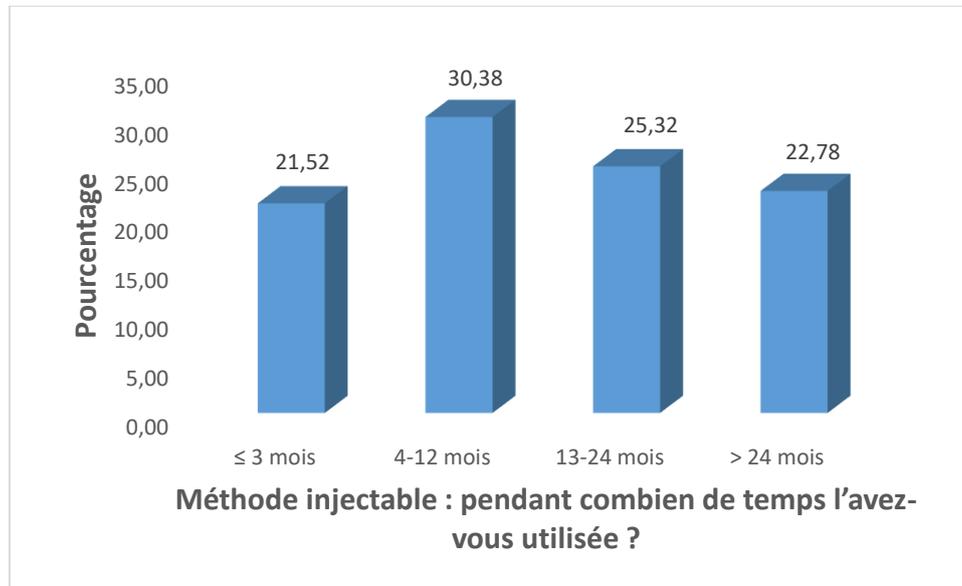
### III.2.6. Fertilité après contraception

Dans notre série, 53,1 % des femmes ayant déjà utilisé la contraception avaient contracté une grossesse spontanément après l'arrêt de celle-ci ; les autres (46,8%) avaient soit un retard à la conception spontanée soit un bénéficié d'un traitement d'infertilité avant de concevoir.

### III.2.7. Problématique de la méthode injectable ( $n = 79$ )

#### ➤ Durée d'utilisation

La durée moyenne d'utilisation de la méthode injectable était de 19,05 mois, avec des extrêmes de 3 mois et 96 mois. La plupart de nos patientes l'avaient utilisée pendant 4 à 12 mois.



**Figure 13 : Répartition selon la durée d'utilisation de la méthode injectable ( $n = 79$ )**

#### ➤ Effets secondaires

Presque toutes les femmes qui utilisaient une méthode injectable avaient un ou plusieurs effets secondaires avec principalement : absences de règles (32 %), suivies des saignements (24,5 %).

**Tableau VI : Répartition selon les effets secondaires de la contraception injectable ( $n = 79$ )**

Durant l'utilisation de la contraception injectable avez-vous ?	Effectif	Pourcentage
Absence des règles	64	81,01
Saignements	49	62,02
Prise de poids	46	58,23
Retour à la fertilité tardif	23	36,70
Infertilité secondaire (plus d'un an avant la survenue d'une autre grossesse après l'arrêt de la contraception)	18	22,78

➤ **Infertilité secondaire et traitement**

Dans notre série, 22,78 % des femmes avaient présenté une infertilité secondaire après l'utilisation de la méthode injectable. Ainsi, 33,3 % ( $n = 6$ ) d'entre elles avaient fait recours à l'assistance médicale à la procréation (PMA).

**III.2.8. Méthode contraceptive en cours**

Dans notre série, 39,1 % des femmes étaient encore sous méthode contraceptive et 60,89 % d'entre elle n'utilisent plus de méthode contraceptive. Le DIU (stérilet) était la méthode contraceptive la plus utilisée (34,9 %) par les femmes sous contraception. (Tableau VII).

**Tableau VII : Répartition selon la méthode contraceptive en cours ( $n = 106$ )**

Si oui laquelle ?	Effectif	Pourcentage
DIU (stérilet)	37	34,91
Implant	32	30,19
Injection	15	14,15
Pilules	14	13,21
Autres	8	7,55
Total	106	100,00

### III.2.9. Durée de la méthode contraceptive en cours

Parmi les femmes sous contraception, la majorité (54,7 %) sont entre leur 6<sup>e</sup> et 24<sup>e</sup> mois d'utilisation.

La durée moyenne d'utilisation est de 17 mois, avec des extrêmes de 1 et 72 mois.

**Tableau VIII : Répartition des femmes selon la durée de la méthode contraceptive en cours ( $n = 106$ )**

Depuis combien de temps ?	Effectif	Pourcentage
< 6 mois	22	20,75
6–24 mois	58	54,72
25–48 mois	14	13,21
49–60 mois	6	5,66
> 60 mois	6	5,66
Total	106	100,00

### III.2.10. Effets secondaires de la méthode contraceptive en cours

Dans notre étude, 40 % des femmes ressentent des effets secondaires liés à la méthode contraceptive en cours, les autres (60%) ne se plaignent d'aucun effet secondaire. Le spotting est l'effet secondaire le plus rapporté (26 %) (Tableau IX).

**Tableau IX : Répartition selon les effets secondaires de la méthode contraceptive en cours ( $n = 50$ )**

Si oui lequel ou lesquels ?	Effectif	Pourcentage
Spotting	13	26,00
Céphalées, vertiges, migraines	9	18,00
Autres (douleur vaginale, bouffées de chaleur, kyste, amaigrissement, infection, baisse de la libido)	9	18,00
Douleurs et crampes pelviennes	7	14,00
Prise de poids	6	12,00
Nausées, vomissements	5	10,00
Troubles du cycle	1	2,00
Total	50	100,00

### **III.3. Perceptions influençant la pratique contraceptive**

#### **III.3.1. Avis des femmes vis-à-vis de la contraception**

La majeure partie des femmes (68,7 %) avaient un avis favorable à la contraception en énumérant ses bénéfices sur l'éviction des grossesses non désirées, l'espacement des naissances, la préservation de la santé maternelle et infantile. Cependant, 28,9 % des femmes interrogées ont une appréciation négative de la contraception avec des inquiétudes sur les effets secondaires nuisibles.

