

PLANIFICATION FAMILIALE DU POSTPARTUM A L'HOPITAL DE DISTRICT DE LA COMMUNE II DE BAMAKO, MALI.

Postpartum family planning at the district hospital of the commune II of Bamako, Mali.

Dao SZ¹, Traoré BA¹, Traoré T², Konaté S¹, Togo E¹, Sidibé K², Coulibaly A³, Sylla C⁴, Haïdara M⁵, Dembélé AB¹, Traoré Y⁴, A Dolo⁶.

¹Centre de santé de référence de la commune II, Bamako, Mali ; ²Hôpital Nianankoro Fomba, Ségou, Mali ; ³Centre hospitalier Universitaire du Point G, Bamako, Mali ; ⁴Centre hospitalier Universitaire Gabriel Touré, Bamako, Mali ; ⁵Centre de santé de référence de Kalaban-coro, Koulikoro, Mali ; ⁶Polyclinique Pasteur, Bamako, Mali.

Correspondance : Seydou Z DAO, Maître de recherche en gynécologie obstétrique à l'hôpital de district de la commune II de Bamako, Tél: (00223)76488929/63545560; E-mail:seydouzd@yahoo.fr

RESUME

La planification familiale du postpartum est la prévention des grossesses durant les 12 mois qui suivent l'accouchement. **Objectif** : Etudier l'utilisation des méthodes contraceptives dans le postpartum dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital de district de la commune II de Bamako. **Matériels et Méthodes** : Nous avons mené une étude transversale descriptive et analytique avec collecte prospective des données du 1^{er} janvier 2019 au 31 décembre 2020. Ont été incluses, toutes les accouchées ayant choisi et bénéficié d'une méthode contraceptive. Le test statistique utilisé a été le test de Fisher avec un seuil de significativité fixé à 5%. **Résultats** : En 2 ans, la prévalence contraceptive dans le postpartum était de 26,1%. Plus des 2/3 des counselings (61%) ont été faits lors des consultations prénatales, 8% pendant la phase de latence, 26% dans le postpartum immédiat et 5% lors de la visite postnatale. Les méthodes les plus choisies ont été les implants (47,1%), le dispositif intra-utérin (29,6%), les pilules miro-progestatives (12,5%), les progestatifs injectables (8%) et les préservatifs (3,2%). **Conclusion** : La planification familiale du postpartum contribue à augmenter la prévalence contraceptive. **Mots clés** : Planification Familiale, Postpartum, Counseling, Méthodes, Commune II.

ABSTRACT

Postpartum family planning is the prevention of pregnancy during the 12 months following childbirth. **Objective**: To study the use of contraceptive methods in the postpartum period in the obstetrics gynecology department of the district hospital of the commune II of Bamako. **Materials and Methods**: We conducted a descriptive and analytical cross-sectional study with prospective data collection from January 1, 2019 to December 31, 2020. All women who had given birth who had chosen and benefited from a contraceptive method were included. The statistical test used was Fisher's test with a significance level set at 5%. **Results**: In 2 years, the contraceptive prevalence in the postpartum was 26.1%. More than 2/3 of counseling (61%) was done during prenatal consultations, 8% during the latency phase, 26% in the immediate postpartum and 5% during the postnatal visit. The most chosen methods were implants (47.1%), intrauterine device (29.6%), miro-progestin pills (12.5%), injectable progestogens (8%) and condoms (3.2%). **Conclusion**: Postpartum family planning contributes to increasing contraceptive prevalence. **Keywords**: Family Planning, Postpartum, Counseling, Methods, Commune II.

INTRODUCTION

La planification familiale du postpartum (PFPP) est définie comme la prévention des grossesses non désirées et des grossesses très rapprochées durant les 12 premiers mois qui suivent l'accouchement [1]. Au Mali, l'indice synthétique de fécondité est de 6,3 enfants par femme, le taux de mortalité maternelle de 325 pour 100000 naissances vivantes et la mortalité néonatale de 33‰ [2]. Le postpartum constitue un moment particulier et délicat puisque la femme est souvent plus soucieuse de son nouveau-né et de sa fonction de mère que de son devenir en tant que femme. La contraception constitue une priorité dans le postpartum [3]. Tous les prestataires de santé doivent s'efforcer de délivrer une information actualisée sur les différentes stratégies contraceptives, d'en dépister les éventuelles contre-indications et de prescrire à chaque

femme qui le souhaite une contraception efficace avant sa sortie de la maternité [3]. Après une naissance vivante, l'intervalle recommandé avant de planifier une nouvelle grossesse est au moins de 24 mois [1]. Dans le Monde, 95% des femmes veulent éviter une grossesse dans les 2 ans qui suivent l'accouchement mais seulement un tiers utilise une méthode contraceptive dans le postpartum [1, 4]. Au Mali, la prévalence contraceptive est de 16% alors que les besoins non satisfaits en planification familiale (PF) sont de 24% [2]. La rareté des études sur la PFPP dans notre pays, nous a motivé à faire ce travail dont l'objectif était d'étudier l'utilisation des méthodes contraceptives dans le postpartum dans notre service.

