

**MINISTERE DES ENSEGNEMENTS
SECONDAIRE SUPERIEUR ET DE
LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

**REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi**

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

ANNEE 1995-1996

N°.....

**CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA
PLANIFICATION FAMILIALE DANS LA
COMMUNE IV DU DISTRICT DE BAMAKO**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le.....

Devant

L'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali

Par

Mr: Sanoussi SANGO

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

Jury:

PRESIDENT: Professeur Amadou I. DOLO

MEMBRES: Docteur Salif DIAKITE

Docteur DIALLO Arkia DOUCOURE

DIRECTEUR DE THESE: Docteur DIALLO Fatimata S. DIABATE

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI
ANNEE UNIVERSITAIRE 1995-1996

ADMINISTRATION

DOYEN : ISSA TRAORE - PROFESSEUR
1er ASSESSEUR: BOUBACAR S.CISSE - PROFESSEUR
2ème ASSESSEUR : AMADOU DOLO - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE
SECRETAIRE GENERAL: BAKARY CISSE - MAITRE DE CONFERENCES
ECONOME: MAMADOU DIANE CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Aliou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Ortho-Traumatolo.Sécourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L.TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R.CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chef D E R de Chirurgie
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Ortho-Traumatologie
Mr Kalilou OUARTARA	Urologie

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGES

Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale

3. MAITRE DE CONFERENCES

Mme SY Aissata SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif Diakité	Gynéco-Obstétrique

4. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Alhousséini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mme DIALLO Fatimata.S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesth.-Réanimation
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Générale

Mr Sékou SIDIBE
Mr Abdoulaye K.DIALLO
Mr Mamadou TRAORE
Mr Filifing SISSOKO
Mr Tiéman COULIBALY
Mme TRAORE J.THOMAS
Mr Nouhoum ONGOIBA

Ortho.Traumatologie
Anesthésie-Réanimation
Gynéco-Obstétrique
Chirurgie Générale
Ortho.Traumatologie
Ophtalmologie
Anatomie & Chirurgie Générale

5. ASSISTANTS

Mr Ibrahim ALWATA
Mr Sadio YENA

Ortho.Traumatologie
Chirurgie Générale

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Bréhima KOUMARE
Mr Siné BAYO
Mr Gaoussou KANOUTE
Mr Yéya T.TOURE
Mr Amadou DIALLO
Mr Moussa HARAMA

Bactériologie-Virologie
Anatomie-Path.Histoembryologie
Chimie analytique
Biologie
Biologie Chef de D.E.R.
Chimie Organique

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Ogobara DOUMBO
Mr Anatole TOUNKARA

Parasitologie
Immunologie

3. MAITRE DE CONFERENCES

Mr Yénimégué A.DEMBELE
Mr Massa SANOGO
Mr Bakary M.CISSE
Mr Abdrahamane S.MAIGA
Mr Adama DIARRA

Chimie Organique
Chimie Analytique
Biochimie
Parasitologie
Physiologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou CISSE
Mr Sekou F.M.TRAORE
Mr Abdoulaye DABO
Mr N'yenigue Simon KOITA
Mr Abdrahamane TOUNKARA
Mr Flabou BOUGOUDOGO
Mr Amadou TOURE
Mr Ibrahim I.MAIGA

Biologie
Entomologie médicale
Malacologie, Biologie Animale
Chimie organique
Biochimie
Bactériologie
Histoembryologie
Bactériologie

5. ASSISTANTS

Mr Benoît KOUMARE

Chimie Analytique

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY	Med.Int. Chef D E R MEDECINE
Mr Aly GUINDO	Gastro-Enterologie
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamamdou M. KEITA	Pédiatrie

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bah KEITA	Pneumo-Phytysiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie

3. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Abdel Kader TRAORE	Med.Interne
Mr Moussa Y.MAIGA	Gastroenterologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Leprologie
Mr Hamar A. TRAORE	Medecine Interne
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastroenterologie
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie

3. ASSISTANTS

Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Adama D.KEITA	Radiologie
Mme Tatiana KEITA	Pédiatrie

D E R de SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1.PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
--------------------------	-------------

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Arouna KEITA	Matière Médicale
-----------------	------------------

3. MAITRE DE CONFERENCES

Mr Boukassoum HAIDARA	Législation
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharm.Chim. (Chef de D.E.R.)
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie

3. MAITRE ASSISTANT

Mr Drissa DIALLO
Mr Alou KEITA

Matières Médicales
Galénique

4. ASSISTANT

Mr Ababacar I. MAIGA

Toxicologie

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sidi Yaya SIMAGA

Santé Publique (chef D.E.R.)

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Moussa A. MAIGA

Santé Publique

3. MAITRE DE CONFERENCES

Mr Yanick JAFFRE
Mr Sanoussi KONATE

Anthropologie
Santé Publique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURE
Mr Sory I. KABA

Santé Publique
Santé Publique

5. ASSISTANT

Mr Massambou SACKO

Santé Publique

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr Mamadou KONE	Physiologie
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale et Min.
Mr Bakary I. SACKO	Biochimie
Mr Sidiki DIABATE	Bibliographie
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme Sira DEMBELE	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Nyamanton DIARRA	Mathématiques
Mr Moussa I. DIARRA	Biophysique
Mr Mamadou Bakary DIARRA	Cardiologie

PERSONNEL D' ENCADREMENT (STAGES & TP)

Docteur Madani TOURE

H.G.T.

Docteur Tahirou BA	H.G.T.
Docteur Amadou MARIKO	H.G.T.
Docteur Badi KEITA	H.G.T.
Docteur Antoine NIANTAO	H.G.T.
Docteur Kassim SANOGO	H.G.T.
Docteur Yéya I.MAIGA	I.N.R.S.P.
Docteur Chompere KONE	I.N.R.S.P.
Docteur Almahdy DICKO	P.M.I.SOGONINKO
Docteur Mohamed TRAORE	KATI
Docteur Reznikoff	IOTA
Docteur N'DIAYE F. N'DIAYE	IOTA
Docteur Hamidou B.SACKO	HGT
Docteur Hubert BALIQUE	C.T. MSSPA
Docteur Sidi Yéhiya TOURE	HGT
Docteur Youssouf SOW	HGT

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr F.S.DANO	HYDROLOGIE
Pr M.L.SOW	MED.LEGALE
Pr S.S.GASSAMA	BIOPHYSIQUE
Pr D. BA	BROMATOLOGIE
Pr M.BADIANE	PHARMACIE CHIMIQUE
Pr B.FAYE	PHARMACODYNAMIE
Pr Eric PICHARD	PATHOLOGIE INFECTIEUSE
Dr G.FARNARIER	PHYSIOLOGIE

DEDICACE

A mon Père

Ces mots n'exprimeront pas assez tout ce que j'éprouve aujourd'hui. ce travail vous est dédié, modeste gage de ma profonde affection.

A ma Mère

Tu t'es toujours investie afin d'assurer à tes enfants une éducation stricte et exemplaire.

Aujourd'hui je suis honorée grâce à cet amour que tu sais parfaitement partager avec tous tes enfants.

Je prie le tout puissant pour que tu puisses jouir un peu du fruit de tes efforts.

A mes Tantes et Oncles

Mes sincères remerciements et ma gratitude pour votre attachement.

Aux familles: KONATE à Médine, THIAM à Ouolofobougou, LANDOURE à Lafiabougou, PONA à Lafiabougou, MAGASSA à Daoudabougou, N'DIAYE à Badalabougou et TANDIA à Badalabougou.

En témoignage de ma vive reconnaissance.

A mon amie Awa TOGOLA

En remerciement de l'amour que tu m'as toujours témoignée.

Amina SISSOKO

C'est l'occasion pour moi de vous remercier et de vous renouveler toute ma reconnaissance.

A mes frères et sœurs : puisse ce travail vous servir d'exemple.

Nos Remerciements

Au corps professoral de l'ENMP du Mali, nous vous devons notre formation.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

Au personnel du Service de Gynécologie Obstétrique de l'HGT.

Docteur Almahady DICKO

La gentillesse avec laquelle vous recevez, l'abord facile qui vous caractérise nous a beaucoup marqué.

En effet, vous n'avez ménagé aucun effort pour notre formation .

Docteur PLEAH Tsigué.

Vous m'avez accueilli à bras ouverts dans le service, vous n'avez ménagé aucune peine pour notre formation.

trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude.

Atoutes les sages femmes de la maternité de l'hôpital Gabriel Touré.

A tous les médecins stagiaires, les internes, les infirmiers et infirmières.

Pour votre franche collaboration en souvenir des bons moments passés ensemble.

Je voulais particulièrement cité.

Dr Thièro, Isaac Yombi ,Abdoul k Traore Dr A SAMAKE.

Mamadou Diabaté, tous le service de PF la sage femme Maitresse: Mme Maïga.

A Docteur Garba Hamadoun

pour vos conseils judicieux

A tous le personnel de la maternité d'Hamdallaye.

Mme CAMARA, Mme TOURE, Mme MAIGA, Mme SOUMARE.

Mme SACKO Djelika

Mme BAMBA Christine

Mr Dramane COULIBALY

Mr Lassine DOUMBIA

et les internes Seydou TRAORE et Drissa SOW.

Merci pour votre grande disponibilité et je saisis cette occasion pour vous témoigner toute ma reconnaissance.

A tout le personnel du CERPOD

Particulièrement à

Mr Mamadou Kani KONATE

Mr Mahamadou GUEYE

Mr Issa GUINDO

Mr Alpha TOURE

Enfin est venu l'heure de vous remercier pour votre fructueuse collaboration.

Permettre moi de vous dire une fois encore merci.

A Mr Babou BA

Seydou BAGAYOKO

Mr Ousmane KONIPO

Mr Mamadou TOURE

Mr famouké DIALLO

A toute la promotion pour le souvenir des années passées ensemble.

A tous mes amis, vous êtes nombreux mais vous saurez vous reconnaître ici.

A tous les étudiants de l'ENMP pour vous souhaiter courage.

A tous ceux qui ont:

apporté leur soutien moral et matériel pour la réalisation de ce travail et que nous avons omis de citer nous les remercions de tout notre coeur.

Un remerciement particulier

A Dr Hamadou A SANGHO cellule informatique ENMP

A Mr Nouhoum TIMBINE Documentaliste IOTA

AUX MEMBRES DU JURY

Professeur Amadou DOLO

Professeur agrégé en Gynécologie Obstétrique , Chef de Service de Gynéco-Obstétrique de L'hôpital du Point G

Président de la Société Malienne de Gynécologie - Obstétrique (SOMAGO).

2° Assesseur à l'Ecole Nationale de Médecine et de pharmacie

Vous nous faites un grand honneur en acceptant malgré vos multiples occupations de présider le jury de ce modeste travail qu'il m'est agréable de soumettre à votre appréciation. la clarté de votre enseignement et votre entière disponibilité font de vous un maître respecté et un modèle à suivre.

Nous vous prions de recevoir cher maître nos sentiments respectueux et dévoués.

Docteur Salif DIAKITE
Maître de Conférence de Gynécologie Obstétrique à l'ENMP.

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail.
Nous avons apprécié votre haute conscience professionnelle et vos immenses qualités humaines.
Vous restez pour nous un maître simple mais rigoureux auprès de qui nous avons toujours trouvé l'accueil chaleureux.
Soyez assuré Monsieur de nos sentiments distingués et de notre gratitude.

Docteur DOUCOURE Arkia DIALLO
Spécialiste en Gynéco-Obstétrique
Chef de la Division Santé Familiale et Communautaire

Vous avez accepté très aimablement de faire partie de ce jury de thèse.
Nous avons admiré votre simplicité, vos qualités humaines et intellectuelle.
Nous vous prions de croire à la sincérité de nos sentiments respectueux.

Docteur DIALLO Fatimata S. DIABATE
Assistant Chef de Clinique en Gynéco-Obstétrique DER de chirurgie et de spécialité chirurgicale ENMP
Médecin Chef de la maternité de Hamdallaye

Vous avez initié, conçu et suivi pas à pas ce travail. Nous sommes honorés de la confiance que vous nous avez faite.
Nous avons pu apprécier lors de nos stages vos qualités humaines et de grande praticienne.
Nous avons toujours eu auprès de vous compréhensions et conseils.
Veuillez trouver dans ce travail, le votre l'expression de notre sincère reconnaissance et de notre attachement respectueux.

SOMMAIRE

	Page
CHAPITRE / 1 INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE :2 GENERALITES.....	2
1Definition.....	2
2 Historique.....	2
3Rappel sur les methodes de PF.....	3
CHAPITRE :3 METHODOLOGIE ET MATERIEL D'ETUDE.....	8
Cadre d'etude.....	8
Type d'etude.....	9
Echantillonnage.....	9
Collecte des données.....	11
Test statistique	12
CHAPITRE 4: RESULTATS.....	13
Homme.....	13
Caractéristiques socio-démographiques.....	13
Connaissance de la PF.....	15
Pratique de la PF.....	19
Attitude face à la PF.....	21
Femme:.....	28
Caractéristiques socio-démographiques.....	28
Connaissance et attitude pratique.....	30
Profil socio-démographique des utilisatrices.....	35
CHAPITRE 5 COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	49
CHAPITRE 6: CONCLUSION.....	56
CHAPITRE 7 RECOMMANDATION.....	57
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	58
ANNEXES.....	63
RESUME:	

1 INTRODUCTION

"Je vais à l'océan chercher un bébé, mais le voyage est long et dangereux. Il se peut que je ne revienne pas." Image empruntée à la tradition orale Tanzanienne que la nouvelle Maman évoque à ses enfants lorsqu'arrive le moment de l'accouchement (38) voilà des propos qui illustrent parfaitement les risques liés à la grossesse et à l'accouchement.

L'O.M.S. a estimé qu'en 1990, 14 Millions d'enfants de moins de 5 ans sont morts et un demi million de femmes en âge de procréer ont succombé suite à des causes liées à la grossesse ou à l'accouchement à travers le monde (36).

Mais c'est en Afrique et en Asie que les taux sont les plus élevés. En effet en Afrique de l'Ouest et Centrale, pour 100 000 naissances vivantes, au moins 700 mères disparaissent (12).

A ce problème de mortalité materno-infantile et démographique, il existe un autre socialement plus dramatique celui des grossesses non désirées précoces avec leur cortège de fille- mères d'avortements illégaux d'abandon d'enfants et d'infanticide.

Dans ce cadre une enquête faite au Mali à la clinique pilote de L'AMPPF de 1981-1985 sur 2181 élèves et étudiantes avait trouvé 766 accouchements au fondamental 323 pour le secondaire 102 pour le supérieur contre respectivement 347,170,40 avortements au fondamentale, au secondaire et au supérieur dans la même population pendant la même période (42).

Ces chiffres déjà inquiétants sont malheureusement en deçà de la réalité car ils ne prennent en compte ni les filles qui refusent de déclarer leur accouchement ou avortement ni celle qui le font clandestinement.

Face à ces problèmes diverses approches furent envisagées au Mali: Une d'entre elles fût l'adoption d'une politique nationale de SMI/PF.

Cette politique nationale a pour objectif, une action prononcée sur la priorité que le gouvernement entend donner à la santé de la mère et de l'enfant. C'est ainsi que fut créée en 1980 la division santé familiale et communautaire (DSFC); précédée par celle de l'AMPPF en 1971 (7 juin). C'est une structure de coordination et de promotion des activités de santé maternelle et de PF. Selon l'OMS (36) la PF peut prévenir de 25 à 40 % les décès maternels en espaçant simplement les grossesses de 2 ans.

La prévalence de la PF était et demeure dans une large mesure peu évaluée. La seule étude de référence au Mali est l'EDS (50). D'après cette étude la prévalence contraceptive est de 4.6 % au niveau national et 11.6 % en milieu urbain, en 1992 l'AMPPF (5) retrouve 16.4 % à Bamako.

Les hommes de ces deux études avaient des attitudes conservatrices (5) (50).

D'autres études faites à l'Ecole de Médecine ont également tenté d'évaluer la PF, mais ces études ont été faites en milieu rural.

Notre étude faite dans la commune IV du district de Bamako a pour objectif:

* Déterminer le profil socio-démographique des femmes fréquentant les centres de santé de la commune IV où ont lieu des activités de SMI/PF.

* Apprécier la perception des hommes par rapport à l'utilisation de la PF.

2 GENERALITES

2.1 DEFINITION

La planification familiale se définit comme l'ensemble des techniques médico-sociales mises à la disposition du couple pour avoir le nombre d'enfants voulu au moment voulu, ensemble permettant un plein épanouissement sexuel et un développement économique rationnel, et devant aussi lutter contre la stérilité du couple (11).

2.2 HISTORIQUE

Dès 1970 le gouvernement malien était préoccupé par les différents problèmes sanitaires de la mère et de l'enfant. En effet, malgré les activités intenses des SMI et des maternités, le taux de mortalité et de morbidité chez la mère et chez l'enfant continuent d'être très élevés.

Compte tenu de cette situation et des besoins exprimés par certaines femmes, le gouvernement a décidé d'organiser la santé familiale. Par santé familiale le gouvernement malien entend: les activités de prévention, de soins et de promotion sanitaire destinées aux mères, aux enfants et aux familles. Des organismes internationaux ont été contactés pour la mise en place d'une telle organisation.

Principales étapes

En août 1971, une délégation malienne, pour la première fois, assiste à un séminaire organisé par le centre de recherche pour le développement international (CRDI) à Montréal. A la suite de ce séminaire, le gouvernement a élaboré un projet d'ordonnance modifiant les articles 1 et 2 de la loi du 31 juillet 1920.

En octobre 1971, le Mali signa un accord avec le CRDI pour un projet d'assistance en planification familiale couvrant une période de quatre ans.

Au début de l'année 1972, est ouvert un centre pilote de PF à Bamako. Le centre est créé par l'association malienne pour la protection et la promotion de la famille (AMPPF). Ses activités étaient fondées sur : soins, recherche, information, formation du personnel en PF.