**Tableau X : Répartition selon la perception de la méthode contraceptive (n = 294)**

<b>Que pensez-vous de la contraception ?</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Bonne méthode pour éviter une grossesse, espacer et planifier les naissances, préserver la santé materno-infantile et lutter contre la mortalité materno-infantile	167	56,80
Contre la planification familiale/Inquiétudes par rapport aux effets secondaires/Mauvaise pour la santé maternelle	85	28,91
Méthode idéale pour assurer l'épanouissement familial et une bonne éducation des enfants	35	11,90
Incompréhensions vis-à-vis de la contraception	4	1,36
Contributions pour une bonne connaissance de la contraception	3	1,02
<b>Total</b>	<b>294</b>	<b>100,00</b>

### **III.3.2. Époux**

La majeure partie des époux était favorable à la contraception (78,20 %). Seuls 21,80% des maris étaient contre l'utilisation d'une méthode contraceptive moderne par leur femme.

### III.3.3. Religion

La question sur l'autorisation ou l'interdiction de la contraception par la religion a été soumise à toutes les femmes toute obédience confondue et a permis de recueillir des avis divers.

Ainsi, 30,2 % des femmes interrogées pensent que la religion est formellement contre la contraception pendant que 27,3 % émettent des exceptions quant au caractère formel de cette interdiction.

Inversement, 23,9 % des femmes pensent que la religion est favorable à la contraception pendant qu'un autre groupe (13,8 %) énumère des conditions relatives quant à l'autorisation ou l'interdiction de la contraception.

**Tableau XI : Répartition selon la perception par rapport à la religion (n = 238)**

<b>Que dit votre religion par rapport à la contraception ?</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Elle est contre la contraception	72	30,25
Acceptable dans certaines circonstances	65	27,31
Elle est pour la contraception	57	23,95
Autres avis	33	13,87
Aucune idée	11	4,62
Total	238	100,00

## **IV. DISCUSSION**

### **IV.1. Caractères socio-démographiques**

L'étude a montré que notre population d'étude était jeune avec un âge moyen de  $32,16 \pm 7,45$  ans. La tranche d'âge des 20–35 ans était la plus représentée (69,6 %). Les femmes de notre étude résidaient majoritairement à Dakar et dans sa banlieue (79,4 %).

Ces résultats sont superposables à ceux de l'étude menée dans une communauté urbaine de la ville d'Abidjan par Madikiny par Coulibaly et al en 2019 où l'âge moyen des participantes était de 29,38 ans. Dans cette étude, les femmes dont l'âge était compris entre 15 à 34 ans représentaient plus de la moitié (67,33 %) des cas [34].

Les femmes enquêtées étaient majoritairement non instruites ou avaient un niveau d'étude primaire. L'âge moyen de leur dernier enfant était de 37,7 mois. Le niveau d'instruction intervient dans la pratique contraceptive. Le taux d'utilisation de la contraception par les femmes non ou peu instruites de notre étude était faible. Ce fait a été retrouvé par Fangueng Fzeu Blanche avec moins du tiers des femmes de son étude qui étaient non scolarisées, soit 17 % [35].

Par ailleurs, seules 3,06 % des femmes de notre population d'étude étaient en ménopause. En conséquence, les actions de sensibilisation vis-à-vis de la contraception devaient être orientées vers les femmes jeunes, en âge de procréer et les femmes qui n'étaient pas instruites ou ayant un niveau de scolarisation bas pour espérer atteindre les objectifs en couverture contraceptive.

### **IV.2. Connaissance en matière de contraception et de ses effets secondaires**

Les objectifs en pratique contraceptive ne sont toujours pas atteints dans notre contrée. Il n'y a que 35,4 % de notre population d'étude qui étaient actuellement sous contraception moderne. Nos résultats sont inférieurs à ceux de Fangueng Fzeu Blanche qui avec retrouvé un taux d'utilisation de 58 % [35]. Cette

différence s'expliquerait par les effets secondaires engendrés par les méthodes contraceptives. Gnahoui Hugues et al. et Fangueng Fzeu Blanche avaient également retrouvé les effets secondaires comme cause de la non-utilisation de la méthode contraceptive moderne [35,36]. Ainsi, pour augmenter la prévalence contraceptive, il est nécessaire de maîtriser au maximum la survenue des effets secondaires des différentes méthodes contraceptives modernes.

Il existe plusieurs méthodes contraceptives modernes, et le choix de ces dernières diffère selon les femmes. Dans notre étude, la pilule contraceptive et la méthode injectable étaient les plus utilisées avec de proportions respectives de 27,8 % et 26,49 %, suivies de l'implant contraceptif, du DIU et des autres méthodes contraceptives chez les participantes ayant fait recours à la contraception dans le passé. Chez les femmes qui sont actuellement sous contraception, la fréquence d'utilisation des méthodes était dans l'ordre décroissant comme suit : le DIU, l'implant contraceptif, la méthode injectable et les autres moyens contraceptifs. Ces résultats diffèrent de ceux de Chebaro et al. dans lesquels les moyens contraceptifs les plus utilisés par ordre décroissant étaient la pilule, le DIU, les méthodes traditionnelles, le préservatif et la ligature des trompes [37]. Cette différence s'explique par le fait que chaque femme choisit la méthode contraceptive qui lui convient le plus et qui entraîne le moins d'effets secondaires. Aussi, le contexte et l'état de santé de la femme ayant occasionné le recours à la contraception peuvent aussi intervenir dans le choix de la méthode adéquate. Ce qui signifie que tout choix par rapport à la méthode contraceptive doit être raisonné, non influencé et aidé par un personnel de santé qualifié qui s'assurera d'un bon interrogatoire à la recherche d'un terrain particulier pouvant contre-indiquer le choix.

Le préservatif est la méthode contraceptive la plus utilisée dans l'étude de Banhorro [22] et celle de Djossou et al. [38]. Ceci est justifié par le fait que leur population d'étude était constituée de jeunes étudiants et de la facilité d'accès du

préservatif. En conséquence, les femmes doivent être informées quant à l'accessibilité des différentes méthodes contraceptives.

Chaque méthode contraceptive peut occasionner un ou des effets secondaires chez certaines utilisatrices. Les principaux effets secondaires rapportés dans notre étude étaient les troubles du cycle, le spotting, la prise de poids, le retour à la fertilité tardif ou l'infertilité secondaire, des céphalées et des vertiges. Ces effets secondaires des méthodes contraceptives ont été également mentionnés dans le document de la Haute Autorité de santé française sur la contraception [39]. Les troubles du cycle et les saignements abondants ont été rapportés dans l'étude de Fangueng Fzeu Blanche [35]. Toutefois, il est à noter que ces effets secondaires ne surviennent pas chez toutes les femmes. Dans ce sens, il est important de faire comprendre aux clientes l'existence des effets secondaires et de les rassurer quant à l'existence de moyens thérapeutiques pour y remédier.