MATERIELS ET METHODES

Nous avons réalisé une étude transversale descriptive et analytique avec collecte

prospective des données du 1^{er} janvier 2019 au 31 décembre 2020 soit 24 mois dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital de district de la commune II de Bamako. Elle a concerné toutes les femmes ayant accouché dans notre service pendant la période d'étude. Ont été incluses dans cette étude, toutes les accouchées dans notre service ayant choisi et bénéficié d'une méthode contraceptive. N'ont pas été retenues dans cette étude, les clientes ne répondant pas aux critères d'éligibilité de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les clientes n'ayant pas choisi de méthode, les femmes ayant accouché dans d'autres services mais venues consulter dans notre service dans le postpartum. Il s'agissait d'une collecte systématique de toutes les clientes répondant aux critères d'inclusion. Les variables étudiées ont été l'âge, le niveau d'instruction, la parité, l'intervalle intergénésique, les moments du counseling et l'utilisation des méthodes contraceptives. Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel SPSS 21. Le test statistique utilisé a été le test exact de Fisher avec un seuil de significativité fixé à 5%. Par rapport aux considérations éthiques, l'anonymat et la confidentialité ont été respectés.

RESULTATS

Du 1^{er} janvier 2019 au 31 décembre 2020, 5452 femmes ont accouché dans notre service parmi lesquelles 1423 clientes ont bénéficié d'une méthode de contraception dans le postpartum selon les critères de recevabilité médicale de l'OMS soit une fréquence de 26,1%. Il s'agissait de clientes âgées entre 20 et 29 ans (44,6%), l'âge moyen était de 29,5 ans avec des extrêmes de 18 et de 43 ans, scolarisées (69,6%), paucipares dans 42,5% et grandes multipares dans 19,3% des cas. L'intervalle intergénésique était inférieur à 12 mois dans 35,4% et supérieur à 24 mois dans 14,6% (Tableau I). Les counselings ont été faits lors des consultations prénatales dans 61%, pendant la phase de latence dans 8%, dans le postpartum immédiat dans 26% et lors de la visite postnatale dans 5% des cas (Figure 1). Les méthodes les plus choisies ont été les implants (47,1%), le dispositif intra-utérin (29,6%), les pilules miro-progestatives (12,5%), les progestatifs injectables (8%) et les préservatifs (3,2%) (Tableau II). Nous avons trouvé une relation statistiquement significative entre l'âge et le type de contraception choisie ($K_{hi} = 60,604$, $P = 0,000$). Le suivi après administration de la méthode a été régulier dans 73,2% des cas et 7,5% n'ont fait aucun suivi. Nous avons noté un cas de grossesse après expulsion d'un DIU inséré dans le postpartum immédiat.

DISCUSSION

Au Mali, la prévalence contraceptive est faible alors que les besoins non satisfaits sont élevés