En 1972, un projet d'ordonnance légalise la pratique de la PF au Mali (voir annexe n°2). leur objectif principal étant un espacement des naissances et non pas une limitation des naissances.

En mars-avril 1973, le premier séminaire interafricain sur l'éducation sexuelle a été organisé à l'Ecole de médecine de Bamako.

En mai 1973, a eu lieu le premier séminaire intersyndical sur la PF à Bamako.

En 1973, le gouvernement décide d'étendre les activités de PF aux centres de SMI de Bamako et des autres capitales régionales.

En Avril, Mai 1974, une mission conjointe gouvernement / FNUAP/UNICEF/ OMS à Bamako, établit un plan d'action s'étalant sur 5 ans. La même année le Mali souscrit à la déclaration de Bucharest (Roumanie) celle-ci stipulait le droit à la PF.

En novembre 1974, une requête du gouvernement fut adressée au FNUAP pour un projet de développement d'un programme national de santé familiale au Mali.

En décembre 1974 s'est tenu le congrès constitutif de l'union nationale des femmes du Mali qui a recommandé:

- La diffusion de l'éducation sexuelle dans les écoles, à partir de la classe de 7^e année.
- L'extension de la planification familiale au Mali.

L'Arrêté n°795/MSP/AS/CAB du 19 mars 1975 a créé la division de la santé familiale rattachée à la direction nationale de la santé publique. Cette division remplace l'ancienne section d'hygiène de la maternité et l'enfance rattachée à la division de la médecine socio-préventive.

Le Mali souscrit en 1978 à la déclaration d'Almata (URSS) qui stipulait que la PF est une composante des Soins de Santé Primaire.

La création de la DSF devient effective en devenant en 1980 la division santé familiale et communautaire (DSFC). Elle abrite, depuis 1981 le programme national de la santé materno- infantile et planification familiale.

Toutes les méthodes sont disponibles au Mali.

2.3 RAPPEL SUR LES METHODES DE CONTRACEPTION ET LEURS AVANTAGES

2.3.1 METHODES MODERNES

2.3.1.1. CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINES: COC

- ils sont très efficaces en cas d'utilisation correcte. Les taux d'efficacité varient (83%-99,9%)
- ils atténuent la dysménorrhée et entraînent des cycles réguliers,
- ils diminuent l'abondance de l'hémorragie menstruelle et en conséquence, réduisent les risques d'anémie. Certains contiennent du fer,
- ils fournissent une protection contre les maladies inflammatoires pelviennes.

Le principal inconvénient est qu'ils ne protègent pas contre les MST et le SIDA. Les effets secondaires mineurs sont peu courants .

ils entraînent très rarement des complications graves.

2.3.1.2. PILULES PROGESTATIVES

- Prises correctement elles sont très efficaces le taux varie de 83 à 99%.
Elle atténue les douleurs menstruelles, diminue l'abondance des saignements menstruels et par conséquent l'anémie.

Elle n'interfère pas sur l'allaitement maternel. Enfin elle fournit une protection contre les maladies inflammatoires du pelvis.

- Les pilules progestatifs ne protègent pas contre les MST et le SIDA et entraînent souvent des troubles du cycle comme l'amenorrhée, les spotting et les irrégularités du cycle

2.3.1.3. LES IMPLANTS: NORPLANT

- Le norplant est très efficace (à peu près aussi efficace que la CCV) chez 100 femmes utilisant le norplant pendant 5 ans seul une à trois grossesses surviennent (18).

- Il est totalement réversible, pratique, facile d'emploi.

- Il diminue l'hémorragie menstruelle et a une longue durée d'action (5ans). Il peut être retiré à tout moment quelle que soit la raison et n'interfère ni avec le rapport sexuel ni avec l'allaitement.

- a quelques effets secondaires et ne protège pas contre les MST et le SIDA.

2.3.1.4. LES INJECTABLES

- Ils sont très efficaces à 99% avec une durée d'action allant de 2 à 3 mois; permettent une utilisation discrète et aide à combattre l'anémie.

- les injectables n'altèrent pas de manière significative la qualité et la quantité du lait maternel, n'interfèrent pas avec les rapports sexuels

- Ils fournissent une protection contre les maladies inflammatoires pelviennes

- et peuvent diminuer les crises de drépanocytoses. Par ailleurs elles ne protègent pas contre les MST et le SIDA; entraînent souvent des spotting, des aménorrhées. Le retour à la fécondité est parfois tardif, et une légère prise de poids.

2.3.1.5. LE D.I.U.

Son taux d'efficacité varié de 94 à 99%.

Le D.I.U. présente les avantages suivants:

- il n'est pas cher et n'a pas d'influence sur les rapports sexuels

- peut être retiré par tout prestataire formé et n'a aucune interaction avec les médicaments éventuellement pris par la cliente.

- mais le DIU ne protège pas contre les MST et le SIDA.

- et peut entraîner les métrorragies légères des spotting, et parfois une dysménorrhée.

2.3.1.6. CONDOMS

Moyennement efficace dans la prévention de la grossesse (42-98%). Le condom est très efficace dans la prévention des MST et du SIDA. Utilisé régulièrement et correctement, il contribue à la protection contre les conséquences des MST.

- Il est facile à utiliser, peu onéreux, disponible, permet à l'homme de partager la responsabilité de la PF, la prévention des MST.

- Il permet à l'homme de prolonger son érection pendant l'acte sexuel

Le seul inconvénient est qu'il peut glisser ou se détériorer pendant l'acte sexuel..

2.3.1.7. DIAPHRAGME ET CAPE CERVICALE

Le diaphragme a été inventé par le Médecin allemand Dr Frederick Wilte. Mais il n'est devenu populaire que vers les années 1880.

L'efficacité du diaphragme augmente si l'utilisation de ce dernier va de paire avec un programme d'instruction, un ajustage soigneux et des procédures directives. Pour une efficacité maximale, il est recommandé d'utiliser un agent spermicide à l'intérieur du diaphragme.

2.3.1.8 SPERMICIDES VAGINAUX ET MOUSSES SPERMICIDES

- Ils contribuent à la protection contre les MST et le SIDA, mais également contre les cancers du col.

- L'efficacité varie entre 79-100% en cas d'utilisation adéquate
- Ils n'ont pas d'effets systémiques

Ils sont salissants, peuvent provoquer une allergie. Moins efficace pour prévenir la grossesse que le DIU, le norplant ou le CCV.

2.3.1.9 CONTRACEPTION CHIRURGICALE VOLONTAIRE (CCV)

Son efficacité est supérieure à 99%. Elle a de nombreux avantages :

Il s'agit d'une méthode définitive, peu coûteuse à long terme et très appropriée pour les couples qui ont déjà le nombre d'enfants qu'ils désirent

La CCV ne protège pas contre les MST y compris le SIDA et c'est une méthode irréversible.

2.3.2 AUTRES METHODES DE CONTRACTIONS

2.3.2.1 METHODES NATURELLES

2.3.2.1.a. Méthodes de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA)

- En tant qu'unique méthode de contraception:

elle est très efficace quand certaines conditions sont réunies:

- Allaitement exclusif au sein et à tout moment
- Aménorrhée de la nourrice pendant les six (6) premiers mois du post partum

- En tant que méthode de nutrition de l'enfant:

- Elle offre au nouveau né une protection contre les diarrhées parfois mortelles et d'autres maladies infectieuses en apportant des anticorps présents dans le lait maternel et en évitant le lait artificiel contaminé.

- Cette méthode fournit des éléments nutritifs importants au bébé, renforce les liens entre la mère et l'enfant, elle est économique et ne demande l'utilisation d'aucun produit chimique.

L'Allaitement Maternel est moins efficace comme méthode contraceptive si l'intervalle entre les deux tétées dépasse régulièrement 6 heures et si la mère pratique un allaitement mixte.

La femme doit nourrir son bébé exclusivement au sein au moins pendant les six (6) premiers mois et doit être en aménorrhée.

- Mais elle ne procure pas à la mère de protection contre les MST y compris le SIDA.

- si la mère est infectée par le VIH, elle peut le transmettre à l'enfant dans un certain nombre de cas.

2.3.2.1.b. Le retrait

Selon MARGARET P POLISSION, "cette méthode ne peut être ni trouvée, ni mangée, ni détruite par des enfants. On ne risque pas de l'oublier quand on va en vacance, elle ne coûte rien" (21).

C'est une méthode d'innocuité totale mais peut être frustrante pour la femme et pour l'homme qu'elle oblige à se retirer au moment de l'orgasme. Elle est à déconseiller aux éjaculateurs précoces et aux femmes anxieuses qui ne peuvent se détendre de peur que l'homme ne se retire à temps.

2.3.2.1.c. Méthode des températures

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 de température soit bien précise et interprétable.

Certaines femmes ne peuvent pas utiliser cette méthode: les femmes réveillées la nuit par les enfants, celle qui travaillent de nuit, qui ont des maladies métaboliques ou qui ont des ovulations très irrégulières.

Elle oblige, à appliquer strictement, une abstinence jusqu'au 17^e jour du cycle.

Avec une autre contraception mécanique, elle est anodine et assez efficace pour espacer les naissances.

2.3.2.1.d. Méthode de la glaire cervicale ou celle de BILLINGS

Ils'agit d'apprendre à la femme à reconnaître et à interpréter les changements cycliques de la glaire cervicale qui ont lieu à la suite de la modification des taux d'oestrogène.

2.3.2.1.e. Abstinence périodique

Elle consiste à s'abstenir durant un moment du cycle.

Bon nombre d'hommes et de femmes ne connaissent pas les périodes exactes de fécondité.

2.3.2.1.f. La Méthode du calendrier

La méthode du calendrier est la plus ancienne des techniques de PFN. Pendant les années trente, Les Dr Ogino et Knaus ont indépendamment publié leurs conclusions prouvant que l'ovulation survenait deux semaines avant la menstruation (11).

La méthode du calendrier sert à calculer à l'avance la période féconde en se basant sur la durée des cycles précédents.

2.3.3 LES METHODES TRADITIONNELLES

Les gris-gris, les "tafo" et incantations magiques toujours en usage ont des effets psychologiques non négligeables.

Comme methode, traditionnelle il faut citer aussi la toile d'araignée. cette toile est introduite dans le vagin peu avant le rapport sexuel.Elle est censée barrer le passage aux spermatozoïdes.Cette methode s'apparente aux techniques des diaphragmes: C'est une pratique bien peu courante dont l'efficacité n'est pas prouvée (41).

NOTRE ETUDE

METHODOLOGIE ET MATERIELS D'ETUDE

3.1 CADRE D'ETUDE

Notre étude a été réalisée dans la commune IV du district de Bamako.
 Cette commune a une superficie de 3768 Ha et une population estimée à 149163 habitants en 1994 (49) soit 19,18% de la population du district Bamako
 Elle comporte 8 quartiers dont 3 lotis et 5 spontanés.
 Elle comprend 2 types de milieu:

3.1.1-MILIEU URBAIN

IL comprend les 3 quartiers lotis (lafiabougou, hamdallaye, djikoroni).
 Les quartiers sont vieux,mais favorisés par la présence de toutes les structures socio-sanitaires existantes. Ils ont l'électricité et l'eau courante,une infrastructure routière facilitant l'accès de la population aux services socio-sanitaires.

3.1.2-MILIEU PERI-URBAIN

Il comprend 5 quartiers spontanés (sebenikoro, dogodouma, talico,lassa,kalabanbougou) non lotis et difficilement accessibles seul le quartier de Sébeninkoro dispose d'un centre de santé communautaire. Les populations des autres quartiers sont prises en charge dans les structures sanitaires du milieu urbain.

L'existence de ces 2 types de milieu est un facteur de diversité des conditions socio-économiques.

3.1.3-PRESENTATION SOCIO-ECONOMIQUE ET DEMOGRAPHIQUE

Les activités économiques sont très peu développées en général et reposent sur l'agriculture l'élevage, la pêche, l'artisanat et le petit commerce.

La situation sociale et culturelle reste encore traditionnelle.

L'analphabétisme, le chômage, la délinquance demeurent des fléaux sociaux très importants.

Selon les données de la population de la commune IV 1994 la population est estimée à 149 163 soit 19,18%.

Les femmes représentent 52,30% pour 47,70% d'homme. Le taux de natalité est de 5% et celui de la mortalité infantile à 4,19%, les femmes en âge de procréer représentant 19,20% de la population de la commune (49).

3.2. METHODOLOGIE

3.2.1. TYPE D'ETUDE

C'est une étude descriptive sur un échantillon de 300 femmes et de 300 hommes dans la commune IV du district de Bamako. L'enquête s'étendait du 26 MARS au 10 juillet 1995.

L'étude portait sur le profil socio-démographique des femmes, et la perception des hommes par rapport à l'utilisation de la PF

3.2.2. POPULATION D'ETUDE

L'étude a porté sur un échantillon de 300 hommes et 300 femmes de la commune IV. Elle a eu lieu du 26 Mars au 10 juillet 1995.

3.2.3. ECHANTILLONNAGE

L'enquête s'est faite auprès de deux échantillons distincts:

- Un échantillon d'hommes de 20 à 55 ans
- Un échantillon de femmes de 15 à 49 ans (femme en âge de procréer)

3.2.3.a. Plan de sondage des hommes

Il avait pour objectif de tirer 300 hommes qui seront l'échantillon représentatif de la commune. La base de sondage est celle du recensement général de la population et de l'habitat de 1987 qui donne les effectifs de la population par sexe et par âge ainsi que le nombre de concession et de ménage de chacune des SE de la commune IV(2).

L'échantillonnage est fait de la manière suivante (47):

Au premier degré, on a procédé à un tirage aléatoire proportionnelle à la taille d'un nombre fixe de section d'énumération (SE).

$$P_{1i} = \frac{S_i}{C_i} = \frac{2,05990}{15} = 0,1373$$

P_{1i} = la probabilité d'avoir une section d'énumération.

S_i = le nombre total de sections d'énumération.

Au deuxième degré on a procédé à un tirage proportionnelle de concession dans chaque SE

$$P_{2i} = \frac{C_i}{20} = \frac{3,007857}{20} = 0,1503$$

P_{2i} = La probabilité d'avoir une concession.

C_i = le nombre total de concession dans une SE.

4- RESULTAT DESCRIPTIF

4.1. HOMMES

4.1.1. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES HOMMES

TABLEAU 4.I: Répartition des hommes selon le groupe d'age

Groupe d'age	Frequence absolue	Frequence relative %
20 - 24	76	25,65
25 - 29	57	19,11
30 - 34	48	16,04
35 - 39	31	10,38
40 - 44	38	12,98
45 - 49	10	3,52
50 - +	37	12,32
Total	300	100

44.6% des hommes avaient moins de 30 ans

TABLEAU 4.II: Répartition des hommes selon la profession

Profession	frequence absolue	Frequence relatif %
Ouvriers	100	33.62
commerçants	61	20.59
Eleves Etudiants	55	18.47
fonctionnaires	35	11.81
Autres *	39	12.98
Aucune	7	2.59
Total	300	100

(*) Autres étaient constitués de marabouts, de retraités, et de sujets sans qualifications professionnelles.

La majorité était constituée d'ouvriers (33.62 %), et de commerçants (20.59 %)

TABLEAU 4.III: Répartition des hommes selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Frequence absolue	Frequence relative %
primaire	103	34.33
secondaire	113	37.67
superieur	41	14
aucun	41	14
total	300	100

14 % de notre population d'étude n'ont pas fréquenté l'école

TABLEAU 4.IV: Répartition des hommes selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Frequence absolue	Frequence relative %
Non mariés*	152	50.66
mariés	148	49.34
total	300	100

50.66 % des hommes n'étaient pas mariés

* Les non mariés étaient constitués de célibataires, de veufs et de divorcés.

TABLEAU 4.V: Répartition des hommes selon le nombre d'enfant

Nombre d'enfant	Frequence absolue	Frequence relative %
0	133	44.24
1	33	11.17
2 - 4	69	23.02
>= 5	63	21.02
NSP*	1	0.33
total	300	100

(*) ne sait pas

44.24 % des hommes étaient sans enfant

3.2. METHODOLOGIE

3.2.1. TYPE D'ETUDE

C'est une étude descriptive sur un échantillon de 300 femmes et de 300 hommes dans la commune IV du district de Bamako. L'enquête s'étendait du 26 MARS au 10 juillet 1995.

L'étude portait sur le profil socio-démographique des femmes, et la perception des hommes par rapport à l'utilisation de la PF

3.2.2. POPULATION D'ETUDE

L'étude a porté sur un échantillon de 300 hommes et 300 femmes de la commune IV. Elle a eu lieu du 26 Mars au 10 juillet 1995.

3.2.3. ECHANTILLONNAGE

L'enquête s'est faite auprès de deux échantillons distincts:

- Un échantillon d'hommes de 20 à 55 ans
- Un échantillon de femmes de 15 à 49 ans (femme en âge de procréer)

3.2.3.a. Plan de sondage des hommes

Il avait pour objectif de tirer 300 hommes qui seront l'échantillon représentatif de la commune. La base de sondage est celle du recensement général de la population et de l'habitat de 1987 qui donne les effectifs de la population par sexe et par âge ainsi que le nombre de concession et de ménage de chacune des SE de la commune IV(2).

L'échantillonnage est fait de la manière suivante (47):

Au premier degré, on a procédé à un tirage aléatoire proportionnelle à la taille d'un nombre fixe de section d'énumération (SE).

$$P_{1i} = \frac{S_i}{15} = \frac{2,05990}{15} = 0,1373$$

P_{1i} = la probabilité d'avoir une section d'énumération.

S_i = le nombre total de sections d'énumération.

Au deuxième degré on a procédé à un tirage proportionnelle de concession dans chaque SE

$$P_{2i} = \frac{C_i}{20} = \frac{3,007857}{20} = 0,1503$$

P_{2i} = La probabilité d'avoir une concession.

C_i = le nombre total de concession dans une SE.

Au troisième degré 20 hommes éligibles ont été sélectionnés de telle manière que la probabilité conditionnelle de tirage soit égale à la fraction de sondage de l'étude.

$$P_{3i} = \frac{H_i}{20} = \frac{3,7940}{20} = 0,1897$$

P_{3i} = La probabilité d'avoir un homme éligible.

H_i = Le nombre total d'homme éligible.

Par ailleurs pour qu'un individu soit inclus dans notre étude il fallait que la probabilité conditionnelle de tirage soit égale au produit des 3 probabilités voir annexe n°4

$$PI = P_{1i} * P_{2i} * P_{3i} = 0.113614488$$

Cette procédure de tirage a été conçue afin que l'on ait pour chacune des SE un échantillon auto-ponderé.

3.2.3.b. Plan de sondage des femmes

Il avait pour objectif de tirer 300 femmes en âge de procréer dans la population féminine fréquentant les différents centres de la commune VI :

Maternité Hamdallaye

PMI Hamdallaye

PMI lafiabougou

Maternité Djikoroni

Il faudrait reconnaître que cet échantillon n'est pas représentatif de la commune
La base de sondage était un sondage aléatoire à choix raisonné

- CRITERES D'INCLUSION

Toute femme en âge de procréer qui fréquentait les différentes structures, et acceptait de répondre à nos questions

- CRITERES DE NON INCLUSION

Femme ayant un âge inférieur à 15 ans, ou supérieur à 49 ans ou ayant refusé de répondre à nos questions

3.2.4. QUESTIONNAIRE (voir annexes n°3)

L'instrument d'enquête est le questionnaire individuel, c'est le même type de questionnaire qui a été utilisé aussi bien pour les hommes que pour les femmes

Le questionnaire comprend les sections suivantes:

*Caracteristiques socio-démographique
Sexe, Age, Situation matrimoniale, Niveau d'instruction, Fécondité

*connaissance et pratique de la PF
Connaissance générale (spontanée + descriptive) pratique antérieure et pratique actuelle

*Accessibilité et non utilisation de la PF

*Opinion sur la PF et les y afferant

*Avantages et signification de la PF

3.2.5. DETERMINATION DE CERTAINS CARACTERISTQUES

Age: Il a été établi par l'interrogatoire ou par la pièce d'identité

3.2.6. COLLECTE DES DONNÉES

Pour les femmes les enquêtrices passaient dans les différentes unités de consultation, le matin afin de repertorier les femmes en âge de procréer. les femmes repertoriées sont récupérées à la sortie de la consultation. Après avoir obtenu leur accord le questionnaire leur est soumis.

Pour les hommes l'enquête s'est déroulée dans les ménages du 26 mars au 10 juillet:

Il s'agissait de repertorier les 15 SE de la commune

Déterminer dans chaque SE le nombre de concession

les concessions de chaque SE ayant été listées, on détermine le pas de tirage. Celui-ci est égale au nombre total de concessions de la SE divisé par le nombre de concession à déterminer

$$P = \frac{N}{n}$$

P = pas de tirage.

N = nombre total d'objet à tirer.

n = le nombre d'objets demandés.

Le pas connu, on tire au hasard entre un et le pas de tirage un chiffre qui correspondra à la première concession

La 2° concession sera la 1° concession + le pas

La 3° concession sera la 2° concession + le pas, ainsi de suite jusqu'à avoir les 20 concessions.

On liste enfin les hommes éligibles (20 - 55 ans) on détermine le pas de tirage des 20 personnes éligibles, puis on détermine les 20 personnes auxquelles serait administré le questionnaire

NB : Il faudra reconnaître que Nous avons permuté certains individus tirés car on ne parvenait pas à les joindre. leur nombre varie entre 20 et 25 cas.

3.2.7. CODIFICATION

La plupart des questions de l'instrument était précodé, il existait un certain nombre de questions pour lesquelles nos réponses n'étaient pas précodées.

Il s'agissait surtout des questions qui pouvaient avoir plus d'une réponse c'est ainsi qu'un manuel a été préparé afin que la codification des données puissent être effectuée pour la saisie.

3.2.8. TEST STATISTIQUE

Nous avons utilisé le test de chi carré d'indépendance pour rechercher le lien entre les variables qualitatives, pour savoir si les différentes variables sont distribuées de façon homogène ou non entre les utilisateurs(trices) et les non utilisateurs(trices) de la PF.

3.2.9. PRESENTATION DES DONNEES

Le traitement de texte a été fait sur winword 6.0. La saisie des données a été faite avec le logiciel ISSA et le traitement des données par le logiciel de statistique STATA 3.1

Est considérée comme ayant une connaissance générale d'une méthode toute personne l'ayant citée spontanément ou ayant déclaré avoir entendu parler après description.

La connaissance spontanée: est considérée comme ayant une connaissance spontanée toute personne ayant cité de façon spontanée une méthode de P.F. par contre est considérée comme une connaissance descriptive toute personne ayant cité une méthode de P.F. appelée description.

4- RESULTAT DESCRIPTIF

4.1. HOMMES

4.1.1. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES HOMMES

TABLEAU 4.I: Répartition des hommes selon le groupe d'age

Groupe d'age	Frequence absolue	Frequence relative %
20 - 24	76	25,65
25 - 29	57	19,11
30 - 34	48	16,04
35 - 39	31	10,38
40 - 44	38	12,98
45 - 49	10	3,52
50 - +	37	12,32
Total	300	100

44.6% des hommes avaient moins de 30 ans

TABLEAU 4.II: Répartition des hommes selon la profession

Profession	frequence absolue	Frequence relatif %
Ouvriers	100	33.62
commerçants	61	20.59
Eleves Etudiants	55	18.47
fonctionnaires	35	11.81
Autres *	39	12.98
Aucune	7	2.59
Total	300	100

(*) Autres étaient constitués de marabouts, de rétrités, et de sujets sans qualifications professionnelles.

La majorité était constituée d'ouvriers (33.62 %), et de commerçants (20.59 %)

TABLEAU 4.III: Répartition des hommes selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Frequence absolue	Frequence relative %
primaire	103	34.33
secondaire	113	37.67
superieur	41	14
aucun	41	14
total	300	100

14 % de notre population d'étude n'ont pas fréquenté l'école

TABLEAU 4.IV: Répartition des hommes selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Frequence absolue	Frequence relative %
Non mariés*	152	50.66
mariés	148	49.34
total	300	100

50.66 % des hommes n'étaient pas mariés

* Les non mariés étaient constitués de célibataires, de veufs et de divorcés.

TABLEAU 4.V: Répartition des hommes selon le nombre d'enfant

Nombre d'enfant	Frequence absolue	Frequence relative %
0	133	44.24
1	33	11.17
2 - 4	69	23.02
>= 5	63	21.02
NSP*	1	0.33
total	300	100

(*) ne sait pas

44.24 % des hommes étaient sans enfant

4.1.2. CONNAISSANCE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

TABLEAU 4.VI: Repartition selon la connaissance spontanée des méthodes de PF*

Methodes de PF	Frequence absolue	frequence relative %
Pilule	221	73.84
sterilet	87	29.27
injectables	145	48.47
implant	24	8.25
creme gel	28	9.40
Condom	266	88.91
Sterilisation feminine	13	4.52
steilisation masculine	7	2.51
Methodes traditionnelles	45	15
Abstinence periodique	82	27.66
coït interrompu	23	7.91
Ensemble	300	100

88.91 % des hommes connaissaient le condom

73.84% connaissaient la pilule contre 48.47 % qui connaissaient les injectables la méthode la moins connue est la sterilisation masculine (2.51%)

TABLEAU 4.VII: Repartition selon la connaissance descriptive des methodes de PF*

Methodes de PF	Frequence absolue	Frequence relative %
Pilule	19	6.47
sterilet	50	16.67
injectables	15	5.12
implant	84	28.20
creme gel	79	26.51
Condom	21	7.28
Sterilisation feminine	86	28.98
steilisation masculine	84	28.25
Methodes traditionnelles	79	26.35
Abstinence periodique	82	22.89
coït interrompu	76	25.64
Ensemble	300	100

Après description ce sont les méthodes de stérilisation qui venaient en première position puis suivait le norplant

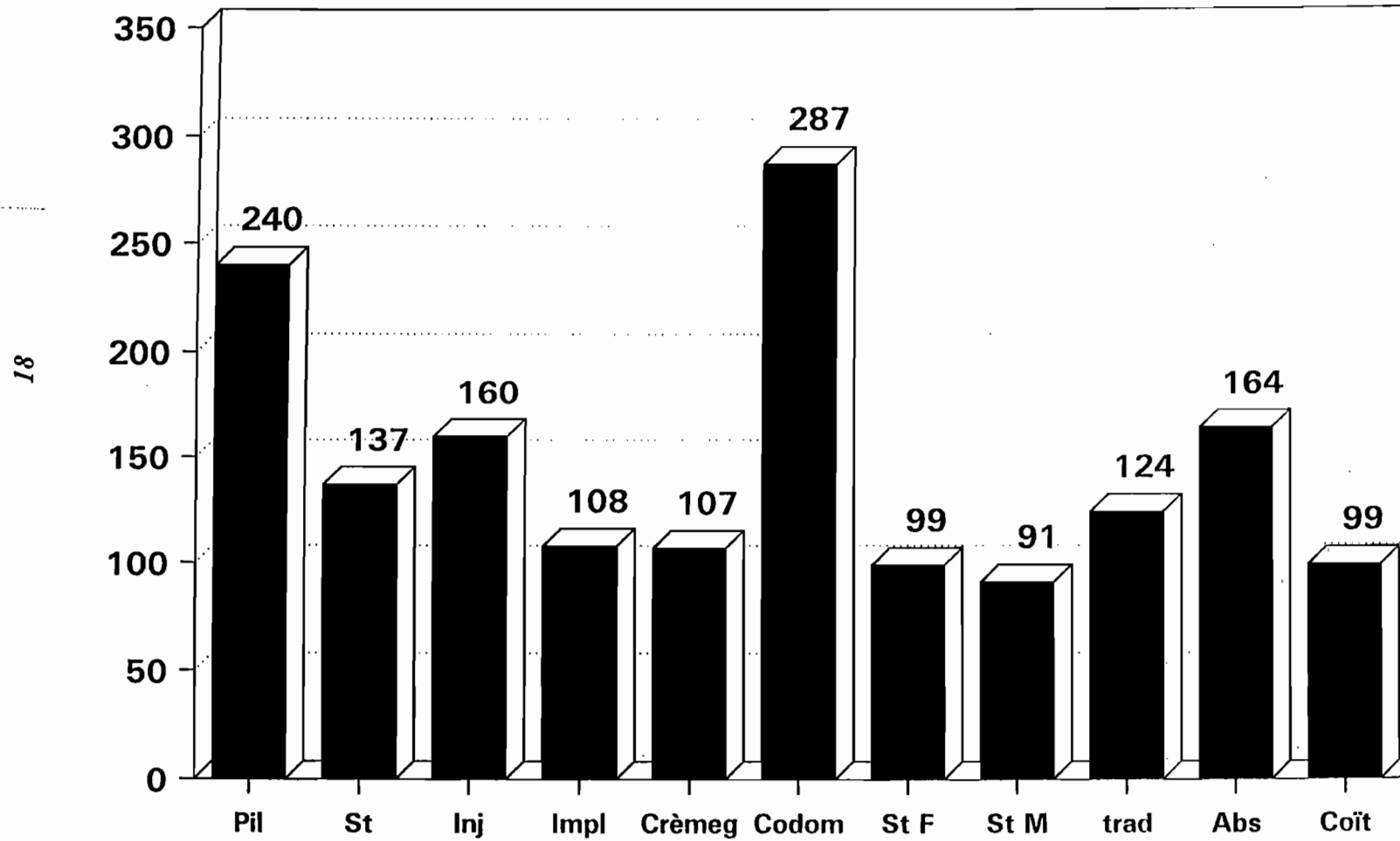
TABLEAU 4.VIII: Répartition selon la connaissance generale des methodes de PF*

Methodes de PF	Frequence absolue	Frequence relative %
Pilule	240	80.31
sterilet	137	45.94
injections	160	53.59
implant	108	36.45
creme gel	107	35.91
Condom	287	96.19
Sterilisation feminine	99	33.50
sterilisation masculine	91	30.76
Methodes traditionnelles	124	41.33
Abstinence periodique	164	50.55
coït interrompu	99	33.55
Ensemble	300	100

* Une même personne peut citer plusieurs methodes.

Le condom apparaissait en premiere position avec 96.19 % puis suivait La pilule avec (80.31%) et la methode, qui apparaissait en derniere position etait la sterilisation masculine (30.76 %)

Répartition de la connaissance selon les méthodes de PF



4.1.3. PRATIQUE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

TABLEAU 4.IX: Répartition selon l'utilisation antérieur

utilisation antérieur d'une methode quelconque	Frequence absolue	Frequence relative %
Oui	149	49.63
Non	151	50.37
Total	300	100

50.37 % des hommes n'ont jamais utilisé la PF

TABLEAU :4.X Répartition selon l'utilisation actuelle

Utilisation actuelle	Frequence absolue	Frequence relative %
Oui	120	40
Non	180	60
Total	300	100

Seul 40 % des hommes utilisaient la PF au moment de l'enquete. La plupart du temps le condom etait utilisé (87.5 %) et l'abstinence periodique (12.5 %)

TABLEAU 4.XI: Répartition selon la raison de non utilisation de la PF par les couples

Raison de non utilisation	Frequence absolue	Frequence relative %
Religion	28	15.54
Desir grossesse	22	12.26
Manque d'information	19	10.54
Mauvais /santé	8	4.66
Divorcé /Separé	7	3.78
Peur jugement	4	2.15
Femme allaitante	3	2.13
Effets secondaires	3	1.68
Pas de ressource	2	1.45
Inefficace	1	0.97
Autres*	78	43.19
total	180	100

(*) =jeunes sans activité sexuelle et ce ux qui ne donnaient pas de raison précise.

15.54 % des hommes n'utilisaient pas la contraception à cause de la religion

12.26 % voulaient avoir des enfants

10.54 % pour manque d'information. Malgré cela 3.22 % ne sont pas d'accord pour que l'on donne des information sur la PF à travers les medias.

Souvent les hommes (79.33 %) etaient d'accord pour que l'on donne des informations sur la PF alors qu'etaient peu fréquent(17.46 %) ceux qui ne donnaient pas d'avis à ce propos

4.1.4. ATTITUDES FACE A LA PLANIFICATION FAMILIALE

TABLEAU 4.XII: Repartition des hommes selon la decision commune du couple d'utilisation de la PF

Decision commune	Fréquence absolue	Fréquence relative
Oui	80	67.11
Non	40	32.89
Total	120	100

32.89 % des hommes n'ont jamais parlé de PF avec leur partenaire

TABLEAU 4.XIII: Repartition des hommes selon leurs avis sur l'espacement des naissances

Qui doit decider	Fréquence absolue	Fréquence relative %
Mari	60	19.99
Femme	23	7.73
Couple	201	67.04
Dieu	15	5
Total	300	100

Souvent les hommes soit 67.04 % pensaient que c'etait le couple qui devait decider.20 % des hommes pensent plutôt que c'est l'homme.

TABLEAU 4.XIV: Repartition des hommes Selon l'avis sur l'arrêt de la procréation par le couple

Qui doit decider	Frequence absolue	frequence relative %
Mari	52	17,53
Femme	17	5.82
Couple	212	70.53
Dieu	18	6
Total	300	100

70.53 % trouvaient que c'est le rôle du couple

Habituellement le rôle du couple est préponderant quant à la decision d'arrêter la procréation

TABLEAU 4.XV : Repartition des hommes selon l'opinion des enquêtés sur l'utilisation de la PF dans les couples

Opinion des enquêtés	Fréquence absolue	Fréquence relative %
Positif	245	81.53
negatif	18	6.10
Ne sait pas	37	12.33
Total	300	100

81.53 % des hommes approuvaient les couples qui utilisaient la PF. Car presque 8 hommes sur 10 soit 75.90 % trouvent qu'il n'y a pas d'avantage à avoir beaucoup d'enfants.

22.05 % des hommes pensent que plus on a des enfants plus ils generent des ressources pour la famille

TABLEAU :4.XVI Repartition des hommes selon leur avis sur la reduction des risques liés à la grossesse

Peut on diminuer?	Fréquence absolue	Fréquence relative %
Oui	277	92.35
Non	23	7.65
Total	277	100

Quasi constamment les hommes(92.35 %) pensaient que les risques liés à la grossesse pouvaient être diminués

TABLEAU 4.XVII: Repartition selon la maniere de diminuer les risques liés à la grossesse *

comment	Frequence absolue	Frequence relative %
planification familiale	125	45.12
Consultation prenatale	188	67.87
Dieu	29	10.46
Ensemble	277	100

(*) On peut évoquer plusieurs modalités de reponses

67.87 % des hommes trouvaient que l'on peut diminuer les risques par la consultation prénatale contre 45.12 % qui pensaient à la PF. les croyances divines apparaissent dans 10.46 %.

TABLEAU 4.XVIII: Repartition selon la signification de la PF

Signification	Frequence absolue	Frequence relative %
Espacement des naissances	269	89.66
Arret de la procreation	15	5.
Lutte contre les MST	16	5.33
Total	300	100

Etaient rares les hommes connaissant les autres avantages de la PF en dehors de l'espacement des naissances.

TABLEAU 4 .XIX: Repartition selon le nombre d'enfant souhaité (la taille de la famille).

TAILLE /FAMILLE	FREQUENCE ABSOLUE	FREQUENCE RELATIVE %
1 - 3	35	11.78
4 - 10	12	5.48
DIEU	86	28.68
NON DECLARE	162	54.06
TOTAL	300	100 %

Les hommes étaient peu fréquents(28.68 %) à penser que la taille de la famille dependait de dieu.

4.1.5. REPARTITION DE L'UTILISATION DE LA PF SELON LES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES:

TABLEAU 4.XX: Fréquentation des Centres de Planification Familiale.

Utilisation		FREQUENTATION DES CENTRES		Total
		OUI	NON	
Utilise la P.F.	OUI	24	96	120 (39,79 %)
	NON	9	171	180 (60,21 %)
TOTAL		33	267	300
		10,93 %	89,07 %	100 %

Etaient rares les enquêtés qui fréquentaient les Centres de P.F. (10,93%)

Khi = 16,94

P < 10⁻⁵

Les utilisateurs fréquentaient moins les centres de PF

Il y'a une liaison statistique négative hautement significative entre la fréquentation des centres et l'utilisation de la PF.

Contrairement aux femmes qui utilisaient la PF et fréquentaient les centres .89.07 % des hommes ne fréquentaient pas les centres traditionnels de PF les raisons les plus souvent évoquées par ordre croissant sont

- Les hommes qui se procuraient gratuitement les preservatifs 10.48 %
- ceux qui achetait dans les boutiques et les pharmacies 11.23 %
- Autres! 78.27 %

(!) les autres étaient constitués par ceux qui nous ont donné des réponses non précises ,ceux qui l'avaient par l'intermédiaire de leur partenaire.

Tableau 4.XXI Répartition des hommes Selon le Groupe d'âge

GROUPE D'AGE	UTILISATION			
	P.F. oui	%	P.F. non	%
20 - 24	29	14,15	48	26,64
25 - 29	28	23,9	29	15,94
30 - 34	15	12,37	33	18,47
35 - 39	16	13,23	16	8,6
40 - 44	15	12,23	24	13,48
45 - 49	3	2,61	7	4,11
50 - +	14	12,68	23	12,76
TOTAL	120	100	180	100

Les hommes de moins de 30 ans (44.6 %) utilisaient moins la PF que ceux qui avaient plus de 30 ans (55.4 %)

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre l'âge et l'utilisation de la PF car un des effectifs attendu est inférieur à 5.

Tableau 4.XXII Répartition des hommes selon le niveau d'instruction

UTILISE	NIVEAU D'INSTRUCTION				
	AUCUNE	PRIMAIRE	SECOND	SUPERIEU	TOTAL
OUI	9 7.39 %	29 24.06 %	57 48.03 %	25 20.56	120 100 %
NON	33 18.19 %	75 41.45 %	56 31.07 %	17 9.29 %	180 100 %
TOTAL	42 14 %	104 34.66 %	113 37.66 %	42 14 %	300 100 %

92.64 % des utilisateurs de PF avaient fréquenté l'école contre 81.89 % des non utilisateurs de PF
 $\chi^2 = 23.66$
 $P < 10^{-7}$

Il existe une différence statistique positive hautement significative. On pourrait dire que plus les hommes sont instruits mieux ils adhèrent à la PF.

TABLEAU 4.XXIII: Répartition des hommes selon la profession.

UTILISE LA PF	PROFESSION					
	Aucune	Fonct.	Comme.	El/Et.	Métier	Autre
OUI	4	21	24	27	27	17
	3,5 %	17,94%	19,61%	22,6%	22,37%	13,37%
NON	3	14	38	29	74	22
	1.89 %	7.76 %	21.24%	15.73%	41.05%	12.33%
TOTAL	7	35	62	56	101	39
	2.33 %	11.66%	20.66%	18.6%	33.6%	13 %

Les utilisateurs ont une répartition hétérogène avec 22,6% d'étudiants, 22,37% d'hommes vivants de petit métier et 21,24% de commerce.

TABLEAU 4.XXIV: Répartition des hommes selon la profession.

UTILISE LA PF.	PROFESSION					
	aucune	fonct.	comme.	El/Et	metier	total
Oui	21	21	24	27	27	120
Non	25	14	38	29	74	180
TOTAL	46	35	62	56	101	300

$$khi^2 = 15,92$$

$$P = 0,007.$$

Il apparaît que les fonctionnaires et les élèves utilisaient la PF plus que les commerçants et les ouvriers

TABLEAU 4.XXV: Répartition selon le statut matrimonial

UTILISE LA PF	Mariés	Non Mariés	TOTAL
OUI	47	73	120
	38,75 %	61,25%	100%
NON	101	79	180
	56,34%	43,60%	100%

61,28% des utilisateurs de PF ne sont pas mariés tandis que 56,34% des non utilisateurs sont mariés.
 $\chi^2 = 8,27$

$P = 0,005$

Les hommes non mariés utilisaient plus la PF que les mariés

TABLEAU 4.XXVI: Répartition selon le nombre d'enfants

UTILISE LA PF	0	1	2-4	5 et +	ND
OUI	58 48,92 %	10 7,42 %	27 22,68 %	25 20,98 %	0 0 %
	NON	74 41,15 %	25 13,65 %	42 23,24 %	38 21,34 %

Moyenne 44% 11.6% 23 % 21 % 48.92 %
 des utilisateurs etaient sans enfant contre 41.15% des non utilisateurs

TABLEAU 4.XXVII: Répartition selon le nombre d'enfants

UTILISE LA PF	ND +0	1	2-4	5 -+
OUI	58	10	27	25
OUI	75	25	42	38
TOTAL	133	35	69	63

ND + O = 133 (44 %)

$\chi^2 = 2,65$

$P = 0,4$

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre ces deux variables.

4.2.1 CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES FEMMES

TABLEAU 4.XXVIII: Répartition des femmes selon l'âge

Groupe d'âge	Frequence absolue	Frequence relative %
15 - 19	61	20
20 - 24	82	27
25 - 29	65	21.6
30 - 34	43	14.33
35 - 49	49	16.33
Total	300	100

Souvent les femmes avaient moins de 30 ans (68.6 %)

TABLEAU 4.XXIX: Répartition des femmes selon la situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Frequence absolue	Frequence relative %
Mariée	213	71
Non mariée	87	29
Total	300	100

71 % des femmes etaient mariées

TABLEAU 4.XXX: Répartition des femmes selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Frequence absolue	Frequence relative %
Primaire	131	43.67
Secondaire	67	22.33
Superieur	4	1.33
Aucune instruction	98	32.66
Total	300	100

67.34 % des femmes avaient fréquenté l'école.

TABLEAU : 4.XXXIV Repartition selon le desire d'avoir des enfants

Desire	Frequence absolue	Frequence relative %
Non	61	20.33
Oui	228	76
Ne sait pas	11	3.67
Total	300	100

4.2.2. CONNAISSANCE ET ATTITUDE PRATIQUE

TABLEAU 4.XXXV: Répartition des femmes selon la connaissance spontanée !

Methodes	Frequence absolue	Frequence relative %
Pilule	282	94
DIU	205	68.33
injectables	186	62
Implants	96	32
Creme gel	91	30.33
condom	120	40
Sterilisation feminine	12	4
sterilisation masculine	12	4
Methodes traditionnelles	28	9.33
Abstinence periodique	38	12.67
Coït interrompu	17	5.67
Total	300	100

(!) Une même personne pouvait connaitre plusieurs methodes

La majorité des femmes connaissaient de façon spontanée la pilule (94 %) puis suivaient les DIU (68.33 %), les injectables (62 %)

TABLEAU: 4.XXXVI: Répartition des femmes selon la connaissance descriptive !

Methodes	Frequence absolue	Frequence relative %
Pilule	11	3.67
DIU	58	19.33
injectables	62	20.67
Implants	86	28.67
Creme gel	87	29
condom	65	21.67
Sterilisation feminine	86	28.67
sterilisation masculine	58	19.33
Methodes traditionnelles	59	19.67
Abstinence periodique	90	30
Coït interrompu	78	26
Ensemble	300	100

Parmi les methodes connues venaient en tête l'abstinence. Suivaient respectivement les cremes gel, l'implant, la sterilisation feminine .

(!) Une meme personnes peut connaitre plusieurs methodes

Répartition des femmes selon la connaissance des méthodes

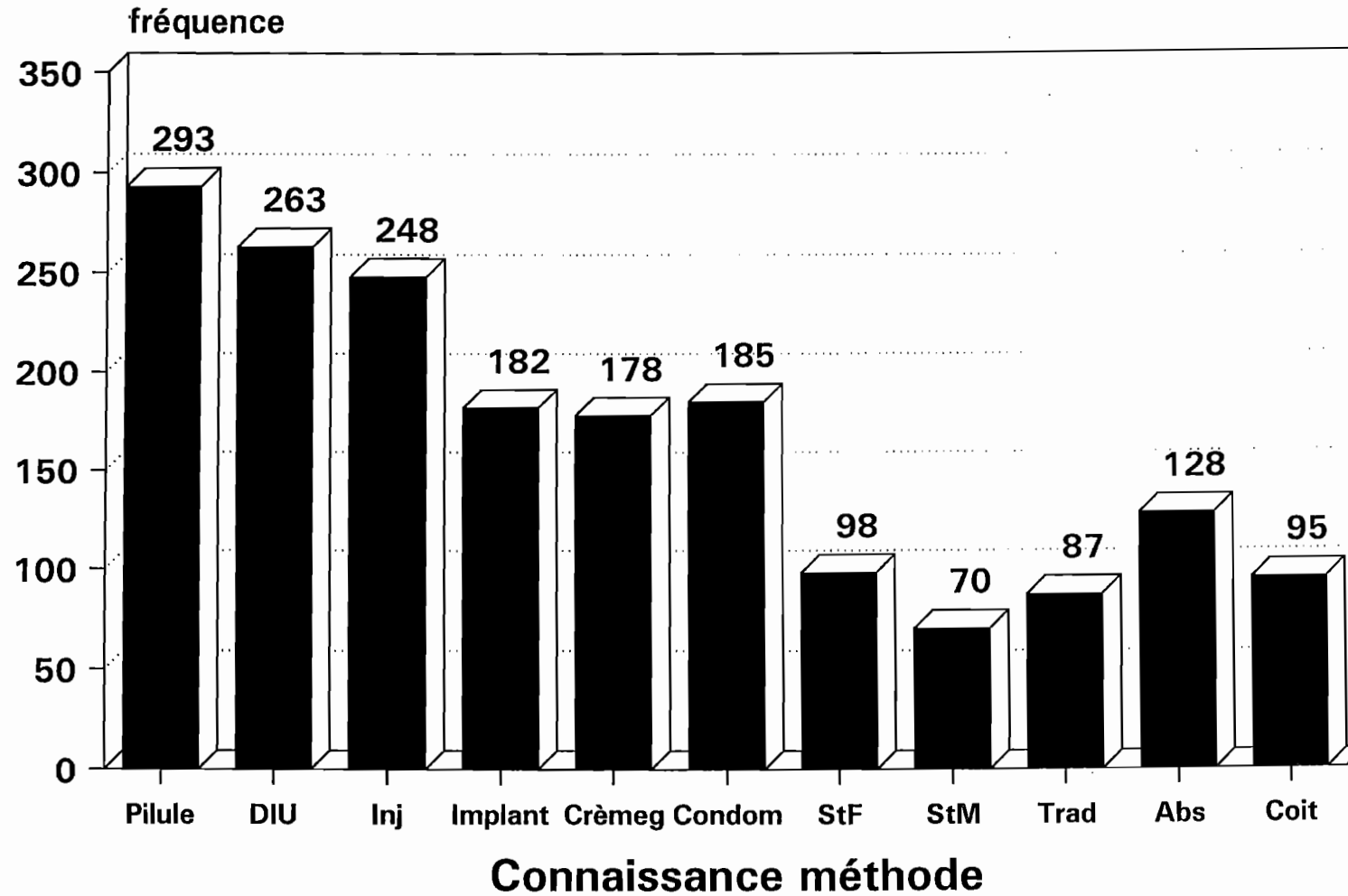


TABLEAU 4.XXXVII: Répartition selon la connaissance generale des methodes !

Methodes	Frequence absolue	Frequence relative %
Pilule	293	97.67
DIU	263	87.67
injectable	248	82.67
Implants	182	60.67
Creme gel	178	53.33
condom	185	61.67
Sterilisation feminine	98	32.67
sterilisation masculine	70	23.33
Methodes traditionnelles	87	29
Abstinence periodique	128	42.67
Coït interrompu	95	31.67
Ensemble	300	100

(!) Une meme personne pouvait connaitre plusieurs methodes

Est consideré comme ayant une connaissance generale d'une methode tout enquêté l'ayant cité de façon spontanée ou ayant déclaré avoir entendue parler apres description de l'enqueteur

97.67 % des femmes connaissaient la pilule contre seulement 23.33 % qui connaissaient la sterilisation masculine.

PRATIQUE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

TABLEAU 4.XXXVIII: Répartition des femmes selon l'utilisation anterieur quelconque

Utilisation anterieur	Fréquence absolue	Fréquence relative %
Oui	159	53
Non	141	47
Total	300	100

53 % avaient déjà utilisées la PF

TABLEAU 4.XXXIX: Répartition des femmes selon l'utilisation actuelle

Utilisation actuelle	Fréquence absolue	Fréquence relative %
Oui	236	78.67
Non	64	21.33
Total	300	100

78.67 % utilisaient une méthode au moment de l'enquête

TABLEAU 4.XXXX : Répartition des femmes selon les méthodes utilisées

Méthode	Fréquence absolue	Fréquence relative %
Pilule	175	74,15
DIU	24	10,16
Injectable	18	7,6
Implant	13	5,5
Crème gel	3	1,2
Abstinence	3	1,2
TOTAL	236	100

74,15% des femmes étaient planifiées à la pilule

Répartition des femmes selon les méthodes utilisées

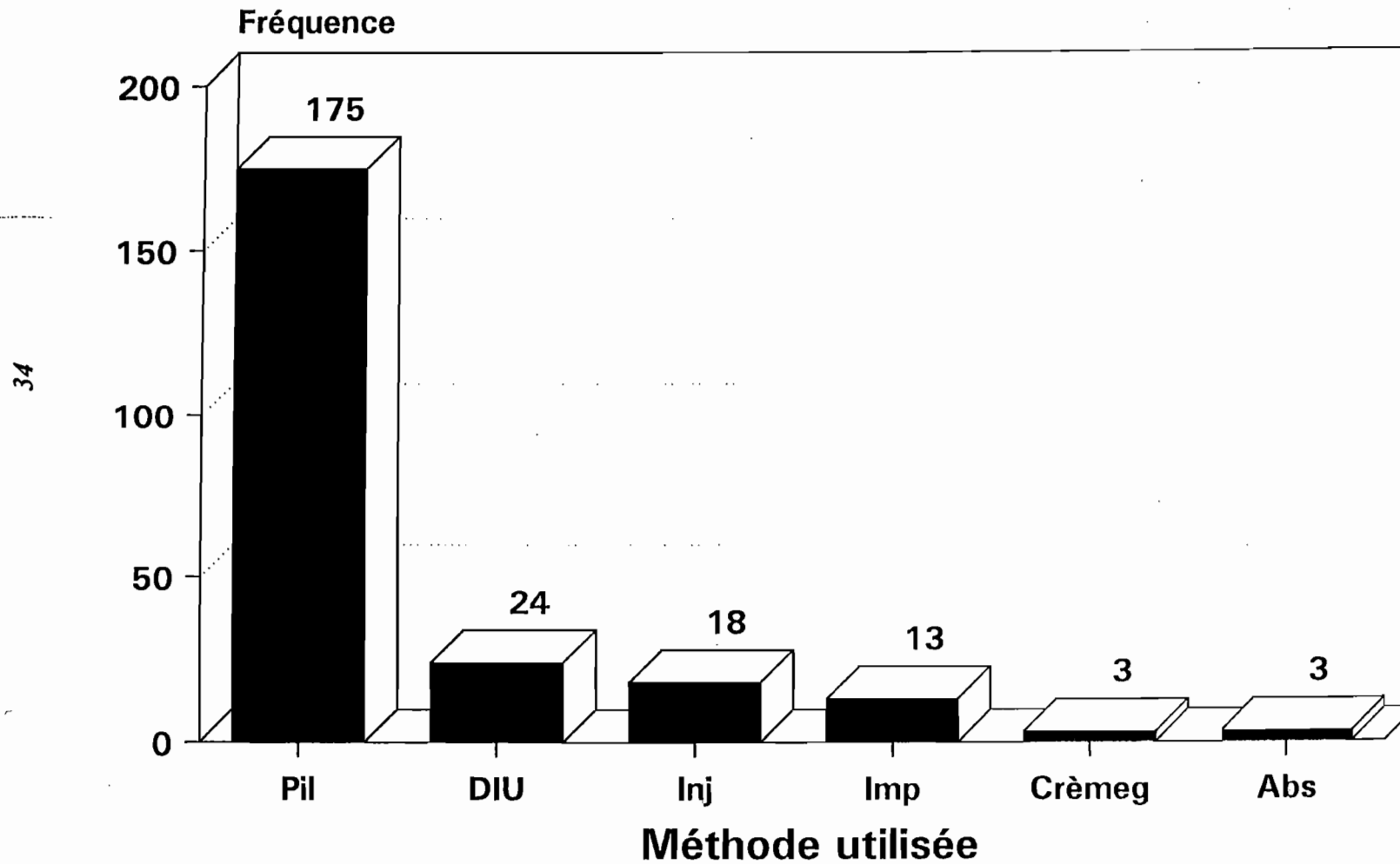


TABLEAU 4.XXXI: Répartition des femmes selon la profession

Profession	Frequence absolue	Frequence relative %
Menagere	222	74
Informelle !	41	13.67
Etudiant/élève	29	9.67
Fonctionnaire	8	2.67
Total	300	100

(!) Profession informelle =couture, coiffure, teinture et le petit commerce.
La majorité des femmes etaient des menageres

TABLEAU 4.XXXII: Répartition des femmes selon le nombre d'enfant vivant

Nombre d'enfant	Frequence absolue	Frequence relative %
0	40	16.9
1	48	20.3
2 - 4	103	43.6
5 - +	45	19
Total	300	100

16,9 % des femmes n'avaient pas d'enfant contre 83.1 % qui avaient au moins un enfant.

TABLEAU 4.XXXIII: Répartiton des femmes selon la gestité

Nombre de grossesse	Frequence absolue	Frequence relative %
Nulligeste 0	38	12.67 %
Primigeste 1	63	21 %
2 - 4	122	40.66 %
5 - 7	41	13.66 %
8 - +	26	8.66 %
Total	300	100 %

87.33 % des femmes ont eu au moins une grossesse

TABLEAU 4.XXXI: Repartition des femmes selon la raison de non utilisation de la PF

Raison de non utilisation	Frequence absolue	Frequence relative%
Femme allaitante	24	37,5
Désir de grossesse	13	20,3
Manque d'information	10	15,6
Opposition partenaire	5	7,8
Mauvais pour la santé	6	9,3
Réligion	1	1,5
Peut être mal jugée	1	1,5
Divorce	2	3,1
Autre	2	3
TOTAL	64	100

L'allaitement apparait de façon inconstante une raison de non utilisation des methodes de PF (37,5 %) . 20,3 % des femmes desiraient la grossesse et 15,6 % pour manque d'information.

I 4.2.3. Profil socio-demographique des utilisatrices

TABLEAU 4.XXXII: Répartition des femmes selon les groupes d'âge.

AGES	P.F. oui %		P.F. non %		TOTAL
15 - 19	41	17,37	20	31,25	61 (20,33)
20 - 24	67	28,39	15	23,44	82 (27,33)
25 - 29	50	21,19	15	23,44	65 (61,67)
30 - 34	37	15,68	6	9,38	43 (14,33)
35 - 49	41	17,37	8	12,5	49 (16,33)
TOTAL	236	100	64	100	300 (100)

L'utilisation s'observe dans toutes les tranches d'âge avec un pic dans la tranche d'âge {20 - 24} (28,39 %) la plus part de nos utilisatrices etaient dans la tranche d'age {20 - 29 ans}. L'âge moyen d'utilisation a été de 26 ans.

Pour les non utilisatrices, la majorité d'entre-elle était agée de {15 - 19} = 31,25 %.

Répartition des utilisatrices selon le groupe d'âge

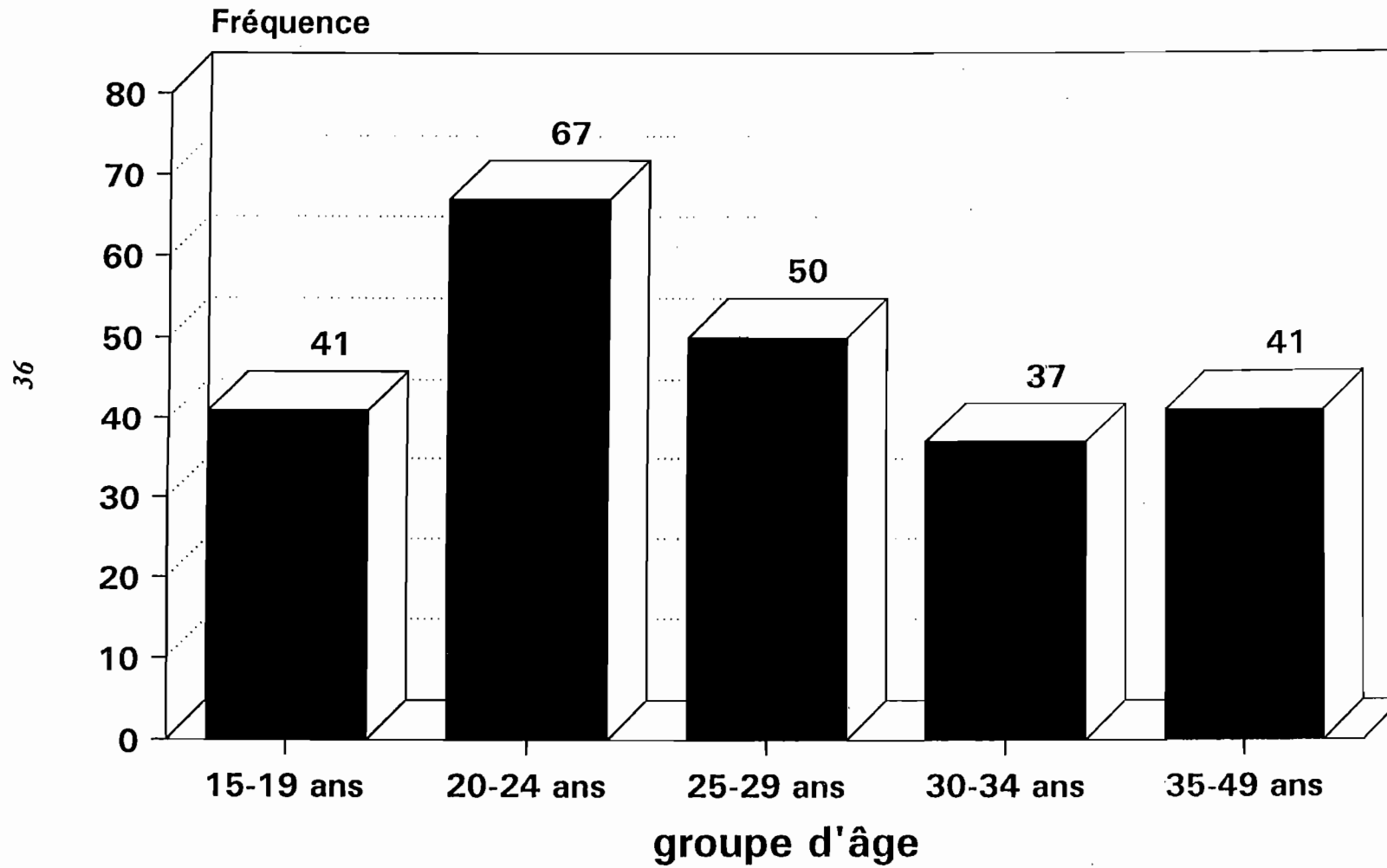


TABLEAU 4.XXXXIII: Répartition des femmes selon les groupes d'âge.

AGES	PF OUI	PF NON	TOTAL
MOINS 30 ANS	158	50	208
30 ANS ET +	78	14	92
TOTAL	236	64	300

Dans un soucis d'appariement nous avons regroupé les âges en moins de 30 ans (69.3 %) et en plus de 30 ans (30.7 %).

Khi2 -non corrigé =2.96 p =0.08

Il n'y avait aucune liaison statistiquement significative.

TABLEAU 4.XXXXIV: Répartition des femmes selon le statut matrimonial:

UTILISE LA PF	STATUT MATRIMONIAL		
	MARIE	NON MARIE	TOTAL
OUI %	163 69.07 %	73 30.93 %	236 100 %
NON %	50 78.13 %	14 21.88 %	64 100 %
TOTAL %	213 71 %	87 29 %	300 100 %

* Les non-mariées sont constituée par les célibataires, les veuves ,les divorcées et les séparées

La moitié de nos utilisatrices étaient mariées soit

69.07% contre 30.93 % qui n'étaient pas mariées

chi 2 =2.005

p=0.15

Répartition des utilisatrices selon le statut matrimonial

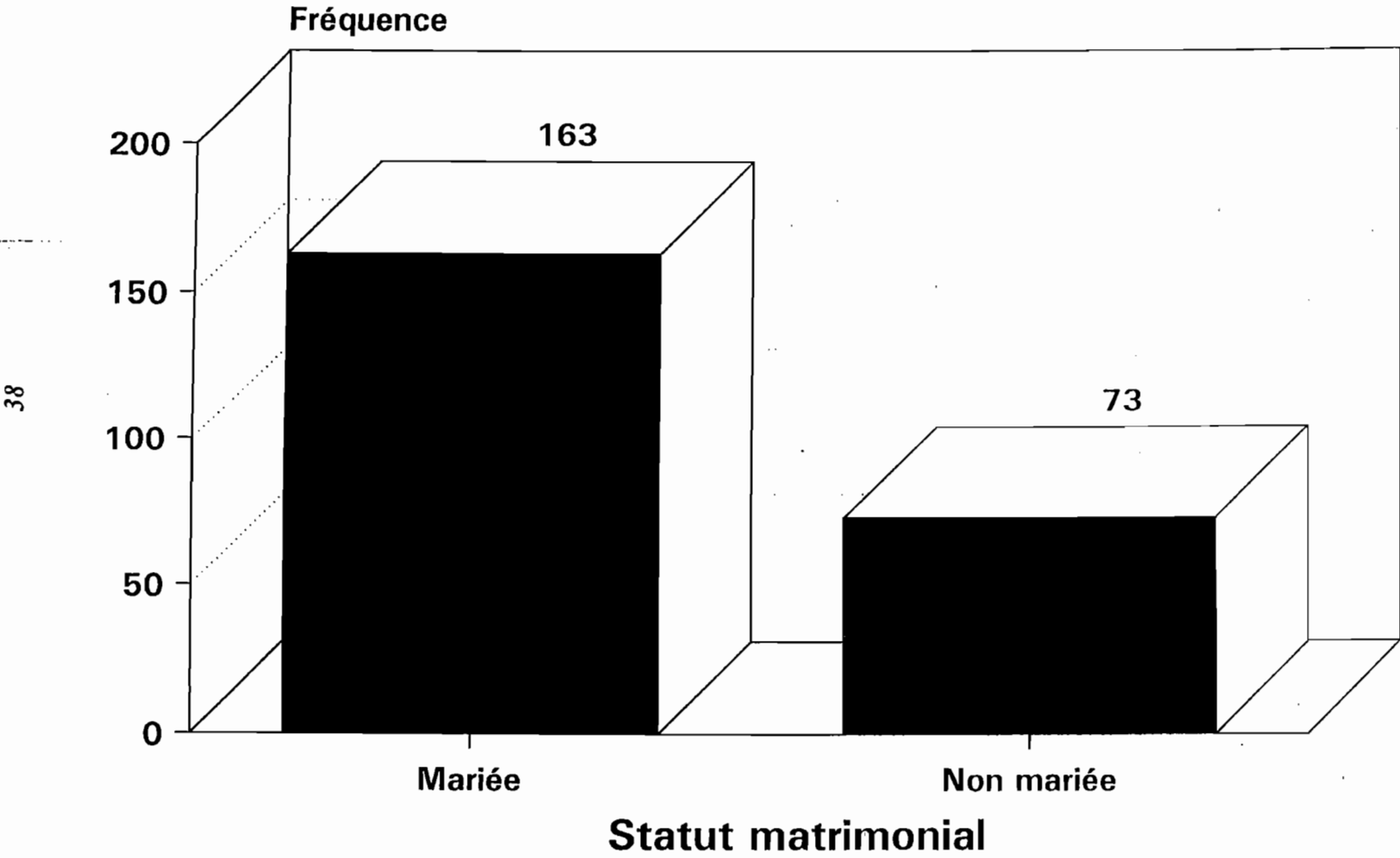


TABLEAU: 4.XXXXV: Répartition des femmes Selon le niveau d'instruction

UTILISE LA PF	NIVEAU D'INSTRUCTION				
	Aucune	Primaire	Secondaire	Superieur	TOTAL
OUI %	72 30.5 %	102 43.22 %	58 24.58 %	4 1.6	236 100%
NON %	26 40.6 %	29 45.31 %	9 14.06	0 0 %	64 100%
TOTAL %	98 32.6 %	131 43.67%	67 22.33 %	4 1.33 %	300 100%

69.5 %des utilisatrices de PF avaient fréquentées l'école.

Khi2 =4.80

P (2) =0.09

Répartition des utilisatrices selon le niveau d'instruction

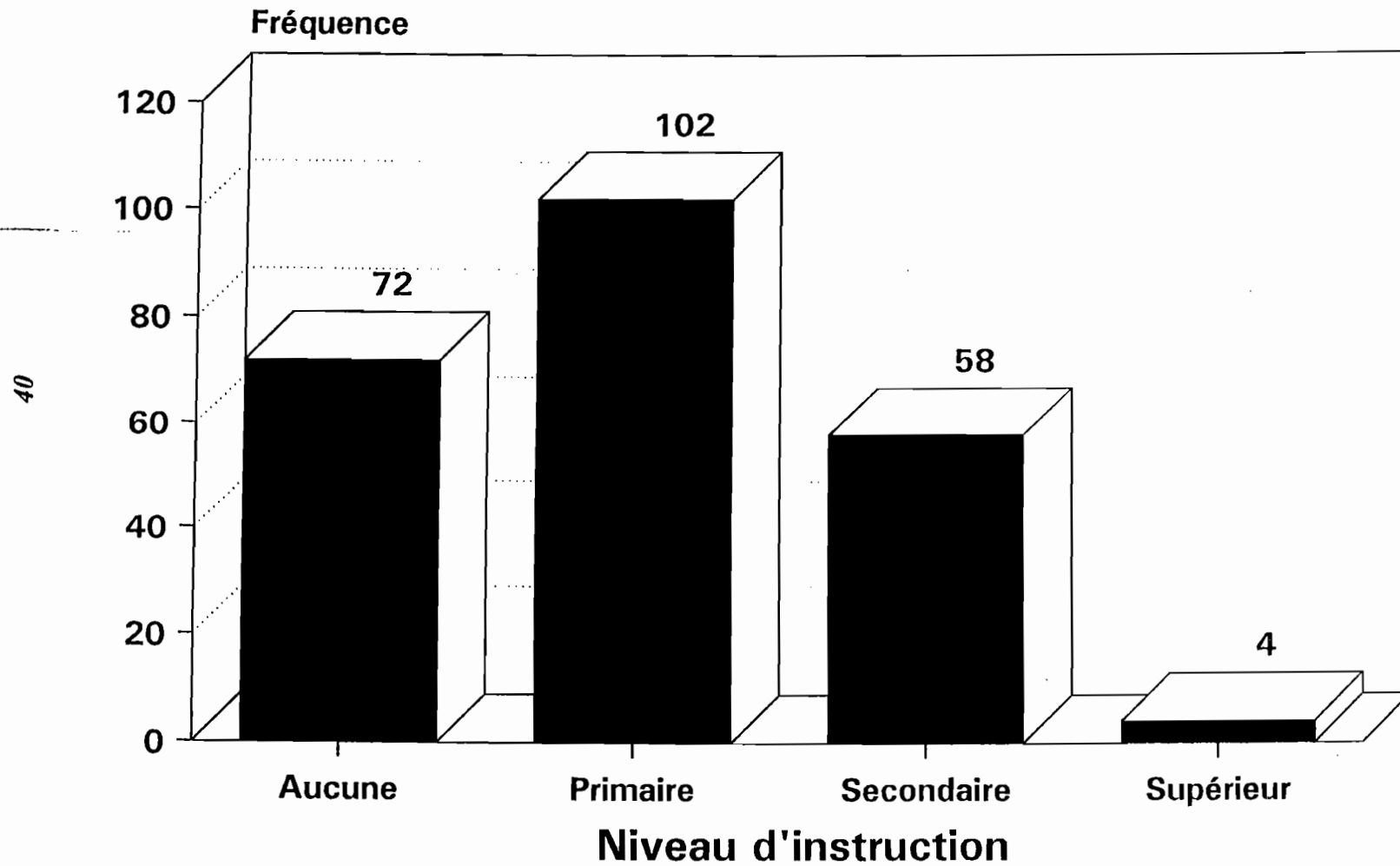


TABLEAU 4.XXXXVI : Répartition des femmes Selon la profession:

UTILISE LA PF	MENAGERE	INFORMEL	ETUDIANT ELEVE	FONCTION	TOTAL
OUI %	170	31	27	8	236
	72,03%	13,14	11,44	3,39	100
NON %	52	10	2	0	64
	81,25	13,13	3,13	0	100
TOTAL %	222	41	29	8	300
	74 %	13,67	9,67	2,67	100

72.03 % des utilisatrices de PF étaient des ménagères.

La profession informelle est constituée par les coiffeuses, les teinturiers, les commerçantes.

Les ménagères constituaient 74 % et le reste est constitué par les femmes du secteur informel, 13,67 et 9,67% d'élève et d'étudiant.

Les femmes fonctionnaires sont faiblement représentées.

Il n'existe pas de signification statistique car χ^2 n'était pas valable en effet un des effectifs attendus est inférieur à 5.

Répartition des utilisatrices selon la profession

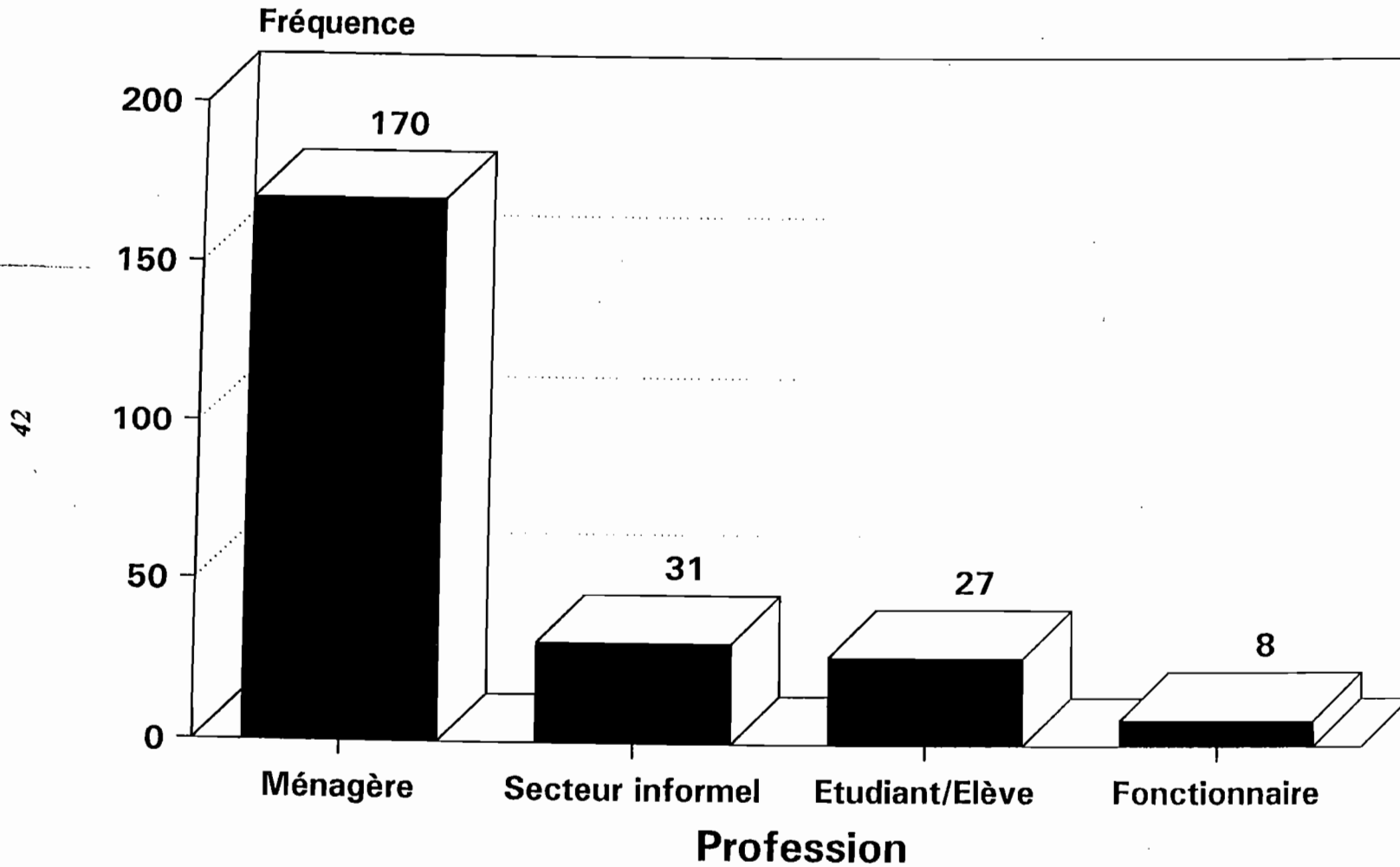


TABLEAU: 4.XXXVII: Répartition des femmes selon le nombre d'enfants:

UTILISE LA PF	Nullipare 0	Primipare 1	Paucipare 2 -4	Multipare 5 -7	Grande multipa8 - +	Total
OUI	40 16.95 %	48 20.34 %	103 43.64 %	36 15.25 %	9 3.8 %	236 100 %
NON	8 16.67 %	22 31.43 %	24 37.50 %	9 14.06 %	1 1.5 %	64 100 %
TOTAL	48 16 %	70 23.3 %	127 42.3 %	45 15 %	10 3.3 %	300 100

La plupart du temps les utilisatrices avaient au moins une naissance vivante (83.05 %).

TABLEAU: 4.XXXVIII Répartition de la connaissance de methodes modernes selon le statut matrimonial

connaissance methode moderne	SITUATION MATRIMONIALE					
	Celibataire	Mariée	Separée	divorcée	veuve	TOTAL
oui	82 27.42 %	212 70.90 %	2 0.67 %	2 0.67 %	1 0.33 %	299 100 %
non	0 0 %	1 100 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 100 %
total	82 27.33 %	213 71 %	2 0.67 %	2 0.67 %	1 0.33 %	300 100 %

les utilisatrices etaient souvent mariées (70.90 %)

4.2.4. METHODES UTILISEES SELON LES CARACTERISTIQUES SOCIO- DEMOGRAPHIQUES

TABLEAU 4.XXXXIX Méthode utilisée par rapport au statut matrimonial

Méthode utilisée	Statut matrimonial			
	Non Marié		Marié	
	N	%	N	%
Pilule	63	86,3%	112	68,71
DIU	3	4,11%	21	12,88
Injectable	2	2,74%	16	9,82
Implant	2	2,74%	11	6,75
Crème gel	1	1,37%	2	1,23
Abstinence	2	2,74%	1	0,61
TOTAL	73	100%	163	100%

86.3 % des femmes non mariées, utilisaient la pilule les autres methodes apparaissaient très faiblement.

Les femmes mariées suivaient la même logique avec 68,71% d'utilisatrices de pilule. Puis le Stérilet 12,88% et les injectables 9,82%

Dans le souci d'un appariement nous avons regroupé les methodes en deux groupes : la pilule en tant qu'un groupe et les autres methodes en tant qu'egalement un groupe.

TABLEAU 4.XXXXX: Méthode utilisée par rapport au statut matrimonial

METHODE UTILISEE	NON MARIEE	MARIEE	TOTAL
PILULE	63	112	175
AUTRES METHODES	10	51	61
TOTAL	73	163	236

Khi²=8.14

P =0.004

Il existe une liaison statistique .

L'hypothèse selon laquelle les femmes non mariées utilisaient plus la pilule que les mariées se justifiait

TABLEAU 4.XXXXXXI: Méthode utilisée selon le niveau d'instruction

Méthode utilisée	Niveau d'instruction								TOTAL	
	Aucune %		Primaire %		Second %		Super %			
Pilule	49	28	78	44.5	45	25.7	3	1.7	115	74,15
DIU	8	33.3	11	45.8	5	20.8	0	0	24	
Injectable	10	55.55	5	27.77	3	16.6	0	0	18	
Implant	5	38.46	5	38.46	2	15.38	1	7.6	13	
Crème gel	0	0	3	100	0	0	0	0	3	
Abstinence	0	0	0	0	3	100	0	0	3	
Total	72	100	102	100	58	100	4	100	236	

72 % des utilisatrices de pilule avaient fréquenté l'école.

Les autres méthodes apparaissaient avec des proportions assez faibles.

Dans le souci d'un appariement nous avons regroupé les méthodes en deux groupes : la pilule en tant qu'un groupe et les autres méthodes en tant qu'également un groupe.

TABLEAU 4.XXXXXXII: Méthode utilisée selon le niveau d'instruction

METHODE UTILISEE	NIVEAU D'INSTRUCTION				
	AUCUN	PRIMAIR	SECOND	SUPER	TOTAL
PILULE	49	78	45	3	115
AUTRES METHODES	23	24	13	1	121
TOTAL	72	102	58	4	

Il n'y a pas de différence statistiquement décelable entre le niveau d'instruction et ces deux groupes de méthodes utilisées car un des effectifs était inférieur à 5

TABLEAU 4.XXXXXXIII : Méthode utilisée selon le désir d'enfant dans l'avenir

METHODES UTILISEES	DESIR D'ENFANT					
	NON		OUI		NSP	
	Ef.	%	Ef.	%	Ef	%
Pilule	65	14,29	144	82,29	6	3,43
DIU	7	29,17	15	63,5	2	8,3
Injectable	13	72,22	5	27,78	0	
Implant	4	30,78	8	61,54	1	7,69
Crème gel	1	33,3	2	66,67	0	
Abstinence	0	0	3	100	0	3
TOTAL	50	21,19	177	75	9	3,81

Pour les femmes désirant avoir des enfants dans le futur, la pilule apparaît comme la méthode moderne la plus utilisée (82,99%) ensuite apparaissent le stérilet (63,5%), les crèmes (66,67%). Par revanche pour celle qui ne désire pas d'enfant, l'injection constituait la méthode la plus utilisée puis suivaient le crème gelé (33,3%) et l'implant (30,77%).

Dans le soucis d'un appariement nous avons regroupés les méthodes en deux groupes : la pilule en tant qu'un groupe et les autres méthodes en tant qu'également un groupe.

TABLEAU 4.XXXXXXIV: Méthode utilisée selon le désir d'enfant dans l'avenir

METHODES UTLISEE	DESIR D'ENFANT		
	OUI	NON	TOTAL
PILULE	144	71	215
AUTRES METHODES	33	28	61
TOTAL	177	99	276

khi2 = 2.5

p = 0.11

Il n'y a pas de signification statistique entre la méthode utilisée et le désir d'avoir des enfants.

TABLEAU 4.XXXXXV:Répartition des méthodes utilisées selon la profession

METHODE UTILISEE	PROFESSION								N
	ELEVE		MENAGERE		MODERNE		INFORMEL		
	%	N	N	%		%	N	%	
Pilule	13,71	24	122	69,71	7	4	22	12,8	175
DIU	0	0	19	79,17			5	20,83	24
Injectable	0	0	15	83,33			3	16,67	18
Implant	7,69	1	11	84,62			1	7,69	13
Crème	0	0	3	100			0	0	103
Abstinence	66,67	2	0	0	1	3,33	0	0	4
TOTAL	11,44	27	170	72,3	8	3,39	31	13,14	236

69.71 % des utilisatrices de pilule etaient des menageres

Dans le souci d'un appairiment nous avons regroupés les methodes en deux groupes : la pilule en tant qu'un groupe et les autres methodes en tant qu'egalement un groupe.

TABLEAU 4.XXXXXVI:Répartition des méthodes utilisées selon la profession

METHODE UTILISEE	PROFESSION				
	ELEVES	MENAGERE	MODERNE	INFORMEL	TOTAL
PILULE	24	122	7	22	175
AUTRES METHODES	3	48	1	9	61
TOTAL	27	170	8	31	236

Il n y a pas de liaison significative entre les deux variables,car un des effectifs attendus est inferieur à 5

TABLEAU 4.XXXXXVII: Répartition des femmes Selon le temps d'abstension

Methodes utilisées	INTERVALLE INTERGENESIQUE				
	1 -2ans	3 -5ans	6 -8ans	mariag	NDC
Pilule	24 16 %	85 56.66 %	8 5.3 %	8 5.3 %	25 16.66 %
DIU	4 23.5 %	11 64.7 %	0	1 5.8 %	1 5.8 %
Injectable	2 40 %	3 60 %	0	0	0
Implant	0	7 77.7%	0	0	2 22.2 %
Creme gel	0	2 100%	0	0	0
Abst period	1 25 %	2 75%	0	0	0
total	31 100%	110 100%	8 100%	9 100%	28 100%

72.6 % des utilisatrices de pilule voulaient attendre entre 1 an et 5 ans

Dans le souci d'un appariement nous avons regroupé les methodes en deux groupes : la pilule en tant qu'un groupe et les autres methodes en tant qu'egalement un groupe.

Khi2 = 4.17

P = 0.12

5 COMMENTAIRES ET DISCUSSION

5.1. TYPE D'ETUDE :

C'est une étude descriptive sur un échantillon de 300 femmes et 300 hommes dans la commune IV du district de Bamako.

5.2. LIEU D'ETUDE:

Nous avons choisi la commune IV du district de Bamako.

Cette commune IV comprend 2 types de milieu :

- Milieu urbain représenté par 3 quartiers lotis disposant de toute les structures socio- sanitaires publiques.
- Milieu peri urbain représenté par 5 quartiers spontanés, disposant de CSCOM dont un fonctionnel celui de Sebenikoro et l'autre non (lafiabougou bougouda).

La commune IV a une population de 141163 habitants. Les femmes en âge de procréer representent 19.20 % et les hommes 47.70 % de la population .

5.3. ECHANTILLON :

- **Hommes:** Ils ont été sélectionnés selon la base de sondage du recensement general de la population et de l'habitat du Mali en 1987.

L'echantillonnage a été fait selon les 3 niveaux afin de determiner les individus à selectionner.

- **Femmes:** Lres femmes ont été sélectionnés dans les centres de santé de la commune de façon passive. Cette selection a été faite en tenant compte des criteres d'inclusion et d'exclusion.

5.4. METHODOLOGIE

- **Hommes:** Apres les 3 niveaux de selection les hommes elligibles sont réperés et soumis aux questionnaires.

- **Femmes:** Les enquetrices passaient dans les differentes unites, pour determiner les femmes elligibles et les soumette nt aux questionnaires.

5.5. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

5.5.1 HOMMES :

5.5.1.1. AGE :

Nous avons pris la tranche d'âge 20 -55 ans comme etant les hommes sexuellement actifs.

44.66 % des hommes de notre etude avaient moins de 30 ans. Ce taux est superieur à celui de l'EDS (30.7 %) (50) mais inferieur à celui de GUEYE en 1992 (75.8 %) (25).

La tranche d'âge dominante etait 20 -24 ans (25.65 %).

L'âge moyen de notre echantillon etait de 33 ans.

Cet âge est assimilable à celui de MAKANI et collaborateurs(26).

5.5.1.2. NIVEAU D'INSTRUCTION :

48.52 % avaient un niveau d'instruction bas, parmi ceux ci 34.52% avaient le niveau primaire et 14 % étaient constitués d'analphabètes.

Ce taux d'analphabétisme est supérieur aux 2 % de MAKANI au ZAIRE mais inférieur aux 77 % de l'EDS au Mali et aux 21 % de l'AMPPF (5).

5.5.1.3. STATUT MATRIMONIAL :

La moitié des hommes soit 50.6 % n'était pas marié . Ce résultat est supérieur à celui de MAKANI au ZAIRE (47 %) mais inférieur à 55.4 % de FOURN et collaborateurs au BENIN.

5.5.1.4. PROFESSION :

Moins de 3 % des hommes sont en chômage, ce taux est inférieur aux 6 % de l'AMPPF (5) et aux 38 % de MAKANI au ZAIRE.

5.5.1.5. FECONDITE :

44.24 % des hommes n'avaient pas d'enfants vivants Cette proportion est supérieure à celle de l'EDS (50) 23.8 % mais inférieure à celle de MAKANI au ZAIRE(73 %).

5.5.2 FEMMES

5.5.2.1. AGE:

Nous avons pris la tranche d'âge 15 - 49 ans comme étant celle des femmes en âge de procréer.

Dans notre étude la majorité des femmes en âge de procréer avaient moins de 30 ans (68.3 %). L'âge moyen était de 27 ans, cet âge était inférieur aux 24 ans de GUEYE et collaborateurs dans une étude faite à Bamako (25) mais assimilable à celui de MAKANI et collaborateurs au ZAIRE (26).

5.5.2.2. NIVEAU D'INSTRUCTION:

Malgré l'existence de plusieurs structures scolaires dans la commune, le niveau de scolarisation reste encore faible (49).

76.33 % des femmes avaient un niveau d'instruction assez bas (aucune instruction et le niveau primaire), cette proportion est inférieure à celle de l'EDS (50).

Parmi ces femmes 43.67 % étaient de niveau primaire et 32.66 % étaient analphabètes. Ce taux d'analphabétisme est supérieur à celui de MAKANI au ZAIRE (11 %) et de GUEYE au MALI (25 %); Mais inférieur au 40 % de L'AMPPF en 1992 (5).

De gros efforts restent à faire à ce niveau.

5.5.2.3. STATUT MATRIMONIAL:

Dans notre série la majorité des femmes étaient mariées soit 71 % , ce résultat est de loin supérieur à ceux de MAKANI au ZAIRE en 1988 et de GUEYE au MALI (44 %) mais également à celui de FOURN et collaborateurs au BENIN (55.4 %).

5.5.2.4. PROFESSION :

26 % des femmes de notre serie etaient soit des élèves ,des fonctionnaires, ou travailleurs dans le secteur informel (coiffeuses ,couturieres,teinturieres etc...). Cette proportion se rapproche des 27 % de MAKANI dans l'étude faite au ZAIRE mais inferieur aux 67.9 % de l'AMPPF en 1992 (5).

5.5.2.5. FECONDITE :

La fecondité reste élevée dans la commune.En effet la plupart des femmes ont eu au moins une grossesse (87.3 %)

Parmi ces femmes 83.1 % avaient au moins une naissance vivante.

Malgré ce fort taux de femmes ayant au moins une naissance vivante, 76 % des femmes voulaient encore avoir des enfants; ce taux est superieur à celui de MAKANI au ZAIRE (65 %).

5.6. CONNAISSANCE ET ATTITUDE PRATIQUE EN PF.

5.6.1. HOMMES :

5.6.1.1. CONNAISSANCE :

Il ressort de notre étude que 97.47 % des hommes connaissaient au moins une methode de PF. Le condom etait quasi constamment connu (96.19 %) suivi de la pilule(80.31 %),les injectables(53.59 %) et enfin par le DIU(45.94 %). La sterilisation masculine etait la methode la moins connue. A l'exception du norplant des sterilisations masculine et feminine,toutes les autres methodes etaient citées de façon spontanées.

Cette proportion élevée de la connaissance de la PF surtout des methodes modernes s'expliquait par :

- Les actions de sensibilisation mediatiques sur le SIDA.
- Et les campagnes de promotion et de vulgarisation du condom protector (preservatifs)

Nos resultats sont superieurs à ceux déjà trouvés au MALI:

TRAORE B. et collaborateurs. ont trouvé en 1987 lors de l'EDS que 79.7 % connaissaient au moins une methode et les methodes les plus connues etaient le condom 60.9 % la pilule 56.9 %,la sterilisation feminine 43.9 % et les injectables 43.3 %.La methode la moins connue etait la methode vaginale(les cremes gels). L'AMPPF avait trouvé qu'en 1992 95.4 % des hommes connaissaient au moins une methode moderne de PF.les methodes

les plus connues etaient respectivement le condom , la pilule, la sterilisation feminine et le DIU.

5.6.1.2. PRATIQUE :

La prevalence anterieure.

Notre etude a montré qu'un homme sur deux(49.63 %) avaient déjà utilisé une methode de PF. Ce resultat largement superieur à celui de certaines études (50), se rapproche de celui du CNIECS en 1995 50 % (6). Mais est inferieur à celui de l'AMPPF (5).

La prévalence au moment de l'enquete:

La prévalence de la PF au moment de l'enquete etait inconstante (40 %) les methodes utilisées etaient le condom 87.5 % et l'abstinence 12.5 %. Ce taux de prevalence est superieur au 11.2 % de l'EDS ,au 27 % de MAKANI et al. mais se rapproche de celui de FOURN et al. qui trouvaient en 1988 au BENIN 40.7 % des hommes utilisaient la PF.

Mais 20 % seulement des utilisateurs de PF frequentaient les centres de PF (P =0.00008).

Ce taux est inférieur à celui de FOURN (70 %).

L'analyse statistique de l'utilisation de la PF par rapport à certains facteurs socio-démographiques nous a permis de trouver certaines distributions particulières :

Ainsi il ressort de notre étude que les hommes non mariés (65.25 %) utilisaient plus la PF que ceux qui sont mariés (38.75 %, $P=0.004$). Il apparaît dans cette distribution qu'il existe une différence statistique significative.

92.64 % des utilisateurs de PF avaient fréquenté l'école (48.03 % au niveau secondaire, 24.06 au niveau primaire et 20.56 % au niveau supérieur) contre 81.89 % des non utilisateurs.

Plus les hommes sont instruits mieux ils adhèrent à la PF ($P=0.0000007$). La prévalence est passée de 7.39 % chez les analphabètes à 68.59 % des hommes ayant atteint le niveau secondaire et supérieur. Cette forte prévalence s'illustre mieux chez les élèves (22,6 % contre 15.73 %) et les fonctionnaires (17.94 % contre 7.76 %) que chez les commerçants (19.61 % contre 21.24 %) et les ouvriers (22,37 contre 41.05 %, $P=0.003$).

Par ailleurs 52.5 % des hommes de plus de 30 ans utilisaient la PF contre 27.5 % des moins de 30 ans.

Il ressort de cette étude que presque 1/2 hommes sans naissance vivante utilisaient la PF ($P=0.4$).

Nous n'avons retrouvé aucune liaison significative entre ces différentes répartitions.

5.6.1.3. ATTITUDES DES HOMMES FACE A LA PF:

La plupart des hommes enquêtés étaient favorables à la PF (81.53 %). Il apparaît par ailleurs que 32.9 % des hommes ne discutaient pas de PF avec leur partenaire. Ce taux est inférieur aux 83 % de l'EDS(50), mais supérieur à celui de BOULOS et al. en HAÏTI en 1991 : (7 %) (40) une étude similaire faite au BOSTWANA par CHIPFAKACHA en 1993 (40) a montré que sur 74 % des hommes connaissant au moins une méthode de F, 37% disaient qu'ils n'aimaient pas parler de PF avec leurs partenaires, car pour eux c'était les encourager à l'infidélité.

Le fait que la discussion entre partenaire ne soit pas une condition préalable à l'adoption de la PF, l'absence de discussion semble un obstacle sérieux à son acceptation.

Les hommes étaient peu fréquents à penser que la décision de PF leur revient (20 %). Ce taux est inférieur à celui retrouvé par CHIPFAKACHA en 1993 au BOSTWANA (31 %) et au 50 % de WARREN et collaborateurs en JORDANI en 1990 (40) mais supérieur à celui de KHALIFA en SOUDAN en 1988 (7 %).

Malgré la rareté de l'information (10.54 %), certains hommes n'acceptaient pas la diffusion sur les Médias des supports de la PF (20.68 %).

La religion qui apparaissait dans notre étude comme l'une des premières raisons de non utilisation 15.54 % comparativement à l'EDS où elle était la seconde raison et est assez controversée quand on sait que des Haddis soutiennent que l'Islam approuve la PF (44).

Sur les 92.33 % des hommes qui pensent que l'on peut diminuer les risques liés à la grossesse et à l'accouchement.

2.66 % pensaient à la consultation prénatale, 41.66 % à la PF le facteur divin intervenait dans 9 % des cas.

Malgré le fort taux de connaissance des méthodes, pour la plupart des hommes la PF est simplement synonyme d'espacement des naissances (89.66 %) ce taux est supérieur à celui de MAKANI et collaborateurs (53 %) et au 72 % de KHALIFA au SOUDAN en 1988.

Les autres avantages de la PF sont peu ou pas connus.

Le taux d'hommes pensant que la taille de la famille dépendait de Dieu (28.68 %) était nettement inférieur au 50 % de WARREN et collaborateurs retrouvé en 1990 en JORDANI.

5.6.2. FEMMES:

5.6.2.1. CONNAISSANCE :

Il ressortait de notre étude que souvent les femmes connaissaient au moins une méthode (99.67 %). Les méthodes les plus connues étaient la pilule 97.67 %, le DIU (87.67 %), les injectables (82.67 %), le condom 61.67 %, 60.67 % les implants. La méthode la moins connue était la stérilisation masculine avec 23.33 %. Une variation de la connaissance d'une méthode selon le statut matrimonial a montré que 99.54 % des femmes mariées connaissaient au moins une méthode moderne.

En outre, la variation de la connaissance selon sa nature nous permettait de voir que la connaissance approfondie était plus élevée que la connaissance descriptive sauf pour certaines méthodes telles que les implants, la stérilisation masculine et féminine.

Exemple : pour la stérilisation masculine 4 % des femmes la connaissaient spontanément contre 19.33 % après description.

Ce niveau de connaissance assez élevé de la PF surtout des méthodes modernes s'explique par le fait que :

- Les enquêtes ont lieu dans des centres de PF et dans ces centres les femmes sont surtout clientes de PF, ou bénéficient des informations nécessaires à la pratique de la PF.
- Les femmes qui accouchent dans ces centres bénéficient des séances d'IEC.
- Les campagnes médiatiques et humoristiques sur les méthodes de PF touchent une bonne partie de la population.

Nos résultats sont nettement supérieurs à ceux déjà trouvés au MALI :

Ainsi TRAORE B. et collaborateurs (50) au cours de l'enquête démographie et de santé en 1987 montrent que 43 % des femmes en union connaissaient au moins une méthode. La même étude montre que 28.3 % des femmes en âge de procréer au niveau national connaissaient au moins une méthode moderne et 57 % des femmes en âge de procréer au niveau urbain connaissaient au moins une méthode moderne également.

PATRICE COULIBALI (38) trouve en zone semi urbaine que 0 % des femmes en âge de procréer connaissaient au moins une méthode de PF dans une étude faite à OUENTZA.

Nos résultats sont également supérieurs à ceux trouvés dans certains pays africains.

Une étude menée par l'institut GUTTMACHER a montré que 2.9 % des femmes en âge de procréer connaissaient au moins une méthode de PF au SENEGAL. Dans la même étude 75 % des femmes en âge de procréer connaissaient une méthode de PF au NIGER (15). Au ZAIRE MAKANI et collaborateurs trouvent 95 % des femmes connaissaient au moins une méthode.

TABLEAU 4.XXXXXXVIII: Connaissance de la PF en Afrique.

AUTEURS	PAYS	NIVEAU DE CONNAISSANCE
MAKANI(26)	Zaire	95 %
GUTTMACHER(15)	Niger	75 %
GUTTMACHER(15)	Senegal	42.9 %
TRAORE (50)	Mali	57 %
SANGO *	Mali	99.67 %

(*) Notre étude.

5.6.2.2. PRATIQUE DE LA PF

Les résultats de notre enquête révèlent que 53 % des femmes ont utilisé à un moment quelconque une méthode de PF.

Par ailleurs 78.67 % des femmes utilisaient une méthode moderne de PF au moment de l'enquête. La méthode la plus utilisée était la pilule avec 74.15 % puis suivait le DIU avec 10.16 % les autres méthodes étaient moins utilisées.

La prévalence de la PF chez les femmes était assez élevée, ce fort taux d'utilisation s'explique exclusivement par l'influence des sites de l'enquête.

Ces résultats sont supérieurs à ceux antérieurement retrouvés au MALI :

TRAORE B. et al. (50) trouvaient en 1987 que 19 % des femmes en union utilisaient la PF. La même étude montrait que 26 % des femmes en union du milieu urbain utilisaient la PF. Les méthodes les plus utilisées étaient la pilule, le DIU, les spermicides, les injectables, la stérilisation féminine. Le condom n'a jamais été utilisé dans cette série.

L'AMPPF (5) retrouvait en 1992 que 27.1 % des femmes utilisaient une méthode de PF. La méthode la plus utilisée était la pilule avec 9,6 % puis suivaient le condom, les injectables, et le DIU.

Nos taux d'utilisation sont également supérieurs à ceux trouvés dans certains pays africains :

L'institut GUTTMACHER (15) trouvait au NIGER que 10 % des femmes en union utilisaient la PF.

N'DIAYE et collaborateurs(34) lors de l'enquête démographique et de santé du SENEGAL en 1986 trouvaient que 30 % des femmes mariées utilisaient la PF.

MAKANI et collaborateurs trouvent en 1988 qu'au ZAIRE 33 % des femmes en âge de procréer utilisaient la PF. Mais notre résultat se rapproche de celui MUKOBOTWA en 1990 en ZAMBIE qui trouvait que 80 % des femmes en âge de procréer utilisaient la PF (19).

Pour celle qui n'utilisait pas de méthodes les raisons les plus souvent évoquées étaient l'allaitement (37.5%) suivi par le désir de grossesse (20.3 %), et 15.6 % pour manque d'information. En comparant ces résultats à ceux de l'EDS on trouvait que la première raison de non utilisation de la PF en zone urbaine était le manque d'information puis l'opposition du partenaire, le désir de grossesse, la nocivité pour la santé et enfin la religion.

Vue la nécessité de définir un profil socio-démographique des utilisatrices, nous avons analysé la prévalence par rapport aux différentes caractéristiques socio-démographiques.

La prevalence s'observe dans tous les groupes d'age. Souvent les utilisatrices avaient moins de 30 ans (66.95 %) et le groupe d'âge dominant était {20-24} (28.39 %).

L'âge moyen était de 26 ans. Nous n'avons retrouvé aucune particularité dans notre distribution ($P=0.08$).

La repartition de la prevalence selon le statut matrimonial a montré souvent que les utilisatrices étaient mariées soit

69.07 % ce taux est supérieur à celui de MAKANI au ZAIRE 44 % ($P=0.15$).

La repartition selon le niveau d'instruction montre que

69.5 % de nos utilisatrices avaient fréquenté l'école ($P=0.09$).

La repartition selon la profession a montré que la majorité des utilisatrices était des ménagères (72,03 %) suivie par les femmes du secteur informel (13.14 %) et des élèves (11.44 %).

Vue l'importance de l'utilisation de la pilule par rapport aux autres méthodes nous avons voulu appairer la méthode utilisée par rapport à certains caractéristiques socio-démographiques afin de voir leurs influences sur l'utilisation de la pilule.

Les non mariées (86.3 %) utilisaient plus la pilule que les mariées ($P=0.007$).

72 % des utilisatrices de pilule avaient fréquenté l'école ($P=0.36$) et 69.71 % étaient des ménagères et désiraient avoir des enfants dans un futur proche.

Dans toutes ces répartitions nous n'avons retrouvé aucune distribution particulière.

TABLEAU 4.XXXXXXIX: Prévalence de la PF en Afrique.

AUTEURS	PAYS	PREVALENCE
MUKOBOTWA (19)	Zambie	80 %
MAKANI (26)	Zaïre	33 %
N'DIAYE (34)	Senegal	30 %
GUTTMACHER (15)	Niger	10 %
TRAORE (50)	Mali	26 %
SANGO *	Mali	78.67 %

(*) Notre étude.

6. CONCLUSION

HOMMES:

La plupart des hommes de notre étude connaissaient au moins une méthode.

Le taux d'utilisation a beaucoup évolué. Même si il est surtout dû à l'utilisation du condom. Le taux de la connaissance rapporté à la prévalence montre que de gros efforts restent à faire.

La conclusion de plusieurs études faites sur les attitudes masculines face à la PF montrait que les hommes étaient opposés à la PF. Ces résultats sont généralement exagérés.

En effet notre étude a montré que la plupart des hommes étaient favorables à l'idée de la PF, discutaient et prenaient avec leur partenaire la décision de pratiquer la PF.

Malgré cette perception d'ouverture des hommes face à la PF, elle reste encore tributaire de certains facteurs de taille qui ont pour nom : Ignorance, conservatisme, fatalisme, religion et surtout le taux élevé d'hommes sans activité sexuelle.

FEMMES:

Sur l'ensemble des femmes de notre étude, il ressort que la connaissance et la pratique de la PF a évolué de façon appréciable.

La méthode la plus utilisée est la pilule, les autres méthodes modernes sont moins bien utilisées.

Selon notre étude les utilisatrices de PF étaient des femmes de 26 ans mariées ou non, ayant fréquenté l'école et qui sont des ménagères.

Par ailleurs les utilisatrices de pilule étaient des femmes non mariées, ayant fréquenté l'école. Ces femmes étaient des ménagères et voulaient avoir des enfants dans un futur proche.

7. RECOMMANDATIONS

* Familiariser la population féminine sur la gamme de méthode de PF disponible en particulier les méthodes permanentes et de longue durée. Les messages se concentreront sur la présentation de la méthode, son mode d'emploi, ces effets secondaires et les catégories de clientes pour lesquelles la méthode serait plus appropriée.

Au vue des taux d'utilisation de la PF en zone urbaine : Augmenter l'accessibilité de la PF en zone rurale.

* Développer un matériel simple imprimé pour les clientes des services de PF sur toutes les méthodes.

* Motiver les prestataires à promouvoir la gamme de méthode de PF avec leurs clientes.

* Cibler les hommes avec des messages spécifiques en insistant sur les avantages de la PF sur le plan santé de la femme.

* Cibler les hommes avec des messages spécifiques sur les avantages de la PF liés à la prévention des MST et les conséquences des grossesses non désirées.

* Intégrer les messages de PF et MST/SIDA pour augmenter l'utilisation du condom auprès des hommes.

* Lancer des messages de PF envers les hommes en expliquant la position de l'islam sur la PF.

* Développer des activités de sensibilisation pour des groupes spéciaux de non utilisateurs (les hommes qui disent n'avoir pas d'activité sexuelle).

BIBLIOGRAPHIE

1-AMPPF & FHI

Connaissance et attitude pratique en matières de PF des professionnels de la santé au Mali
Rapport d'étude, Juin 1989

2 -AMPPF & JHU

Ce que les maliens disent de la PF
Resultats des interviews de groupes
Bko , Mali ,AMPPF,Mars 1986

3-BAYOKO MADANI

La contraception et les contraceptifs
Memoire biologie ENSUP Bko 1983-1984

4 -CERPOD

PF & santé maternelle
Bko Mali 1990

5 -CERPOD.AMPPF.JHU/PCS

Enquête de base à bamako aupres des populations 1992

6-CNIECS

Enquete de base pour la promotion du logo national de la PF
novembre 1995 Document non publié

7-DNSI

Déclaration de politique nationale de population du Mali 8 mai 1991
Rapport final

8-DNSI

Recensement general de l'habitat et de la population 1987
Analyse:Tome1 Etat de la population
Bureau central de recensement Mali Juin 1991

9-DEMBELE O.

Contribution à l'étude des causes de sous utilisation du dispositif intra uterin dans le district de Bko 1992
Thèse Med.N°20 BKO Mali 1991

10 -DEBORAH M.& WRAY JOE

Espacement des naissances
la situation des enfants dans le monde
UNICEF 1984 PP 120 -130

11-EMC: H. RUF M. GAMERE M. CONTE 738 A10

Gynecologie volume 3. Volume 3 Page 2 Année 1990

12-FADIMA S TALL

Contribution à l'étude de la mortalité féminine liée à la grossesse et l'accouchement dans les centres santé de la région koulikorou

These Med. N° 6 Bko 1992 ENMP

13- FAMILLE ET DEVELOPPEMENT

Fevrier 1988 n°47/48

14-FOURN L. Yacouba M.; Zohoum P.

Enquete d'évaluation de l'acceptabilité du preservatif masculin au Benin (district de Come) 1988.

Afrique Médicale 1990 Sept;29(288):449-6

15-GUTTMACHER INSTITUE

Les femmes en age de procréer et PF dans le monde

16-HASSANE TANGARA

HTA et contraceptifs oraux

These med. n°11 1986 Bamako

17-HRP SOCIAL SCIENCE UNIT.

Perspectives on methods of fertility regulation setting a research agenda 1995

18-INTRAH: procedures cliniques en PF

Manuel pour formateur 1993

19-KONDWANI CHIROMBO.

La PF cible les hommes.

Kenya 1990.

20 -KONATE MAMADOUK.

Fecondité et planification au Mali

Rapport N 18,juil.1994 ISSN 1012

21-LANSAC J.

Gynécologie pour le praticien

3 Edition Nov. 1988

22-MAIGA MARIAM DJIBRILLA

Comtribution de la PF à l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant en milieu rural au Mali

These Med n°7 Bko 1977

23-MOHAMED EL BADAOUI

Pratique islamique et réalités biomédicales et pharmaceutiques

These pharmacie n°3 Bko 1995

24 -MAGASSA D.

Methodes contraceptives AMPPF Bko

12-FADIMA S TALL

Contribution à l'étude de la mortalité féminine liée à la grossesse et l'accouchement dans les centres santé de la région koulikoro

These Med. N° 6 Bko 1992 ENMP

13- FAMILLE ET DEVELOPPEMENT

Fevrier 1988 n°47\48

14-FOURN L. Yacouba M.; Zohoum P.

Enquete d'evaluation de l'acceptabilité du preservatif masculin au Benin (district de Come) 1988.
Afrique Médicale 1990 Sept;29(288):449-6

15-GUTTMACHER INSTITUE

Les femmes en age de procréer et PF dans le monde

16-HASSANE TANGARA

HTA et contraceptifs oraux

These med. n°11 1986 Bamako

17-HRP SOCIAL SCIENCE UNIT.

Perspectives on methods of fertility regulation setting a research agenda 1995

18-INTRAH: procedures cliniques en PF

Manuel pour formateur 1993

19-KONDWANI CHIROMBO.

La PF cible les hommes.

Kenya 1990.

20 -KONATE MAMADOU K.

Fecondité et planification au Mali

Rapport N 18,juil.1994 ISSN 1012

21-LANSAC J.

Gynécologie pour le praticien

3 Edition Nov. 1988

22-MAIGA MARIAM DJIBRILLA

Comtribution de la PF à l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant en milieu rural au Mali
These Med n°7 Bko 1977

23-MOHAMED EL BADAOU

Pratique islamique et réalités biomédicales et pharmaceutiques

These pharmacie n°3 Bko 1995

24 -MAGASSA D.

Methodes contraceptives AMPPF Bko

25- M'BODGE F. GUEYE M. KANE T. PACQUE S.

Enquete clinique de base sur les sources references des nouveaux accepteurs de PF. Oct.-Dec.1992

26- MAKANI B. NIVEMBOP KL. BERTRAND JT.

Fecondité et PF Kinshassa 1988

Departement Santé publique, 1991,XVIII, 136, [97]P.

27-MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DES PERSONNES AGEES.

Politique nationale de SM\PF .

28-NETWORK

Ameliorer l'acces à la contraception mai 1993

Vol 2 N 5 FHI

29-NETWORK

qualité des soins

FHI vol 3, N 4 octobre 1993

30-NETWORK

PF et MST

FHI vol 5, N 2 juillet 1994

31-NETWORK

Les hommes et la PF

FHI,vol 6,N 1 oct 1994

32 NETWORK

Les Femmes et la PF

FHI,vol 6,N 2 oct 1994

33 -NEKAM FREDERIC

Facteurs de risque de grossesse chez les adolescentes celibataires de la commune VI

Thèse Med. N°39/1995 Bko

34- N'DIAYE S. SAAR I. Et AYAD M.

EDS au sénégal.Direction de la statistique et de la prévision,et institut for ressource developpement westinghouse, columbia, Maryland 1986.

35 - OMS GENEVE 1989

Methodes naturelles de planification familiale.

Guide pour les prestataires de service.ISBN 9342542415

36-POPULATION REFERENCE BUREAU

La PF sauve des vies

2 edition periodique Sept 1991

37-POPULATION REFERENCE BUREAU

Jeunesse du monde 1994

rapport annuel Mars 1991

38-PATRICE COULIBALI

contribution a l'étude socio-epidemiologique de la PF dans le cercle de douentza

These Med n°36 Bko 1992

39-PERSEPECTIVE INTERNATIONALE SUR LA PF

FHI periodique numero special 1994

40-PRB

Population mondiale 1994

41-USAID

PF methodes et pratiques pour l'Afrique

revue 1985 Division Santé reproductive

42 -ROUAMBA AMADOU

La PF

Bko Mali AMPPF 1986

43 -RQUAM F.

Contribution à l'etude de la contraception

These Med , Paris 1970

44 -ROZENBAUM H.

Que faire devant une demande de contraception

Edition Masson, Paris,new york Barcelone 1976

45-ROGER MOUKORO

perception communautaire du planning familial dans le cercle de tominian

These Med n°12 Bko 1993

46 -SABAH TARIK

Contraception et PF au Maroc

Enquête à Fes,sur les problemes liés à la contraception

These pharmacie, n°120 Dakar 1983

47 -SACKO BAKARY

Enquête insertion des migrants en milieu urbain

document publié,CERPOD 1992

48- SOMARC II

PF,connaissance atitude et pratique

Rapport final. Mali CSM project

49-SERVICES SOCIO-SANITAIRES DE COMMUNE IV

Rapport d'activité 1994 dec 1994.

50 - TRAORE BABA, MAMADOU KONATE, CYNTHIA STANTON

Enquête démographique et santé au Mali(1987)CERPOD, Institut du sahel Bko Mali et institute for resource developpement, westighouse, columbia maryland USA

51-YOUCEF QUARDHAOUI

Le licite et illicite dans l'islam

Edition okad et ETS Rayhane 1990

Annexe 1

TABLEAU I : Répartition de la population de la Commune IV 1994

AGE	POPULATION	POURCENTAGE
moins 1 an	6115	4.10
1 - 2 ans	6145	4.12
moins de 5 ans	26431	17.72
moins 6 ans	30265	20.29
moins 15 ans	67973	45.57
FAP ^o (15-44)	28639	19.20
taux natalité	7458	5
taux mortalité infantile	6249	4.19
femmes	78013	52.30
hommes	71150	47.70
total	149163	

TABLEAU II : Répartition des infrastructures socio-sanitaires de la commune IV

INFRASTRUCTURES	LOCALISATION	DATE DE CREATION
Centre de santé Lafiabougou	Lafiabougou	1982
Maternité Hamdallaye	Hamdallaye	1968
PMI Hamdallaye	Hamdallaye	1968
Maternité/PMI Djikoroni	Djikoroni	1993
ASACOSEK	Sébéninkoro	1993
Centre de santé de l'ambassade d'Iran	Djikoroni	1993

Annexe N°2

Projet d'ordonnance sur les pratiques tendant à la régulation des naissances en république du Mali
Le comité militaire de libération nationale:

Vue l'ordonnance n°1/CMLN du 28 novembre 1968 portant organisation provisoire des pouvoirs publics en république du Mali:

Vue le décret n°142/PG-RM du 28 novembre 1970 fixant la composition du gouvernement:

Ordonne

Article 1:

Sont autorisées en république du Mali sous réserve et dans les conditions qui seront déterminées par décret:

1

1 Les pratiques tendant à la régulation des naissances autres que l'avortement lorsque celles-ci seront conformes aux normes officielles de la science et s'intéresseront dans les limites d'un programme national contrôlé conjointement par le ministère de la santé et le secrétariat aux affaires sociales.

2 L'information et l'éducation concernant les méthodes et moyens de régulation des naissances

3 L'importation, la fabrication, la distribution des moyens et produits contraceptifs est autorisée par le gouvernement.

Article 2:

Il sera institué au niveau du ministère chargé de la santé et de la population, un conseil médical chargé d'élaborer la liste des moyens et produits contraceptifs autorisés

Article 3 :

Tout acte accompli en violation de la présente ordonnance ou de son décret d'application sera puni des peines prévues à l'article 171 du code pénal et selon les distinctions établies par ledit article.

Article 4:

Sont abrogées toutes dispositions contraires, notamment les articles 3 et 4 de la loi du 31 juillet 1920 sur la propagande anticonceptionnelle.

Article 5 :

La présente ordonnance sera exécutée comme loi de l'état.

QUESTIONS	MODALITÉS RÉPONSES	PASSER A
Q101 Nom de l'enquêté		
Q102 Age	AGE <input type="text"/>	
Q103 Profession		
Q104 Adresse	COMMUNE <input type="text"/> QUARTIER <input type="text"/> RUE N° <input type="text"/> CONCESSION N° <input type="text"/>	
Q105 Situation matrimoniale	CELIBATAIRE 1 MARIÉ (E) 2 SÉPARÉ (E) 4 DIVORCÉ (E) 5 VEUVE/VEUF 6 AUTRES <input type="text"/> 7 (Précisez)	
Q106 Religion	MUSULMAN (E) 1 CHRETIEN (NE) 2 ANIMISTE 3 AUTRE <input type="text"/> 4 (Précisez)	
Q107 Type d'instruction suivi par l'enquêté	FRANCAIS 1 ARABE 2 LANGUE NATIONALE 3 AUCUNE INSTRUCTION 4	→ Q109
Q108 Niveau de scolarisation	ALPHABÉTISÉ 1 PRIMAIRE 2 SECONDAIRE 3 SUPÉRIEUR 4	
Q109 Nombre d'enfant (s)		

vivant (s)	NOMBRE	<input type="text"/>
Q110 Nombre de grossesses	NOMBRE	<input type="text"/>

QUESTIONS	MODALITÉS RÉPONSES	PASSER A
Q111 Age du plus jeune enfant	AGE <input type="text"/>	
Q112 Voulez-vous un autre enfant ou d'autres enfants après celui-ci ?	NON OUI NSP	1 → 14 2 3 → 14
Q113 Combien d'enfants	NOMBRE <input type="text"/>	
Q114 Temps d'abstention	TEMPS <input type="text"/>	

QUESTIONS	MODALITÉS RÉPONSES	PASSER A
201 Quelles sont les méthodes de PF que vous connaissez	PILULE	1
	STÉRILET	2
	INJECTION	3
	IMPLANT	4
	CREME GELE	5
	CONDOM	6
	ML/AL	7
	MÉTHODE TRADITION.	8
	STÉRILISATION MASC.	9
	ABSTINENCE PÉRIOD.	10
	COIT INTERROMPU	11
	AUTRE _____ (Précisez)	12
202 Avez-vous (ou votre partenaire) déjà utilisé une méthode contraceptive ?	OUI	1
	NON	2
203 Est-ce que vous ou votre partenaire utilise à présent une méthode ?	OUI	1
	NON	2 → 218
204 Qui vous a envoyé à l'unité de PF	_____	
205 Comment êtes-vous arrivé à l'unité PF ?	_____	

206 Comment s'est passé le premier contact ?	_____	

207 Quel a été le temps d'attente ?	_____	

208 Quelle méthode utilisez-vous actuellement ?	PILULE	1
	STÉRILET	2
	INJECTION	3
	IMPLANT	4
	CREME GELE	5
	CONDOM	6
	ML/AL	7
	MÉTHODE TRADITION.	8

STÉRILISATION MASC.	9
ABSTINENCE PÉRIOD.	10
COIT INTERROMPU	11
AUTRE _____	12
(Précisez)	

QUESTIONS	MODALITÉS RÉPONSES	PASSER A
209 La méthode a-t-elle été choisie ou suggérée ?	Choisie _____ suggérée _____ Autre (_____)	1 2 3
210 La méthode était-elle disponible ?	OUI NON	1 2
211 Vous l'a t-on donné immédiatement ?	OUI NON	1 → 213 2
212 Qu'avez-vous fait ?	_____ _____ _____	
213 En plus de PF avez-vous d'autres problèmes ?	OUI NON	1 2
214 Lesquels ?	_____ _____ _____	
215 Les a-t-on pris en charge pendant la consultation ?	OUI NON	1 2
Q216 Combien la prestation de PF vous a coûté ?	PRIX _____	
217 Ce prix vous semble t-il raisonnable ?	OUI NON	1 2
218	MAUVAIS POUR SANTÉ FEMME ALLAITANTE	1 2

Pourquoi vous ou votre partenaire n'utilisez pas méthode ? ou ne continuer pas à utiliser une méthode.	STÉRILE/MÉNOPAUSÉ	3
	MANQUE D'INFO.	4
	INACCESSIBILITÉ	5
	OPPOSITION PARTENAIR	6
	RELIGION	7
	PAS DE RESSOURCE	8
	PEUR D'ETRE MAL JUGÉ	9
	DIVORCÉ/SÉPARÉ/VEUVE	10
	EFFETS SECONDAIRES	11
	INEFFICACITE	12
	DESIR DE GROSSESSE	13
	AUTRE _____	14

QUESTIONS	MODALITÉS RÉPONSES	PASSER A
219 Votre choix a-t-il été fait de commun accord avec votre partenaire ?	OUI	1
	NON	2
220 Qui doit décidé de l'espacement des naissances dans un couple ?	_____	
221 Qui doit décidé de l'arrêt de la procréation dans un couple ?	_____	
222 (Si l'interviewé est un homme) Avez-vous déjà fréquenté un centre de PF ?	OUI	1 → 224
	NON	2
223 Pourquoi ?	_____	-->225
224 L'indiqueriez-vous à votre partenaire ?	OUI	1
	NON	2
225 Quelle est votre opinion	HOSTILE	1
	PARTISANT NON UTIL	2

ou celle de votre partenaire sur le PF ?	UTILISATEUR	3	
226 Trouvez-vous acceptable que des informations sur le PF soient diffusé à la radio, TV, théâtre ou autre ?	OUI	1	
	NON	2	
	NSP	3	
227 Approuvez-vous (ou votre partenaire) les couples qui utilisent les méthodes pour espacer les naissances ?	APPROUVE	1	
	DÉSAPPROUVE	2	
	APPR. L'AUTRE DÉSAP.	3	
	NSP	4	
	AUTRE _____ (Précisez)	5	

QUESTIONS	MODALITÉS RÉPONSES	PASSER A
228 Quels sont les avantages d'avoir beaucoup d'enf.	_____	

229 Pensez-vous qu'on peut diminuer la morbidité et la mortalité liés à la grossesse ?	OUI	1
	NON	2 → 232
230 Comment ?	_____	

231 Que signifie pour vous le PF ?	ESPACEMENT	1
	ARRET PROCRÉATION	2
	LUTTE MST/SIDA	3
	AUTRE _____ (Précisez)	4

Annexe N°4

Répartition des sections d'énumération Selon l'effectif pondéral

N°	SE	Ci95	Pi Effectif.	non ponderé	Ef ponderé
1	9	60	0.004277	20	30
2	14	41	0.006699	20	19
3	27	120	0.005625	20	23
4	35	101	0.005100	20	25
5	37	184	0.003080	20	41
6	50	160	0.005953	20	21
7	51	86	0.006005	20	21
8	53	160	0.010236	20	12
9	57	88	0.013190	20	10
10	60	94	0.006844	20	19
11	83	130	0.005610	20	23
12	97	70	0.005465	20	23
13	107	90	0.008377	20	15
14	112	62	0.015078	20	8
15	86	122	0.012077	20	11
T			0.113614488	300	300

ABREVIATIONS

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

CERPOD :Centre d'étude et de recherche sur la population et le développement.

CSCOM :Centre de Santé communautaire.

CRDI: Centre de Recherche pour le Developpoement Internationale

COC :Contraceptifs oraux combinés.

CCV :Contraception Chirurgicale Volontaire.

DIU :Dispositif intra uterin.

DSFC :Division Santé Familiale.

EDS : Enquete demographie et Santé.

FNUAP :Fond des Nations Unies pour la Population.

FAP :Femme en Age de Procréer.

MAMA :Methode d'Allaitement Maternelle et d'Amenorrhée.

MST :Maladie Sexuellement transmissible.

PF :Planification Familiale.

PP : Pilule Progestative.

UNICEF :Fond des Nations Unies pour l'Enfance.

OMS :Organisation Mondiale de la Santé.

SMI :Santé Maternelle et Infantile.

SIDA :Syndrome immuno Deficient acquis.

SE : Section d'Enumeration.

VIH : Virus Immuno deficient humain

J.H.U : Johns Hopkins University

PCS : Population Communication Services

NOM: SANGO PRENOM: Sanoussi

TITRE DE LA THESE: CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE DANS LA COMMUNE IV DU DISTRICT DE BAMAKO (A PROPOS D'UN ECHANTILLON DE 600 PERSONNES)

ANNEE: 1995-1996

VILLE de SOUTENANCE : BAMAKO

**LIEU DE DEPOT: BIBLIOTHEQUE Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali
SECTEUR D'INTERET: SANTE MATERNELLE ET INFANTILE**

RESUME:

C'est une étude descriptive portant sur deux échantillons distincts de 300 hommes et de 300 femmes dans la Commune IV du District de Bamako. L'enquête a eu lieu du 26 Mars au 10 Juillet 1995.

L'étude nous a permis de déterminer le profil socio-démographique des utilisatrices de Planification Familiale et la perception des hommes par rapport à l'utilisation de la Planification Familiale.

En effet les utilisatrices de la Planification Familiale étaient surtout des jeunes femmes dans la moyenne d'âge de 26 ans, mariées (69,07%), ayant fréquentées l'école (69,5%) et qui sont les ménagères (72,03%). Ces femmes utilisaient surtout la pilule (74,15%).

Par ailleurs la plupart des hommes de notre étude étaient favorable à l'idée de la Planification Familiale (81,53%): Ils discutaient et prenaient avec leur partenaire la décision de pratiquer la Planification Familiale (67,11%).

MOTS-CLES: PLANIFICATION FAMILIALE, HOMME, FEMME, COMMUNE IV

SERMENT D'HIPPOCRATE:

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

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

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

7. RECOMMANDATIONS

* Familiariser la population féminine sur la gamme de méthode de PF disponible en particulier les méthodes permanentes et de longue durée. Les messages se concentreront sur la présentation de la méthode, son mode d'emploi, ces effets secondaires et les catégories de clientes pour lesquelles la méthode serait plus appropriée.

Au vue des taux d'utilisation de la PF en zone urbaine :Augmenterl'accessibilité de la PF en zone rurale.

* Développer un matériel simple imprimé pour les clientes des services de PF sur toutes les méthodes.

* Motiver les prestataires à promouvoir la gamme de méthode de PF avec leurs clientes.

* Cibler les hommes avec des messages spécifiques en insistant sur les avantages de la PF sur le plan santé de la femme.

* Cibler les hommes avec des messages spécifiques sur les avantages de la PF liés a la prévention des MST et les conséquences des grossesses non désirées.

* Intégrer les messages de PF et MST/SIDA pour augmenter l'utilisation du condom auprès des hommes.

* Lancer des messages de PF envers les hommes en expliquant la position de l'islam sur la PF.

* Développer des activités de sensibilisation pour des groupes spéciaux de non utilisateurs (les hommes qui disent n'avoir pas d'activité sexuelle).

BIBLIOGRAPHIE

1-AMPPF & FHI

Connaissance et attitude pratique en matières de PF des professionnels de la santé au Mali
Rapport d'étude, Juin 1989

2 -AMPPF & JHU

Ce que les maliens disent de la PF
Resultats des interviews de groupes
Bko , Mali ,AMPPF, Mars 1986

3-BAYOKO MADANI

La contraception et les contraceptifs
Memoire biologie ENSUP Bko 1983-1984

4 -CERPOD

PF & santé maternelle
Bko Mali 1990

5 -CERPOD.AMPPF.JHU/PCS

Enquête de base à bamako aupres des populations 1992

6-CNIECS

Enquete de base pour la promotion du logo national de la PF
novembre 1995 Document non publié

7-DNSI

Déclaration de politique nationale de population du Mali 8 mai 1991
Rapport final

8-DNSI

Recensement general de l'habitat et de la population 1987
Analyse:Tome1 Etat de la population
Bureau central de recensement Mali Juin 1991

9-DEMBELE O.

Contribution à l'étude des causes de sous utilisation du dispositif intra uterin dans le district de Bko 1992
Thèse Med.N°20 BKO Mali 1991

10 -DEBORAH M.& WRAY JOE

Espacement des naissances
la situation des enfants dans le monde
UNICEF 1984 PP 120 -130

11-EMC: H. RUF M. GAMERE M. CONTE 738 A10

Gynecologie volume 3. Volume 3 Page 2 Année 1990