Le retour à la fertilité tardif et l'infertilité secondaire restent des inquiétudes principales des femmes sous contraception. Il a été rapporté dans 10,9 % de cas dans notre étude. Cette problématique a été également soulevée dans l'étude de Fangueng Fzeu Blanche dans les proportions similaires (10 %) [35]. Ces effets secondaires sont majoritairement le fait de la contraception injectable (9 %). Ces faits sont les mêmes que ceux retrouvés dans l'étude de Kodjo Kotokou [40]. Ainsi, il est préférable d'éviter la contraception injectable s'il est possible d'utiliser d'autres méthodes contraceptives en alternative et surtout chez les femmes jeunes qui n'ont pas ou qui ont peu d'enfants.

### **IV.3. Perceptions influençant la pratique contraceptive**

Les avis des femmes en matière de contraception divergent. La plupart des femmes de notre étude (58 %) étaient favorables à la contraception.

Ces résultats sont superposables à ceux de Madikiny Coulibaly et al dans lesquels la contraception est considérée comme une pratique bénéfique par la majorité de sa population d'étude (59,3 %) [34].

Les participantes de notre étude stipulent que la contraception est une bonne méthode pour éviter une grossesse, espacer et planifier les naissances. Il a été retrouvé dans l'étude de Fangueng Fzeu Blanche que la principale raison de l'utilisation de la méthode contraceptive était pour ne pas contracter une grossesse et pour espacer les naissances [35]. Adohinzin et al. dans leur enquête menée au Burkina Fasso retrouvaient la prévention des IST/VIH et/ou des grossesses non désirées comme principale raison évoquée [41]. Cette différence s'expliquerait par leur population d'étude constituée de jeunes âgés de 14 à 24 ans. C'est pourquoi il est nécessaire de faire comprendre à la population l'intérêt d'espacer les naissances pour la famille.

Les femmes de notre étude rapportaient également qu'elle aide à préserver la santé materno-infantile et de lutter contre la mortalité materno-infantile : elle est excellente, car permet d'espacer les naissances et assure une bonne santé pour la mère et les enfants. Elle permet aussi d'assurer l'éducation des enfants dit l'une des participantes. Une autre rebondit sur la question en disant : « *L'islam et la planification familiale : si une fécondité excessive provoque des risques prouvés pour la santé de la mère et des enfants, les Musulmans seraient autorisés à réguler leur fécondité de manière à réduire ces difficultés* [42] ». Ce qui signifie que l'état de santé de la mère et de l'enfant constitue une raison valable pour l'utilisation de la contraception. Cleland et al. avaient montré que la planification de la future grossesse lors du post-partum, avec un espacement entre la naissance et la grossesse suivante d'au moins deux ans, pourrait prévenir 30 % des décès maternels et 10 % des décès infantiles [43]. Ainsi, la contraception joue un rôle important dans la réduction de la mortalité materno-infantile.

Les participantes déclaraient aussi que la contraception est une méthode idéale pour assurer l'épanouissement familial et une bonne éducation des enfants. Certaines par contre avaient un avis défavorable par rapport à la contraception. Leurs inquiétudes sont surtout orientées vers les effets secondaires et la probabilité de survenue de maladies occasionnées par la contraception.

Ces mêmes raisons ont été retrouvées par Madikiny Coulibaly et al comme en témoignent les propos d'une de leurs participantes : « *J'ai déjà utilisé ces méthodes mais malgré ça, j'ai vu plusieurs fois mes règles dans le mois, 2 ou 3 fois. Donc j'ai laissé tomber et je ne fais plus de contraception* ». Cette similitude se justifie par le fait que les mêmes méthodes contraceptives sont utilisées dans les différents pays du monde. Ainsi, la production de nouvelles molécules avec pas ou moins d'effets secondaires serait d'une aide capitale pour augmenter la prévalence contraceptive.

La non-utilisation de la contraception est aussi due à un manque de connaissances et à des rumeurs vis-à-vis de la contraception. Selon l'une des participantes, il est possible de prendre une grossesse au cours d'une contraception, mais cette grossesse se soldera par un avortement comme en témoignent ses propos : « *Je pense que c'est bon, mais mon seul souci c'est les avortements que ça cause une fois faite, aussi elle peut empêcher d'avoir des enfants à l'arrêt* ». Ces rumeurs constituent également des obstacles à la pratique contraceptive. En voici quelques-unes rapportées par les participantes de notre étude : « *Je ne l'ai jamais fait, car j'ai entendu dire que c'est mauvais pour la santé* » ; « *Je ne veux pas le faire, car j'ai entendu dire que ça empêche d'avoir des enfants* », « *Aide à espacer les naissances, mais j'ai entendu qu'elle peut entraîner des avortements* » ; « *Je n'ai pas confiance à la planification familiale, car d'après les dire ça entraîne une infertilité qui peut être définitive* ». Gnahoui Hugues avait également retrouvé les rumeurs comme source de non-utilisation de la planification familiale [36]. C'est pourquoi il est primordial que de bonnes informations en rapport avec la PF soient véhiculées à la population par des personnes bien formées en matière de contraception et qualifiées.

Les autres interventions des participantes sont des suggestions à l'égard de la contraception : « *La contraception est mal comprise par la société sénégalaise. Il faut une communication de sensibilisation et une formation du personnel médical* ».

La position du mari est un facteur déterminant dans les décisions de la femme sénégalaise. Dans notre étude, 21,8 % avaient rapporté que leurs maris étaient contre l'utilisation de la méthode contraceptive, ce qui peut être une raison de non-utilisation de la contraception chez certaines femmes. Gnahoui Hugues a aussi retrouvé la non-adhésion des maris comme facteurs de non-utilisation de la contraception moderne [36]. En conséquence, la sensibilisation doit également concerner les hommes.

En outre, les idées religieuses que se font les personnes constituent une barrière à la pratique contraceptive. En effet, dans notre étude 30,2 % des femmes pensaient que l'islam tout comme le christianisme interdisent formellement la contraception ; 27,31 % pensaient qu'elle est acceptée dans certaines circonstances et 93,9 % d'entre elles pensaient que les 2 religions ne l'interdisent pas. La religion a été aussi évoquée par Gnahoui Hugues comme une des raisons pour laquelle les femmes refusent d'utiliser la contraception.

Cependant, il est nécessaire de connaître les positions religieuses vis-à-vis de la contraception.

Dans *l'islam et la planification familiale* de par Farzaneh Roudi-Fahimi [42], il est dit :

*« L'Islam serait donc en faveur de la planification familiale si l'espacement des grossesses et la limitation de leur nombre amélioreraient la condition physique de la mère et la situation financière du père, et notamment dans la mesure où ces actions n'enfreignent aucun des interdits du Coran ou de la tradition du Prophète (Sunna). Si une fécondité excessive provoque des risques prouvés pour la santé de la mère et des enfants, ou des difficultés économiques ou de la gêne pour le père, ou empêchent les parents d'élever correctement leurs enfants, les Musulmans seraient autorisés à réguler leur fécondité de manière à réduire ces difficultés ».*

Après un examen de différentes sources de jurisprudence islamique, le Dr Omran a préparé une liste de raisons justifiant l'utilisation de la contraception selon

l'Islam. Les Musulmans sont autorisés à recourir à la contraception pour les raisons suivantes :

- éviter les risques de santé posés à un enfant allaité par le « changement » du lait d'une mère enceinte ;
- éviter les risques de santé courus par la mère des suites de grossesses répétées, d'intervalles trop brefs entre les naissances ou de son extrême jeunesse ;
- éviter les grossesses pour une femme déjà en mauvaise santé ;
- éviter la transmission de maladies des parents à leurs enfants ;
- préserver la beauté et la santé physique de l'épouse, ce qui lui permet de continuer à jouir de son mari, assurant ainsi une vie conjugale plus heureuse et la fidélité du mari ;
- éviter les difficultés économiques imposées par une famille plus nombreuse, qui risque de forcer les parents à recourir à des activités illicites ou à s'épuiser pour gagner de quoi subvenir à leurs besoins ;
- permettre l'éducation et la formation religieuses des enfants, ce qui est plus facile avec un nombre moins élevé d'enfants ;
- éviter que les enfants ne soient détournés de l'Islam en territoire ennemi ;
- éviter d'avoir des enfants en période de déclin religieux ;
- permettre aux fillettes et aux garçonnets de dormir dans des chambres séparées après la puberté, ce qui est plus facile à faire avec des familles moins nombreuses.

Par ailleurs, il convient de noter que, bien que la grande majorité des théologiens estiment que la contraception est autorisée par l'Islam, ils en limitent essentiellement la pratique aux méthodes temporaires de planification familiale. Une majorité écrasante de théologiens qui ont approuvé l'emploi des contraceptifs modernes ont exprimé des réserves quant aux méthodes permanentes de stérilisation féminine ou masculine. Les théologiens qui s'opposent à la stérilisation comme méthode de planification familiale estiment que cette pratique

constitue une interférence avec la volonté divine et une tentative de changer ce que Dieu a créé [42].

En résumé, l'islam n'est pas contre la pratique contraceptive réversible. Cependant, il interdit strictement les méthodes dites définitives.

Quant à la religion chrétienne, dans la *Lettre encyclique de sa sainteté*, le pape Paul VI sur le mariage et la régulation des naissances intitulée, il est dit :

**Moyens illicites de régulation des naissances :** en conformité avec ces points fondamentaux de la conception humaine et du mariage, nous devons encore une fois déclarer qu'est absolument à exclure, comme moyen licite de régulation des naissances, l'interruption directe du processus de génération déjà engagé, et surtout l'avortement directement voulu et procuré, même pour des raisons thérapeutiques.

Est pareillement à exclure, comme le Magistère de l'Église l'a plusieurs fois déclaré, la stérilisation directe, qu'elle soit perpétuelle ou temporaire, tant chez l'homme que chez la femme.

Est exclue également toute action qui, soit en prévision de l'acte conjugal, soit dans son déroulement, soit dans le développement de ses conséquences naturelles, se proposerait comme but ou comme moyen de rendre impossible la procréation. Et on ne peut invoquer comme raisons valables, pour justifier des actes conjugaux rendus intentionnellement inféconds, le moindre mal ou le fait que ces actes constitueraient un tout avec les actes féconds qui ont précédé ou qui suivront, et dont ils partageraient l'unique et identique bonté morale. En vérité, s'il est parfois licite de tolérer un moindre mal moral afin d'éviter un mal plus grand ou de promouvoir un bien plus grand il n'est pas permis, même pour de très graves raisons, de faire le mal afin qu'il en résulte un bien, c'est-à-dire de prendre comme objet d'un acte positif de volonté ce qui est intrinsèquement un désordre et, par conséquent, une chose indigne de la personne humaine, même avec l'intention de sauvegarder ou de promouvoir des biens individuels, familiaux ou sociaux. C'est donc une erreur de penser qu'un acte conjugal rendu volontairement infécond et,

par conséquent, intrinsèquement déshonnête puisse être rendu honnête par l'ensemble d'une vie conjugale féconde.

**Licéité des moyens thérapeutiques :** l'Église, en revanche, n'estime nullement illicite l'usage des moyens thérapeutiques vraiment nécessaires pour soigner des maladies de l'organisme, même si l'on prévoit qu'il en résultera un empêchement à la procréation, pourvu que cet empêchement ne soit pas, pour quelque motif que ce soit, directement voulu.

**Licéité du recours aux périodes infécondes :** à cette question, il faut répondre avec clarté l'Église est la première à louer et à recommander l'intervention de l'intelligence dans une œuvre qui associe de si près la créature raisonnable à son créateur, mais elle affirme que cela doit se faire dans le respect de l'ordre établi par Dieu.

Si donc il existe, pour espacer les naissances, de sérieux motifs dus, soit aux conditions physiques ou psychologiques des conjoints, soit à des circonstances extérieures, l'Église enseigne qu'il est alors permis de tenir compte des rythmes naturels, inhérents aux fonctions de la génération, pour user du mariage dans les seules périodes infécondes et régler ainsi la natalité sans porter atteinte aux principes moraux que nous venons de rappeler.

L'Église est conséquente avec elle-même quand elle estime licite le recours aux périodes infécondes, alors qu'elle condamne comme toujours illicite l'usage des moyens directement contraires à la fécondation, même inspiré par des raisons qui peuvent paraître honnêtes et sérieuses. En réalité, il existe entre les deux cas une différence essentielle : dans le premier cas, les conjoints usent légitimement d'une disposition naturelle ; dans l'autre cas, ils empêchent le déroulement des processus naturels. Il est vrai que, dans l'un et l'autre cas, les conjoints s'accordent dans la volonté positive d'éviter l'enfant pour des raisons plausibles, en cherchant à avoir l'assurance qu'il ne viendra pas ; mais il est vrai aussi que dans le premier cas seulement ils savent renoncer à l'usage du mariage dans les périodes fécondes quand, pour de justes motifs, la procréation n'est pas désirable, et en user dans les

périodes agénésiques, comme manifestation d'affection et sauvegarde de mutuelle fidélité. Ce faisant, ils donnent la preuve d'un amour vraiment et intégralement honnête [44].

En résumé, la religion chrétienne n'autorise que les méthodes naturelles de contraception. Cependant, si la femme est atteinte d'une maladie, il lui est autorisé à des fins thérapeutiques d'utiliser un quelconque médicament même si celui-ci est sensé l'empêcher d'avoir des enfants.

En définitive, les avis religieux de la contraception ne sont pas maîtrisés par la population. Ainsi, un renforcement des connaissances religieuses en matière de contraction devrait être initié en passant par des conférences et des débats religieux sur la question contraceptive.

# **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

La planification familiale est l'une des actions majeures de lutte contre la mortalité maternelle et infantile. Elle permet aussi de préserver la santé de la mère et de l'enfant.

Malgré les stratégies mondiales pour préserver la santé maternelle et infantile, on note un faible taux de pratique contraceptive.

Le gouvernement du Sénégal a adopté plusieurs plans d'action pour augmenter la prévalence contraceptive ; ce qui a contribué à l'amélioration considérable de l'utilisation contraceptive. Cependant, en dépit de ces progrès, les objectifs en couverture contraceptive ne sont toujours pas atteints. C'est dans ce contexte que l'on a été amené à se demander si les effets secondaires des méthodes contraceptives et les perceptions vis-à-vis de la contraception ne seraient pas des facteurs de non-utilisation de la contraception. C'est ainsi qu'on a décidé d'interroger les femmes sur des effets secondaires de la contraception et leurs perceptions qu'elles ont de celle-ci afin d'en déduire les raisons de sa non-utilisation.

Partant dans cette logique, nous avons mené une étude multicentrique sur 302 femmes du Sénégal. Il s'agissait d'une étude transversale prospective allant de la période de 2023 à 2024.

Le profil de nos participantes était le suivant : des femmes âgées entre 18 et 66 ans avec une moyenne d'âge de 31,16 ans, résidant majoritairement à Dakar et sa banlieue, ayant fait des études secondaires ou supérieures, en âge de procréer avec l'âge moyen de leur dernier enfant à 37,17 mois et non enceinte au moment de l'étude.

Les données en rapport avec la connaissance de la contraception ont retrouvé que 35,4 % des femmes de notre étude sont sous contraception. Chez les femmes ayant fait recours à la contraception dans le passé, la pilule contraceptive et la méthode injectable étaient les plus utilisées avec des proportions respectives de 27,8 % et 26,4 %, suivies de l'implant contraceptif, du DIU et des autres méthodes. À la différence de ces dernières, les femmes qui sont actuellement sous contraception

utilisent dans l'ordre décroissant le DIU, l'implant contraceptif, la méthode injectable et les autres méthodes.

Les principaux effets secondaires rapportés sont les troubles du cycle menstruel, le spotting, la prise de poids, le retour à la fertilité et l'infertilité secondaire, les céphalées et les vertiges. Le retour à la fertilité et l'infertilité secondaire à l'arrêt de la contraception constituent une inquiétude majeure des femmes et étaient plus observés chez les femmes qui avaient utilisé la méthode injectable.

Quant aux données des perceptions influençant la pratique contraceptive, il a été retrouvé que 68,7 % des femmes étaient favorables à la pratique contraceptive, 28,9 % avaient un avis défavorable dû aux inquiétudes par rapport aux effets secondaires des méthodes contraceptives modernes et la préservation de la santé des femmes et 1,36 % ne comprennent pas réellement le but de la contraception. Certaines femmes pensent qu'au moment de l'utilisation d'une méthode contraceptive, il est possible de contracter une grossesse, mais cette dernière se soldera par un avortement.

Ces effets secondaires et les fausses idées reçues de la contraception justifient la faible couverture contraceptive. À côté de ces raisons, il y a la position du mari et les idées religieuses que les femmes ont de la contraception. Dans notre étude, 21,8 % des femmes rapportent que leur mari est contre l'utilisation de la contraception. Aussi, 30,2 % des femmes pensent que l'islam et le christianisme désapprouvent la contraception ; 27,3 % pensent qu'elle est acceptée dans certaines circonstances et 23,9 % disent que les deux religions ne l'interdisent pas du tout.

Il est toutefois important de noter la position des deux religions. La religion musulmane autorise les méthodes contraceptives réversibles si les conditions socio-économiques et de santé de la mère entre autres ne permettent pas d'avoir beaucoup d'enfants ou si un nombre important d'enfants entraînerait une faille dans l'éducation religieuse de ces derniers.

En ce qui concerne la religion chrétienne, elle est seulement en accord avec les méthodes contraceptives naturelles. Cependant, si l'état de santé de la femme est en jeu, il lui est autorisé de faire recours au traitement adéquat même si ce dernier est sensé l'empêcher d'avoir des enfants.

Au vu des résultats obtenus, nous formulons ces quelques recommandations :

➤ **Au ministère de la Santé**

- L'augmentation des campagnes d'information et de sensibilisation et des spots publicitaires sur la planification familiale.

➤ **Au personnel médical du service de planification familiale**

- L'explication du but de la contraception, de ses avantages et de ses inconvénients aux clientes.
- L'explication des effets secondaires propres à chaque méthode et la conduite à tenir en cas de survenue de ces derniers.

➤ **À la population**

- L'implication des maris dans la connaissance de la planification familiale
- L'implication des « badiénou gokh » pour l'amélioration de la connaissance contraceptive par la population.
- L'implication des fidèles religieux dans la transmission des bonnes informations sur la planification familiale à travers des conférences religieuses.

# RÉFÉRENCES

- 1. Anne TSB, Mbow F, Ndour PI, Ndiaye MM, Youm A, Ly EHY.** Facteurs associés aux besoins non satisfaits en planification familiale au Sénégal : analyse approfondie des Enquêtes Démographiques et de Santé Continues 2018 et 2019 [Internet]. Population Council ; 2022 [consulté le 10/09/2024] Disponible sur: [https://knowledgecommons.popcouncil.org/focus\\_sexual-health-repro-choice/222/](https://knowledgecommons.popcouncil.org/focus_sexual-health-repro-choice/222/)
- 2. Christin-Maitre S.** La contraception à travers le monde. Med Sci (Paris). 2022;38:457-463.
- 3. Keita M, Fomba S, Tall S, et al.** L'Utilisation des Méthodes Contraceptives Modernes au Centre de Santé de Référence de la Commune VI du District de Bamako. Health Sci. Dis: 2020;21(10):82-86.
- 4. World Health Organization (WHO), UNICEF, UNFPA.** The World Bank. Trends in Maternal Mortality : 1990 to 2008. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. Geneva : World Health Organization, 2010 ; pp. 17-21.
- 5. Mbow F, Nai D, Dwyer S, Jain A, Mane B.** Les pharmacies privées dans l'offre de services de planification familiale au Sénégal : Une étude pilote [Internet]. Population Council, 2019. [cité le 10/09/2024] Disponible sur: [https://knowledgecommons.popcouncil.org/departments\\_sbsr-rh/1146](https://knowledgecommons.popcouncil.org/departments_sbsr-rh/1146)
- 6. Ministère de la Santé.** Manuel PF à l'intention des formateurs et des prestataires de service SR [Internet]. [cité le 31/12/2024]. Disponible sur : <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/operational-guidance/DJI-AD-17-01-OPERATIONALGUIDANCE-fra-Manual-for-Trainers-and-Service-Providers-RH-FP.pdf>
- 7. Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille.** Contraception : Pour une prescription adaptée [Internet]. [cité le 31/12/2024]. Disponible sur : [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide\\_Contraception\\_pour\\_une\\_prescription\\_adaptee.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_Contraception_pour_une_prescription_adaptee.pdf)

- 8. Guindo AS.** Evaluation de la qualité des services offerts dans les six unités de planification familiale des CSREF du District de Bamako. Université de Bamako, Thèse méd., Bamako, 2005 ; 152 p.
- 9. Lopes P, Mensier A.** Contraception: methods, contraindications, surveillance. Rev Prat. 2000;50:451-60.
- 10. Magnani C.** La contraception. [Internet]. Groupes Qualité Normandie. DD-sur-Contraception-.pdf [cité le 30/01/2024]. Disponible sur: <https://www.urml-normandie.org/wp-content/uploads/2018/04/DD-sur-Contraception-.pdf>
- 11. Blumenthal PD, Mcintosh N.** Guide de poche à l'intention des prestataires de services de planification familiale. 2<sup>e</sup> éd. Baltimore : Jhpiego, 1996.
- 12. World Health Organization (WHO).** Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives [Internet]. World Health Organization, 2005 [cité le 14/12/2023]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789241549158>.
- 13. USAID, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Centre for Communication Programs, OMS.** Planification familiale: un manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier [Internet]. 2011 [cité le 14/12/2023]. Disponible sur : <https://fphandbook.org/sites/default/files/fr001-fullhandbook.pdf>
- 14. Bouare Y.** Problématique de la planification familiale au centre de santé de référence de la Commune i du district de Bamako à propos de 199 cas. USTTB, Thèse méd., Bamako, 2021 ; 108 p.
- 15. USAID.** Améliorer la performance par l'approche d'encadrement sur site [Internet]. IntraH\_Paquet 2\_Fasc PF-VF.pdf [cité le 10/09/2024]. Disponible sur : [https://www.sante.gouv.sn/sites/default/files/IntraH\\_Paquet%202\\_Fasc%20PF-VF.pdf](https://www.sante.gouv.sn/sites/default/files/IntraH_Paquet%202_Fasc%20PF-VF.pdf)

- 16. AFSSAPS, ANAES, INPES.** Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. [Internet]. Recommandations pour la pratique clinique, Paris : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé; 2004 [cité le 10/09/2024] Disponible sur: <http://www.anaes.fr>
- 17. Wikipédia.** Contraception orale [Internet]. 2024 [cité le 27/02/2024]. Disponible sur : [https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Contraception\\_orale&oldid=2126089](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Contraception_orale&oldid=2126089)
- 18. Masson E.** Contraception hormonale [Internet]. EM-Consulte. [cité le 27/02/2024]. Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/article/1930/contraception-hormonale>
- 19. The Challenge Initiative.** Renforcement des compétences des prestataires en technologie contraceptive : la contraception orale ou la pilule [Internet]. [cité le 31/12/2024]. Disponible sur : <https://tciurbanhealth.org/wp-content/uploads/2017/07/TCI-Formation-la-pilule-contraceptive.pdf>
- 20. Aury L.** Connaissance de la contraception d'urgence : étude d'une population étudiante de 19 à 24 ans. Université De Versailles Saint-Quentin-En-Yvelines, Mémoire méd., Saint-Quentin-En-Yvelines, 1994, 54 p.
- 21. Casey FE.** Contraceptifs oraux - Gynécologie et obstétrique [Internet]. Édition Prof. Man. MSD. [cité le 04/03/2024]. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/gyn%C3%A9cologie-et-obst%C3%A9trique/planning-familial/contraceptifs-oraux>
- 22. Banhero L.** Connaissances, attitudes et pratiques de la Contraception en milieu étudiantin des universités publiques de la ville de Ouagadougou (Burkina Faso). Université de Ouagadougou, Thèse méd., Ouagadougou, 2012 ; 131 p.
- 23. Plu-Bureau G, Horellou M-H, Gompel A, Conard J.** Contraception hormonale et risque thromboembolique veineux : quand demander une étude de l'hémostase ? Et laquelle ? Gynecol Obstet Fertil. 2008;36:448-54.

- 24. Reproductive Health Acces Information and Services in Emergencies (RAISE).** Planification familiale [Internet]. Guide du participant, Formation clinique en santé de la reproduction pour les situations d'urgence [cité le 27/02/2024]. Disponible sur : <https://www.publichealth.columbia.edu/file/7377/download?token=CXtGtw8b>
- 25. Institut national de santé publique Québec (INSPQ).** Contre-indications de la contraception hormonale dans le cadre de l'ordonnance collective [Internet]. [cité le 10/09/2023]. Disponible sur : [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/contraception/contre-indications\\_guide\\_2012b.pdf](chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/contraception/contre-indications_guide_2012b.pdf)
- 26. Mtawali G, Pina M, Angle M, Murphy C.** Le cycle menstruel et sa relation avec les méthodes contraceptives. Une référence pour les formateurs en santé de la reproduction [Internet]. 1998 INTRAH [cité le 10/09/2023]. Disponible sur : [http://www.prime2.org/prime2/pdf/MenCyc\\_Fr.pdf](http://www.prime2.org/prime2/pdf/MenCyc_Fr.pdf)
- 27. Soraya.** Tout savoir sur les patchs contraceptifs : le guide complet [Internet]. [cité le 31/12/2024]. Disponible sur : <https://lapause.jho.fr/article/tout-savoir-sur-les-patchs-contraceptifs-le-guide-complet/>
- 28. Cairns G.** Does injectable hormonal contraception increase the risk of HIV infection [Internet] ? [cité le 31/12/2024]. Disponible sur : <https://www.aidsmap.com/news/jul-2012/does-injectable-hormonal-contraception-increase-risk-hiv-infection>
- 29. Science Source.** Norplant contraceptive implants [Internet] – Image [cité le 31/12/2024]. Disponible sur : <https://www.sciencesource.com/2158326-norplant-contraceptive-implants-stock-image-rights-managed.html>
- 30. Djossou TR.** Connaissances, attitudes et pratiques de la contraception des élèves du Lycée Askia Mohamed de Bamako. USTTB, Thèse méd., Bamako, 2020 ; 99 p.
- 31. Hassoun D.** Méthodes de contraception naturelle et méthodes barrières. RPC contraception CNGOF. Gynecol Obstet Fertil Senol. 2018;46(12):873-82.

- 32.** La Coupe Menstruelle [Internet]. [cité le 31/12/2024]. Disponible sur : <https://images.app.goo.gl/bC9GGdAUGHTvQRTg6>
- 33. Laigneau I.** Préservatif féminin : mais comment ça marche [Internet] ? [cité le 31/12/2024] Disponible sur : <https://ma-sante.news/preservatif-feminin-mais-comment-ca-marche/>
- 34. Coulibaly M, Doukouré D, Koumi-Mélèdje MD, et al.** Perceptions et pratiques en matière de contraception dans une communauté urbaine de la ville d'Abidjan (Côte d'Ivoire). Eur Sci J. 2019;15(30):213-228.
- 35. Fangueng Fezeu BR.** 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. USTTB, Thèse méd., Bamako, 2022 ; 90 p.
- 36. Gnahoui H, Dohou P.** Diversité de perceptions de la contraception en milieu AJA [Internet]. [cité le 10/09/2023]. Disponible sur : <chrome-extension://efaidnbnmnibpcajpcglclefindmkaj/https://revues.acaref.net/wp-content/uploads/sites/3/2020/02/9GNAHOUI-Hugues.pdf>
- 37. Chebaro R, El Tayyara L, Ghazzawi F, Abi Saleh B.** Connaissances, attitudes et pratiques concernant la contraception dans une population urbaine. East Mediterr Health J. 2005;11(4):573-585.
- 38. Djossou TR, Diarra B, Dembélé T, et al.** Connaissances, attitudes et pratiques des méthodes de contraception des élèves du Lycée Askia Mohamed de Bamako en 2020. Mali Santé Publique. 2023;13(1):66-71.
- 39. Haute Autorité de Santé (HAS).** Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. HAS – Document de synthèse, 2013 ; Dernière modification novembre 2017, 56 p.
- 40. Kotokou K.** Les facteurs de l'utilisation des méthodes contraceptives à Lomé [Internet]. [cité le 10/09/2023]. Disponible sur : [chrome-extension://efaidnbnmnibpcajpcglclefindmkaj/https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins\\_textes/pleins\\_textes\\_6/colloques2/39924.pdf](chrome-extension://efaidnbnmnibpcajpcglclefindmkaj/https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/pleins_textes_6/colloques2/39924.pdf)

- 41. Adohinzin CCY, Berthe A, MEDA N, et al.** Connaissances et pratiques contraceptives chez les jeunes burkinabé de 15 à 24 ans. *Ann Sci Santé.* 2016;1(9):35-59.
- 42. Roudi-Fahimi F.** L’Islam et la Planification Familiale [Internet]. PRB Rapport de politique général sur le MOAN [cité le 10/09/2023]. Disponible sur : chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.prb.org/wp-content/uploads/2004/09/IslamFamilyPlanning\_FR.pdf
- 43. Cleland J, Bernstein S, Ezeh A, Faundes A, Glasier A, Innis J.** Family planning: the unfinished agenda. *Lancet Lond Engl.* 2006;368:1810-27.
- 44. Libreria Editrice Vaticana.** Lettre encyclique de sa sainteté le Pape Paul VI sur le mariage et la régulation des naissances [Internet]. Paul VI *Humanae Vitae*, 1968 [cité le 05/08/2024]. Disponible sur : [https://www.vatican.va/content/paul-vi/fr/encyclicals/documents/hf\\_p-vi\\_enc\\_25071968\\_humanae-vitae.html](https://www.vatican.va/content/paul-vi/fr/encyclicals/documents/hf_p-vi_enc_25071968_humanae-vitae.html)

# ANNEXES

# FICHE D'ENQUÊTE

\* Indique une question obligatoire

1. AGE (ANNÉES) \*

.....

2. ADRESSE \*

*Plusieurs réponses possibles.*

RUFISQUE

GUEDIAWAYE  PIKINE

KEUR MASSAR  DAKAR

AUTRES REGIONS DU SENEGAL

3. NIVEAU D'INSTRUCTION

*Plusieurs réponses possibles.*

Non scolarisée ou niveau primaire  Niveau secondaire ou supérieur

4. ÂGE DU DERNIER ENFANT

.....

5. ETES-VOUS EN MENOPAUSE ?

*Plusieurs réponses possibles.*

OUI  NON

6. ETES-VOUS ENCEINTE ?

*Plusieurs réponses possibles.*

OUI  NON

7. AVEZ-VOUS UNE FOIS UTILISE UNE METHODE CONTRACEPTIVE ? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

OUI  NON

8. SI OUI, LAQUELLE OU LESQUELLES ?

*Plusieurs réponses possibles.*

PILULE

INJECTION

IMPLANT(BRAINS)

DISPOSITIF INTRA-UTERIN ( APPAREIL)  AUTRES

9. DUREE DE LA CONTRACEPTION EN MOIS

.....

10. AVEZ-VOUS UNE FOIS EU UN OU DES EFFETS SECONDAIRES ?

*Plusieurs réponses possibles.*

OUI  NON

11. SI OUI LEQUEL OU LESQUELS

.....  
.....  
.....  
.....

12. AVEZ-VOUS FACILEMENT CONTRACTE UNE GROSSESSE  
UNE GROSSESSE APRES L'ARRET DE LA  
CONTRACEPTION ?

*Plusieurs réponses possibles.*

OUI  NON

13. SI METHODE INJECTABLE, PENDANT COMBIEN DE MOIS L'AVEZ-  
VOUS UTILISE ?

.....  
.....  
.....  
.....

14. DURANT L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION INJECTABLE, AVEZ- VOUS EU DES EFFETS SECONDAIRES TELS QUE :

*Plusieurs réponses possibles.*

- ABSENCE DES REGLES  SAIGNEMENTS
- PRISE DE POIDS
- RETOUR À LA FERTILITE TARDIF
- INFERTILITE SECONDAIRE (PLUS D'UN AN AVANT LA SURVENUE D'UNE AUTRE GROSSESSE APRES L'ARRET DE LA CONTRACEPTION) )

15. SI INFERTILITE SECONDAIRE, AVEZ-VOUS FAIT RECOURS A UN TRAITEMENT POUR PRENDRE UNE GROSSESSE ?

*Plusieurs réponses possibles.*

- OUI  NON

16. ETES-VOUS ACTUELLEMENT SOUS METHODE CONTRACEPTIVE ?

*Plusieurs réponses possibles.*

- OUI  NON

17. SI OUI, LAQUELLE ?

*Plusieurs réponses possibles.*

- PILULES  INJECTION
- IMPLANT (BRAINS)  DIU (APPAREIL)  AUTRES

18. DEPUIS COMBIEN DE TEMPS (MOIS) ?

.....

.....

.....

.....

19. RESSENTEZ-VOUS DES EFFETS SECONDAIRES DE CETTE METHODE ?

*Plusieurs réponses possibles.*

OUI  NON

20. SI OUI, LEQUEL OU LESQUELS ?

.....  
.....  
.....  
.....

21. QUE PENSEZ-VOUS DE LA CONTRACEPTION ?

.....  
.....  
.....  
.....

22. EST-CE QUE VOTRE EPOUX EST D'ACCORD POUR LA CONTRACEPTION ?

*Plusieurs réponses possibles.*

OUI  NON

23. QUE DIT VOTRE RELIGION PAR RAPPORT À LA CONTRACEPTION ?

.....  
.....  
.....  
.....

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.



# ***SERMENT D'HIPPOCRATE***

En présence des maîtres de cette école et de mes chers condisciples, je jure et je promets d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

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

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

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

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

## PERMIS D'IMPRIMER

---

Vu :

Vu :

Le Président de jury

Le Doyen

*Vu et permis d'imprimer*

Pour le Recteur, de l'Université Assane Seck de Ziguinchor et par Délégation

## RÉSUMÉ

### **PERCEPTION ET EFFETS SECONDAIRES DE LA CONTRACEPTION : UNE ENQUÊTE PORTANT SUR 302 FEMMES VIVANT AU SENEGAL**

#### **INTRODUCTION**

C'est une étude prospective, descriptive et analytique, qui s'étalait sur une période de 10 mois allant de septembre 2023 à juin 2024. L'objectif principal était l'évaluation de la connaissance des femmes du Sénégal en matière de contraception moderne et les objectifs spécifiques : répertorier les effets secondaires attribués à la PF par femmes du Sénégal ; recueillir les perceptions des femmes du Sénégal vis-à-vis de la PF ; et évaluer les connaissances religieuses des femmes du Sénégal par rapport à la PF.

#### **MÉTHODOLOGIE**

Cette étude a été menée pendant 10 mois d'activité. Elle a concerné toutes les femmes qui avaient accepté de répondre à notre questionnaire durant la période d'étude. Les variables d'études étaient : les caractères socio-démographiques ; la connaissance en matière de contraception et de ses effets secondaires, et les facteurs influençant sa pratique ; la perception influençant la pratique contraceptive. Les données ont été recueillies sur Google Forms. L'analyse des données a été effectuée avec le logiciel SPSS 23.

#### **RÉSULTATS**

L'âge moyen des patientes était de  $32,16 \pm 7,45$  ans avec des extrêmes de 18 et 66 ans ; 59,1 % étaient âgées de 20 à 29 ans, 32,4 % de 30 à 39 ans. La tranche d'âge des 20–35 ans était la plus représentée (69,62 %). La majeure partie de nos patientes venaient de Dakar (28,57 %) et de sa banlieue ; les non scolarisés ou de niveau primaire représentaient 63,64 %. L'âge moyen du dernier enfant était de 37,17 mois avec des extrêmes de 0,03 mois et 336 mois ; la tranche d'âge la plus concernée était celle des 1 à 24 mois (47,14 %). Parmi nos patientes, seules 3,06 % étaient ménopausées ; 11,22 % avaient une grossesse en cours, et 71 % de nos patientes avaient utilisé une méthode contraceptive. La pilule était le contraceptif le plus utilisé (27,81 %), suivie de l'injection (26,49 %), et la durée moyenne de contraception était de 26,20 mois, avec des extrêmes de 0,25 et 192 mois. Cette contraception durait pour la plupart des patientes entre 6 et 24 mois. Dans notre étude, 63,84 % avaient au moins eu un effet secondaire ; les troubles du cycle étaient les effets secondaires les plus courants (27,81 %), suivis de la prise de poids (22,19 %). Parmi les répondants, 53,14 % avaient facilement contracté une grossesse après l'arrêt d'une contraception ; la durée moyenne d'utilisation de la méthode injectable était de 19,05 mois, avec des extrêmes de 1 mois et 96 mois. La plupart de nos patientes l'avaient utilisée pendant 4 et 12 mois. Une bonne partie des patientes utilisant la contraception injectable avait des absences de règles (32 %), suivies des saignements (24,50 %). Après une infertilité secondaire, 33,33 % des patientes avaient recours aux traitements pour désir de grossesse. Pendant l'étude, 39,11 % de nos patientes étaient encore sous méthode contraceptive, et la Diu (appareil) est la méthode contraceptive la plus utilisée (34,91 %). La contraception en cours avait duré entre 6 et 24 mois pour 56,86 % de nos patientes avec une moyenne de 17,06 mois, avec des extrêmes de 0,03 et 72 mois ; chez ces patientes, 44,44 % ressentaient des effets secondaires liés à la méthode contraceptive en cours. L'effet secondaire le plus fréquent était le Spotting (26, les troubles du cycle étaient moins fréquents (2 %). La majeure partie des époux était favorable à la contraception (78,20 %). Dans notre étude, 30,25 % répondaient que la religion est contre la contraception.

#### **CONCLUSION**

En Afrique francophone, les jeunes ont difficilement accès aux informations et services de planification familiale (PF) de qualité. De plus, ils affichent un taux d'abandon de la contraception et sont particulièrement sensibles aux effets indésirables. Le rôle des leaders religieux pour démystifier les tabous autour de la PF et renforcer un dialogue informé par des données est largement démontré. D'énormes moyens ont déjà été mis en place par les gouvernements et/ou les partenaires (organisations et associations). Des améliorations peuvent être proposées, notamment dans la formation et dans la répartition de personnel qualifié. Des progrès récents ou encore à l'état de recherche sont prometteurs et pourraient aider plus de femmes à accéder à la contraception.

**Mots-clés** : contraception, perception, effets secondaires