[2]. Les raisons de ces besoins non satisfaits sont multiples parmi lesquelles on peut citer le manque d'information sur la planification familiale, les rumeurs non fondées sur les méthodes contraceptives, la non disponibilité du personnel soignant et des méthodes, la crainte d'une désapprobation sociale ou de l'opposition du partenaire et la crainte des effets secondaires [5]. La PFPP est une intervention clé dans la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelle, néonatale et infantile, en prévenant des grossesses non désirées et des naissances trop rapprochées [6]. L'importance de la PFPP a été longtemps négligée [7]. Dans notre étude, 26,1% des clientes ont bénéficié d'une méthode contraceptive durant la première année après l'accouchement. Il s'agissait de clientes âgées entre 20 et 29 ans (44,6%), l'âge moyen était de 29,5 ans avec des extrêmes de 18 et de 43 ans, scolarisées (69,6%), paucipares dans 42,5% et grandes multipares dans 19,3% des cas. L'intervalle intergénésique était compris entre 12 et 24 mois dans 50%. Il était inférieur à 12 mois dans 35,4% et supérieur à 24 mois dans 14,6%. Les grossesses non désirées et rapprochées augmentent les taux de mortalité et de morbidité maternelle, néonatale et infantile et c'est pourquoi l'OMS recommande au moins un intervalle de 24 mois entre les naissances [1]. Les 12 premiers mois après un accouchement présente un risque élevé de grossesses non désirées [8]. Les visites prénatales, les services d'accouchement et les contacts ultérieurs avec le système de santé sont des voies prometteuses pour atteindre les femmes en postpartum ayant un besoin non satisfait et un désir d'utiliser les services de planification familiale [8]. Le meilleur moment pour faire un counseling en PF du postpartum est la période prénatale [1]. L'importance du counseling au cours de la période prénatale constitue un facteur majeur pour l'utilisation d'une méthode contraceptive dans le postpartum [5]. Dans notre étude, plus des 2/3 des counselings (61%) ont été faits lors des consultations prénatales (CPN), 8% pendant la phase de latence du travail d'accouchement, 24% dans le postpartum immédiat et 4,5% lors de la visite postnatale. Parmi les clientes ayant reçu un counseling pendant les CPN, 78% ont confirmé et bénéficié des méthodes contraceptives déjà choisies alors 12% ont changé de méthodes. Les femmes ayant bénéficié d'un counseling pendant la période prénatale ont tendance à choisir une méthode contraceptive dans le postpartum [9, 10, 11, 12]. Les méthodes contraceptives doivent tenir compte des modifications anatomiques et physiologiques du postpartum [13]. Les méthodes les plus choisies ont été les implants (47,1%), le dispositif intra-utérin (29,6%), les pilules miro-progestatives (12,5%), les progestatifs injectables (8%) et les préservatifs

(3,2%). Parmi les dispositifs intra-utérins, il s'agissait de DIU postplacentaire dans 43,2%, postpartum immédiat dans 21,6%, per ou trans-césarienne dans 32,6% et d'intervalle dans 2,6%. Dans une étude sur l'insertion du DIU dans le postpartum avec le nouvel inserteur, il s'agissait de DIU per ou trans-césarienne dans 41%, postplacentaire dans 32% et postpartum immédiat dans 27% des cas [5]. Dans notre étude, nous avons trouvé une relation statistiquement significative entre l'âge et le type de contraception choisie (Khi $2=60,604$, $P=0,000$). Les méthodes les plus choisies par les clientes âgées entre 20 et 29 ans étaient les implants (23,9%), les progestatifs injectables (14,6%) et les préservatifs (6,7%) alors que pour les clientes âgées entre 30 et 39 ans, il s'agissait du DIU (38,4%), des implants (25,6%), des progestatifs injectables (12,5%) et des pilules (8,4%). Dans l'étude de Munéry J [14], plus de la moitié des clientes avaient choisi les pilules micro-progestatives. Le suivi des clientes après administration d'une méthode contraceptive est important car il permet de détecter et de prendre en charge les effets secondaires et les complications. Dans notre étude, 73,2% des clientes ont effectué un suivi régulier en fonction de la méthode et 7,5% n'ont fait aucun suivi. Yogesperan K [15] a rapporté 47% de suivi irrégulier dans son étude. Nous avons noté un cas de grossesse chez une cliente qui avait reçu un DIU du postpartum immédiat mais qui n'avait effectué aucun suivi post-insertion. Le DIU était expulsé à l'insu de la patiente.

CONCLUSION

La planification familiale du postpartum contribue à la réduction des besoins non satisfaits. Une meilleure connaissance des méthodes contraceptives par les prestataires de santé et un counseling de qualité pendant la grossesse et dans le postpartum, peuvent contribuer à augmenter la prévalence contraceptive.

REFERENCES

1-Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) et Maternal and Child Health Integrated Program (MCHIP). Stratégies de programmation pour la planification du postpartum. OMS 2014 ; 66p. [En ligne]. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/99116/1/9789242506495_fre.pdf?ua=1

2-Institut National de la Statistique (INSTAT), Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF), ICF. Sixième Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018. Indicateurs Clés. [Internet]. Bamako, Mali, et Rockville, Maryland, USA: INSTAT, CPS/SS-DS-PF, et ICF; 2019 [cité le 21 janvier 2021]. Disponible sur:

<https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/SR261/SR261.pdf>

3-République du Mali. Manuel de référence : dispositif intra-utérin du postpartum. Ministère de la santé et des affaires sociales 2020; 92p

4-Moore Z, Pfitzer A, Gubin R, Charurat E, Elliott L, Croft T. Missed opportunities for family planning: an analysis of pregnancy risk and contraceptive method among postpartum women in 21 low-and middle-income countries. *Contraception* 2015;92(1):31-39

5-Dao SZ, Sissoko M, Traoré BA, Konaté S, Sidibé K, Sima M et al. Evaluation of Insertion with the New Inserter of the Intra-Uterine Device of the Postpartum at the Referral Health Center of Commune II of Bamako, Mali. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology* 2020; 10, 41-48.

6-Smith JM, Deller B, Ruparelia C, Asif R, Tredwell S. Fournir les services de DIUPP, Manuel de référence. JHPIEGO 2011, 89p

7-Cleland J, Shah IH, Benova L. Nouveau regard sur le niveau de besoins non-satisfaits de planification familiale durant la période post-partum, leurs causes et leurs implications programmatiques. *Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique* 2016 ; Numéro spécial : 40-48

8-RossJA, Winfrey WL. *Contraceptive Use, Intention to Use and Unmet Need during the Extended Postpartum Period. International Family Planning Perspectives*, 2001, 27(1):20-27

9-HernandezLE, SappenfieldWM, GoodmanD, PoolerJ. Is effective contraceptive use conceived prenatally in Florida? The association between prenatal contraceptive counseling and postpartum contraceptive use. *Matern Child Health J* 2012; 16(2):423-9.

10-GouldingAN, BauerAE, MuddanaA, BryantAG, StuebeAM. Provider Counseling and Women's Family Planning Decisions in the Postpartum Period. *J Womens Health (Larchmt)* 2020 Jun; 29(6):847-853.

11-LopezLM, GreyTW, ChenM, HillerJE. Strategies for improving postpartum contraceptive use: evidence from non-randomized studies. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; 27(11):CD011298. Doi: 10.1002/14651858.CD011298.pub2.

12-DevR, KohlerP, FederM, UngerJA, WoodsNF, DrakeAL. A systematic review and meta-analysis of postpartum contraceptive use among women in low-and middle-income countries. *ReprodHealth* 2019;16(1):154. Doi: 10.1186/s12978-019-0824-4.

13-Vanderstichele S, Roumilhac M, Le Tallec A, Codaccioni X. La contraception du postpartum. *La Lettre du Gynécologue* 2000; 253 : 49-52

14-Munéry J. La contraception du postpartum. Mémoire de sages-femmes. Auvergne 2016. 121 p.

15-Yogesparan K. Contraception du postpartum et précarité : Impact des connaissances et du suivi sur le choix et l'observance de la méthode contraceptive. Thèse méd, Paris-Didérot 7, 2016, 127 p.

Conflit d'intérêt : Les auteurs déclarent qu'il n'existe aucun conflit d'intérêt dans ce travail.

Tableaux et figure

Tableau I: Répartition des clientes selon les caractéristiques sociodémographiques et obstétricales

Caractéristiques des patientes	Effectifs	(%)
Ages (ans)	-	-
≤19	209	14,7
20-29	635	44,6
30-39	543	38,2
≥40	36	2,5
Niveau d'instruction	-	-
Non scolarisées	433	30,4
Scolarisées	990	69,6
Parité	-	-
Primipare	210	14,8
Paucipare	605	42,5
Multipare	333	23,4
Grande multipare	275	19,3
Intervalle intergénérisique (mois)	-	-
<12	504	35,4
12-24	711	50
>24	208	14,6

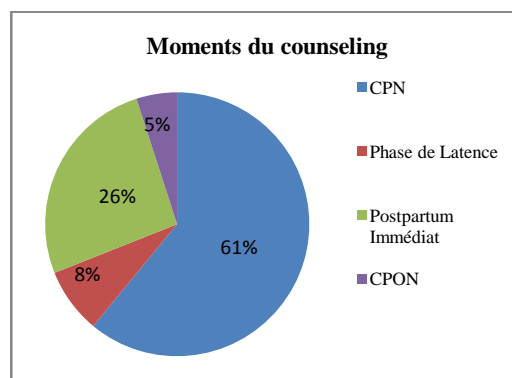


Fig 1 : Répartition des clientes selon les moments du counseling

Tableau II : Répartition des clientes selon les méthodes contraceptives choisies

Méthodes choisies	Effectifs	(%)
Implants	670	47,1
DIU	383	26,9
Pilules micro-progestatives	178	12,5
MAMA*+pilules œstro-progestatives	23	1,6
Progestatifs injectables	114	8
Préservatifs	45	3,2
Ligatures des trompes	10	0,7
Total	1423	100

*MAMA : Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée