

MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS SECONDAIRES,
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

000000000

UNIVERSITE DU MALI

000000000

FACULTE DE MEDECINE , DE PHARMACIE
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

000000000

ANNEE 1998-1999

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE-UN BUT -UNE FOI

000000000

N° 52 /

TITRE

**APPROCHE EPIDEMIOLOGIQUE DU PLANNING
FAMILIAL AU CENTRE DE SANTE DE LA
COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 29 Mai 1999 devant la Faculté de Médecine de Pharmacie
et d'Odonto-stomatologie du Mali

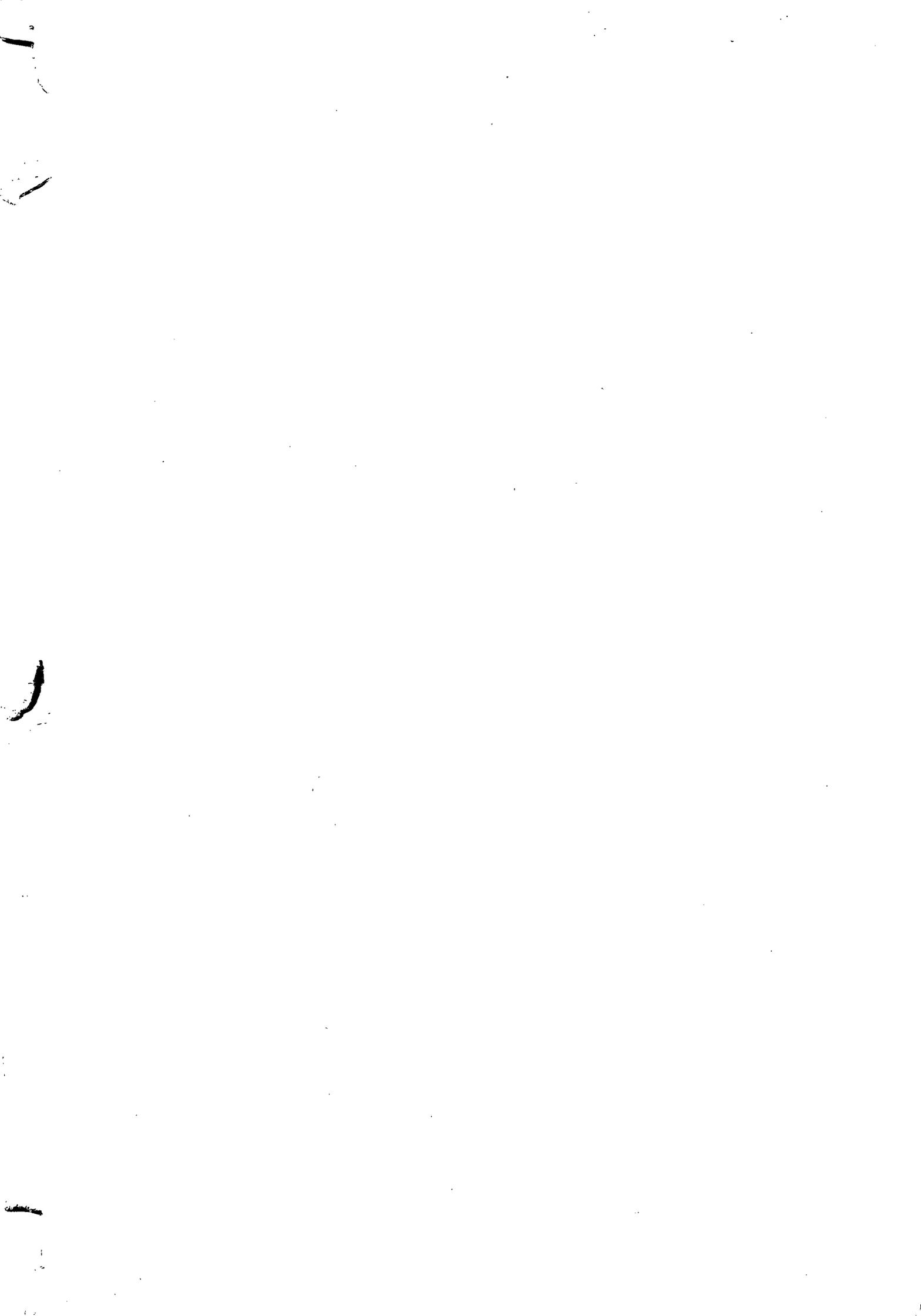
Par

Mme Kouma Mariam SIDIBE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (DIPLOME D'ETAT)

JURY

. Professeur Abdou A. TOURE	:	Président
. Docteur Moustaph TOURE	:	Membre
. Docteur Massambou SACKO	:	Membre
. Professeur Sidi Yaya SIMAGA	:	Directeur de Thèse



**FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 1998-1999**

ADMINISTRATION

DOYEN : MOUSSA TRAORE – PROFESSEUR

1^{er} ASSESSEUR : AROUNA KEITA – MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

**2^{ème} ASSESSEUR : ALHOUSSEYNI AG MOHAMED – MAITRE DE
CONFERENCES AGREGE**

**SECRETAIRE PRINCIPAL : YENIMEGUE ALBERT DEMBELE – MAITRE DE
CONFERENCES**

AGENT COMPTABLE : MAMADOU DIANE – CONTROLEUR DES FINANCES.

PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Aliou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Ortho-Traumato-Sécourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Mohamed TOURE	Pédiatrie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie



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

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

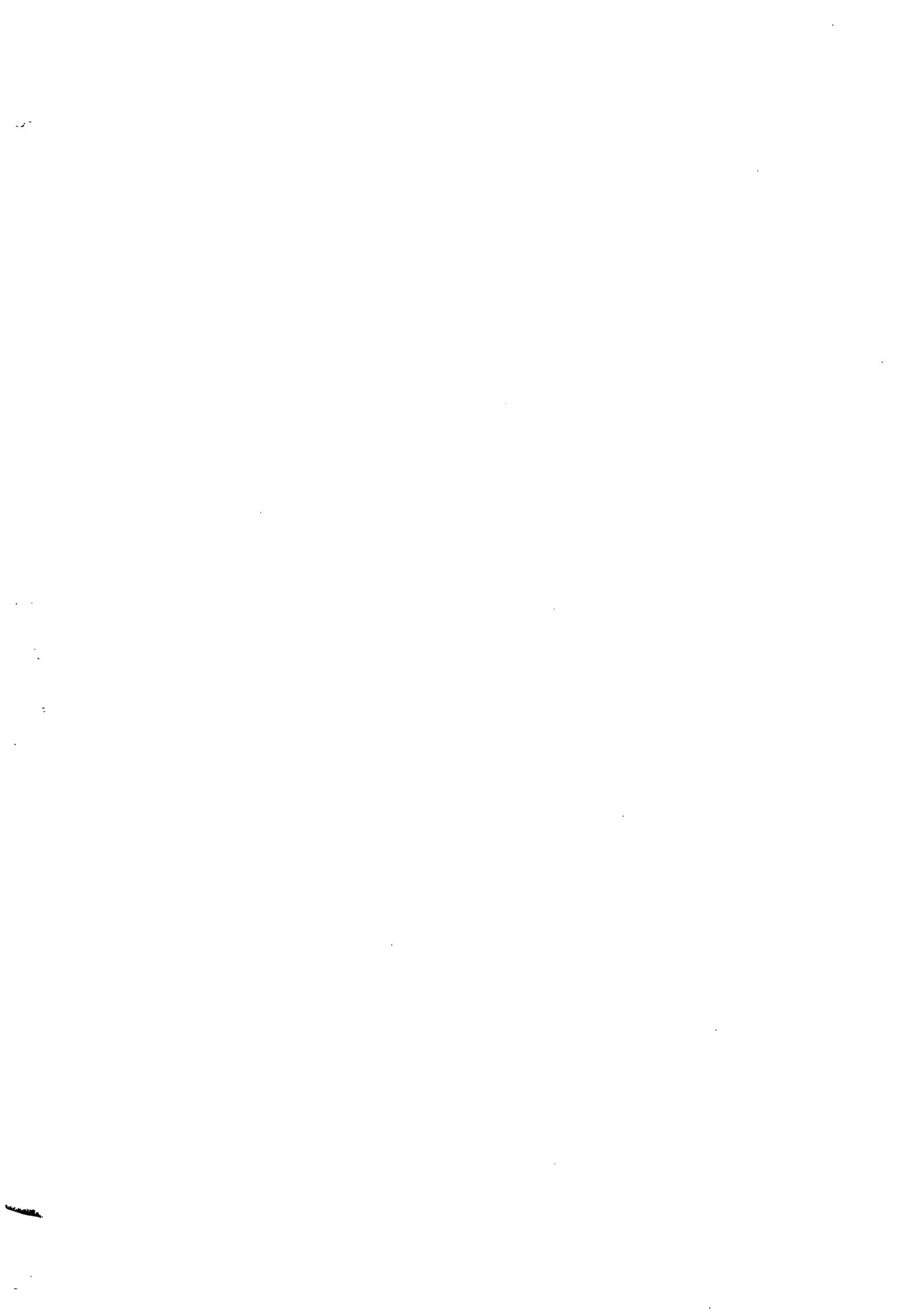
Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie Traumatologie, chef de DER
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Alhousseïni Ag MOHAMED	O.R.L.
Mr Abdoulaye K. DIALLO	Anesthésie Réanimation
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Générale

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mme SY Aïssata SOW	Gynéco Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco Obstétrique



4- ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco Obstétrique
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie -Réanimation
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Tiéma COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mr Adama SANGARE	Orthopédie Traumatologie
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie Réanimation
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mme Konipo Fanta TOGOLA	ORL
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr Issa DIARRA	Gynéco Obstétrique
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie Traumatologie
Mr Sadio YENA	Chirurgie Générale



D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Bréhima KOUMARE	Bactériologie-Virologie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique
Mr Yéya T.TOURE	Biologie
Mr Amadou DIALLO	Biologie chef de D.E.R.
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Mamadou KONE	Physiologie

2- MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie

3- MAITRES DE CONFERENCES

Mr Yénimégué A.DEMBELE	Chimie Organique
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Bakary M.CISSE	Biochimie
Mr Abdrahamane S. MAIGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie

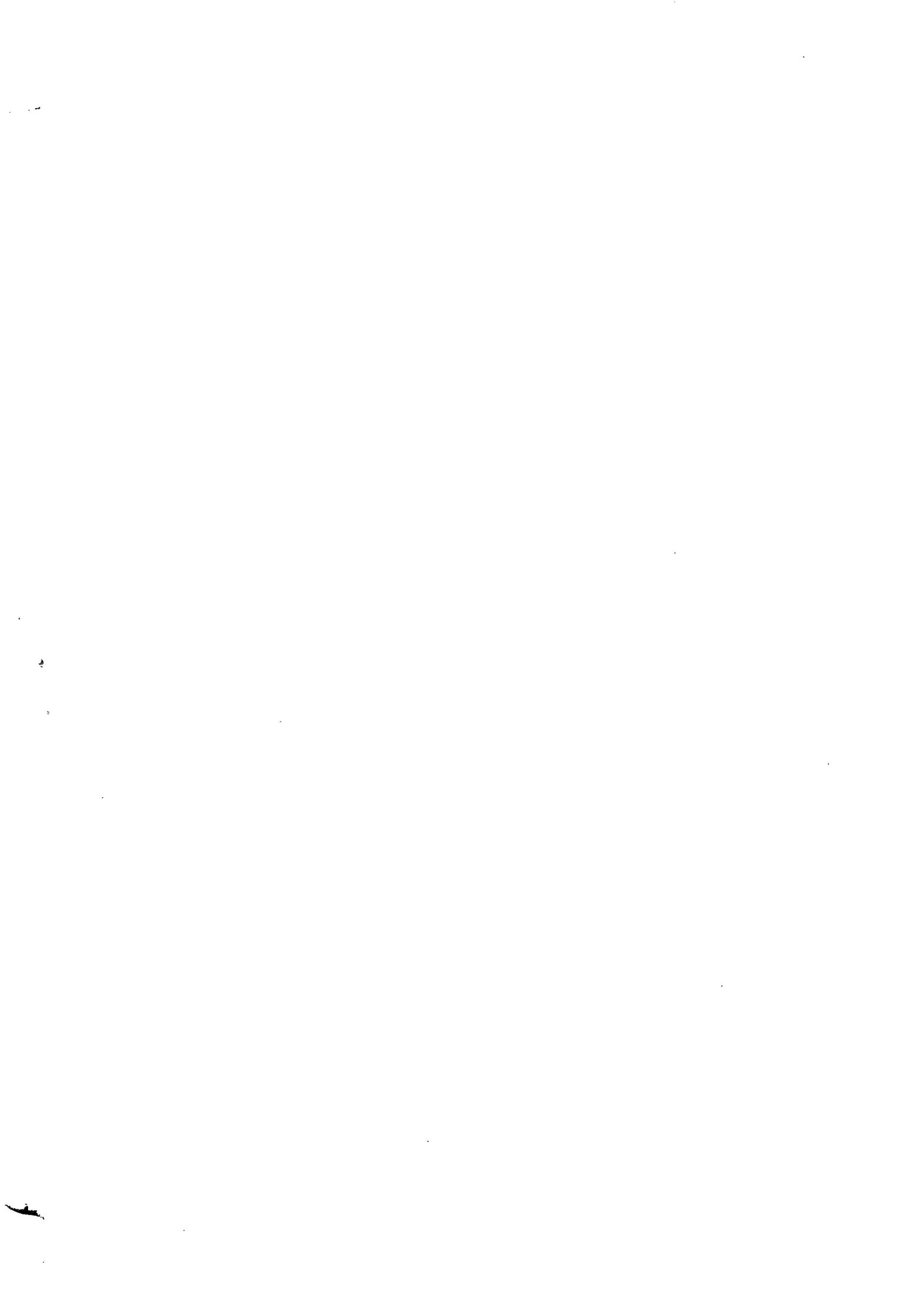


4- MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou CISSE	Biologiste
Mr Sékou F.M. TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie, biologie Animale
Mr N'yenigue Simon KOITA	Chimie Organique
Mr Abdrahamane TOUNKARA	Biochimie
Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Ibrahime I. MAIGA	Bactériologie
Mr Benoît KOUMARE	Chimie Analytique
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Amagana DOLO	Parasitologie
Mr Kaourou DOUCOURE	Physiologie

5- ASSISTANTS

Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie



D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1- PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie, Chef de DER
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie

2- MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Somita KEITA	Dermato-leprologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-Entérologie



3- ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-Entérologie
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mme Tatiana KEITA	Pédiatrie
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Diankiné KAYENTAO	Pneumologie
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Mamadou B. CISSE	Pédiatrie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie

4. ASSISTANT

Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
------------------------	------------



D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEUR

Mr Boubacar Sidiki CISSE Toxicologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Arouna KEITA Matière Médicale

Mr Ousmane DOUMBIA Pharmacie Chimique

3. MAITRES DE CONFERENCES :

Mr Boulkassoum HAIDARA Législation

Mr Elimane MARIKO Pharmacologie ; chef D.E.R.

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Drissa DIALLO Matière Médicale

Mr Alou KEITA Galénique

Mr Ababacar I. MAIGA Toxicologie

Mr Yaya KANE Galénique



D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sidi Yaya SIMAGA Santé Publique (chef DER)

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Moussa A. MAIGA Santé Publique

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Yanick JAFFRE Anthropologie

Mr Sanoussi KONATE Santé Publique

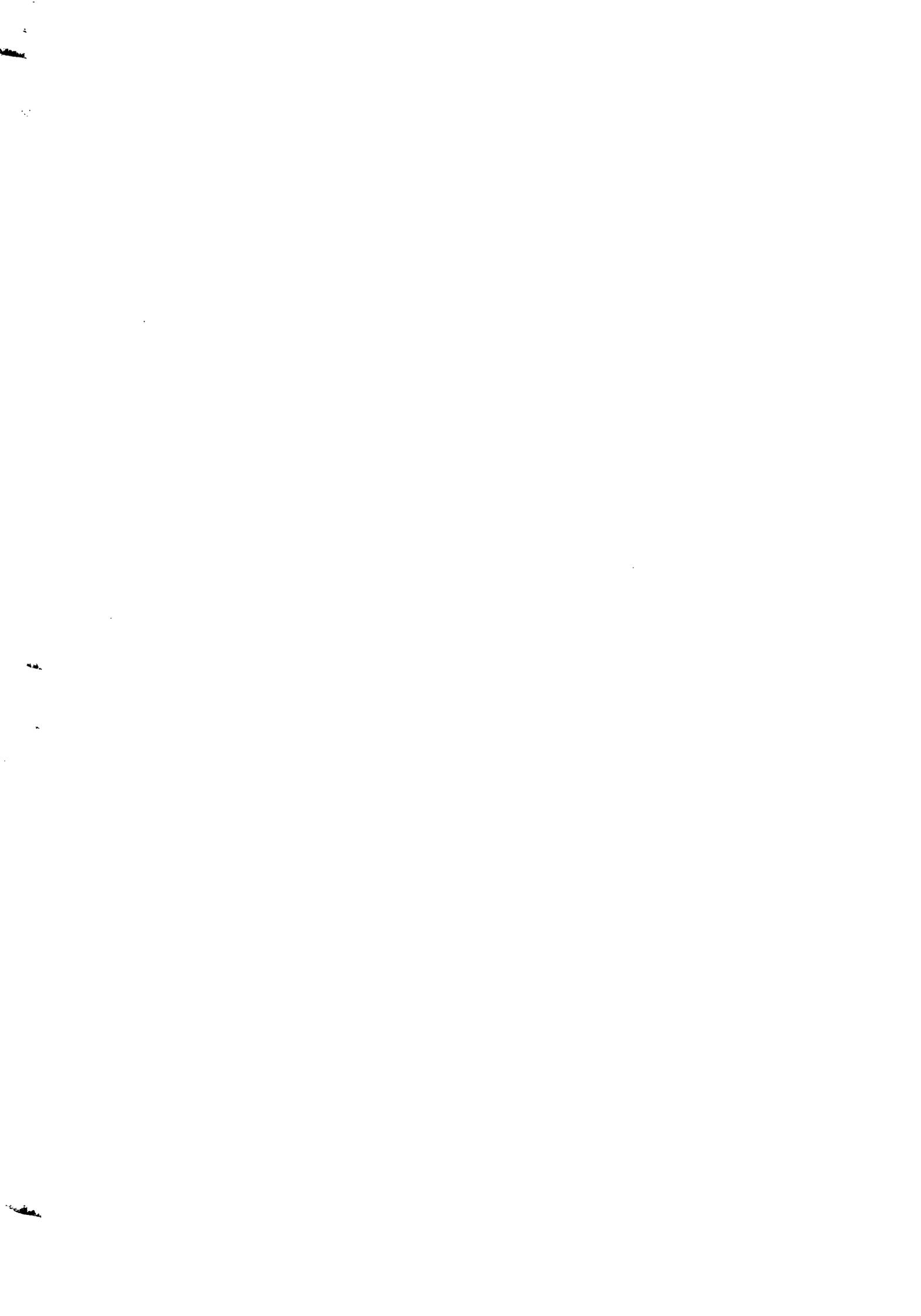
4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G TOURE Santé Publique

Mr Adama DIAWARA Santé Publique

Mr Hamadoun SANGHO Santé Publique

Mr Massambou SACKO Santé Publique



CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Bakary I. SACKO	Biochimie
Mr Sidiki DIABATE	Bibliographie
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Nyamanto DIARRA	Mathématiques
Mr Mamadou Bocary DIARRA	Cardiologie



ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr A.E. YAPO

Biochimie

Pr M.L. SOW

Médecine Légale

Pr D. BA

Bromatologie

Pr M. BADIANE

Pharmacie Chimique

Pr B. FAYE

Pharmacodynamie

Pr Eric PICHARD

Pathologie infectieuse

Dr G. FARNARIER

Physiologie



DEDIDACES

A mon père feu Mohamed Lamine SIDIBE

Vous avez consenti des efforts énormes pour que votre fille ne manque de rien et pour qu'elle puisse être dans les meilleures conditions d'étude.

Vos efforts pour faire de moi un être de science, un être respectueux, honnête n'ont pas été vains.

J'aurais voulu que vous soyiez là aujourd'hui parmi nous pour partager cette joie tant attendue, mais le bon Dieu en a décidé autrement.

Avec toute ma reconnaissance et mon affection, je souhaite que cette thèse me rende digne de ce que vous attendiez de moi.

Cher père, que votre âme repose en paix.

A ma mère

Brave femme patiente et très sage, je ne saurais vous rendre un hommage à la hauteur de vos efforts consentis pour mon éducation.

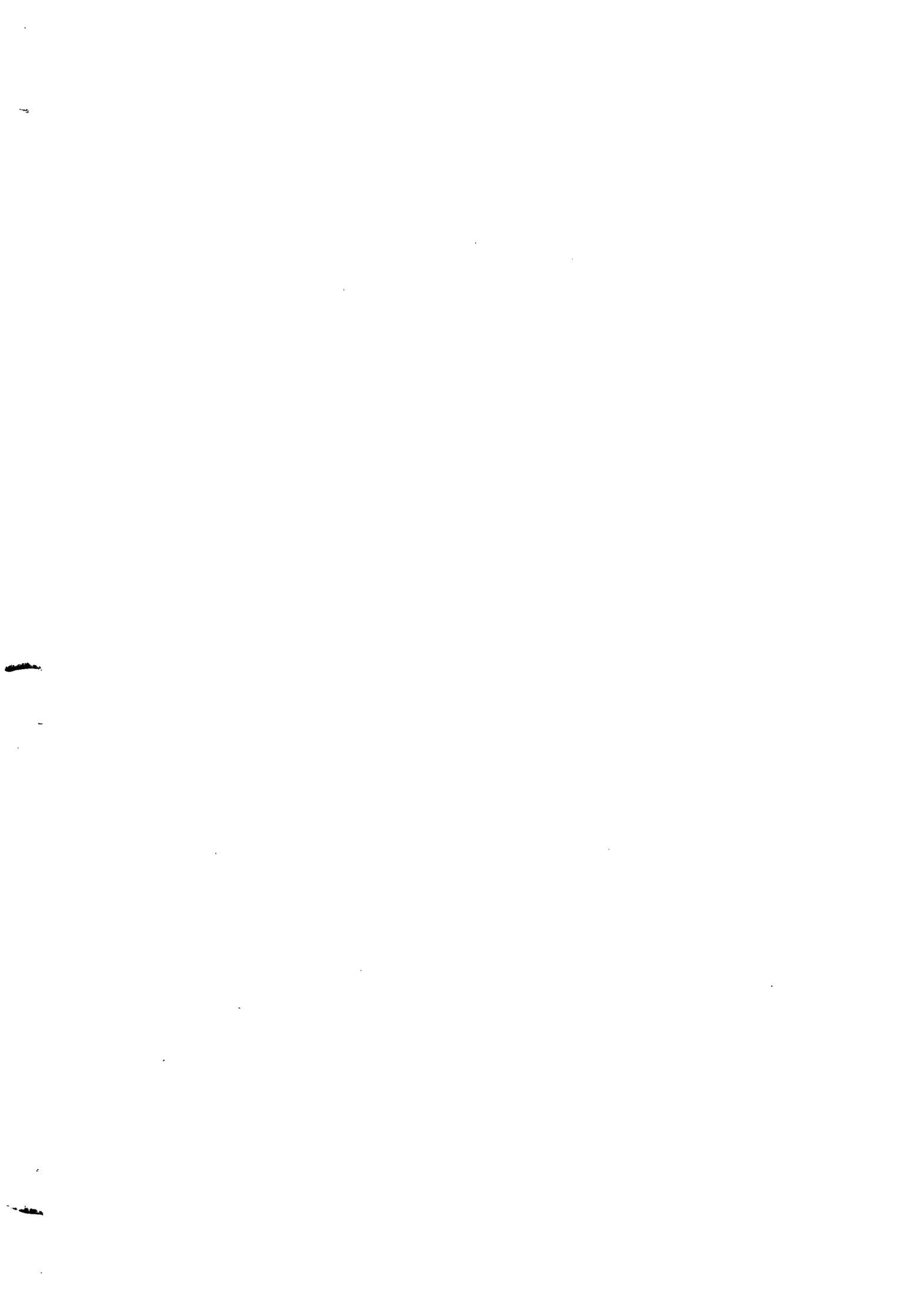
Que le Tout Puissant vous prête encore longue vie afin que vous puissiez, goûter aux fruits de ce travail.

A mon époux

Aujourd'hui est aussi un jour pour toi car tu as porté ce travail en acceptant et comprenant mes exigences d'épouse – étudiante.

Merci pour tous les sacrifices que tu as consentis, pour le soutien moral, financier et l'intérêt constamment grandissant que tu as toujours porté à mes études. Je ne pourrais t'exprimer ma gratitude et ma reconnaissance ;

Puisse notre union surmonter les obstacles de la vie. Trouves ici l'expression de tout mon amour.



A mon fils et ma fille

Puisse ce travail vous servir d'exemple.

Je vous souhaite longue vie, bonne santé et prospérité.

Puisse Dieu faire que votre père et moi-même continuons à vous élever dans l'amour et la dignité.

A mes frères et sœurs

Ce travail est le témoignage de mon attachement et de mes sentiments pour vous.

Saisissez à travers ces quelques lignes le courage, la rigueur, et l'abnégation que je vous transmets.

Aux familles SIDIBE et SANGARE (A mes oncles, tantes, beaux frères, belles sœurs, neveux, nièces, cousins et cousines).

Reconnaissance et profond attachement.

A toute la famille KOUMA

Que le bon Dieu puisse vous donner santé et longévité.

A mes camarades de promotion

A vous amis(e) et compagnons de tous les jours : le souvenir des moments durs et agréables passés ensemble.



MES REMERCIEMENTS

Je remercie tous ceux qui de près ou de loin ont participé à l'aboutissement de ce travail.

Qu'ils trouvent ici l'expression de ma profonde gratitude.

Mes remerciements vont :

- A tout le personnel de I & D (Informatique et Développement) et notamment à TRAORE Dramane Sinaly Analyste programmeur.
- A tout le personnel des établissements A.B.K. (Amadou Baïba KOUMA)
Merci pour l'immense service rendu.
- A tout le personnel du centre de santé de la Commune VI principalement au Médecin chef et les agents de santé de l'unité PF.

Vous n'avez ménagé aucun effort pour la réalisation de ce travail, trouvez ici l'expression de mes sincères remerciements.

- A tout le personnel de l'AMPPF.
- Aux personnels du C.E.R.P.O.D principalement ceux de la documentation.
- A tout le corps professoral de la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie du Point G.

Tous mes sentiments de profonde gratitude.

- Aux étudiants (es) de la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie du Point G.
- A tout le personnel de la maternité d'Hamdallaye pour votre disponibilité et votre bonne collaboration.
- Aux personnels du SBI (Système Bureautique Informatique)
- Aux personnels de SBB (Service Bureautique et Bâtiment)

A tous mes amis(es) d'enfance.



A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

- Professeur Abdou A. TOURE

Chef du service de traumatologie orthopédie de l'hôpital Gabriel TOURE.

Directeur du Centre de Spécialisation des Techniciens de Santé.

Chef du DER de chirurgie

Honorable Maître, c'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Cela ne nous surprend guère car nous savons l'intérêt que vous accordez à la formation des étudiants de cette faculté et aux problèmes de santé de ce pays.

Trouvez ici honorable Maître le témoignage de notre vive reconnaissance et de notre respectueuse et profonde admiration.



AUX MEMBRES DU JURY

- Docteur Moustaph TOURE

Médecin chef du Centre de Santé de la Commune IV

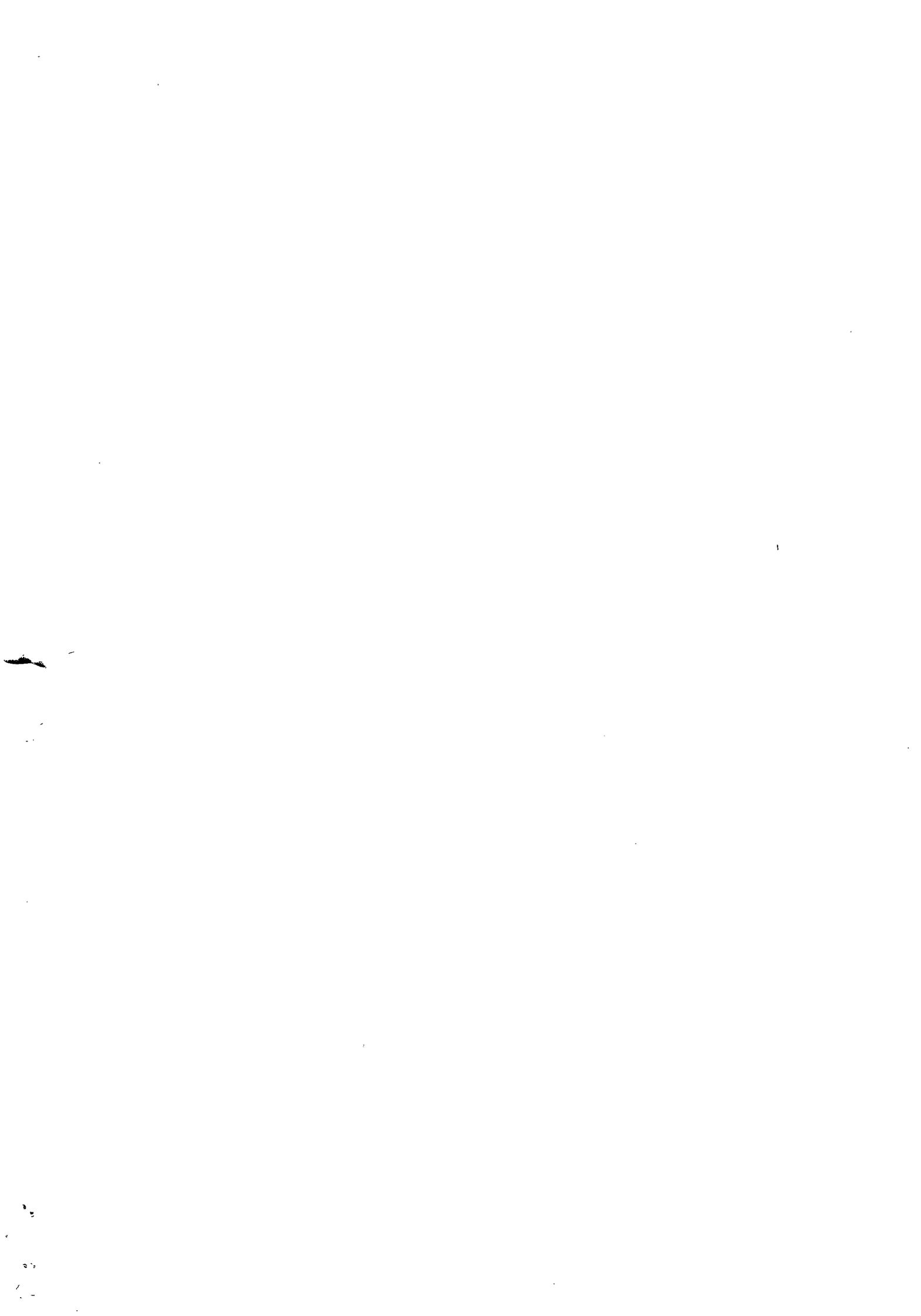
Nous nous réjouissons de la présence d'un éminent gynéco-obstétricien dans ce jury .
Vos actions en faveur de la mère et de l'enfant sont connues et appréciées de tous.
Trouvez-ici l'expression de nos sentiments les plus respectueux et soyez assuré de
notre profonde reconnaissance.

- DOCTEUR MASSAMBOU SACKO

Assistant chef de clinique en Santé Publique à la FMPOS :

Votre simplicité, votre esprit de tolérance, votre abord facile nous ont permis sans
hésitation de vous choisir comme membre de ce jury.

Recevez à travers ce modeste travail l'expression de notre sincère gratitude.



A NOTRE DIRECTEUR DE THESE

Professeur Sidi Yaya SIMAGA

Professeur de Santé Publique à la FMPOS.

Chef de DER de Santé Publique à la FMPOS.

Directeur de l'Ecole Secondaire de la Santé.

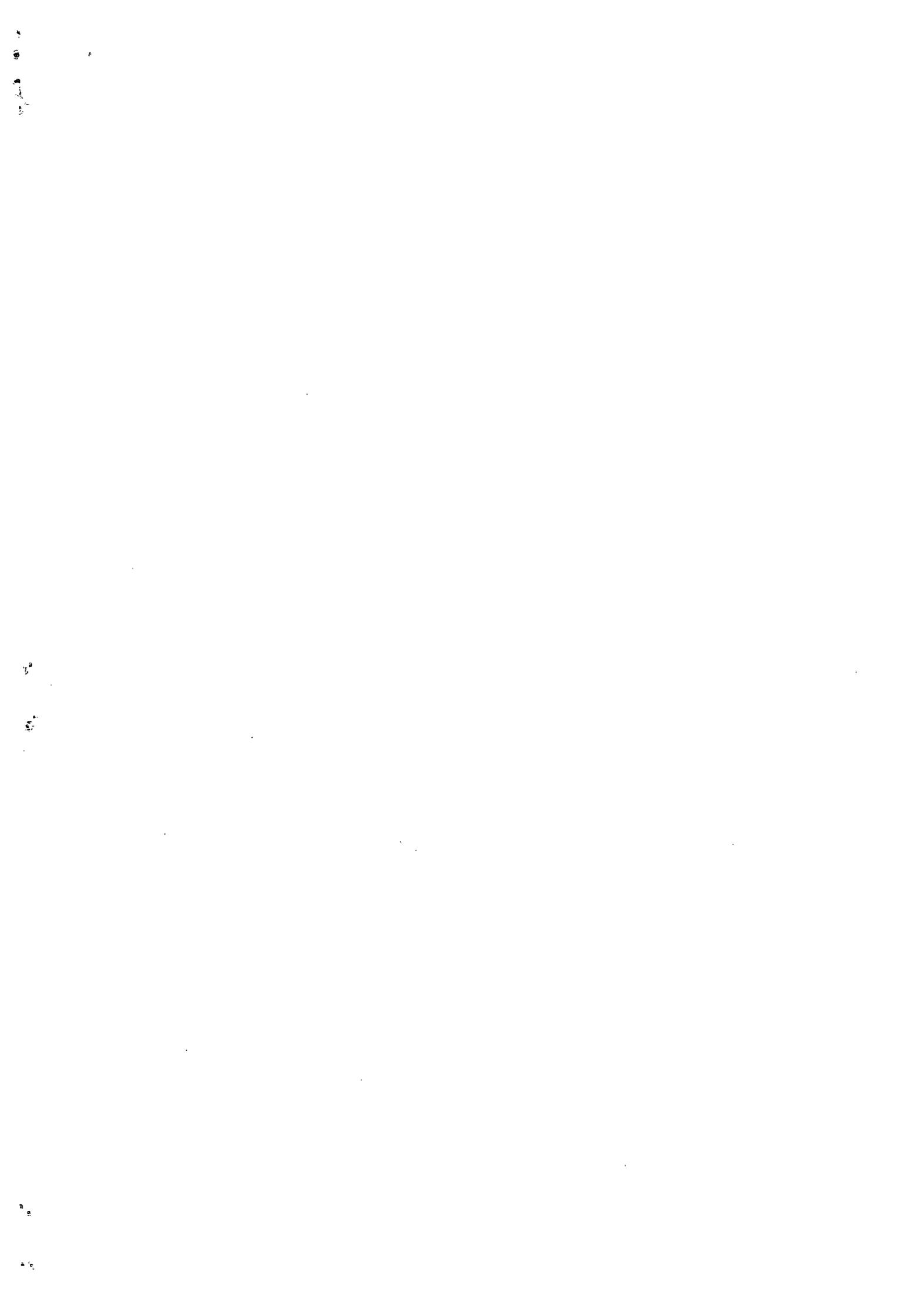
Honorable Maître, vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de diriger ce travail, en répondant spontanément à notre demande.

Nous apprécions à sa juste valeur la disponibilité et l'attention particulière dont vous avez fait preuve pour nous permettre de mener à bien ce travail.

Votre respect d'autrui, votre sens du travail bien fait font de vous un maître exemplaire, admirable et respecté

Puisse le Seigneur vous rendre vos bienfaits.

Soyez Père assuré de notre profonde gratitude.



SIGLES ET ABREVIATIONS

AMPPF

- Association Malienne pour la Promotion et la Protection de la Famille.

BCG

- Bacille, Calmette et Guérin

CERPOD

- Centre de Recherche sur la Population pour le Développement

CNIECS

- Centre National pour l'Information, l'Education et la Communication pour la Santé.

CSC VI

- Centre de santé de la commune VI

DBC

- Distribution à Base Communautaire.

DNSP

- Direction Nationale de la Santé Publique.

DNSI

- Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique.

DRSP

- Direction Régionale de la Santé Publique.

DSFC

- Division Santé Familiale et communautaire.

DTC

- Diphtérie, Tétanos, Coqueluche

EPS

- Education Pour la Santé

FHI

- Family Health International

FMPOS

- Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

JHU

- Université John Hopskins.

MST

- Maladie Sexuellement Transmissible.

OMS

- Organisation Mondiale de la Santé.

P.F

- Planning familial ou la planification familiale.

SMI

- Santé Maternelle et Infantile.

VAT

- Vaccination Anti-tétanique



SOMMAIRE

CHAPITRE I : Introduction et objectifs

CHAPITRE II : Rappel sur la fécondation et les méthodes contraceptives.

**CHAPITRE III : Evolution et grandes dates de la politique malienne en matière de
Planning Familial.**

CHAPITRE IV : Matériel et méthode d'étude.

CHAPITRE V : Résultats.

CHAPITRE VI : Commentaires et discussions.

CHAPITRE VII : Conclusion et recommandations

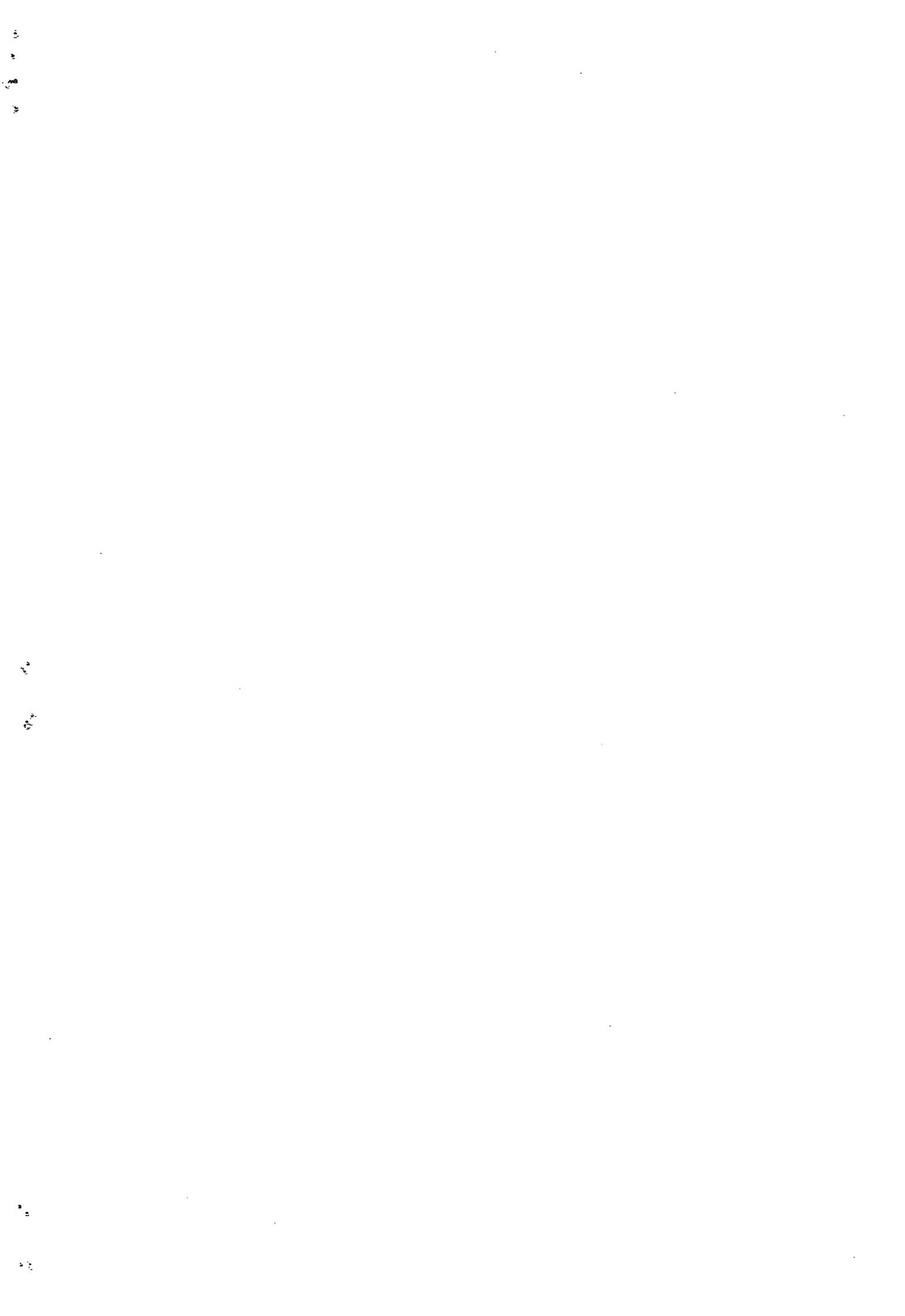
CHAPITRE VIII : Références Bibliographiques

ANNEXES



CHAPITRE I

Introduction et Objectifs



INTRODUCTION

L'enfant fait le bonheur d'un foyer et toute femme est capable de sacrifier son existence pour ses enfants.

« Lorsque l'enfant paraît, le cercle de famille applaudit... »

Cette expression de Victor Hugo traduit bien ce que doit être l'image, l'impression ressentie après la venue au monde d'un enfant dans un foyer.

Malheureusement, à côté de cette expression combien merveilleuse, se cachent pas mal de souffrances, de désespoirs, de pleurs, de tristesses, de peurs... derrière certaines grossesses et leurs suites (accouchement, post partum).

« Je vais à l'océan chercher un bébé mais le voyage est long et dangereux. Il se peut que je ne revienne pas ». Expression empruntée à la tradition orale Tanzanienne que la nouvelle maman évoque à ses enfants lorsqu'arrive le moment de l'accouchement (56) : voilà des propos qui illustrent parfaitement les risques liés à la grossesse et à l'accouchement.

En 1987, année où l'organisation mondiale de la santé (OMS) a procédé aux premières estimations mondiales et régionales, la grossesse et l'accouchement présentent, semble-t-il moins de risque pour les femmes dans la plus grande partie de l'Asie et dans certaines régions d'Amérique Latine. En revanche la situation a apparemment très peu évolué en Afrique notamment l'Afrique Sub-Saharienne puisque l'accroissement du nombre de naissances s'est accompagné d'une augmentation des décès maternels (26).

L'OMS a estimé aussi qu'en 1990, 14 millions d'enfants de moins de 5 ans et, ½ million de femmes en âge de procréer ont succombé par suite des causes liées à la grossesse ou à l'accouchement à travers le monde (31).

Les risques liés à la grossesse existent partout dans le monde mais c'est surtout les pays en voie de développement qui payent les plus lourds tributs.



Le Mali, se caractérise par :

- un taux de croissance général par an élevé (3%),
- la faiblesse de la couverture socio-sanitaire (30%)
- la précarité des conditions socio-économiques de la population, un taux de mortalité maternelle et infantile très élevé, respectivement de 700 pour 100 000 naissances vivantes et de 108 pour 1000.

On peut rapprocher de ces problèmes de mortalité maternelle et infantile un autre problème socialement plus dramatique : les conséquences de la sexualité des adolescentes comme les grossesses indésirées, les grossesses précoces et leur cortège de fille-mères, d'avortements clandestins, d'infanticides, d'infections MST/SIDA.

Les risques d'une grossesse chez l'adolescente jeune sont connus : prématurité, mortinatalité, insuffisance pondérale (7). Il faut aussi mentionner les risques de l'avortement surtout lorsque l'intervention est pratiquée alors que la grossesse est avancée. on peut citer entre autres : l'hémorragie, la perforation de l'utérus, de la vessie ou de l'intestin, les infections sévères (péritonites) la mort sans oublier les séquelles auxquelles les « rescapées » échappent difficilement (troubles des règles, mais surtout stérilité définitive). Compte tenu de la diversité de ces problèmes, différentes approches furent envisagées au Mali : Une d'entre elles fut l'adoption d'une politique nationale de SMI/PF (56). Cette politique nationale a pour objectif : mettre un accent particulier 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). C'est une structure de coordination et de promotion des activités de santé maternelle et de planning familial.

Une étude de l'AMPPF portant sur 2131 élèves et étudiantes a montré que :

- Sur 1404 élèves de la fondamentale, on a totalisé 766 accouchements et 347 avortements.



- Sur 727 élèves et étudiantes du secondaire et du supérieur on a totalisé 323 accouchements et 170 avortements pour le secondaire contre 102 accouchements et 40 avortements pour le supérieur pendant la même période (31).

D'après les études de SACKO A. (55), 6% des femmes sont touchées par le problème de stérilité et IBEM K. (25) trouve que 58,33% des stérilités féminines ont comme cause l'infection surtout post abortum et post-partum.

Face à ces problèmes très préoccupants, le planning familial qui a été défini par l'OMS comme : « l'ensemble des techniques médico-sociales mises à la disposition du couple pour avoir des enfants voulus, au moment voulu, ensemble permettant un plein épanouissement sexuel et un développement économique rationnel et devant aussi lutter contre la stérilité du couple et les MST/SIDA », paraît pour les spécialistes de tous genres comme la solution de l'heure. Pour cela, d'après l'OMS, le planning familial peut prévenir 25-40% des décès maternels en espaçant simplement les grossesses de 2 ans (31).

Au Mali, d'une part si le taux de prévalence de la contraception moderne a augmenté en général de 1,2% pour les femmes et 1% pour les hommes (condoms) en 1987, de 14,6% et 6,6% dans le même ordre en 1995, on constate d'autre part une baisse du taux de prévalence de la contraception dans les services socio-sanitaires de Bamako de 7,3% en 1994 à 5% en 1995 d'après la direction régionale de la santé (31).

Cependant les femmes savent l'existence des méthodes (pilules, injectables, condoms, diaphragme, DIU, spermicides, implants, ligature des trompes ou du canal déférent) pour espacer ou limiter les naissances, mais elles sont très peu nombreuses à utiliser ces méthodes soit parce qu'elles craignent certains effets secondaires qu'elles connaissent, soit parce qu'elles sont hantées par des rumeurs telles que la stérilité qui serait liée à une longue prise de contraceptifs oraux.



Ce fait s'explique par le manque d'information et de sensibilisation des utilisatrices : aussi pour combler en partie ce manque d'information des utilisateurs du planning familial et rechercher des solutions pour l'augmentation du taux de prévalence de la pratique du planning familial, cette étude a été initiée.

Les objectifs visés sont les suivants :

- 1) Evaluer les activités de SMI/PF au niveau de la commune VI.
- 2) Mener une enquête sur les connaissances, pratiques des utilisatrices, en matière de planning familial.
- 3) Evaluer les connaissances des prestataires de ce centre en matière de planning familial et leurs liaisons avec les MST/SIDA.
- 4) Préconiser quelques recommandations pour une plus grande utilisation du planning familial.



CHAPITRE II

Rappels sur la fécondation et les méthodes contraceptives



LA FECONDATION

Chez l'être humain, la fécondation est l'union intime de deux cellules, l'une féminine, l'autre masculine, à l'intérieur de l'organisme maternel, union qui provoque le développement d'un nouvel être. Bien entendu, ce contact, cette fusion des deux cellules reproductrices a lieu lorsque toutes deux sont vivantes. C'est là un point important car elles ne survivent que quelques heures.

Au moment de l'ovulation, l'ovule sort du follicule éclaté, mais, au lieu de tomber dans la cavité abdominale comme on pourrait s'y attendre, il est recueilli par le pavillon de la trompe, qui, à ce moment précis, s'abouche étroitement à la paroi de l'ovaire, évitant que l'ovule ne se perde.

Trajet de l'ovule

Voici donc l'ovule arrivé dans la portion la plus externe de la trompe. Fécondé ou non, il doit continuer son trajet à travers la trompe, pour sortir à l'extérieur (en cas de non fécondation) ou pour aller s'implanter à l'intérieur de l'utérus et s'y développer s'il y a eu fécondation. Deux mécanismes principaux font progresser l'ovule à l'intérieur de la trompe à savoir :

- 1) Le mouvement des cils dont celle-ci est tapissée à l'intérieur ;
- 2) Le mouvement de la trompe elle-même, qui se meut de façon à faire avancer l'ovule en direction de l'utérus.

Il a été démontré expérimentalement que les trompes sont animées de mouvements plus accusés précisément les jours correspondants à l'ovulation et les jours suivants.

Le parcours de l'ovule tout au long de la trompe dure trois ou quatre jours mais comme la vitalité de l'ovule ne se maintient pas plus de douze à vingt quatre heures, la fécondation doit nécessairement avoir lieu dans les premières portions de la trompe et au cours du premier jour du trajet.



Trajet du spermatozoïde

Ceux-ci (des millions) sont libérés dans la cavité vaginale, d'ordinaire près du col de l'utérus, avec un liquide qui leur sert de milieu de dilution et de véhicule. Le col est obturé par le bouchon muqueux cervical. Comme son nom l'indique, cette production muqueuse a pour objet de fermer l'entrée de l'appareil génital interne et d'en protéger les parties situées plus haut, évitant ainsi l'accès d'éléments perturbateurs, tels que les microbes.

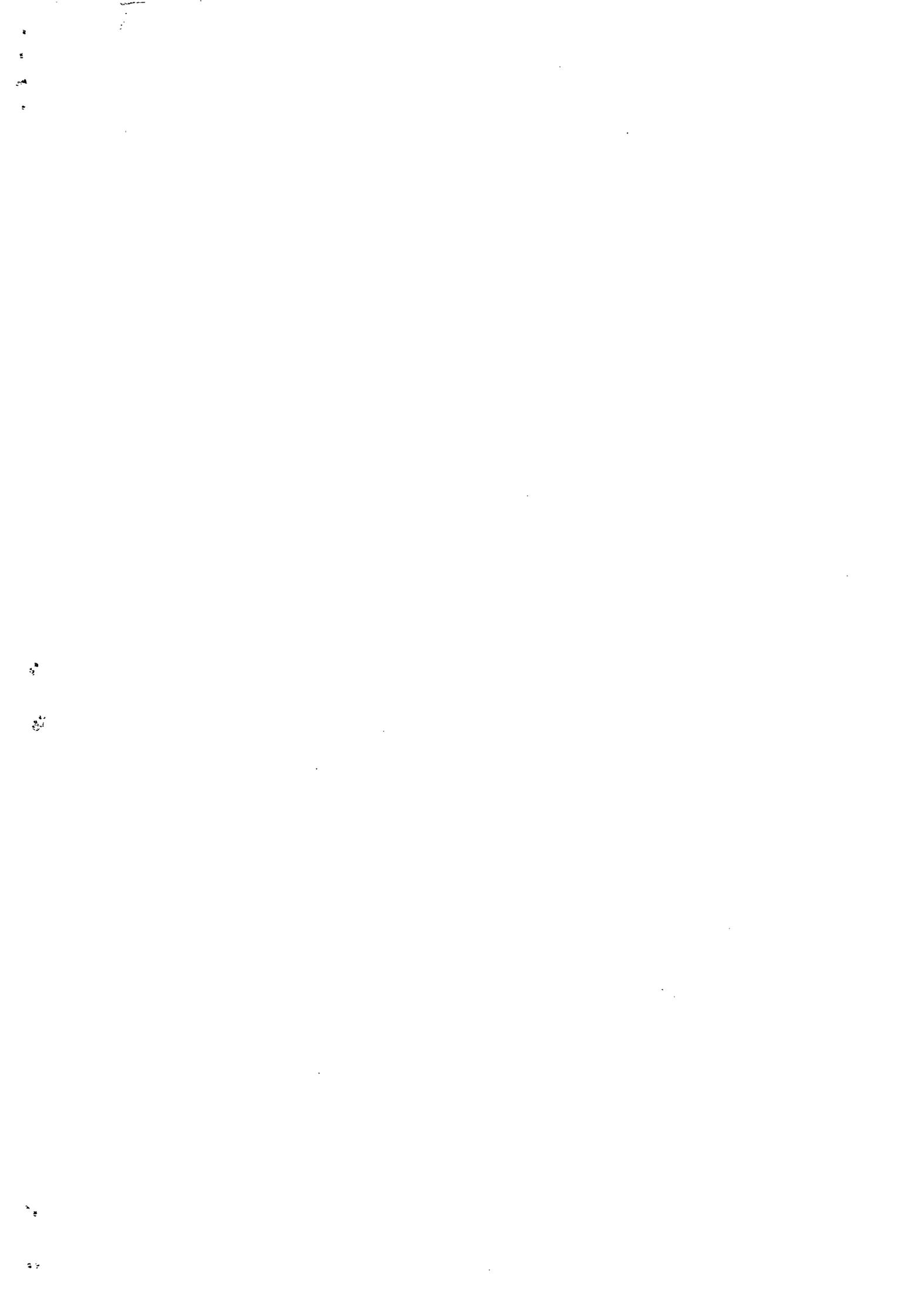
La mobilité des spermatozoïdes est accentuée par l'action du milieu vaginal, qui les fait fuir jusqu'au col utérin où le milieu est alcalin.

Facilités de passage

Au moment de l'ovulation, le bouchon muqueux se modifie, devient plus fluide, moins résistant. Il ne représente plus un obstacle pour les spermatozoïdes, qui peuvent le traverser avec facilité.

De minutieuses observations ont démontré que le mucus est particulièrement fluide le jour correspondant à la sortie de l'ovule : cette fluidité diminue à mesure que l'on s'éloigne de ce quatorzième jour du cycle.

Par ailleurs, lorsque l'orgasme féminin se produit au moment de l'union sexuelle, l'utérus se contracte énergiquement, de sorte que le mucus situé à sa sortie est expulsé ; le col s'ouvrant, il y a afflux de millions de spermatozoïdes qui, dans le mécanisme optimum, sont introduits directement dans le col utérin et même dans la cavité utérine, surtout si l'éjaculation coïncide avec l'orgasme féminin. Cependant, lorsque le sperme est déposé au niveau du vagin, plus ou moins près du col de l'utérus, les spermatozoïdes, cellules dotées d'une grande mobilité, tendent à parvenir jusqu'à ce col, à y pénétrer pour continuer ensuite leur progression biologique : c'est pourquoi l'on connaît des cas de grossesse chez des femmes vierges.



Migration de la cellule masculine

Une fois parvenus au col ou à l'intérieur de l'utérus, les spermatozoïdes continuent leur progression. Par d'intéressantes et minutieuses expériences, on est arrivé aussi à mesurer le temps qu'ils mettent pour parcourir l'intérieur de l'appareil génital : des spermatozoïdes, dotés d'une bonne mobilité peuvent atteindre l'ovule en trois et cinq heures dans la portion externe de la trompe, après un long parcours de 20 cm.

Des millions de spermatozoïdes sont à la recherche d'un ovule, qui sera atteint finalement par quelques-uns d'entre eux, un seul devant le féconder. Il faut dire que parmi ces millions de spermatozoïdes, certains sont morts, d'autres immobiles, dotés de peu de vitalité ou animés de mouvements lents et circulaires qui ne les font pas progresser ; les plus mobiles parviennent jusqu'à l'ovule, peut-être celui qui féconde est-il plus rapide et le premier arrivé, ou peut-être est-ce le plus puissant ?

Le spermatozoïde fécondant perce la pellicule ovulaire et pénètre à l'intérieur de l'ovule en laissant dehors sa queue, appendice qui, comme un fouet propulseur, lui a servi à progresser. Ces phénomènes de la fécondation ont été étudiés par le père Pujaila sur l'oursin de mer.

Moment de la fécondation

Les jours favorables à la fécondation pour l'espèce humaine sont au nombre de trois : les deux jours précédant l'ovulation et celui qui la suit : Ce sont précisément les jours où la femme ressent le plus d'attraction vers l'homme.

La vitalité du spermatozoïde étant de vingt quatre à quarante huit heures, celui-ci peut, durant ce laps de temps atteindre l'ovule qui se libère du follicule. La fécondation peut avoir lieu aussi au cours des vingt-quatre heures suivantes, compte tenu de la vitalité de l'ovule. Bien entendu, en biologie tout n'est pas si



simple, si schématique : on a trouvé des spermatozoïdes vivants dans la trompe après sept et huit jours, mais il semble que cela soit exceptionnel.

Fusion des gamètes

Un seul spermatozoïde, parvient à introduire sa tête et sa partie intermédiaire à travers la membrane de l'ovule. A partir de ce moment, ce dernier devient totalement impénétrable aux autres spermatozoïdes.



RAPPEL SUR LES METHODES CONTRACEPTIVES

La contraception est l'ensemble des méthodes et procédés permettant d'éviter une grossesse non désirée.

Il s'agit de méthodes modernes, naturelles et traditionnelles.

A) Méthodes modernes

Dans ce groupe on retrouve :

1°) Les contraceptifs hormonaux

Mécanismes d'action : s'opèrent à plusieurs niveaux

- Suppriment l'ovulation
- Epaississent la glaire cervicale pour empêcher la pénétration par le spermatozoïde
- Changent l'endomètre (rendant la nidation plus difficile)
- Diminuent le transport du sperme, dans le tractus génital supérieur (trompes de Fallope)

Comme contraceptifs hormonaux on a :

a) les pilules :

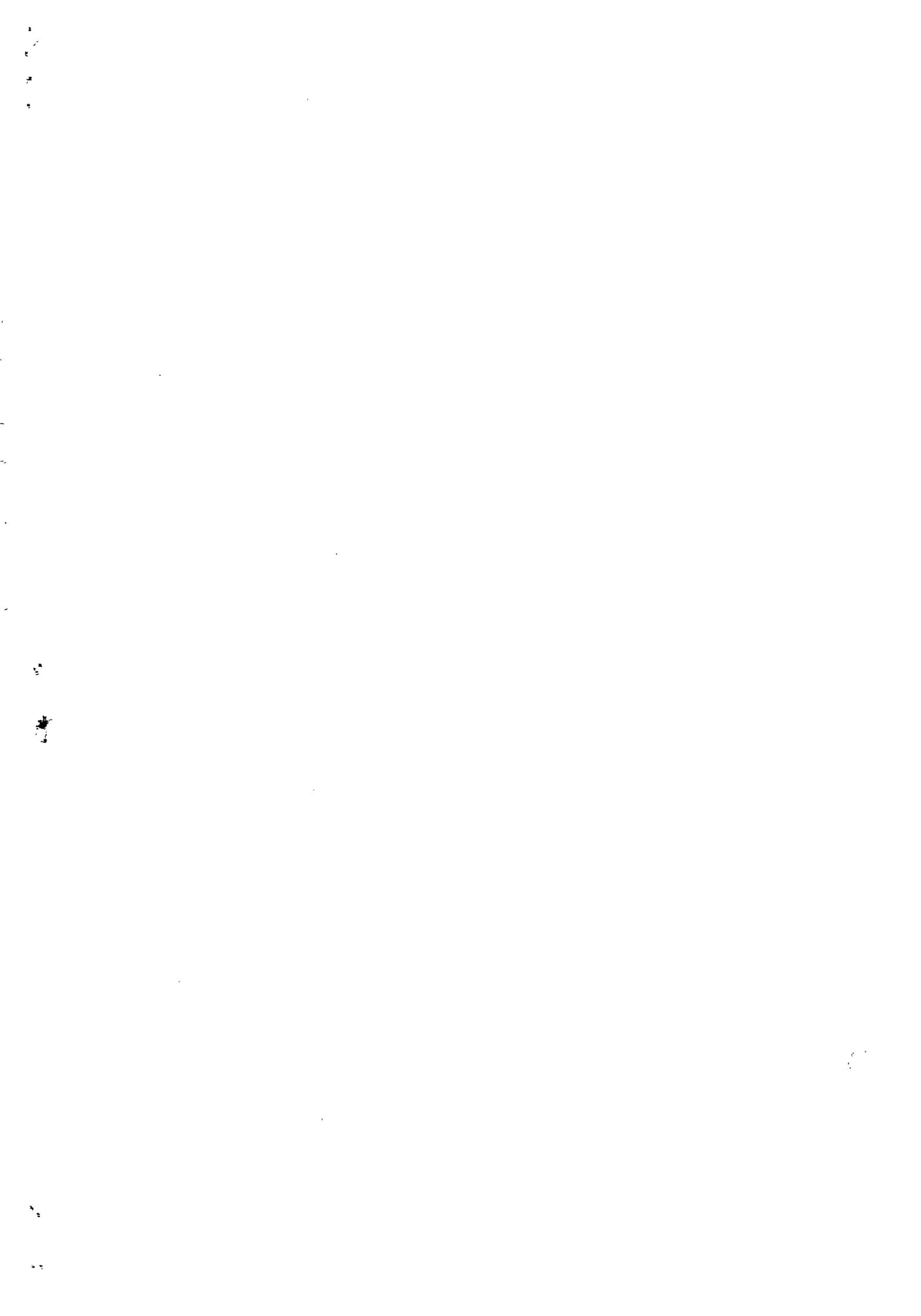
Ce sont des méthodes contraceptives orales, elles sont :

- soit combinées (composées d'œstrogène et de progestérone) à des doses différentes d'où les mini dosés, les normo dosés.

Pour les normo dosés combinées : elles ont toutes le même dosage d'oestroprogestatifs durant tout le cycle.

Pour les normo dosés séquentielles : qui reproduisent fidèlement le cycle de la femme, un œstrogène seul est libéré la première semaine et une association oestroprogestative les deux dernières semaines.

Le nombre d'échecs des séquentielles est nettement plus important.



Pour les mini dosées ou mini-pilules : il existe

- Combinées : la dose d'œstrogènes et de progestatifs est la même tout le long de la plaquette.
- Biphasiques : la dose des deux hormones augmente légèrement en deuxième partie de plaquette.
- Triphasiques : la dose des hormones varie trois fois sur une même plaquette.
- Soit un seul hormone (les contraceptifs oraux progestatifs ou **Micropilules** ces micropilules rendent la glaire cervicale imperméable aux spermatozoïdes et entraînent une modification de la muqueuse utérine, mais il y a tout de même ovulation.

Les pilules sont des méthodes contraceptives très efficaces (83 à 99 % de succès) lorsqu'elles sont correctement utilisées, réversibles, protègent contre certaines affections inflammatoires du pelvis telles que les kystes de l'ovaire, les dysménorrhées.

Ces méthodes ont quelques inconvénients :

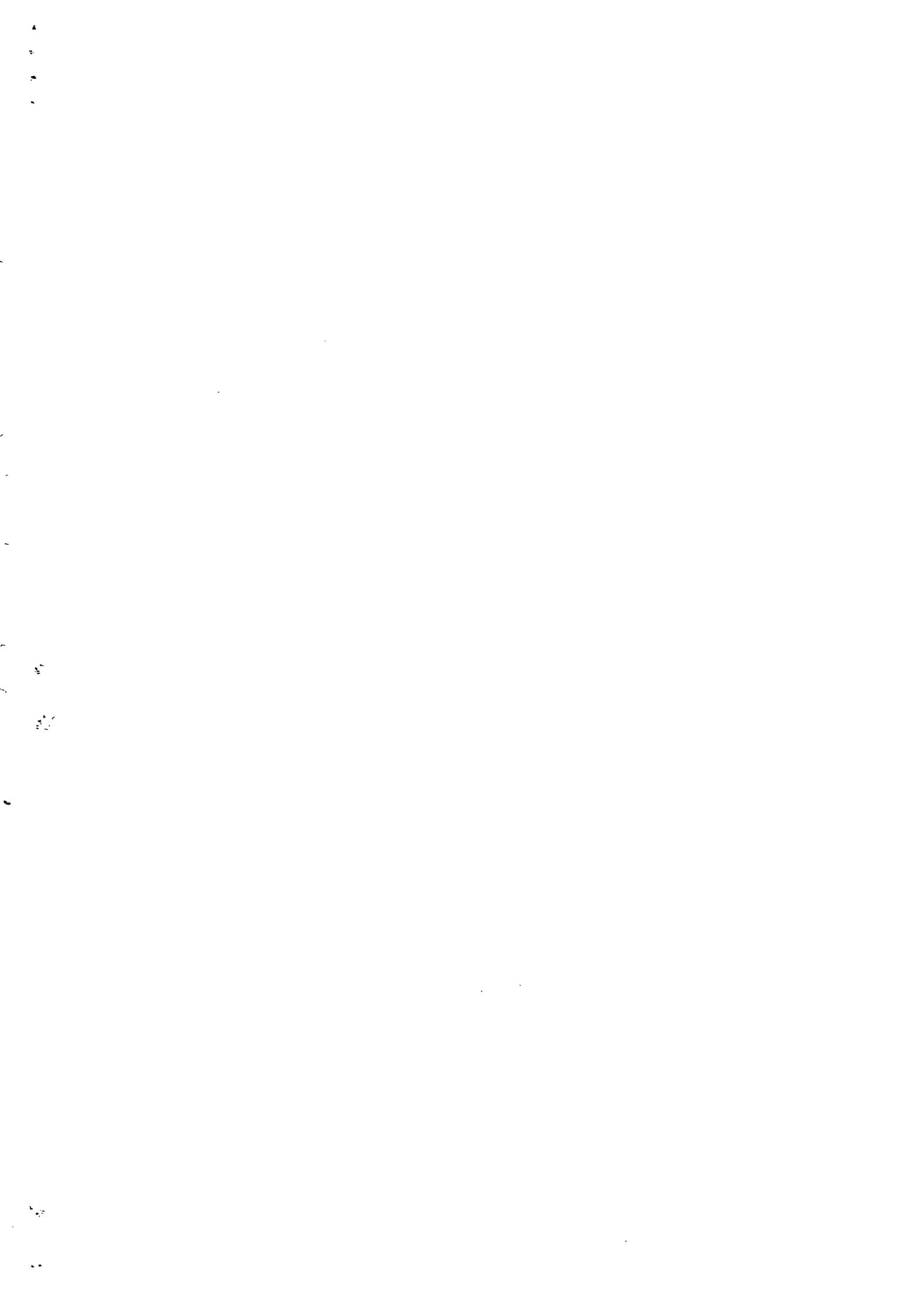
Elles doivent être prises tous les jours.

Présentent des effets secondaires et troubles plus ou moins fréquents dus aux hormones (prise de poids, nausée, aménorrhée...).

Il existe des contre-indications :

- Absolues :

- Phebite.
- Embolie.
- Accident vasculaire.
- Infarctus.
- Artérite.
- Maladie cardio-vasculaire.
- Affections hépatiques graves ou récentes.



- Antécédents graves ou présence de cancer de la femme au niveau du sein, de l'utérus et des ovaires.
- Hypertension artérielle grave.
- Hyperlipidémie grave.
- Diabète sévère.

- Relatives :

- Varices.
- Affection psychiatrique.
- Certaines cardiopathies.
- Diabète.
- Obésité.
- Migraines tenaces.
- Tabagisme.

b) Les injectables comprennent :

- Les CIC : contraceptifs injectables combinés exemple : Cyclofem et Mesigyna injectés une fois par mois.
- Les CIP : contraceptifs injectables à seul progestatif exemple : Depo-provera donné tous les trois mois et Noristerat donné tous les deux mois.

Méthodes très efficaces (99,9 % de succès), discrètes, réversibles, de longue durée d'action. Protègent contre certaines maladies inflammatoires du pelvis telles que les kystes de l'ovaire, les dysménorrhées.

En plus de leurs avantages, ces méthodes ont des inconvénients qui sont :

- un retard du retour de la fécondité,
- les mêmes effets secondaires que les pilules.

Elles sont contre-indiquées en cas de saignement important non diagnostiqué.



c) Le Norplant

C'est un implant sous-cutané de six capsules fines et souples remplies de lévonorgestrel (LNG) insérées juste sous la peau dans la partie supérieure du bras.

Très efficace (99,9% de succès) réversible dès retrait, discret, de longue durée d'action (5 ans).

Comme inconvénients : il présente des troubles du cycle (aménorrhée, spotting...).

2) Les DIU

Il s'agit de petits dispositifs qu'on place dans la cavité utérine. Il y a plusieurs sortes de DIU (en cuivre, en caoutchouc inerte et ceux diffusant des hormones) ; et plusieurs formes (en boucle, en T, en 7 ou spirale).

Mécanisme d'action :

Les mécanismes d'action des DIU ne sont pas très bien connus et s'appuieraient sur les actions suivantes isolées ou concomitantes .

- Action toxique sur l'œuf en développement (DIU) en cuivre.
- Réponse inflammatoire locale aux corps étrangers causant la lyse du blastocyste et/ou l'empêchement de la nidation.
- Action directe ou indirecte sur la transformation sécrétoire de l'endomètre.

Ce sont des méthodes contraceptives très efficaces (94 – 99% de succès) réversibles dès retrait, méthodes de longue durée d'action (peut aller à 10 ans), discrètes.



Inconvénients :

Les DIU peuvent entraîner :

une sensibilisation aux infections, entraîner des effets secondaires de types crampes, et/ou douleur pelvienne, de spotting, d'hyperménorrhée.

Contre indication : Infection, saignement non diagnostiqué.

3) Les spermicides

Ce sont des produits qu'on place dans le vagin quelques temps avant l'acte sexuel. Ils contiennent des substances qui soit tuent soit immobilisent les spermatozoïdes.

Méthodes efficaces (79-99% de succès) surtout s'ils sont associés aux condoms, elles contribuent à la lutte contre les infections MST/SIDA.

Il existe des inconvénients : à type d'irritation vaginale.

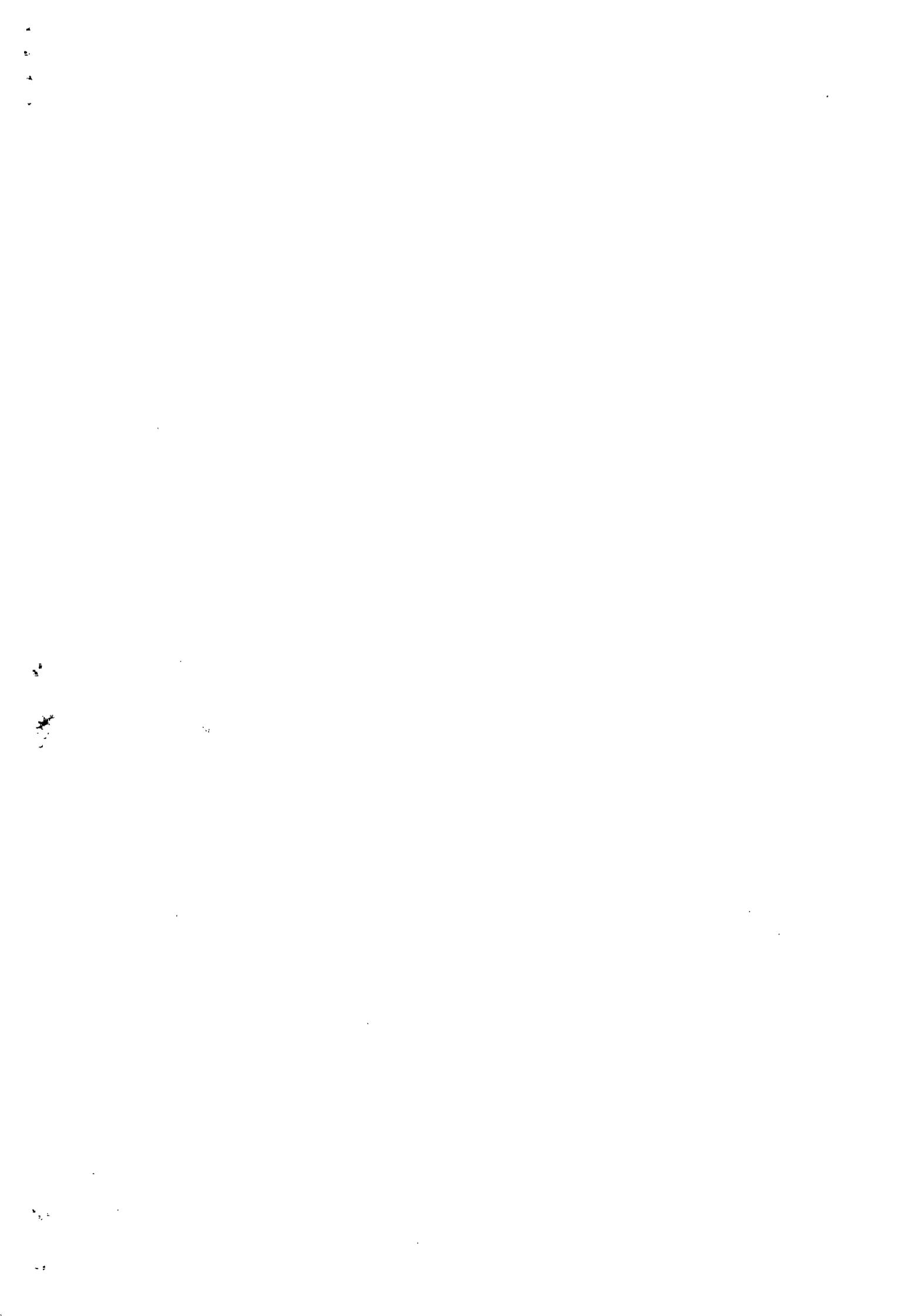
Souvent incommodes par l'abondance des mousses (sécrétion vaginale qu'ils entraînent) elles peuvent diminuer la spontanéité du couple (nécessite un temps de préparation et de mise en place du produit avant l'acte sexuel).

4) La contraception chirurgicale volontaire (CCV)

Méthode permanente, c'est la vasectomie chez l'homme (ligature ou section des canaux déférents) et de la ligature des trompes chez la femme.

Méthodes très efficaces (efficacité presque totale), méthode permanente.

Elles ont des inconvénients : méthode irréversible ; parfois complication après l'intervention (douleur, crampe).



5) Les préservatifs

a) Préservatifs masculins

Ce sont des capuchons très fins en caoutchouc qui s'adaptent au pénis en érection constituant ainsi une barrière contre la progression du sperme dans le vagin.

Ils sont efficaces surtout s'ils sont associés aux spermicides, assurent une protection contre les MST/SIDA, disponibles (vente libre). Comme inconvénients on peut citer une diminution possible du plaisir et de l'élan sexuel (car nécessité d'un temps de préparation).

b) Les préservatifs féminins

Comme préservatif féminin on a : le diaphragme, le cape... Ce sont des capuchons en caoutchouc qu'on insère au pourtour du col et qui empêche la montée des spermatozoïdes pour la fécondation.

Ils sont efficaces s'ils sont bien utilisés et surtout s'ils sont associés aux spermicides.

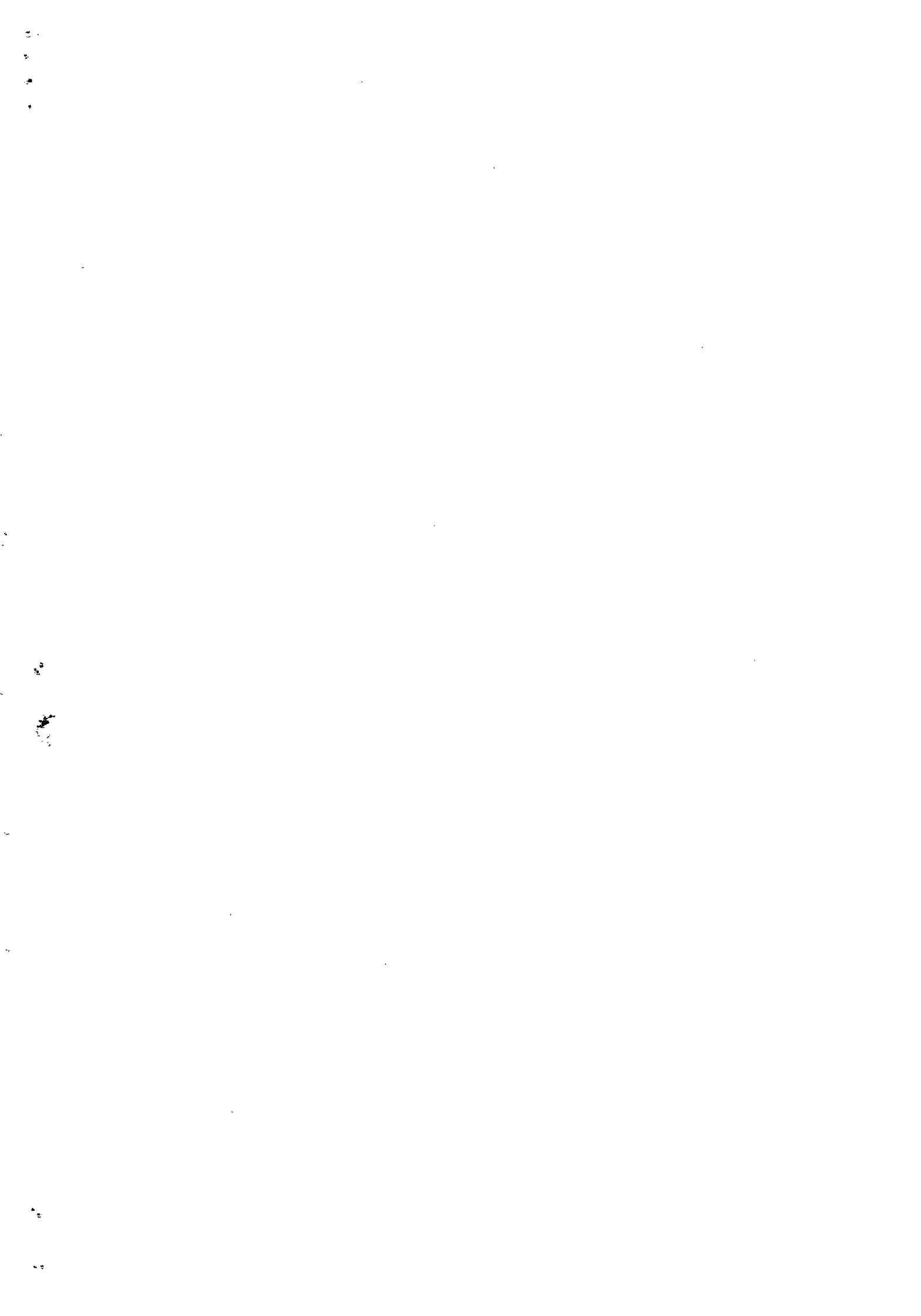
En plus depuis 1992 on a le Femidon : ce préservatif à usage unique est conçu spécialement pour s'adapter au parois du vagin. Femidon est un préservatif prélubrifié en polyuréthane.

Femidon est une méthode efficace de contraception et de prévention contre les maladies sexuellement transmissibles, y compris le VIH.

B) Les méthodes naturelles parmi lesquelles on peut citer :

1°) L'abstinence périodique :

– S'abstenir pendant un moment du cycle. Comme méthode on à :



a) La méthode de calendrier ou d'Ogino-Knauss

Dans cette méthode, la femme doit observer son cycle pendant ou moins 6 mois, elle prend alors le cycle le plus long moins 10 et le cycle le plus court moins 20 ce qui donne la période pendant laquelle le couple doit s'abstenir des rapports. C'est une méthode toujours disponible et qui n'a pas d'effet secondaire, mais elle n'est pas très sûre (30 % à 40 % d'échec), dû essentiellement aux modifications du cycle ovarien, au non respect de la période d'abstinence, aux mauvais calculs effectués et plus rarement à l'existence d'ovulations spontanées à un moment non prévu.

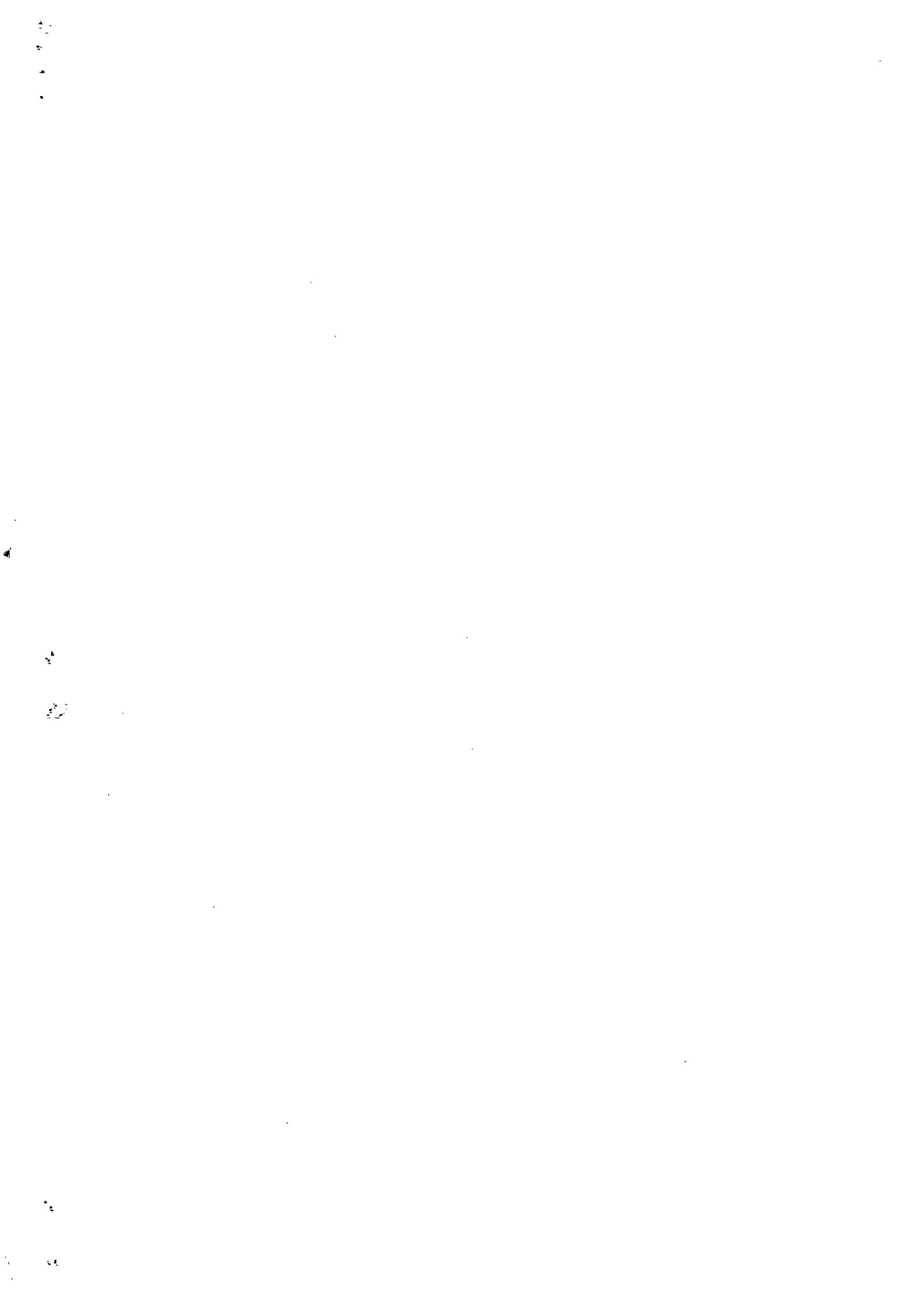
b) La méthode de température

La courbe thermique matinale d'une femme présente une phase d'hypothermie qui s'étend des règles à l'ovulation, et une phase d'hyperthermie qui s'étend de l'ovulation aux règles suivantes.

L'ovulation se situe exactement aux dernier jour de la température basse avant le décalage thermique ou au premier et même au deuxième jour de cette montée thermique, lorsque celle-ci s'étale sur plusieurs jours ; par rapport à cette ovulation, il existe donc une période féconde dont la durée classique de 7 jours est fondée : - sur la survie des spermatozoïdes (4 jours)
- sur la survie de l'ovule (12 à 24 heures).

La période féconde s'étend donc du cinquième au quatrième jour avant l'ovulation (avant le décalage) jusqu'au premier jour ou second jour après elle.

Elle sépare deux périodes stériles : une après les règles où la stérilité est relative à cause de la survie exceptionnelle mais possible des spermatozoïdes au delà de 4 jours ; l'autre après l'ovulation où la stérilité est absolue et va du deuxième jour de température haute, après le décalage, jusqu'aux règles suivantes. Si le couple veut donc exclure de façon absolue le risque de grossesse, il ne doit avoir de rapport qu'à partir du second jour du plateau thermique confirmé.



La méthode de température est efficace (99% de succès), disponible, sans effet secondaire. Mais elle a des contraintes comme l'enregistrement quotidien des signes, une longue période d'abstinence.

6) La méthode de la glaire cervicale (Méthode de Billings)

La glaire subit des changements avant et après l'ovulation. En effet à l'approche de l'ovulation, la glaire devient abondante et filante et cela s'accroît jusqu'à l'ovulation. Après l'ovulation la glaire s'épaissit et devient pâteuse. La femme en examinant sa glaire tous les jours peut détecter ces changements et ainsi connaître à peu près son jour d'ovulation. Pour ne pas avoir d'enfant, elle doit s'abstenir des rapports jusqu'après l'ovulation qui est la phase de glaire pâteuse. Méthode efficace sans effet secondaire, elle a des contraintes comme l'observation quotidienne de la glaire et une longue période d'abstinence.

d) Le Bio-Self :

Le Bio-Self se présente sous la forme d'un thermomètre électronique combiné à un microprocesseur. C'est une tentative pour mixer la méthode des températures et la méthode Ogino. L'appareil enregistre les températures quotidiennes, les compare avec son programme de base élaboré à partir de plusieurs centaines de milliers de courbes thermiques et s'adapte aux caractéristiques de l'utilisatrice. Il mémorise également les six derniers cycles pour affiner les calculs statistiques spécifiques de la femme qui l'utilise. Cette méthode fait partie des méthodes d'abstinence périodique et présente les mêmes avantages et inconvénients. Il faut noter le coût élevé de l'appareil qui n'apporte guère plus de sécurité que la méthode des températures traditionnellement utilisée.

4
2
3
.

2
2

2
2

2°) L'abstinence complète

Elle consiste à s'abstenir pendant toute la période où le couple ne veut pas d'enfant. Elle n'a pas d'effet secondaire, est disponible mais difficile à observer à cause de la longue période d'abstinence.

3) Le coït interrompu

C'est le retrait du pénis du vagin avant l'éjaculation.

On a deux sortes dont :

- Le coït reservatus : signe de « maîtrise sexuelle » pour les promoteurs de cette méthode, permet au couple l'union charnelle sans orgasme.

Le retrait a lieu sans éjaculation. Cette méthode exclut l'euparenie et n'est pas sans danger.

- Le coït obstructus : méthode dangereuse consistant à «serrer la base de la verge, penser à autre chose, et retenir sa respiration» risque d'aboutir à une éjaculation dans la vessie, cause secondaire de stérilité.

Cette méthode n'est pas très efficace car difficile à observer. Son taux d'échec est de l'ordre de 15 à 20 %

4°) La méthode d'allaitement maternel et de l'aménorrhée (M.A.M.A)

C'est une méthode qui consiste à allaiter l'enfant au sein pendant au moins les 6 premiers mois ; cela entraîne un retard de retour de couche et donc une période d'anovulation. Efficace si l'allaitement est prolongé, exclusif pendant les premiers six mois du post-partum et s'il y a pas de retour de couche, c'est une méthode semblable à d'autres méthodes par blocage de l'ovulation.

Elle est efficace, disponible, renforce le lien mère enfant, nutritive et assure une protection du nourrisson par les anticorps contenus dans le lait maternel.

L'efficacité contraceptive diminue si une des conditions n'est pas respectée.



C) Les méthodes traditionnelles

Ces méthodes reposent sur le vécu socio-culturel des peuples, on peut citer :

1) le Tafo

Cordelette avec des nœuds, attachée autour du bassin de la femme dont le pouvoir repose sur la psychologie et aussi sur le vécu socioculturel (par exemple perd de son efficacité en cas de rapport avec un autre homme que son mari).

2°) La Toile d'araignée

Se place dans le vagin de façon à obstruer l'orifice externe du col, empêchant donc la montée des spermatozoïdes donc méthodes de barrière.

3°) Le miel et le jus de citron

On les place dans le vagin avant les rapports ; ils entraînent soit une immobilisation des spermatozoïdes (miel), soit une destruction des spermatozoïdes (citron) agissant comme des spermicides.

4°) Les solutions à boire :

il peut s'agir : d'écorces d'arbre ou de plante, de graine à avaler, ou de « nassi » solution préparée par les marabouts et charlatans.

Aucune étude scientifique n'a été faite sur l'efficacité de ces méthodes traditionnelles.

Il semble qu'elles peuvent être à la base d'infection à répétition et même créer d'autres problèmes chez la femme tel que l'infertilité, des algies pelviennes.



CHAPITRE III

Généralités sur la Politique Malienne en matière de Planning Familial

1
2
3
4

5

6

7

8

HISTORIQUE

Les sociétés traditionnelles au Mali ont toujours été fortement pro natalistes, cela pour des raisons d'ordre économique, avoir le maximum de bras travailleurs pour augmenter la production. La fécondité confère une valeur sociale, et l'infécondité est toujours mal vécue.

Une femme doit avoir des enfants, mais il demeure vrai que la venue d'une grossesse au cours de la période d'allaitement (deux ans en moyenne) soit sujet de moquerie. En milieu Bamanan, par exemple, il existe des expressions consacrées pour désigner ces personnes « séré mouso » pour la femme et « séré den » pour l'enfant ; malgré le comportement pro nataliste, les maliens ont une tradition très ancienne d'espacement des naissances : c'est ainsi qu'après un accouchement, il est de coutume de séparer le couple pendant deux à trois ans. Ceci permet à la femme de récupérer et à l'enfant de se développer normalement. On peut mentionner l'existence d'autres méthodes traditionnelles d'espacement de naissance telles que l'emploi de certaines herbes ou dispositifs occlusifs, de tafo... La fréquence de ces pratiques serait en diminution surtout dans le milieu urbain.

2
3
4
5

6

7

8

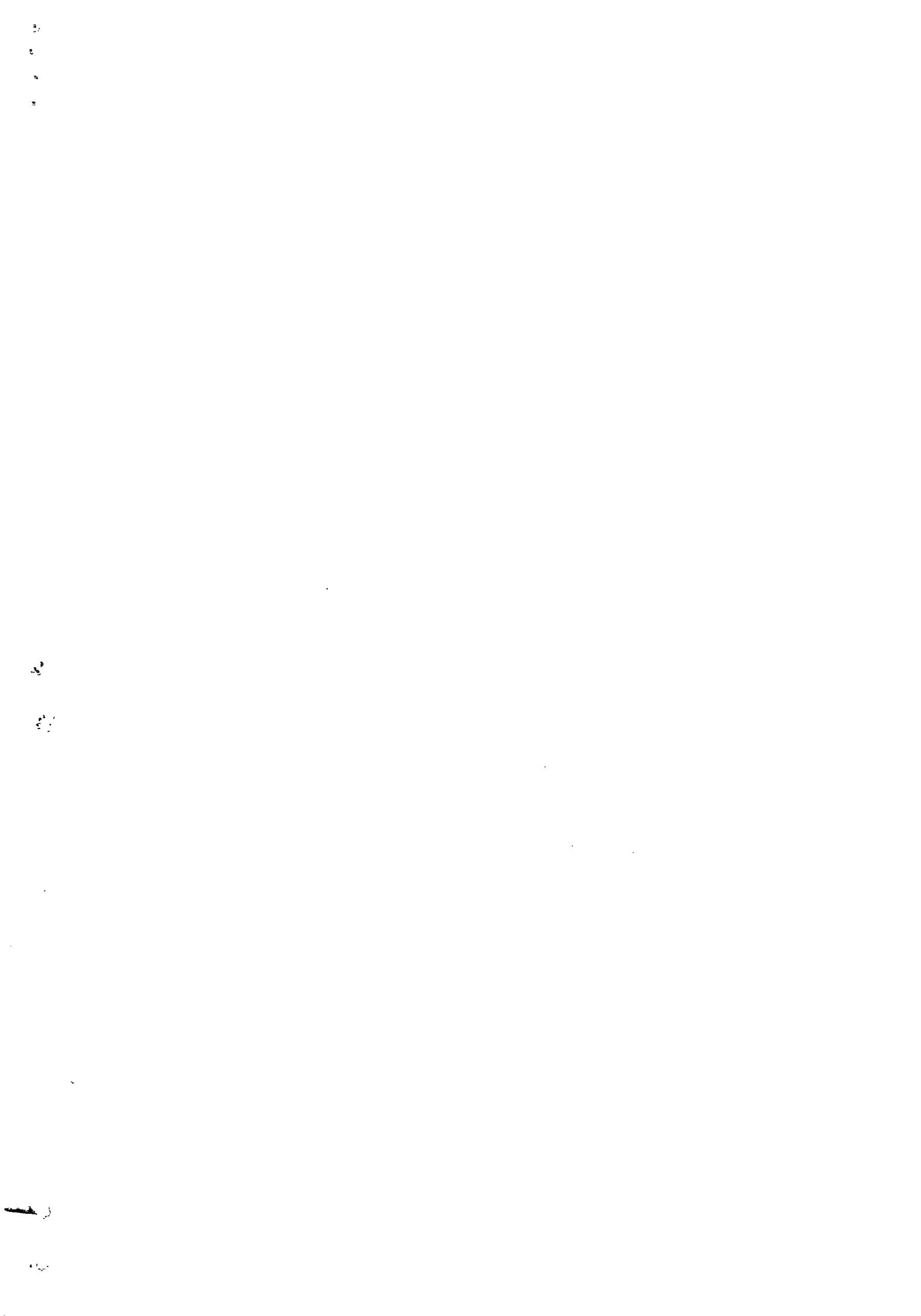
9

PRINCIPALES DATES DE LA POLITIQUE DU PLANNING FAMILIAL AU MALI

Le Mali a été l'un des premiers pays subsahariens à adopter une attitude de tolérance vis à vis des activités du planning familial (39). En effet depuis 1971, une délégation malienne s'est rendue à Montréal (Canada) pour participer à un séminaire sur la planification familiale.

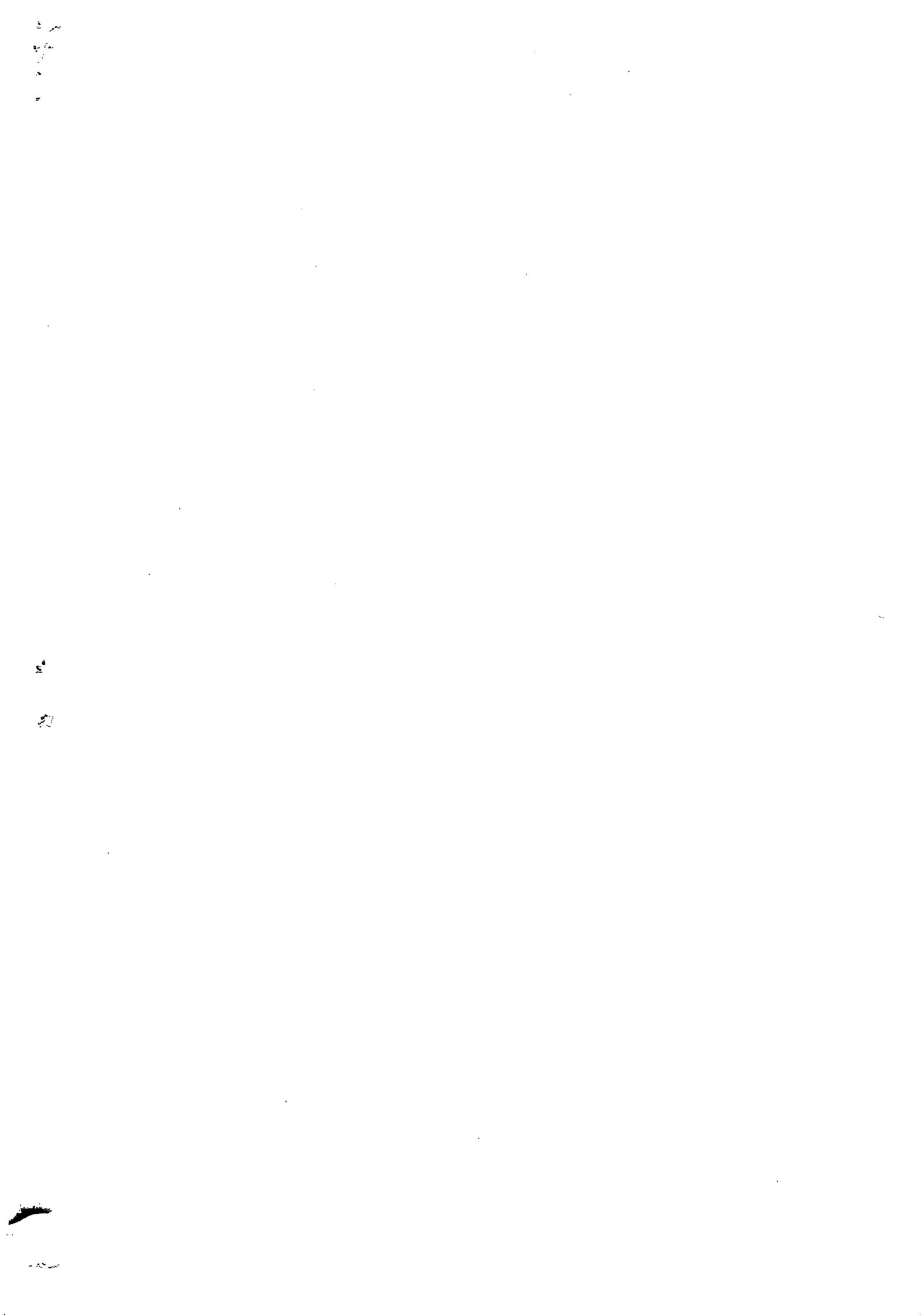
Après le Mali a signé un accord avec les organisateurs de ce séminaire pour un projet d'assistance en planning familial pour quatre ans. A ce moment, entre les approches démographique et sanitaire du planning familial, c'est l'approche sanitaire qui a été choisie en l'absence de paramètres démographiques suffisamment maîtrisés de l'époque (56). C'est dans cet élan que l'association malienne pour la promotion et la protection de la famille (AMPPF) a été créée le 7 juin 1971. En 1972, le Mali abrogea la loi du 31 juillet 1920 dans ces articles 3 et 4 qui interdisaient la propagande anticonceptionnelle (39). Un centre pilote du planning familial a été créé à Bamako par l'AMPPF dont l'objectif était l'espacement des naissances et non une limitation des naissances. La pratique du planning familial était conditionnée à l'autorisation maritale pour les femmes mariées et parentale pour les célibataires (42).

- **En 1973**, deux séminaires dont un interafricain sur l'éducation sexuelle et l'autre inter syndical sur le planning familial ont été organisés à Bamako (56).
- **En 1974**, le Mali a souscrit à la déclaration de Bucarest (Roumanie) sur le droit au planning familial.



- **En 1978**, le Mali a souscrit à la déclaration d'Alma Ata (URSS) sur les soins de santé primaires dont une des composantes est le planning familial dans le but d'améliorer la santé de la mère et de l'enfant à travers un espacement judicieux des naissances.
- **En 1980**, la division santé familiale (DSF) a été créée au sein du ministère de la santé publique et des affaires sociales pour élargir et coordonner les activités de la santé maternelle et infantile et en y intégrant le planning familial (39).
- **En 1990**, deux séminaires nationaux ont été organisés à Bamako pour l'ébauche d'une politique de population, femme et développement.
- **En 1991**, le Mali a fait une déclaration de politique nationale de population (40).
- **En 1994** avec la conférence internationale sur la population et le développement au Caire (Egypte), les gouvernements dont le Mali se sont engagés à agir dans le domaine de la santé de la reproduction, engagement réitéré lors de la 4^{ème} conférence mondiale sur les femmes à Beijing (Chine) en Septembre 1995.
- **En juin 1995** a été organisé un atelier de révision des normes et procédures de santé maternelle infantile et planning familial SMI/PF (38).

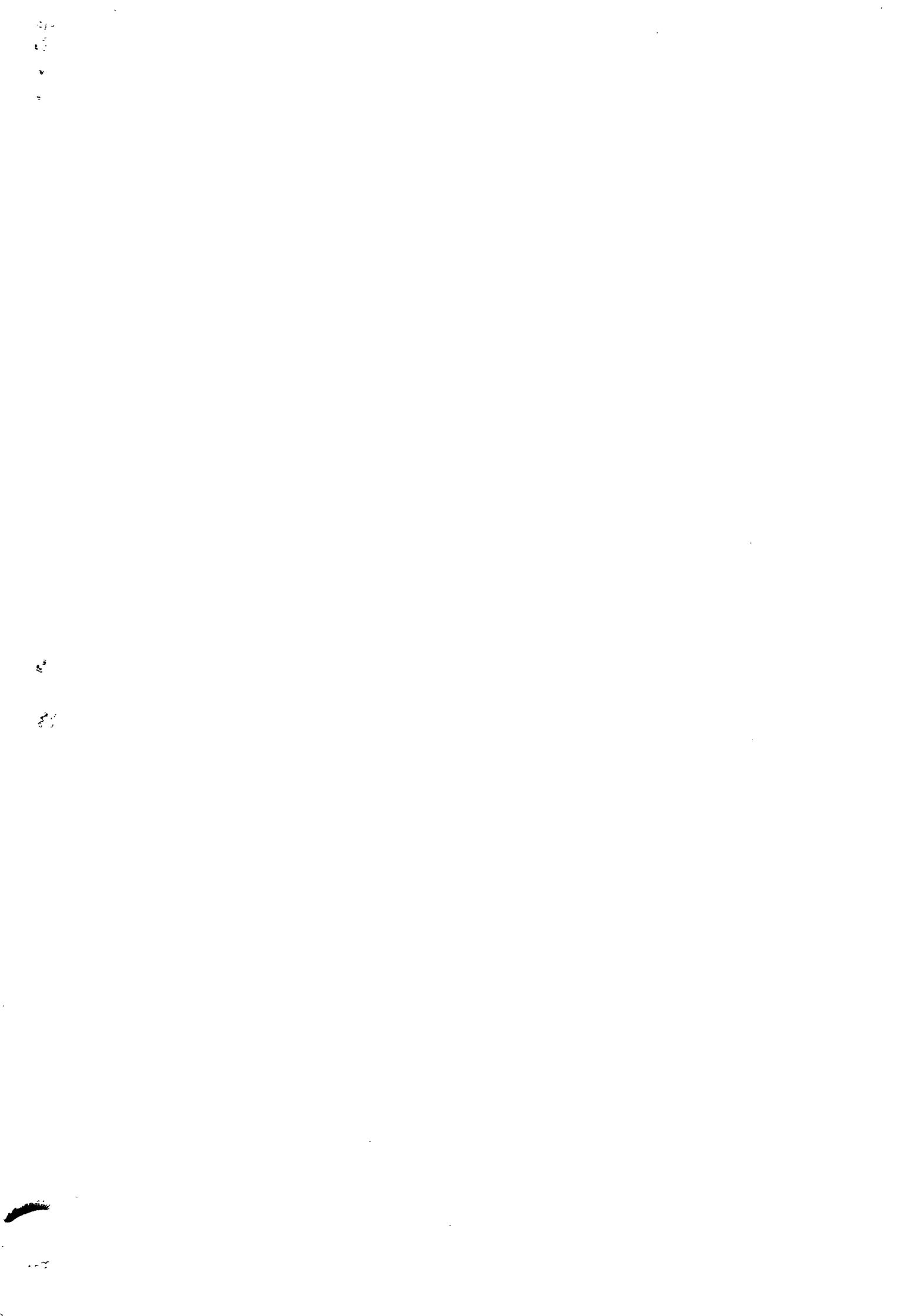
Avec le temps le concept malien en matière de planning familial a évolué allant de l'espacement des naissances dont la pratique était conditionnée à l'autorisation maritale ou parentale en 1971 au concept actuel qui définit le planning familial comme : « L'ensemble des mesures et moyens de régulation de la fécondité, d'éducation et de prise en charge d'affections de la sphère



génitale, mis à la disposition des individus et des couples afin de contribuer à réduire la mortalité et la morbidité maternelles, infantiles et juvéniles notamment celles liées aux MST/SIDA, aux grossesses non désirées et aux avortements et assurer ainsi le bien être familial et individuel»

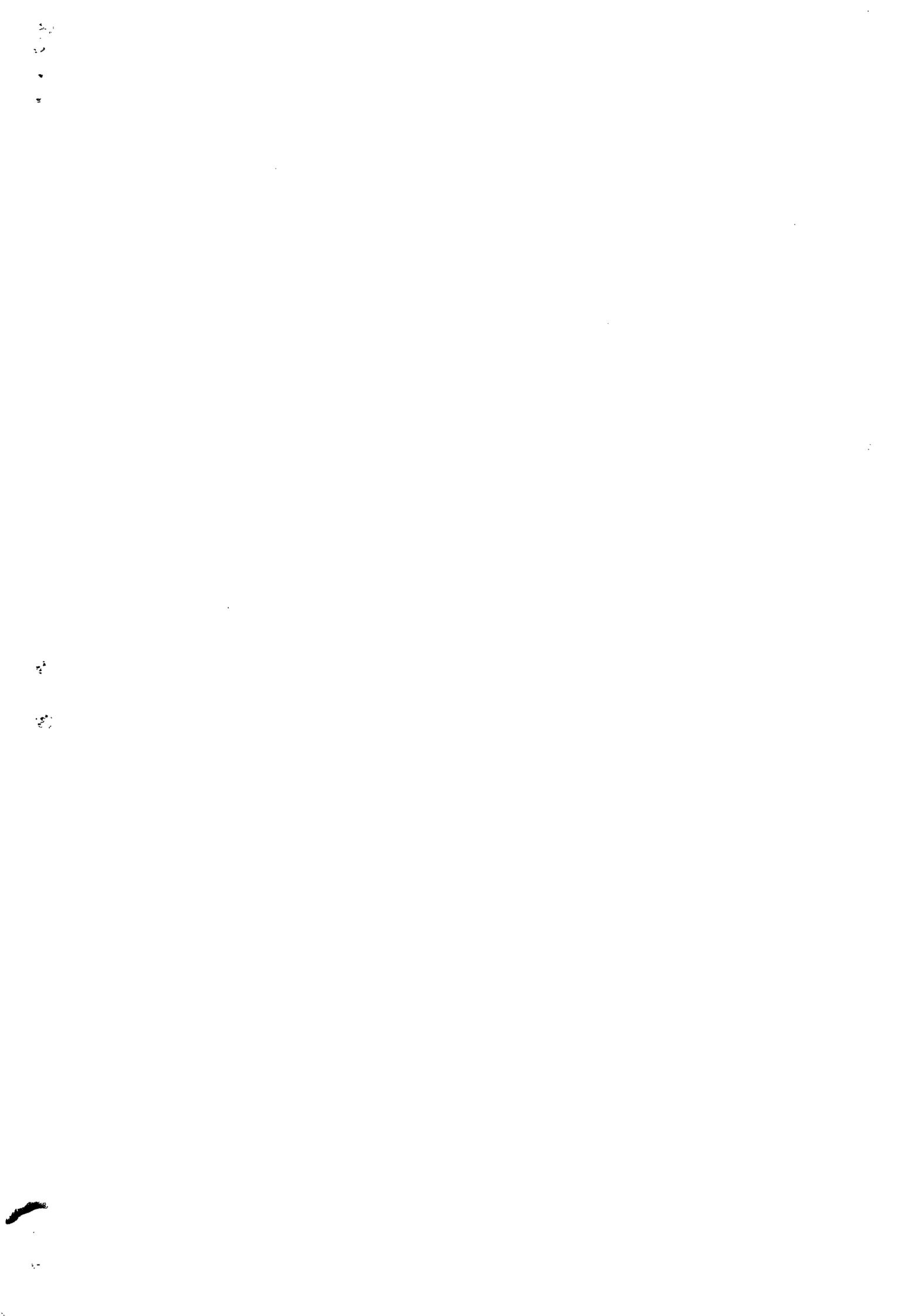
Ceci implique la liberté, la responsabilité et le droit à l'information de chaque individu ou couple pour l'aider à choisir la mesure ou le moyen de régulation de la fécondité (42).

Pour le Mali la santé de la reproduction englobe la santé de la mère y compris le planning familial et la santé de l'enfant y compris celle de la petite fille.



CHAPITRE IV

Matériel et Méthode d'Etude



I- CADRE D'ETUDE

L'enquête s'est déroulée au centre de santé de la commune VI (CSC VI) situé à Sogoniko.

Ce centre fut créé en 1981. Il est le principal centre de santé de ladite commune. Dans cette commune, il existe d'autres structures de prestation sanitaire telles que : cabinet de diagnostic et de traitement, cliniques privées et CSCOM placés sous la responsabilité technique du médecin chef, lui même relevant du directeur régional de la santé du district.

Sur le plan des infrastructures, le centre est constitué d'un bâtiment principal en étage et d'une annexe.

1) Le bâtiment principal comporte :

a) Au Rez de chaussée

- Un bureau pour le médecin chef
- Un bureau pour le médecin adjoint
- Une salle pour consultation des enfants malades (Unité enfants malades).
- Une salle pour la consultation d'enfants sains (Unité enfants sains).
- Une salle pour l'unité PEV
- Une salle d'injections
- Deux salles pour les consultations prénatales
- Une salle d'accouchement
- Deux salles de garde
- Une salle pour la réhydratation par voie orale (Unité RVO)
- Un laboratoire
- Un secrétariat

1
2
3
4

5
6

7
8

b) A l'Etage

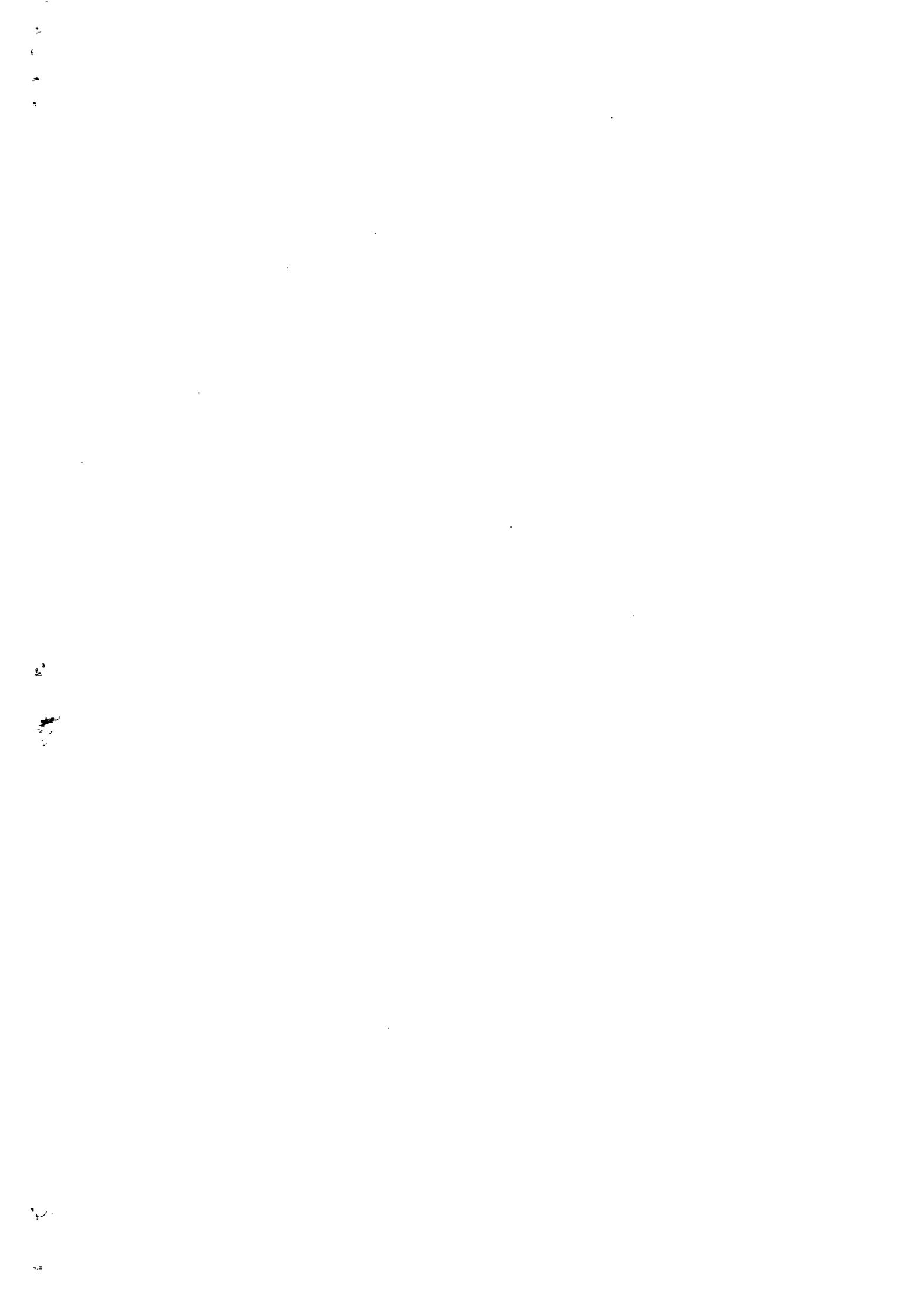
- Une salle pour suite de couches
- Une salle pour les consultations post natales (unité post natale)
- Une salle pour l'unité PF
- Une salle pour consultation gynécologique (non fonctionnelle)
- Une salle pour les soins des bébés
- Deux salles d'hospitalisation avec un total de 16 lits dont 8 lits chacune
- Une salle de réunion
- Une salle de statistiques
- Une salle de comptabilité

2) L'annexe comporte

- Une salle de pansement
- Une salle de PCT (Poly Chimiothérapie pour la lèpre)

Le centre de santé de la commune VI compte 82 agents qui se repartissent comme suit :

- Un médecin chef spécialiste en santé publique
- Sept (7) infirmiers d'Etat (IDE - ESS)
- Trente (30) sages femmes
- Dix (10) infirmiers de santé du 1^{er} cycle
- Quinze (15) aides soignants
- Un (01) technicien de développement communautaire (TDC) diplômé du l'EFDC
- Deux (02) comptables dont :
 - 1) Un adjoint de finance avec un diplôme de CAP Finances
 - 2) Un technicien de comptabilité avec un diplôme BT Comptabilité
- Deux (02) secrétaires dont :
 - 1) Un adjoint administratif avec un diplôme CAP secrétariat



2) Un adjoint secrétariat avec un diplôme de CAP Secrétariat

- Une (01) couturière
- Cinq (05) matrones
- Deux (02) chauffeurs
- Quatre (04) manœuvres
- Un (01) gardien
- Un (01) jardinier.

Sur le plan des activités, le centre de santé de la commune VI réfère les malades soit à la maternité du quartier Mali qui a un bloc opératoire, soit à l'hôpital Gabriel TOURE, et mène principalement les activités de santé maternelle et infantile et de PF (SMI/PF). En plus, il y a des activités de prise en charge des lépreux.

Les principales affections rencontrées au centre sont : le paludisme, les maladies diarrhéiques, les affections des voies respiratoires, les malnutritions et les affections dermatologiques.

Le Rapport des activités du Centre durant l'année 1997 montre:

3131 Consultations prénatales
 3847 Accouchements
 1546 Consultations post natales
 1799 Consultations d'enfants sains
 1025 Consultations de planning familial
 68866 Consultations curatives des malades

Pour les vaccins administrés aux enfants on a noté :

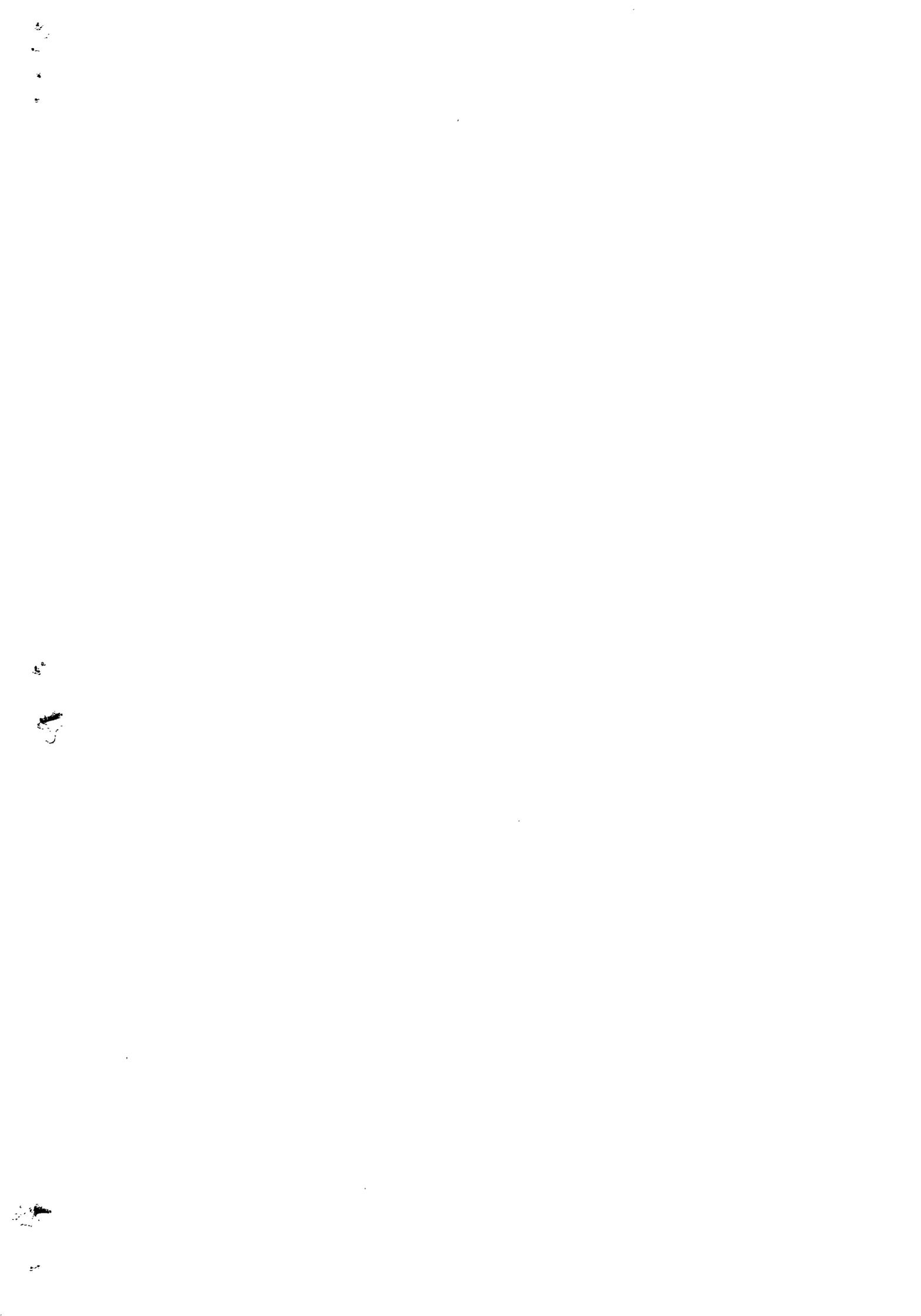
5777 BCG
 4812 DTC3
 3816 Rougeole

Pour la vaccination antitétanique 2965 femmes ont reçu le VAT2.



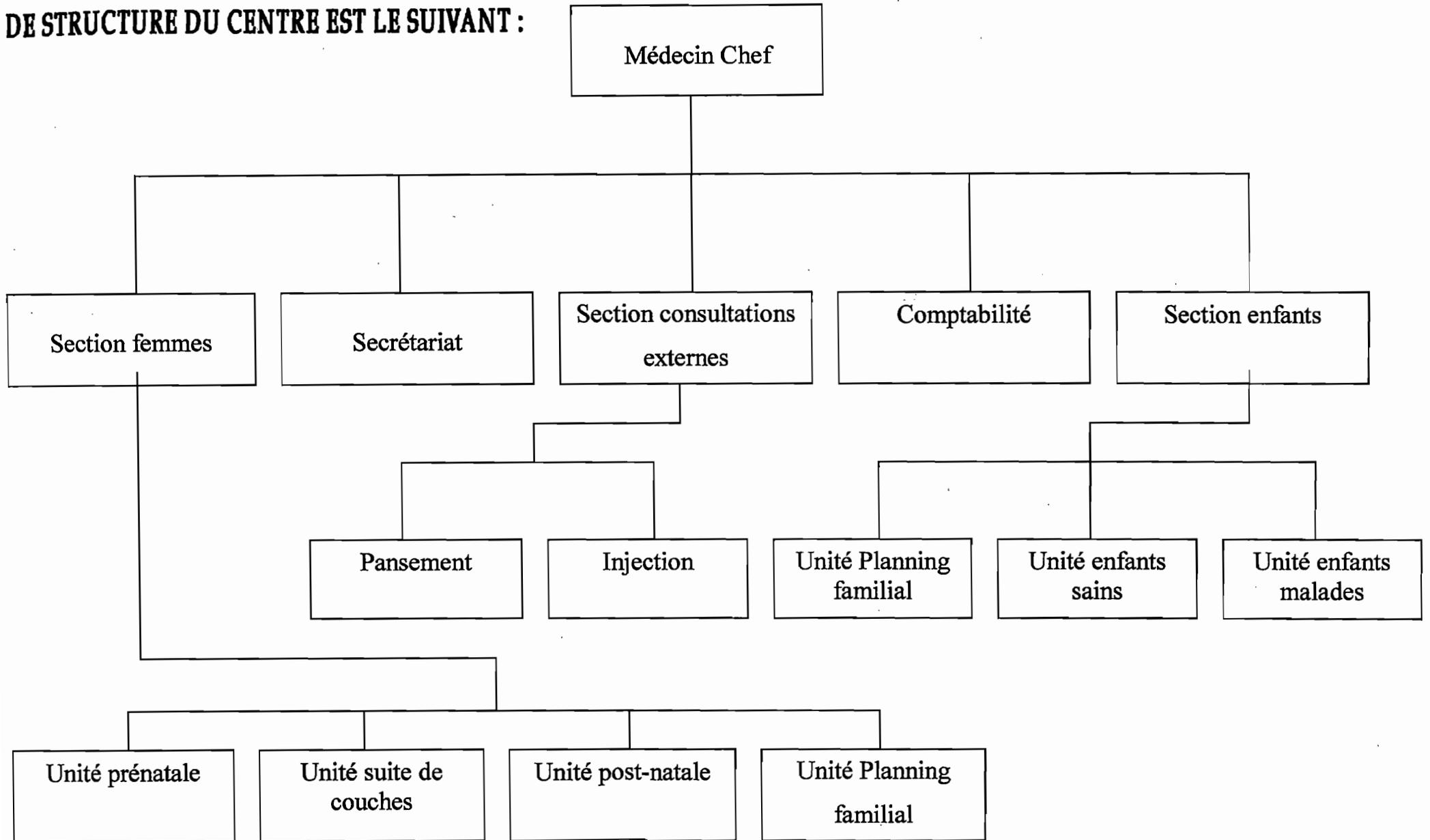
Les analyses effectuées par le laboratoire du centre ont été en 1997

Recherche d'albumine :	6068
Recherche de sucre :	1444
BW (Bordet Wasserman) :	560
TE (Test d'Emmel) :	566
GR/RH (Groupage/Rhesus) :	482
GE (Goutte Epaisse) :	9
POK (Parasite, Œuf, Kyste) :	42
ECBU (Examen Cyto Bactériologique des Urines) :	4
UCG (Gonadotrophine Chorionique Urinaire) :	22
NFS (Numération Formule Sanguine) :	3
Culot :	1
Autres (Toxoplasmose) :	1

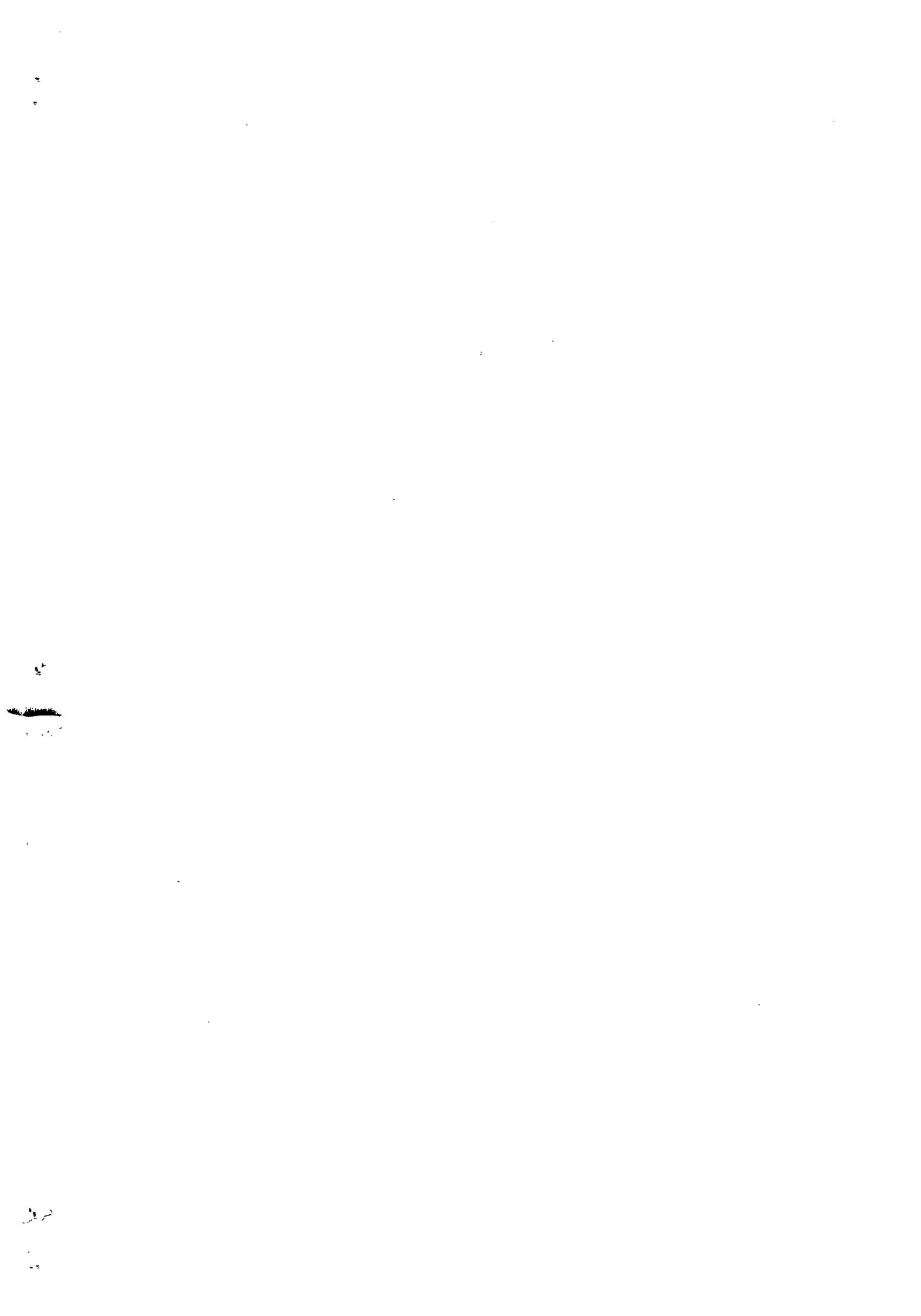


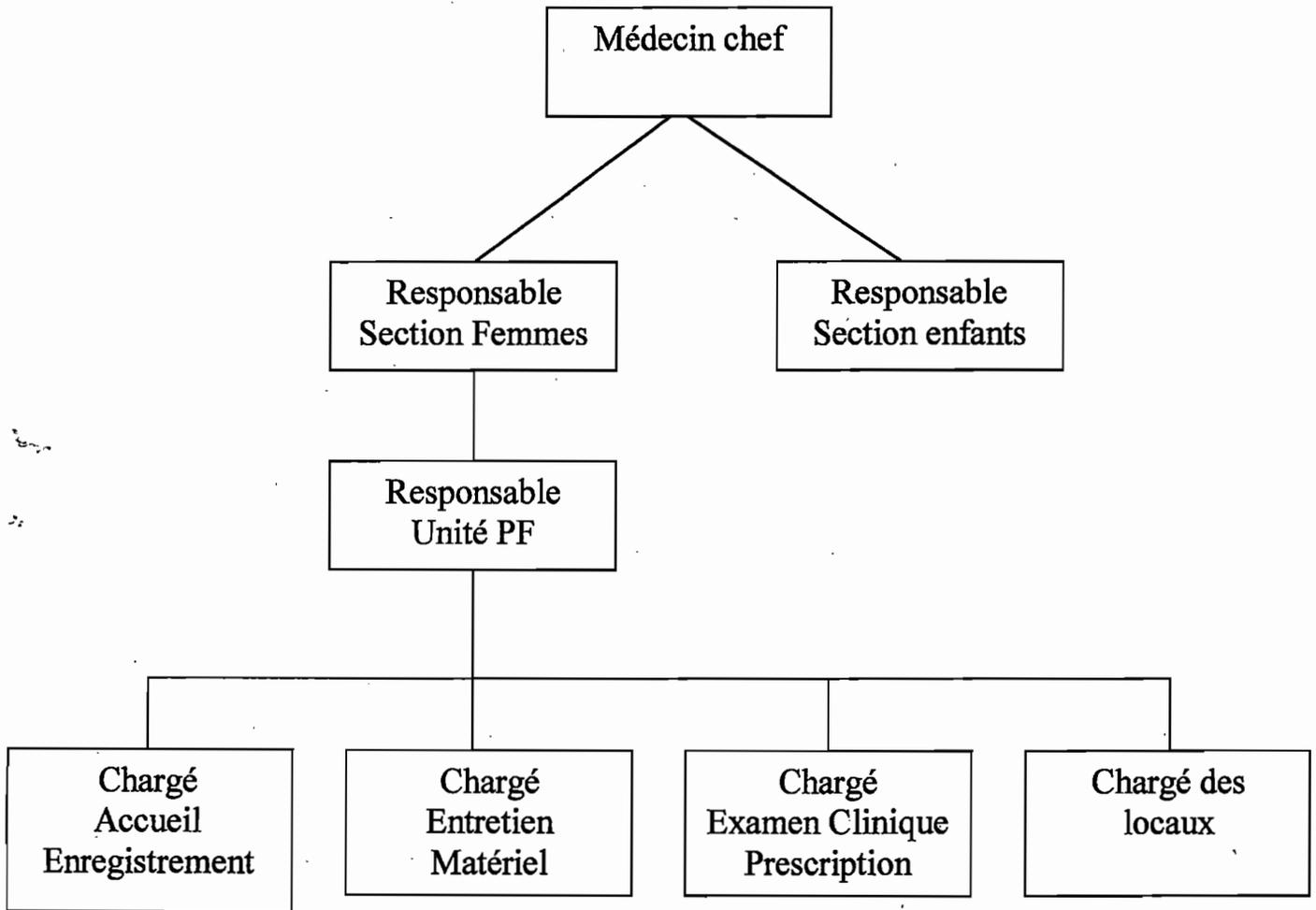
L'ORGANIGRAMME DE FONCTION ET DE STRUCTURE DU CENTRE EST LE SUIVANT :

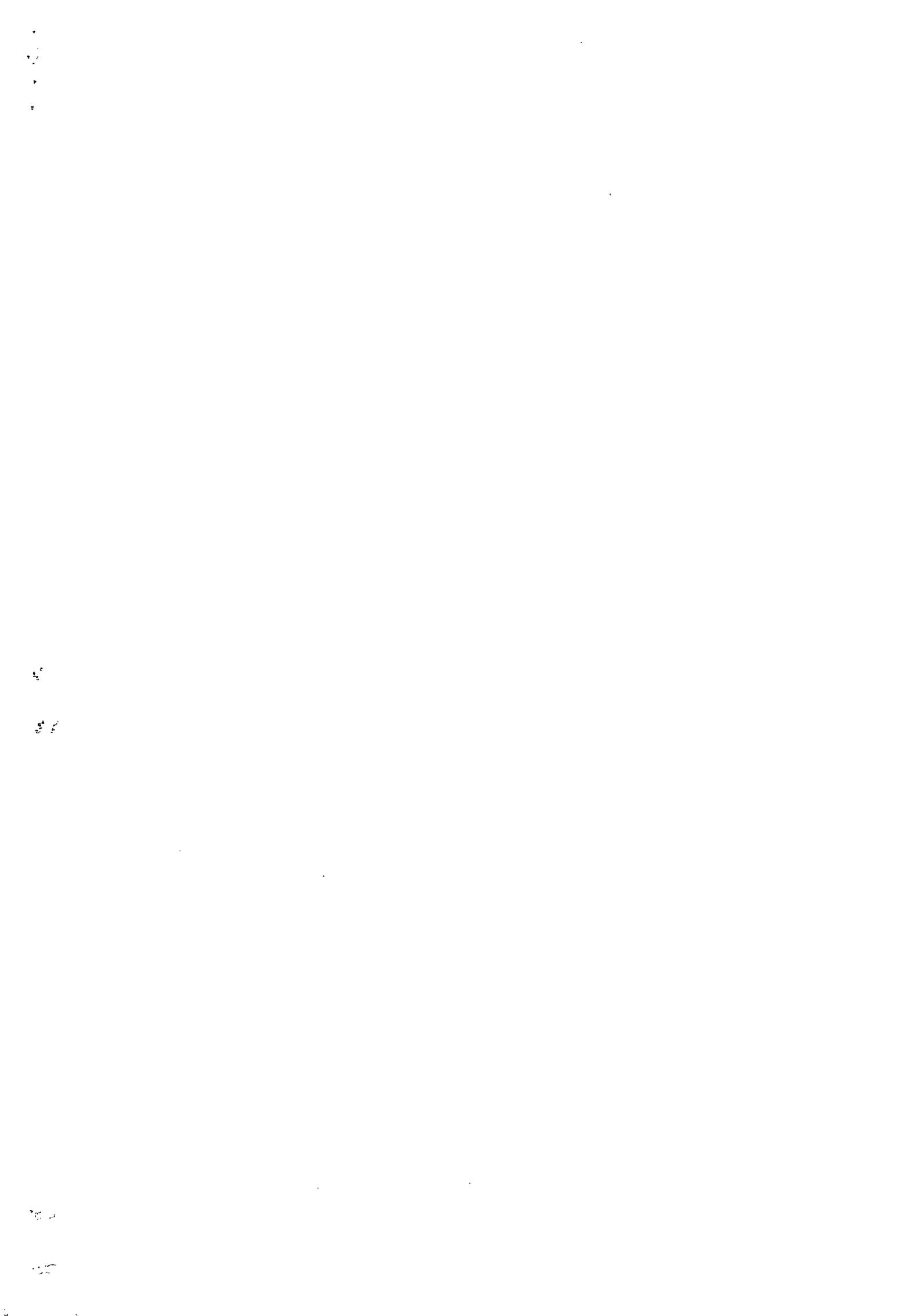
27



Le médecin chef est le chef hiérarchique de toutes les sections. Toutes les activités du centre sont supervisées par lui.
Les Unités sont sous la responsabilité soit d'une sage femme ou d'un infirmier d'état ; chaque unité est autonome par rapport aux



ORGANIGRAMME DE FONCTION DE L'UNITE PF



II- METHODOLOGIE

Il s'agit d'une enquête type transversale commencée le 17 Mars 1998 et terminée le 17 Avril 1998 au centre de santé de la commune VI.

Pour l'échantillonnage on a procédé de la manière suivante :

- Critère d'inclusion : Toute femme âgée de 14 à 50 ans se présentant à l'unité PF pour des prestations de PF, et donnant son accord pour répondre aux questions.
- Critères d'exclusion : - femmes venues pour autres prestations que le PF
- femmes venues pour prestation PF mais refusant de se soumettre aux questionnaires.

Pour fixer la taille minimale n de notre échantillon la formule suivante a été appliquée.

$$n = \frac{4 PQ}{I^2}$$

n : taille minimum de l'échantillon

P : prévalence de la contraception = 5%

I : précision = 5%

$Q = 1 - P = 0,95$

n est apparu = 76

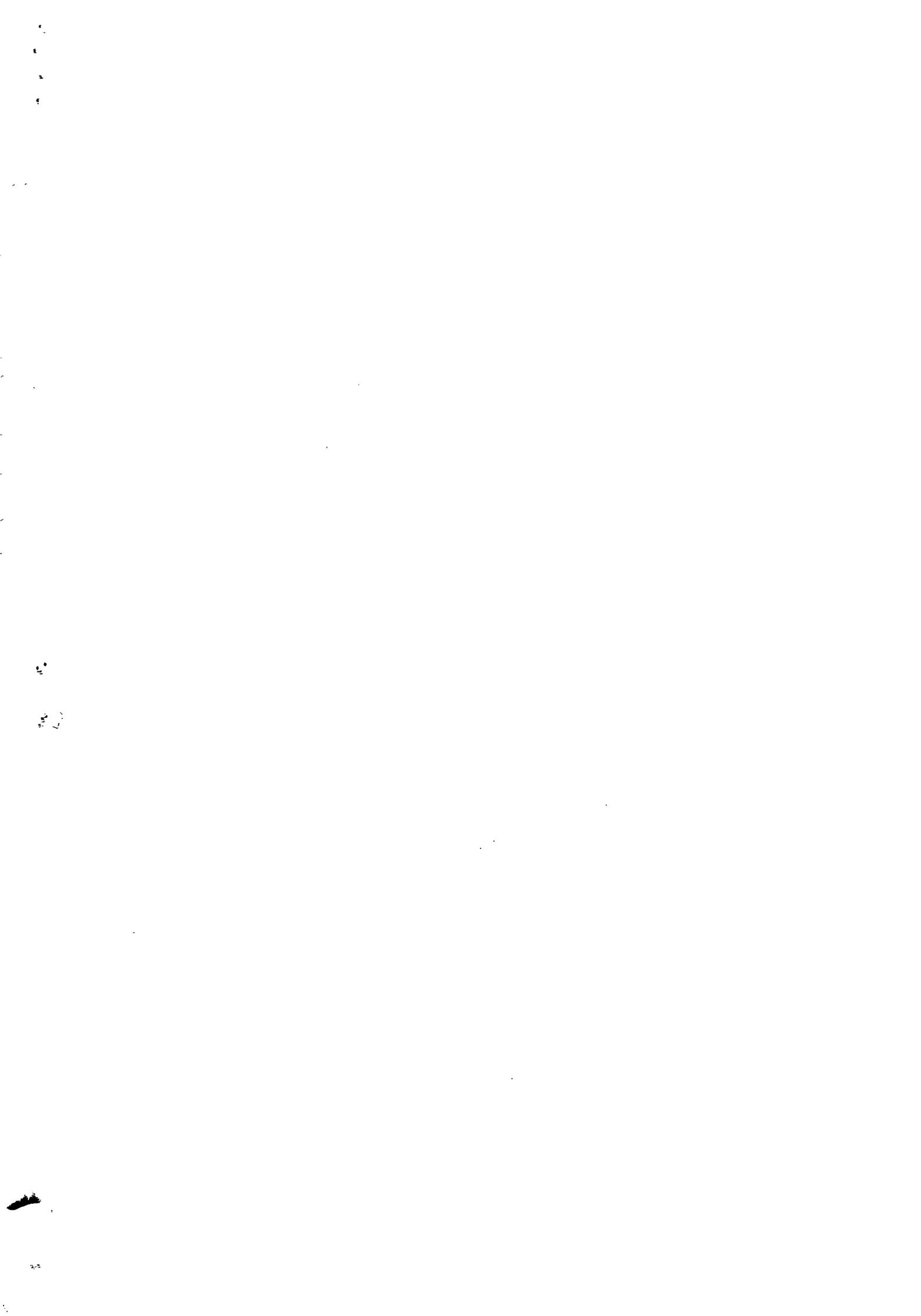
pour une plus grande représentativité on a augmenté ce chiffre à 173.

Pour le recueil des données les supports suivants ont été utilisés :

Un questionnaire administré aux patientes.

Un autre sous forme d'enquête administré aux personnels chargés du PF.

Les deux sont portés en annexes.



Les difficultés rencontrées ont été :

- Refus de certaines patientes de répondre à certaines questions
- Difficulté de communication entre certaines patientes et l'enquêteur chaque fois que les deux ne parlaient pas le même langage.



CHAPITRE V

Résultats



A-/ POUR LES UTILISATRICES

I/ Profil et sources d'informations

Tableau n° 1 : Répartition des femmes selon le lieu de résidences

Effectifs de femmes Résidences	Fréquence Absolue	Pourcentage
Magnambougou	36	20,81
Sokoniko	30	17,34
Faladiè	30	17,34
Daoudabougou	16	9,25
Banankabougou	12	6,94
Niamakoro	12	6,94
Senou	7	4,05
Sokorodji	6	3,47
Kalaban	5	2,89
Yirimadio	4	2,31
Dianeguella	4	2,31
Baco Djicoroni	3	1,73
Missabougou	1	0,58
Sirakoro Meguetana	1	0,58
Banankoro	1	0,58
Autres	5	2,89
TOTAL	173	100

AUTRES : Dialakorobougou, Sabalibougou, Sikoroni, Kati.

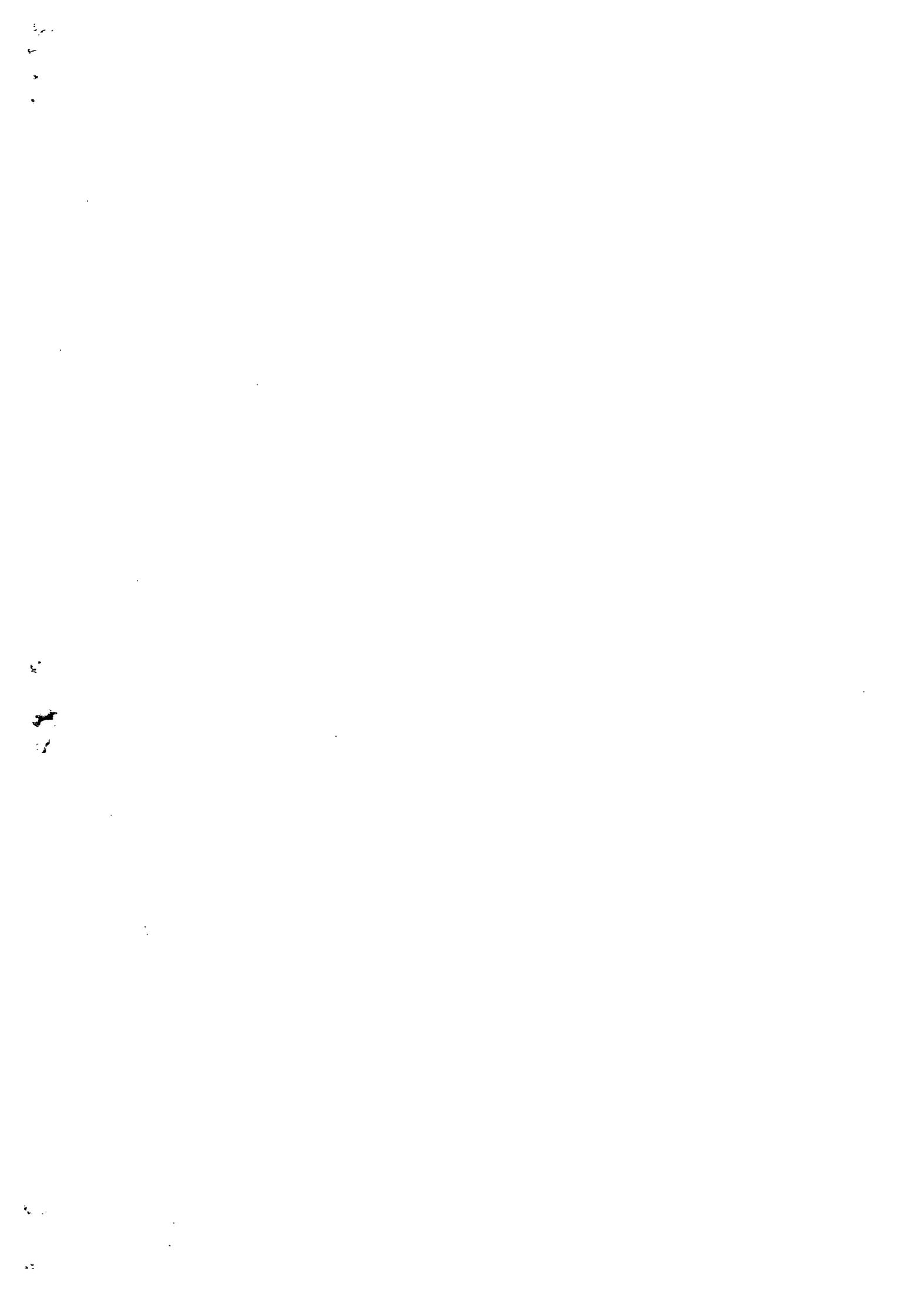


Tableau n° 2 : Répartition des femmes selon les ethnies

Effectifs de femmes Ethnies	Fréquence Absolue	Pourcentage
Bamanan	67	38,73
Peulh	29	16,76
Malinké	18	10,40
Sarakolé	17	9,83
Sonrhaï	10	5,78
Senoufo	5	2,89
Bobo	5	2,89
Dogon	4	2,31
Minianka	4	2,31
Bozo + Somono	3	1,74
Kassonké	2	1,16
Maure	2	1,16
Autres	7	4,04
TOTAL	173	100

AUTRES : Dafing, Kogorogo, Djogaramé, Mossi.

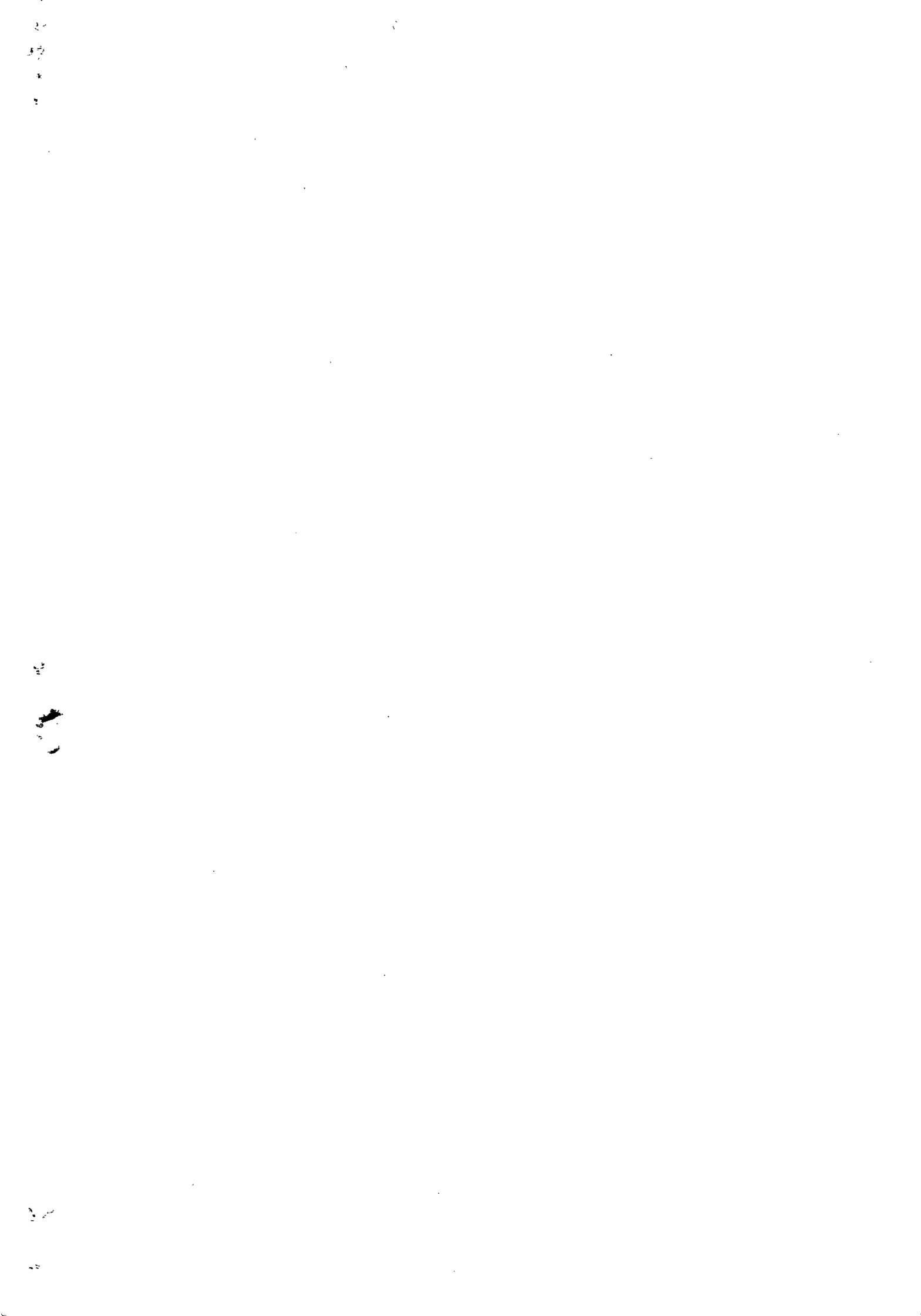


Tableau n° 3 : Répartition des femmes selon le niveau d'alphabétisation

Effectifs de femmes niveau d'alphabétisation	Fréquence Absolue	Pourcentage
Primaire	51	29,48
Secondaire	31	17,92
Supérieur	1	0,58
Ecole coranique/Medersa	25	14,45
Langue nationale (Bamanan)	3	1,73
Aucun	62	35,84
TOTAL	173	100

Tableau n° 4 : Répartition des femmes selon l'état matrimonial

Effectifs de femmes Etat Matrimonial	Fréquence Absolue	Pourcentage
Marié (e) monogamie	82	47,40
Marié (e) polygamie	63	36,42
Célibataire	19	10,98
Union libre	7	4,05
Divorcé (e)	2	1,16
TOTAL	173	100



Tableau n° 5 : Répartition des femmes selon la profession

Effectifs de femmes Profession	Fréquence Absolue	Pourcentages
Ménagère	122	70,52
Commerçante	19	10,98
Elève et Etudiante	13	7,51
Artisane	8	4,62
Fonctionnaire d'Etat	2	1,16
Autres	9	5,20
TOTAL	173	100

Artisane : Teinturière, couturière, coiffeuse.

Autres : Serveuse d'hôtel, femme d'affaire.

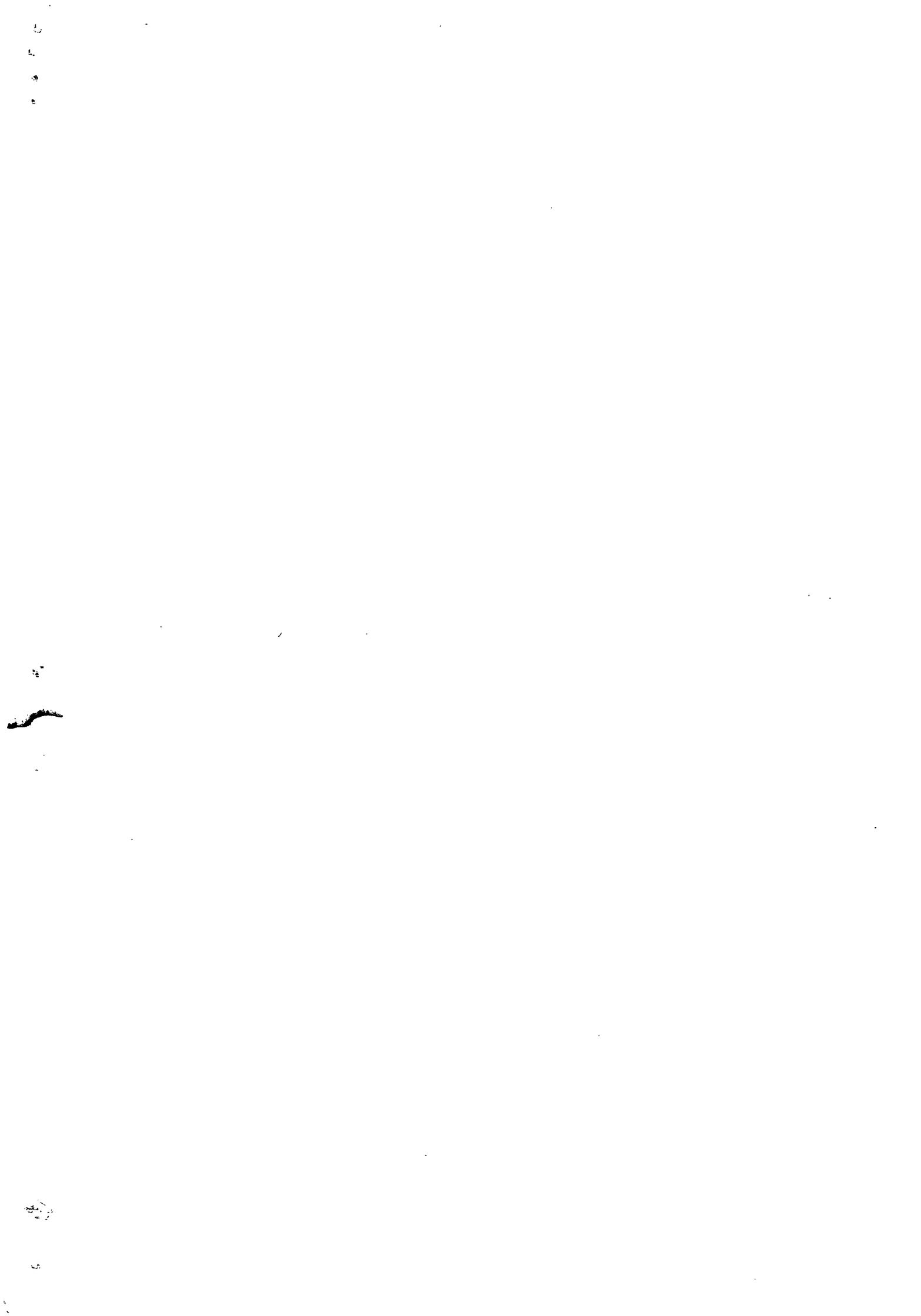


Tableau n° 6 : Répartition des femmes selon les tranches d'âge

Effectifs de femmes Tranches d'âge	Fréquence Absolue	Pourcentage
< ou = à 15	1	0,58
16 – 20	42	24,28
21 – 25	46	26,59
26 – 30	41	23,70
31 – 35	20	11,56
36 – 40	11	6,36
41 – 45	7	4,05
46 et plus	5	2,89
TOTAL	173	100

Tableau n° 7 : Répartition des femmes selon la gesteté

Effectifs de femmes Gesteté	Fréquence Absolue	Pourcentage
0	11	6,36
1	32	18,50
2 et 3	56	32,27
4 et plus	74	42,77
TOTAL	173	100

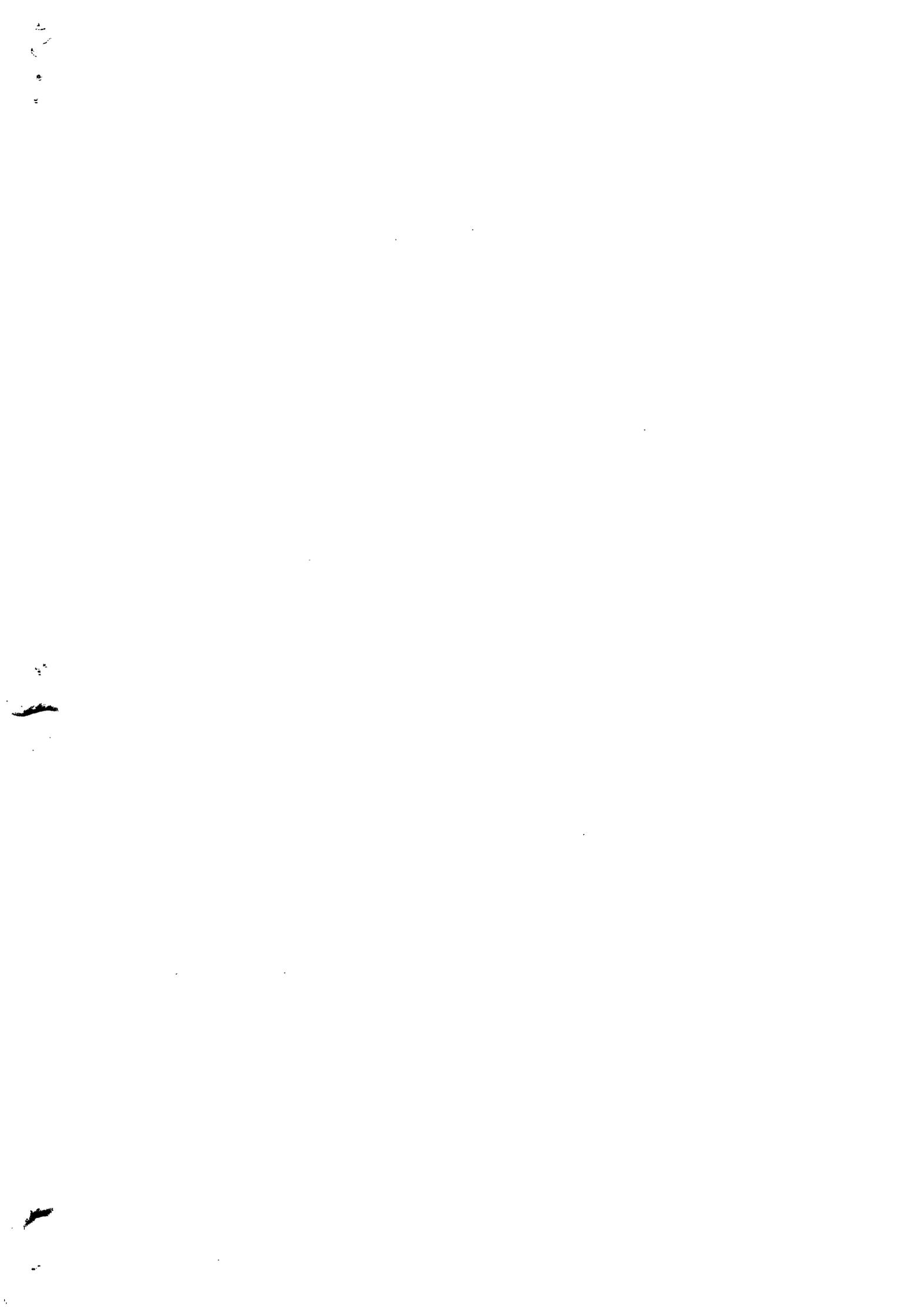


Tableau n° 8 : Répartition des femmes selon la parité

Parité \ Effectifs de Femmes	Fréquence Absolue	Pourcentage
0	14	8,09
1	32	18,50
2 et 3	62	35,84
4 et 5	32	18,50
6 et plus	33	19,08
TOTAL	173	100

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100

Tableau n° 9 : Répartition des femmes selon l'intervalle entre les deux (2) derniers enfants

Effectifs de femmes Intervalle Inter génésique (an)	Fréquence Absolue	Pourcentage
0 -2	117	67,63
2 - 4	48	27,75
4 - 6	5	2,89
6 et plus	3	1,73
TOTAL	173	100

Tableau n° 10 : Répartition des femmes selon les sources d'informations

Effectifs de femmes Sources d'information	Fréquence Absolue	Pourcentage
Agent de santé	50	28,90
Radio	34	19,65
Parent	30	17,34
Ami (e)	26	15,05
Télé	17	9,83
Voisin	14	8,09
Autres	2	1,16
TOTAL	173	100

Autres : Maris



II/ La connaissance du planning familial

Tableau n° 11 : Répartition des réponses selon la connaissance des objectifs

Fréquence de réponses Objectif (but) du P.F.	Fréquence absolue	Pourcentage
Espacement des naissances	165	88,71
Limitation des naissances	12	1,61
Lutte contre la stérilité	3	1,61
Lutte contre le MST/SIDA	3	1,61
Autres (à préciser)	3	1,61

Une personne pouvait donner plus d'un objectif.

AUTRES : Eviter les grossesses indésirées ; éviter l'avortement.

Tableau n° 12 : Répartition des réponses selon la connaissance des méthodes naturelles

Fréquence de réponses Méthodes	Fréquence absolue	Pourcentage
Abstinence complète	91	31,82
Allaitement maternel prolongé	79	27,62
Abstinence périodique	77	26,92
Coït interrompu	38	13,29
Autres (à préciser)	1	0,35
TOTAL	286	100

AUTRES : Absence d'ovulation après l'accouchement jusqu'à deux ans.



Tableau n° 13 : Répartition des réponses selon la connaissance des méthodes traditionnelles

Fréquence de réponses Méthodes	Fréquence absolue	Pourcentage
Tafo	127	78,88
Solution à boire	14	8,70
Miel	10	6,21
Toiles d'araignées	10	6,21
TOTAL	161	100

Tableau n° 14 : Répartition des réponses selon la connaissance des méthodes modernes

Fréquence de réponses Méthodes	Fréquence absolue	Pourcentage
Pilule	166	37,30
Injectable	152	34,16
DIU	66	14,83
Condom	32	7,19
Implants	18	4,04
Spermicides	10	2,25
TOTAL	445	100



- **Répartition des femmes selon la connaissance des méthodes permanentes**
15 femmes sur 173 soit 9 % connaissent les deux méthodes permanentes qui sont la ligature des trompes et la ligature du canal déférent.

- **Répartition selon la connaissance du lien entre MST/SIDA et PF**
116/173 soit 67,05 ne connaissent pas de lien entre MST/SIDA et PF.

Seulement 57/173 soit 32,95 % connaissent le lien MST/SIDA et le condom

Tableau n° 15 : Répartition des réponses selon la connaissance de l'âge à partir duquel une personne peut se faire planifier

Fréquence de réponses Ages des populations concernées	Fréquence absolue	Pourcentage
Femme entre 14 et 50 ans	145	70,73
Femme de – 14 ans	26	12,68
Homme entre 14 et 50 ans	8	3,90
Homme de – 14 ans	3	1,46
Femme de plus de 50 ans	1	0,49
Homme de plus de 50 ans	1	0,49
Autre (à préciser)	21	10,24
TOTAL	205	100

Une personne pouvait donner plus d'une réponse.

AUTRES (A PRECISER) :

- Après les premières menstruations.
- Après deux accouchements.
- Toute personne ayant des rapports sexuels.
- De la puberté jusqu'à la ménopause.

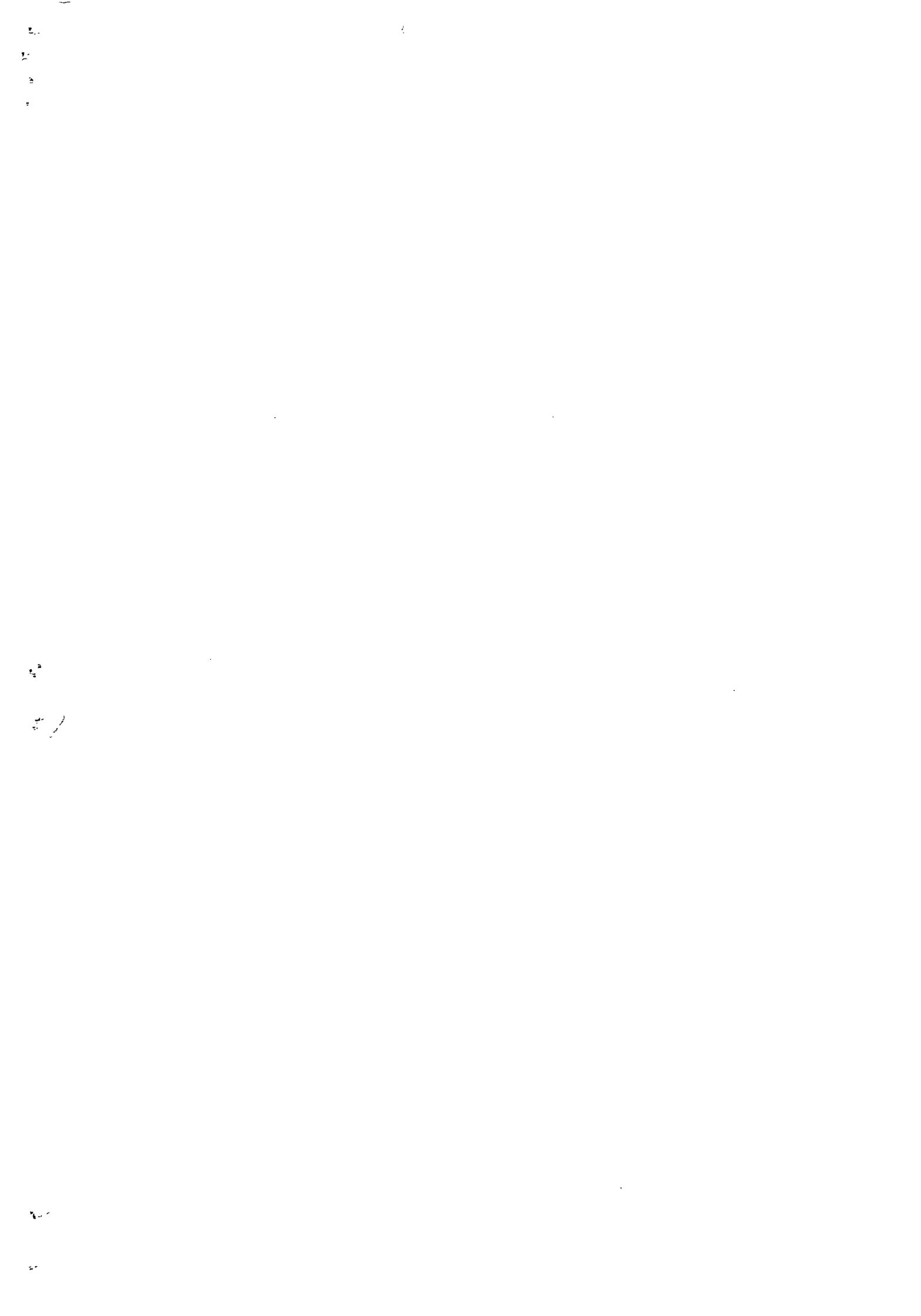


Tableau n° 16 : Répartition des réponses selon les catégories de personnes concernées par le PF.

Fréquence de réponses Population concernée	Fréquence absolue	Pourcentage
Femme mariée	173	50,58
Femme célibataire	149	43,57
Homme marié	11	3,22
Homme célibataire	8	2,34
Aucune idée	1	0,29

Une personne pouvait donner deux ou trois réponses.

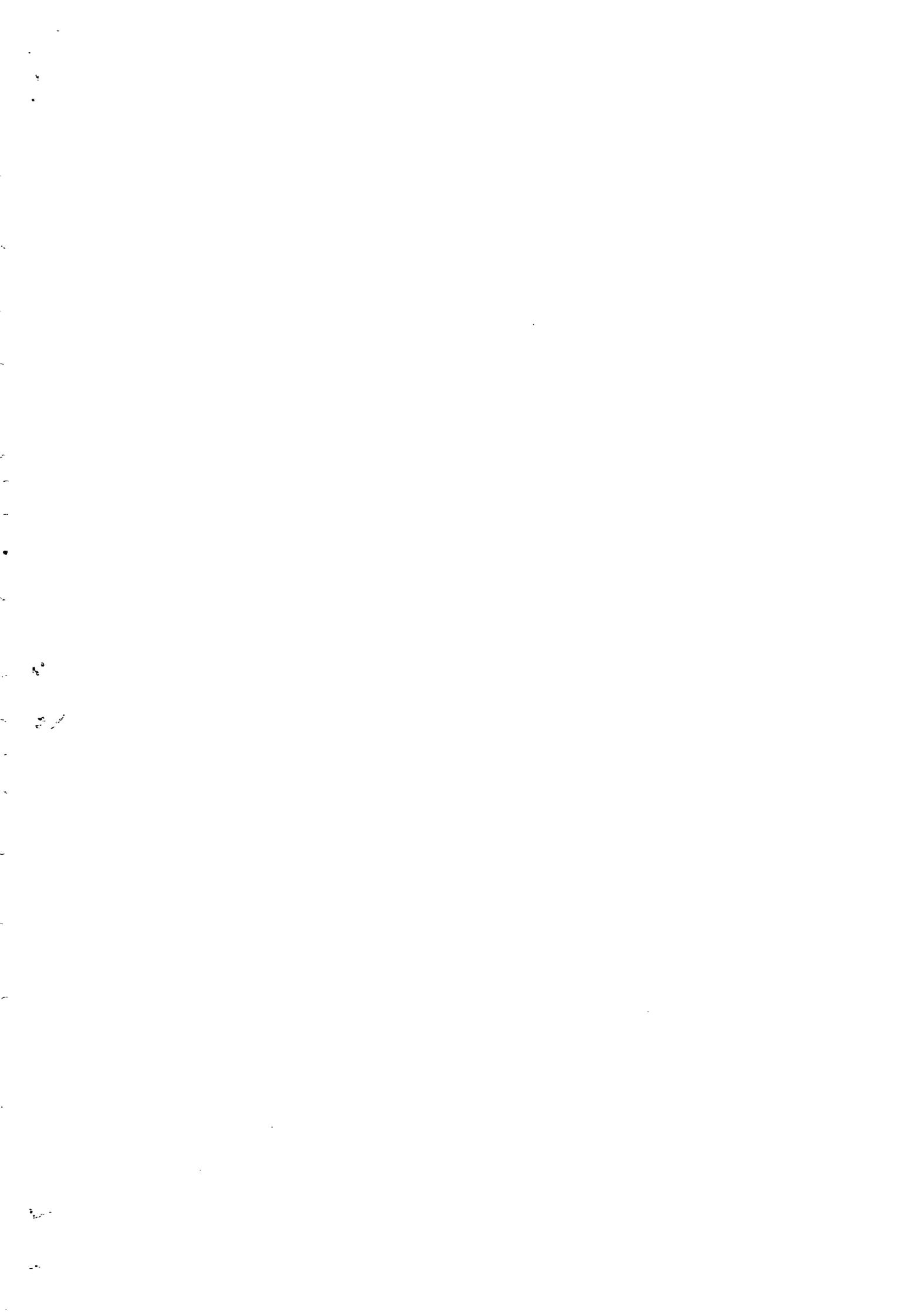


III/ Pratique

Tableau n° 17 : Répartition des femmes selon le but de la pratique du PF

Effectifs de femmes but de la pratique	Fréquence Absolue	Pourcentage
Espacement des naissances	154	89,02
Limitation des naissances	7	4,05
Lutte contre la stérilité	0	0
Lutte contre les MST/SIDA	0	0
Autres (à préciser)	12	6,94
TOTAL	173	100

AUTRES : Eviter les grossesses indésirées ; ne pas avoir d'enfant avant le mariage.



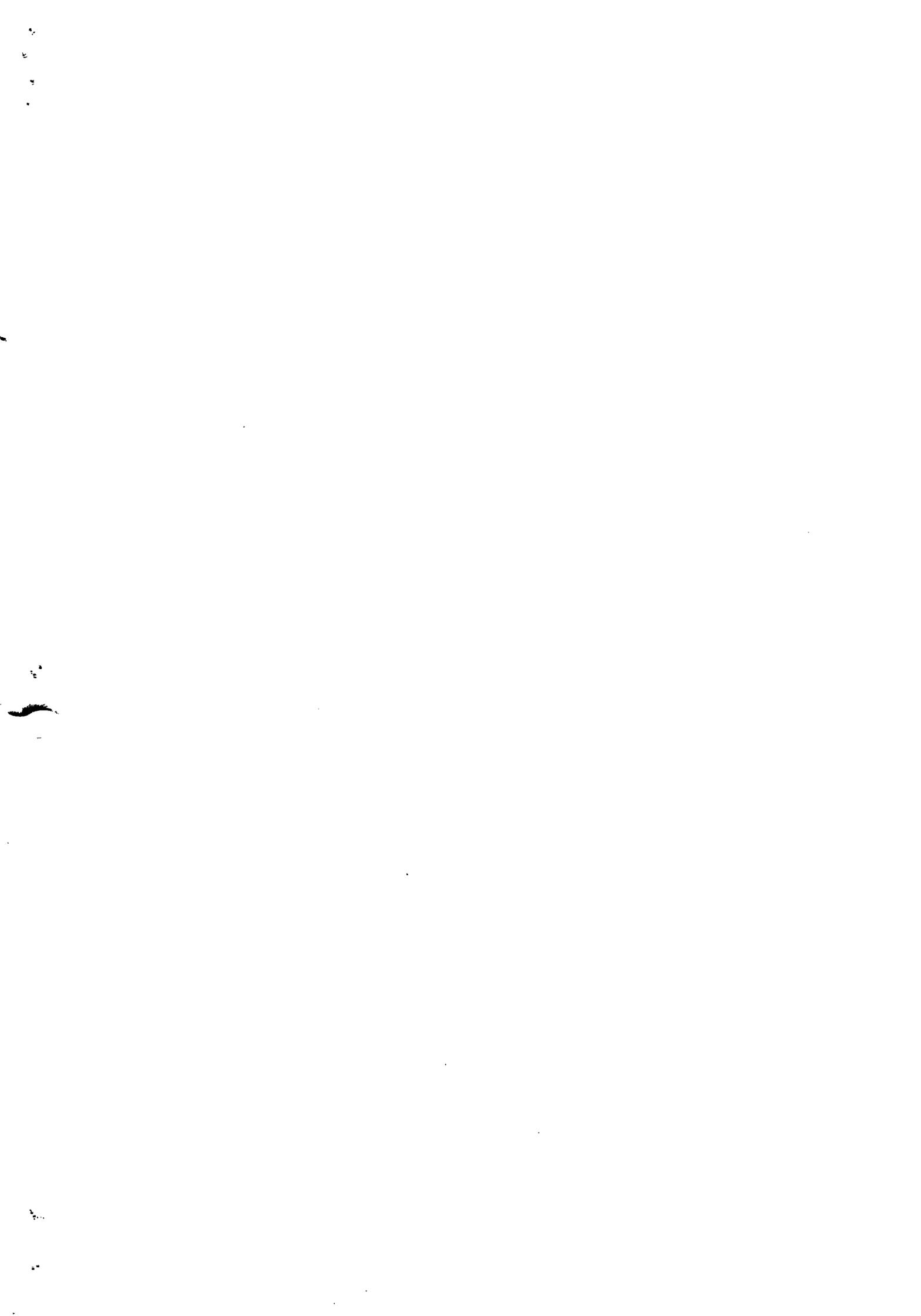
- Répartition selon les consultations effectuées

Sur les 173 utilisatrices 140 soit 80,90 % ont effectué une consultation avant d'être mise sous produit et 33 soit 19,10 n'ont pas subi de consultation.

**Tableau n° 18 : Répartition des femmes selon la source de guide vers le PF
(Source qui a poussé à la décision de pratiquer le planning familial)**

Effectifs de femmes Source de guide	Fréquence Absolue	Pourcentage
Agent de santé	46	26,59
Après réflexion personnelle	42	24,28
Ami (e)	29	16,76
Mari	28	16,18
Parent	13	7,51
Voisin	4	2,31
Autre (à préciser)	11	6,36
TOTAL	173	100

AUTRES : Belle sœur, belle mère.



55 femmes, 55/173 soit 32 % ont présenté des effets secondaires.

La répartition de ces effets secondaires selon la fréquence des réponses est dans le tableau suivant

Tableau n° 19 : Répartition des réponses selon les effets secondaires signalés

Effectifs de femmes Effets secondaires	Fréquence réponse	Pourcentage
Non : pas d'effets secondaires	118	66,67
Vertige	8	4,52
Vomissement	7	3,95
Amaigrissement	2	1,13
Dessèchement vaginal	2	1,13
Autres (à préciser).	40	22,60
TOTAL	177	100

Une même femme pouvait ressentir deux ou plusieurs effets secondaires.

AUTRES :

- Algies pelviennes.
- Hémorragie.
- Trouble du cycle à type d'aménorrhée, d'oligoménorrhée, d'hypoménorrhée, de spanioménorrhée, de spotting.
- Céphalées.
- Leucorrhée.



**PAR RAPPORT AUX EFFETS SECONDAIRES SIGNALES
CERTAINES PRATIQUES ONT ETE FAITES. IL S'AGIT :**

Parmi les 55 utilisatrices qui ont présenté des effets secondaires :

13 soit 23,63 % sont retournées au centre pour explication.

11 soit 20 % sont retournées au centre pour information complémentaire ;

13 soit 23,63 % n'ont rien fait ;

9 soit 16,36 % ont changé de méthode après retour au centre ;

4 soit 7,27 % ont abandonné la méthode ;

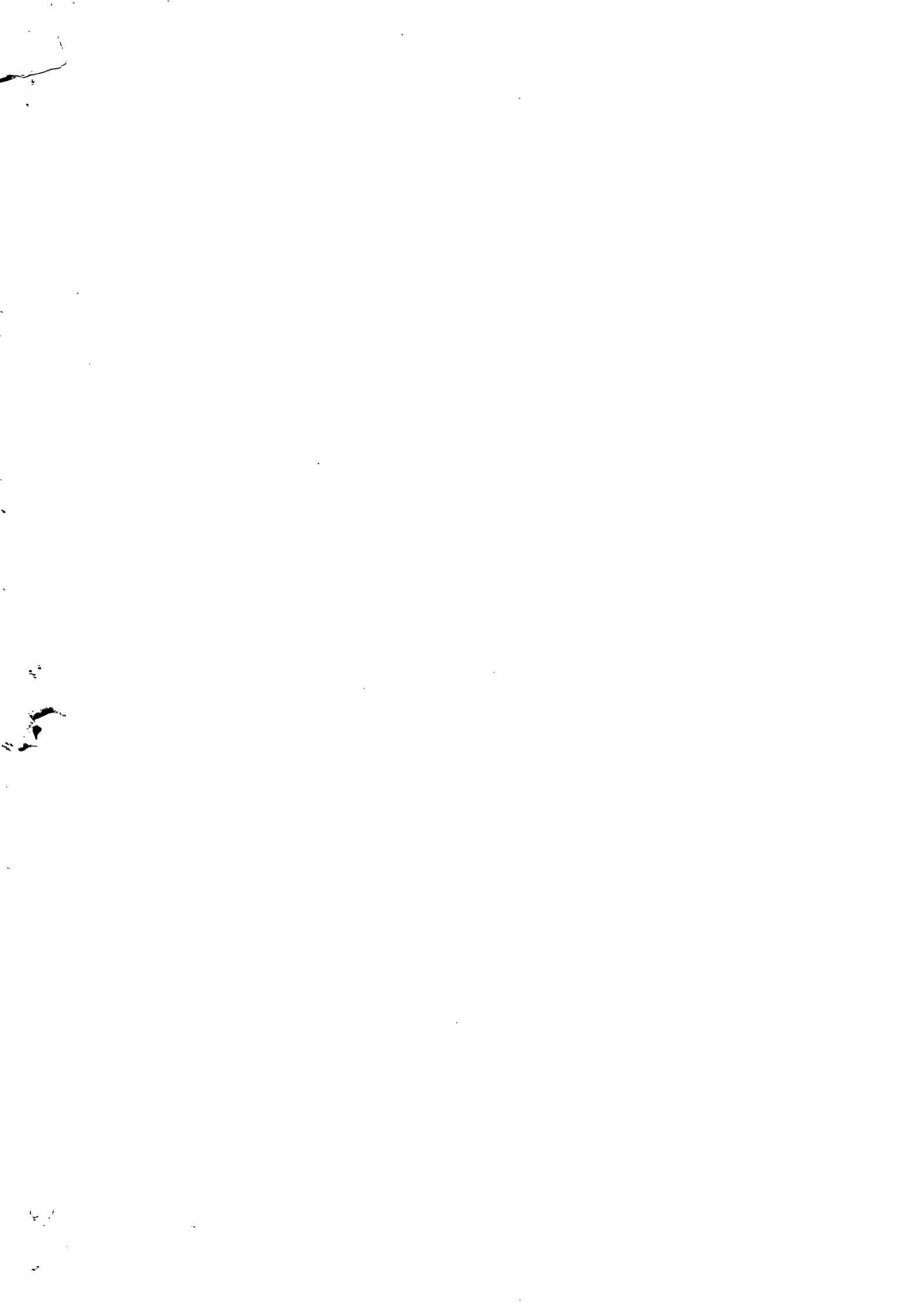
3 soit 5,45 % ont demandé conseil à d'autres personnes ;

2 soit 3,63 % ont signalé d'autres attitudes (traitement avec aspirine) ;

Tableau n° 20 : Répartition des femmes selon le type de problème rencontré

Effectifs de Femmes Type de problème	Fréquence Absolue	Pourcentage
Aucun	155	89,60
Longue attente (+ 1 heure)	13	7,51
Rupture fréquente de stock	3	1,73
Autres (à préciser)	2	1,16
TOTAL	173	100

AUTRES : Négligences



B-/ RESULTATS CONCERNANT LES AGENTS DE L'UNITE PLANNING FAMILIAL

Ce protocole s'est intéressé aux aspects suivants :

D) Connaissances :

Les prestataires ont été interviewés sur les questions suivantes :

1°) Qu'est ce que le PF ? (Objectif)

100 % des agents de l'unité PF donnent l'espacement des naissances comme objectif du planning familial.

2°) Quelles sont les méthodes de PF que vous connaissez ?

- méthodes modernes : (méthodes temporaires)

En plus des méthodes disponibles au centre (pilule, injectable, condom, spermicides, DIU) les prestataires connaissent aussi d'autres méthodes qui ne sont pas disponibles (Implants, diaphragme).

Autres méthodes temporaires :

Méthodes naturelles et traditionnelles :

Parmi les nombreuses méthodes naturelles et traditionnelles chaque prestataire connaît au moins deux.

Méthodes permanentes :

sont aussi bien connues par l'ensemble du personnel soit 100%.



3°) Quelles sont les méthodes de PF dont vous connaissez les mécanismes d'actions ?

Deux sages femmes sur cinq soit 40 % connaissent les mécanismes d'actions de tous les produits disponibles ; elles ont bénéficié d'une formation initiale.

60 % ne connaissent pas tous les mécanismes des produits existants.

4°) Quelles sont les méthodes de PF dont vous connaissez les CI (Contre Indication) ?

Les deux, celles qui ont subi une formation initiale connaissent les contre indications absolues mais les trois autres ont une connaissance vague des CI.

5°) Quelles sont les méthodes de PF dont vous connaissez les effets secondaires ?

Tous les agents soit 100 % connaissent bien les effets secondaires des produits dont elles disposent.

6°) Connaissez - vous des méthodes du PF qui jouent un rôle dans la lutte contre les MST /SIDA ?

100 % connaissent le lien PF et MST/SIDA et donnent comme méthodes de lutte (prévention) les préservatifs (condom).

II) PRATIQUE :

1°) Depuis combien de temps faites - vous les activités du PF ?

Les deux sages femmes qui ont reçu une formation initiale sont dans l'unité depuis plus de cinq ans.

Les autres agents ont une durée d'activité de 1 à 3 ans.



2°) Que faites-vous quand une femme se présente pour la première fois pour PF ?

Pour la pratique des activités de PF dans le centre, 100 % des agents de l'unité PF connaissent bien la procédure à suivre comportant les étapes suivantes :

- accueil du client,
- interrogatoire sur ses antécédents médicaux et gynéco - obstétricaux,
- enregistrement,
- explication de toutes les méthodes contraceptives disponibles au centre,
- libre choix à la cliente,
- exigence d'un examen clinique de la cliente (examen médical et gynécologique),
- fournir la méthode choisie quand celle là n'est pas contre indiquée pour elle,
- donner un rendez - vous.

3°) Avez-vous reçu une formation initiale pour ce travail de PF ?

Parmi ces agents 2 sages femmes ont reçu une formation initiale pour ce travail PF : la sage femme responsable de l'unité et une autre sage femme.

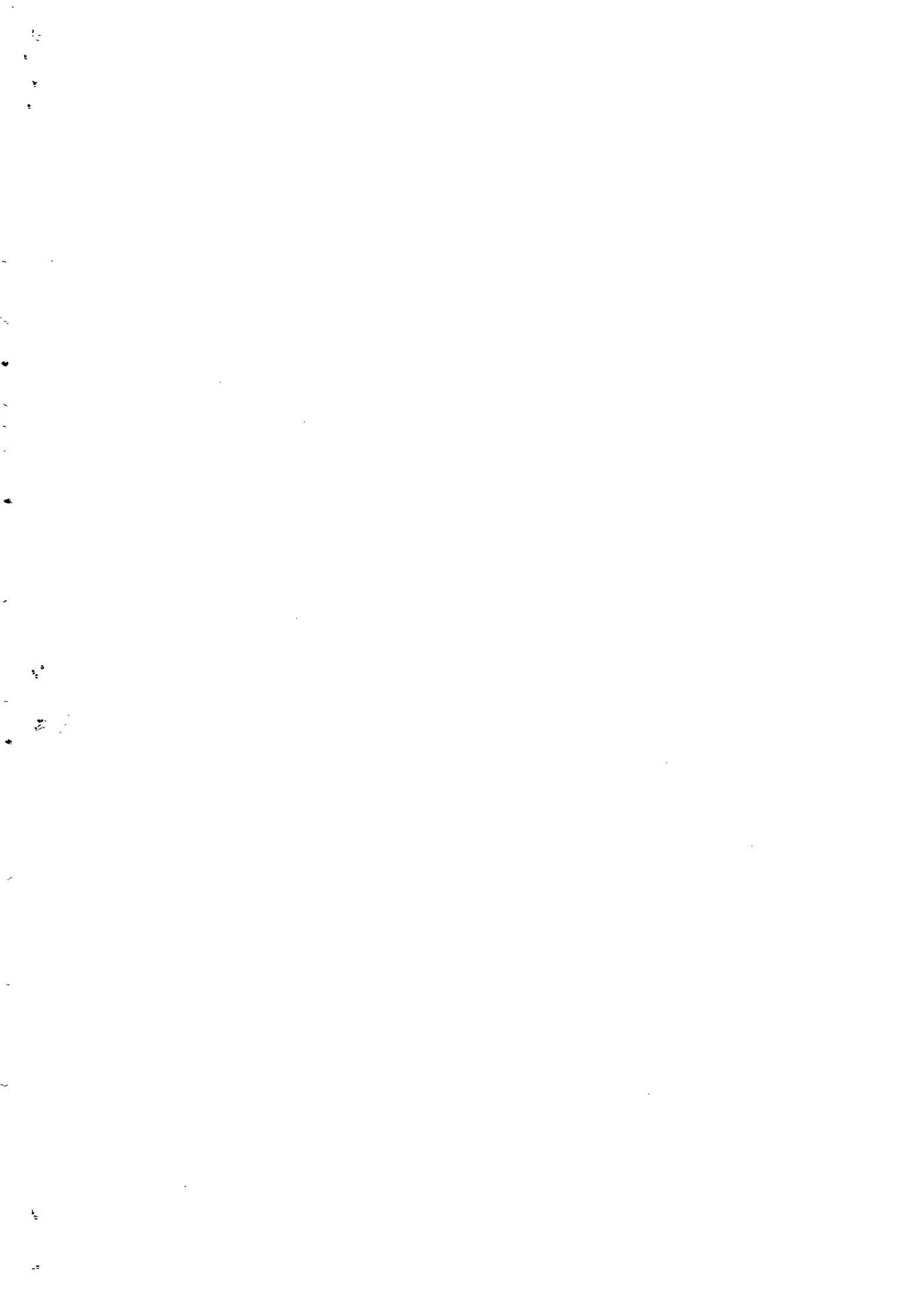
Les autres n'ont pas reçu de formation.

4°) Avez-vous reçu des formations de recyclages ?

Seule une des sages femmes qui est la responsable de l'unité a reçu des formations de recyclage.

5°) Existe - t il un calendrier de recyclage pour les personnels en matière de PF ?

100 % des agents affirment qu'il n'existe pas un calendrier de recyclage pour le personnel en matière de PF.



6°) Etes-vous supervisés en matière de PF ?

Les autres agents sont supervisés par la sage femme responsable de l'unité PF ; elle même supervisée par un agent de la direction régionale de la santé.

7°) Quelles sont ^{les} difficultés que vous rencontrez dans la pratique des activités du PF ?

Elles trouvent toutes (les 5 agents de l'unité PF) qu'ils existent des difficultés dans la pratique des activités du Planning Familial.

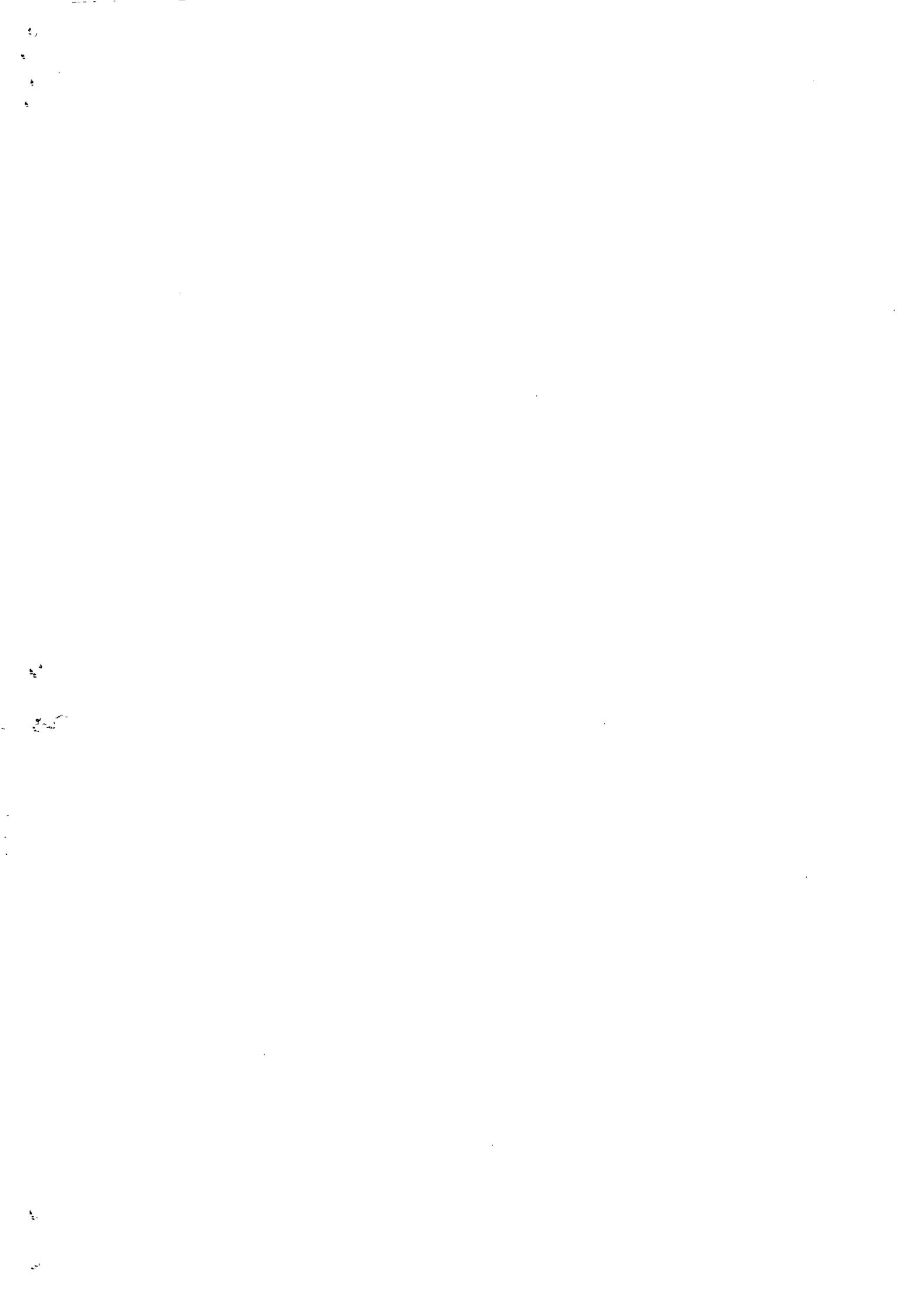
Il existe des difficultés liées et aux utilisateurs et au fonctionnement même du centre :

*** Les difficultés liées aux utilisateurs sont :**

- L'ignorance des utilisatrices sur les effets secondaires : certaines s'affolent après l'apparition de certains effets secondaires ;
- la différence d'âge entre l'utilisatrice très jeune et l'agent de santé assez âgé ;
- la faible présence des hommes pour diverses raisons (centre pour femme, refus de contact direct avec les femmes, discrétion...) ;
- la réticence de certains maris, ce qui est actuellement assez rare ;
- les problèmes de communication entre utilisatrice et agent de santé.

*** Les difficultés liées au fonctionnement même du centre sont :**

- existence d'une salle unique pour tous les 5 agents et pour toutes les activités du PF,
- rupture de carte ou fiche, pour les nouveaux utilisateurs,
- pénurie de matériels et leur état défectueux,
- rupture de certains produits.

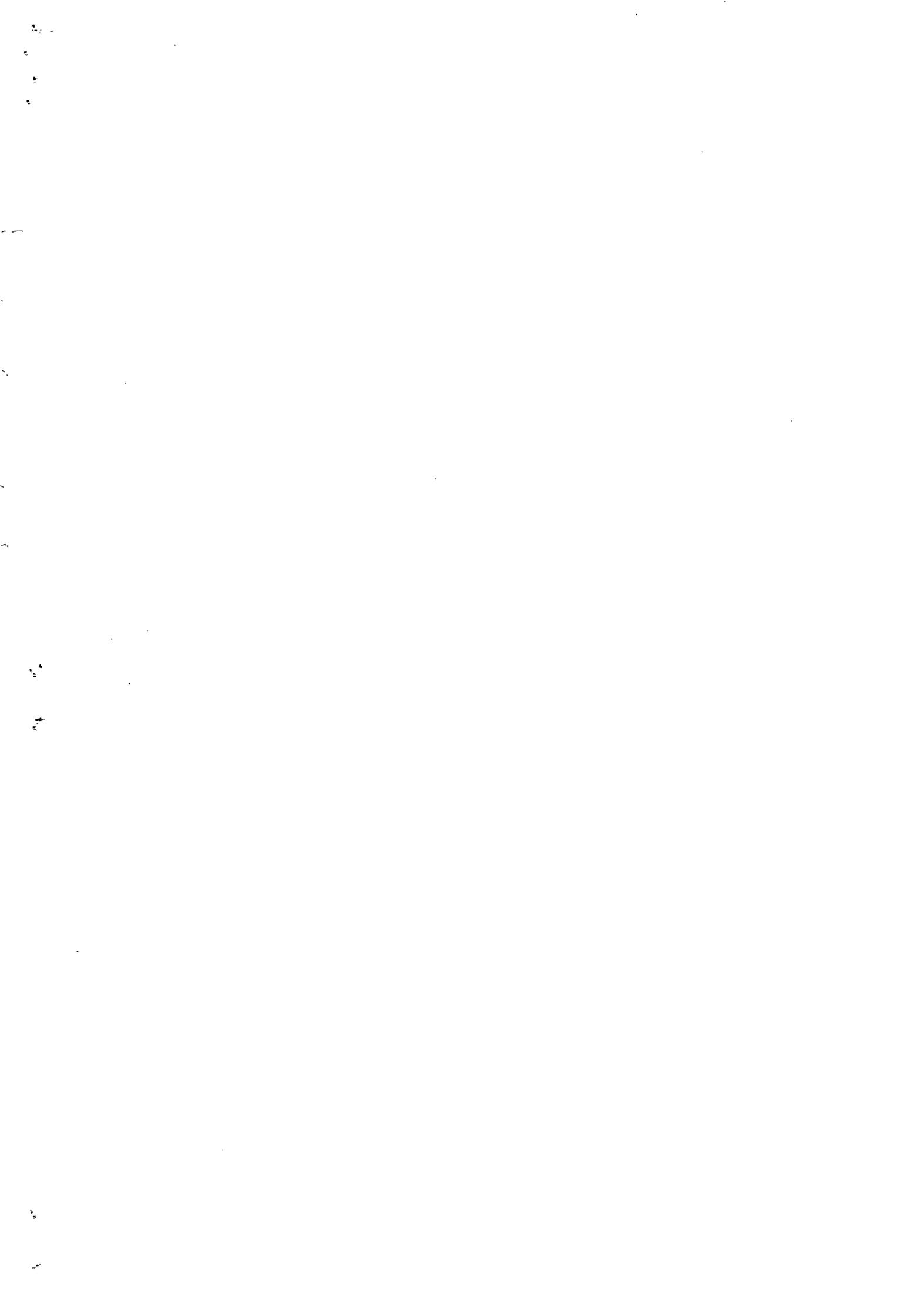


8°) Que souhaitez-vous pour améliorer la qualité de prestation du centre en matière de PF ?

- Motiver les utilisatrices et le personnel ;
- trouver un local plus adéquat pour les activités du PF ;
- chercher des solutions aux problèmes de matériels et de leur échange en cas de détérioration ;
- éviter la rupture des produits et surtout des fiches pour nouveaux utilisateurs ;
- multiplier les centres surtout des centres ou unités pour jeunes filles et pour les hommes.



CHAPITRE VI
Commentaires et Discussions



A-/ Profil des utilisatrices

1°) Le sexe :

100 % des utilisatrices de notre échantillon pendant la durée de l'enquête étaient des femmes et 0 % d'hommes.

Cela s'explique d'une part par la faible fréquentation des services socio-sanitaires par les hommes surtout pour le planning familial pour des raisons de discrétion, d'autre part le fait que les hommes ne sont pas très bien informés sur la possibilité d'obtention des préservatifs dans les centres de santé.

C'est à l'AMPPF qu'on trouve le taux de fréquentation le plus élevé pour les hommes avec 12, 29 % d'après le rapport d'analyse des données statistiques de SMI/PF 91 (42). Cela est dû au fait que cette structure est la plus vieille, la mieux connue et située en centre ville.

2°) L'Age :

Dans notre enquête, 75,15 % des utilisatrices ont au plus 30 ans ce qui est comparable à la conclusion de MAIGA S. (31 ans) qui trouve que 73, 36 % d'utilisatrices du planning familial ont au plus 30 ans ; de même que SANGO S. (56) qui trouve que 66,95 % d'utilisatrices du planning familial ont moins de 30 ans.

La sous représentation des femmes de la tranche de 36 ans et plus est dû au fait que dans nos sociétés, celles-ci sont considérées parfois comme vieilles et surtout parce que souvent mariées précocement et grandes multipares, elles risquent de rencontrer dans le centre des jeunes femmes utilisatrices qui ont l'âge de leurs propres enfants.



3°) Niveau d'alphabétisation

Notre étude montre que 47, 98 % des utilisatrices de la contraception du C.S.C VI ont été à l'école moderne (française), 29, 48 % ont atteint le niveau primaire, les niveaux secondaires et plus représentent 18, 49 % ; les utilisatrices qui ont fait l'école coranique ou Medersa représentent 14, 45 % et la langue nationale (Bamanan) 1, 73 %.

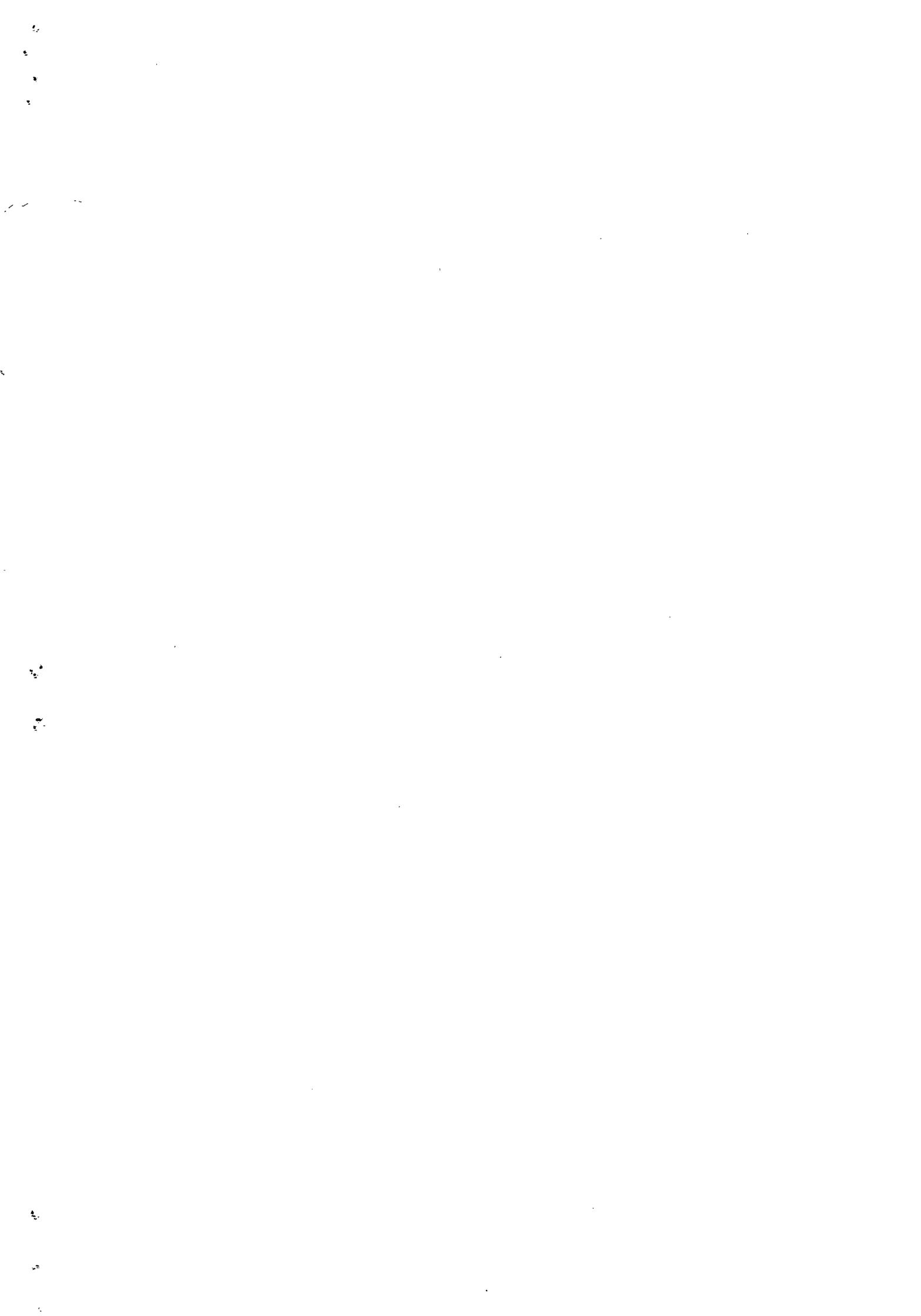
Nos résultats sont comparables à ceux de MAIGA S. (31) en ce qui concerne l'ensemble des utilisatrices ayant été à l'école moderne (49, 39 %).

Pour les niveaux secondaire et plus, nos résultats sont supérieurs à ceux de MAIGA S. (31) qui trouve 8, 57 %. Ils sont inférieurs à celui de l'enquête CНИЕCS/CERPOD (13) qui trouve que 36,40 % d'utilisatrices de la contraception ont le niveau secondaire et plus.

Ce faible taux de participation des utilisatrices de niveaux secondaire et plus s'explique d'une part parce que dans nos sociétés le niveau d'alphabétisation est bas en général surtout chez les femmes, d'autre part les plus alphabétisées préfèrent voir les médecins privés ou faire l'auto contraception à travers les communications interpersonnelles car étant général des fonctionnaires ; leurs activités ne les permettent pas de rester longtemps au centre de santé.

4°) Etat matrimonial :

Dans notre étude, les femmes mariées représentent 83, 82 % des utilisatrices de la contraception contre 10, 98 % de célibataires, 4,05 % qui vivent en union libre et 1,16% de divorcées. On peut comprendre ce fait que les femmes mariées sont disposées socialement à contracter des grossesses, se présentent alors la tête haute, sans gêne au centre contrairement au non mariées qui subissent des pressions et des préjugés de la société pour qui, non mariée vue au planning correspond à prostituée.



5°) Profession :

Les ménagères représentent 70, 52 % des utilisatrices de la contraception de notre étude contre 7, 51 % et 1, 16 % pour respectivement les élèves et étudiantes et les fonctionnaires d'état.

La sous représentation des élèves et étudiantes relève du fait qu'elles sont jeunes, non encore mariées et ont peur de se présenter pour des prestations de planning car peuvent être taxées de pratiquer le libertinage sexuel.

6°) Antécédents gynéco-obstétricaux :

Dans notre échantillon 94,21 % des utilisatrices de la contraception ont au moins un enfant vivant contre 7, 51 % des utilisatrices sans enfant. L'explication qu'on peut donner à cela est que ces mères connaissent mieux que celles sans enfants les difficultés liées à la grossesse, à l'entretien et à l'éducation des enfants.

Nos résultats sont comparables à ceux trouvé par le rapport CNEICS/CERPOD (13) avec un taux de 82 %.



B-/ SOURCES D'INFORMATIONS :

Les sources d'informations les plus citées par les utilisatrices de notre enquête sont :

- Pour utilisatrices avec enfants : les agents de santé avec 28,90 % ensuite la radio avec 19,65 %.

- Pour utilisatrices sans enfants : la source d'information la plus citée est la communication interpersonnelle (amie, voisin) 38,46 % ; ensuite les parents 23,07 %.

L'explication est que les utilisatrices avec enfant sont en contact avec les agents de santé, car elle viennent au centre pour la vaccination des enfants et pour des visites de routine.

Celles qui n'ont pas d'enfant ont comme source d'information la communication interpersonnelle parce qu'elles ont peu de contact avec les agents de santé.

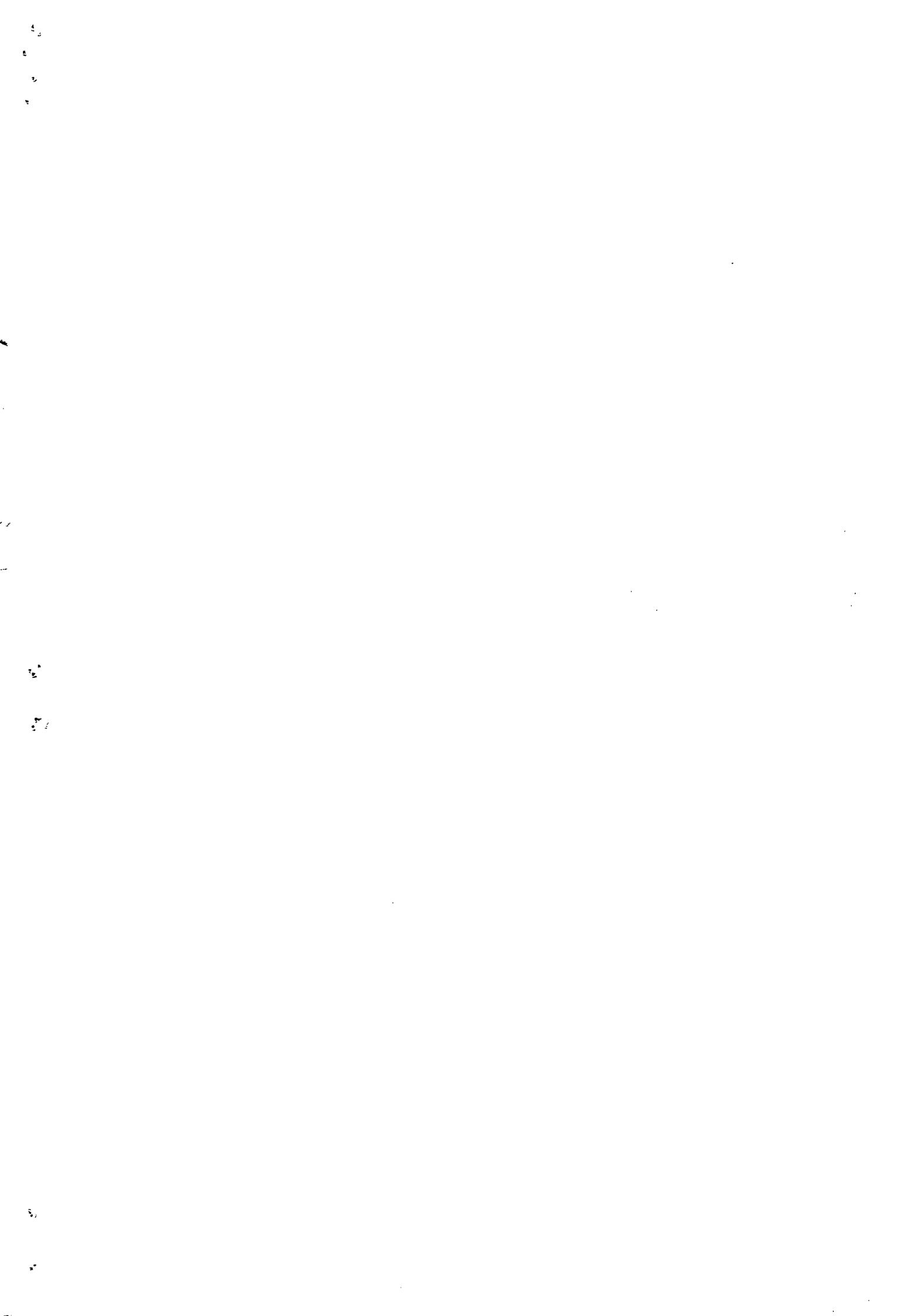
Nos résultats se rapprochent de ceux de MAIGA S. (31) qui trouve comme source d'information des femmes sans enfants la communication interpersonnelle avec 42,86 %.

C-/ CONNAISSANCES :

1°) Connaissance de l'objectif :

L'objectif le plus connu du planning familial par les utilisatrices de la contraception est l'espacement des naissances 88,71 %.

Les autres objectifs : limitation des naissances, lutte contre la stérilité, lutte contre MST/SIDA sont peu connues, cela dénote une insuffisance d'information sur le plan pratique des différentes activités du planning familial.



2°) Connaissances des populations concernées :

Il est apparu que les populations concernées par le planning familial sont surtout les femmes mariées dont la tranche d'âge se situe entre {14-50 ans}.

3°) Connaissances des méthodes :

Sur les 173 utilisatrices interrogées, 166 soit 95, 95 % connaissent les méthodes disponibles au centre (pilule, condoms, spermicides, DIU, injectable).

Parmi ces méthodes la pilule est la plus connue. Cela est dû aux nombreuses publicités faites sur la pilule et sa disponibilité presque permanente.

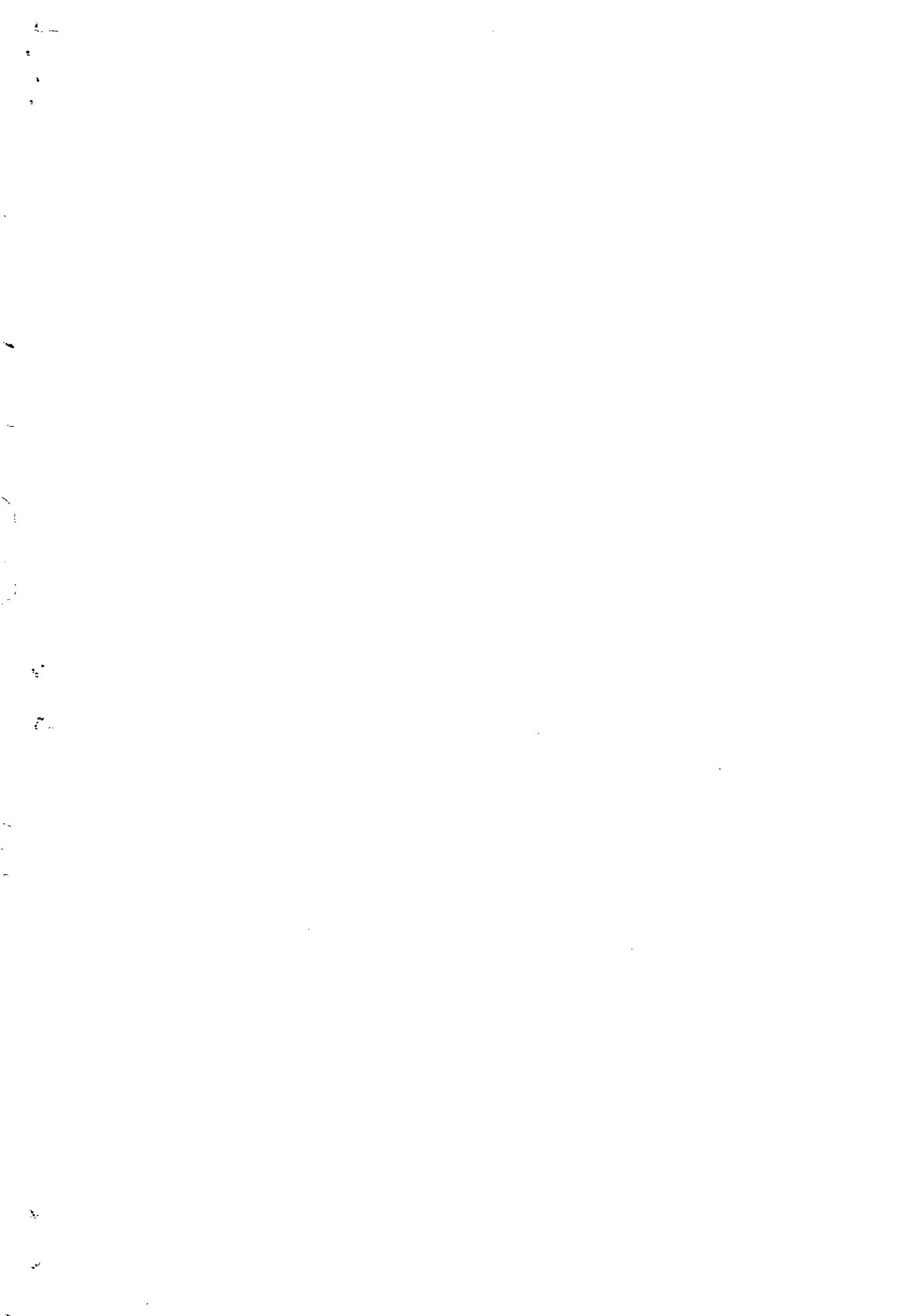
4°) Connaissances du lien entre le PF et les MST/SIDA :

Notre étude montre que 57/173 femmes soit 32,94 % connaissent le lien MST/SIDA et PF et citent le préservatif comme moyen de prévention des MST/SIDA.

D-/ Pratique :

1°) La source de guide vers le PF :

46/173 femmes soit 26,58 % ont été poussées à la décision pour les agents de santé et 42 soit 24, 27 % après réflexion personnelle. Cela s'explique par le fait que la majorité des utilisatrices ayant au moins un enfant donc sont en contact direct avec les agents de santé qui les poussent à se planifier.



2°) Le but de la pratique du planning familial

Notre étude montre que 154/173 femmes soit 89,01 % des utilisatrices pratiquent le planning familial pour l'espacement des naissances, et 4,05 % pour arrêt total de maternité (toutes mariées, grandes multipares).

Nos résultats se rapprochent de ceux de MAIGA S. (31) qui trouve que 71,59 % des utilisatrices pratiquent le planning familial pour l'espacement des naissances.

3°) La femme a été oui ou non consultée à la première visite :

Dans notre étude 140/173 femmes soit 80,92 % des utilisatrices affirment avoir subi une consultation et 33/173 femmes soit 19,07 % déclarent n'avoir pas été consultées : parce qu'elles sont venues au centre en période de menstrues. Ce résultat se rapproche de ceux de MAIGA S. (31) qui trouve que 89,94 % des utilisatrices ont subi une consultation.

4°) Les effets secondaires signalés

Dans notre étude, 118/173 femmes soit 68,20 % des utilisatrices n'ont pas ressenti d'effet secondaire après la prise du produit : cela se comprend quant on sait que la consultation effectuée préalablement permet d'adapter au mieux le produit à la patiente.



CHAPITRE VII

Conclusion et Recommandations



CONCLUSION

Cette enquête de type transversale menée du 17 Mars 1998 au 17 Avril 1998 au centre de santé de la commune VI visait les objectifs suivants :

- Evaluer les activités de SMI/PF en commune VI,
- faire une enquête sur les connaissances et pratiques des utilisatrices des prestataires de planning familial,
- évaluer les connaissances des prestataires en matière de planning familial et leurs liaisons avec les MST-SIDA,
- préconiser quelques recommandations pour une plus grande utilisation du planning familial.

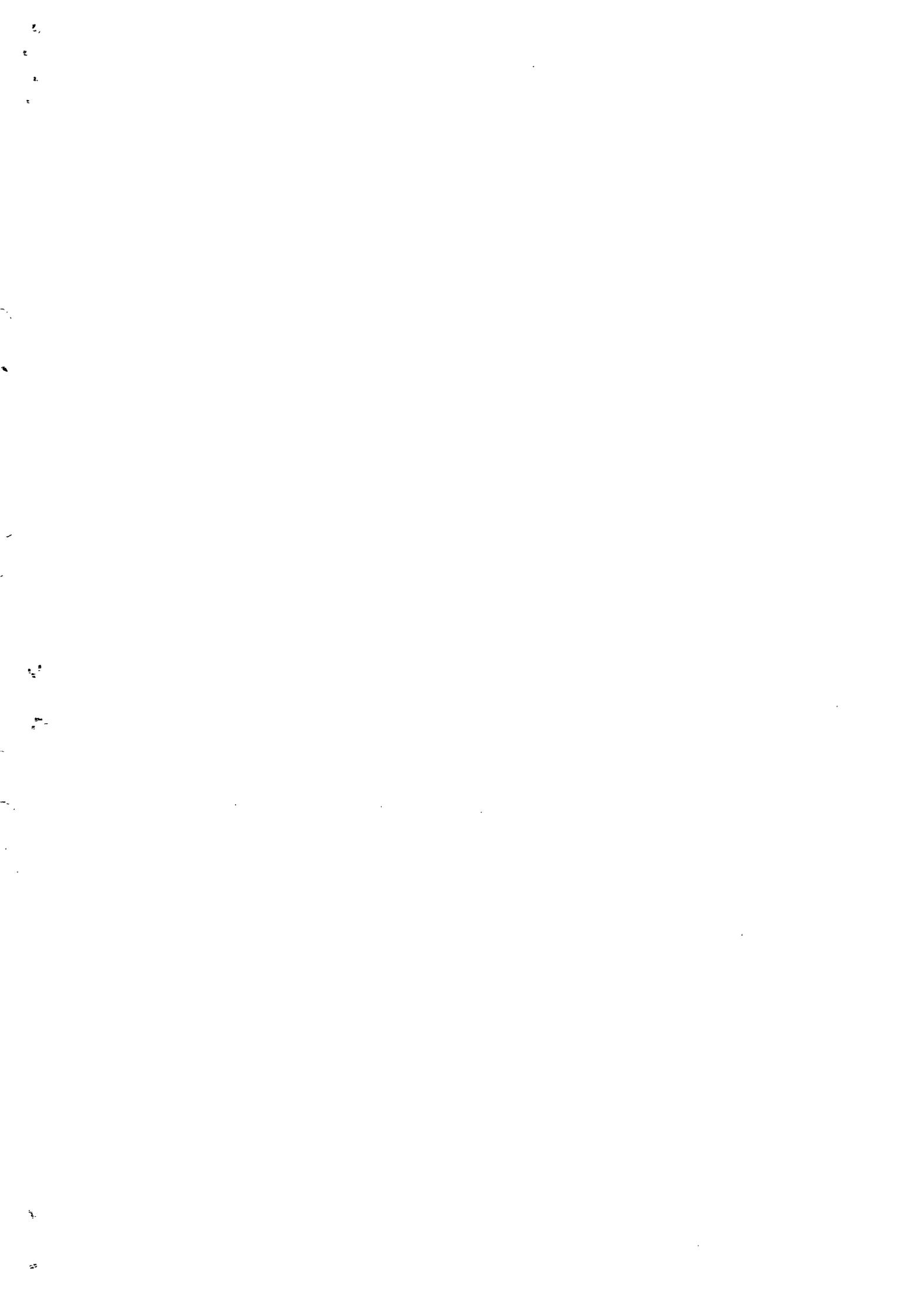
Le recueil des données a été fait à partir de questionnaires administrés aux utilisatrices et aux prestataires de l'unité PF.

Les principaux résultats obtenus sont les suivants :

Pour les utilisatrices :

* La fréquentation des services socio-sanitaires reste une affaire des femmes :

- relativement jeunes : 75,15 % des utilisatrices ont au plus 30 ans,
- mariées 83,82 %,
- 94,21% avec au moins un enfant vivant,
- niveau d'alphabétisation faible,
- la première source d'information des utilisatrices est l'agent de santé 28,90% ensuite la radio 19,65%,
- Les utilisatrices qui n'ont pas d'enfant ont comme source d'information première la communication interpersonnelle avec 38,46%,
- Les méthodes naturelles et traditionnelles sont peu connues.
- 70,73 % pensent qu'on peut commencer le planning familial dès la puberté jusqu'à la ménopause [14-50].



- L'espace des naissances est signalé comme étant le but principal de la pratique du planning familial.
- 66,67% des utilisatrices n'ont pas ressenti d'effets secondaires après la prise du produit.
- 89,60% n'ont pas rencontré de problèmes au centre.

Pour les 5 prestataires, l'enquête a montré :

- Il n'existe pas un calendrier de recyclage pour le personnel en matière de PF,
- deux (2) sages femmes ont reçu une formation initiale en PF ; une d'entre elles (la sage femme responsable de l'unité) a reçu des formations de recyclage,
- elles évoquent à 100% l'espace des naissances comme objectif du planning familial,
- elles ont toutes une connaissance approfondie des méthodes de PF (moderne, naturelle, traditionnelle, permanente).
- Les deux (2) sages femmes ayant subi une formation initiale connaissent bien les mécanismes d'action, les contre indications et les effets secondaires ; mais les 3 autres en ont une connaissance peu approfondie,
- 100% des agents connaissent le lien PF et MST/SIDA,
- pour la pratique des activités, 100% des agents de l'unité PF connaissent bien la procédure à suivre de l'accueil à la distribution des produits aux utilisatrices, de la première visite aux visites de suivi.



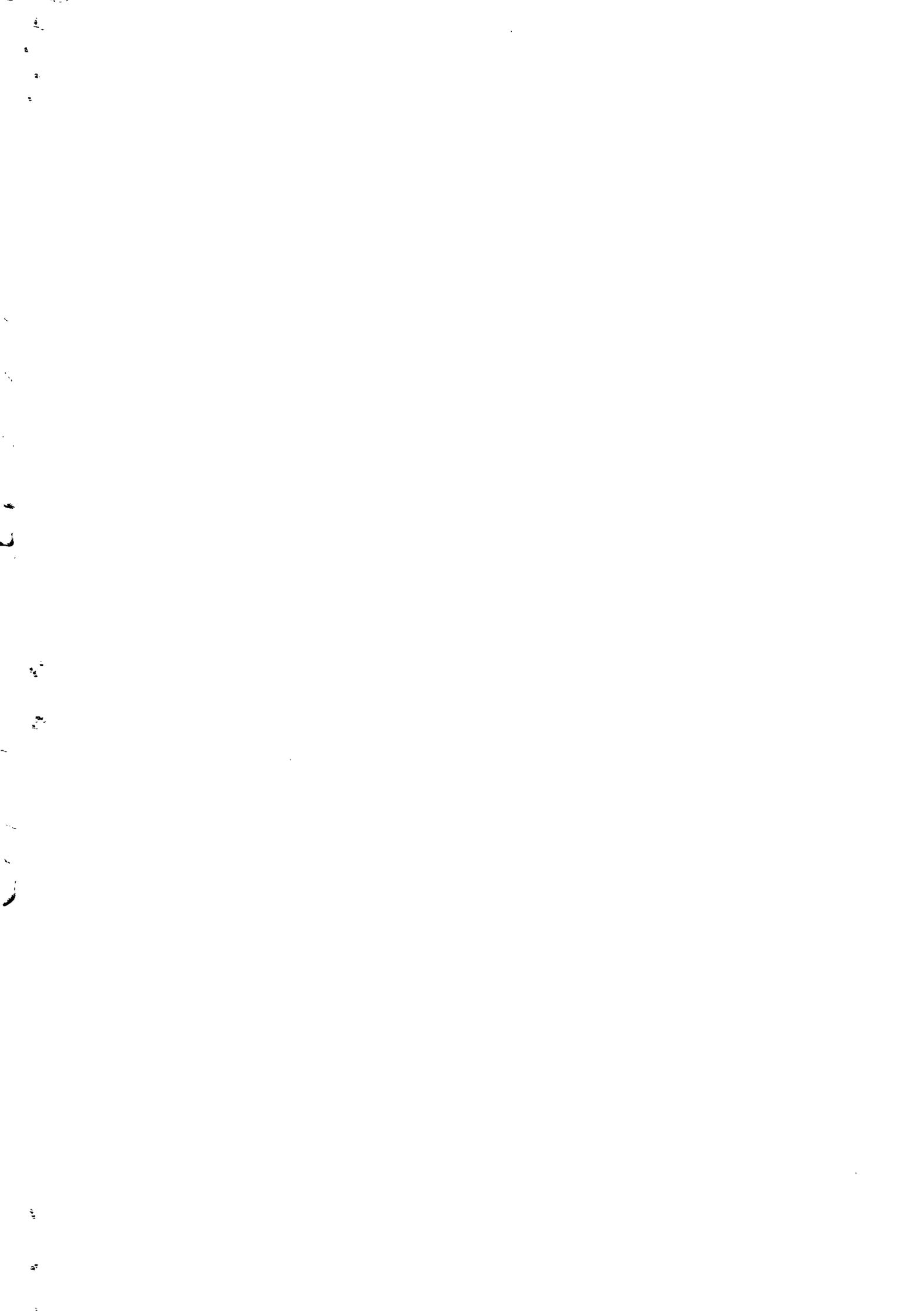
RECOMMANDATIONS

1) Pour les utilisatrices

- Venir se faire planifier, cela pour maintenir leur propre santé et celle de toute leur famille, mais aussi pour l'amélioration de leurs conditions de vie, et le bien être des enfants.
- S'informer le plus possible auprès des agents de santé pour les explications concernant le planning.
- Eviter l'automédication et la médication de similitude.
- Respecter le rendez-vous fixé.
- Signaler précocement les effets secondaires aux agents du PF pour une meilleure prise en charge.
- S'entretenir au préalable avec les maris, en leur expliquant les avantages du planning familial en vue d'avoir leur adhésion.

2) Pour les autorités

- Equiper les locaux pour les rendre adéquats pour le confort du personnel et des utilisatrices.
- Multiplier les centres de planification familiale, pour augmenter l'accessibilité géographique.
- Créer des centres spécifiques pour hommes, pour jeunes filles et adolescentes, cela permettant de pallier aux susceptibilités sociales de ces couches.
- Informer, sensibiliser la population à travers des émissions sous forme de débats radiotélévisés pour qu'elle comprenne mieux le but et les objectifs du PF dans le développement socio-sanitaire ; sensibiliser les parents pour que le PF ne soit plus un sujet tabou.



- Former et recycler les agents du planning familial pour qu'ils soient plus performants dans les prestations de PF.
- Motiver le personnel cela par l'aménagement et l'équipement de leur cadre de travail et aussi par l'octroi de ristournes provenant des prestations de PF.

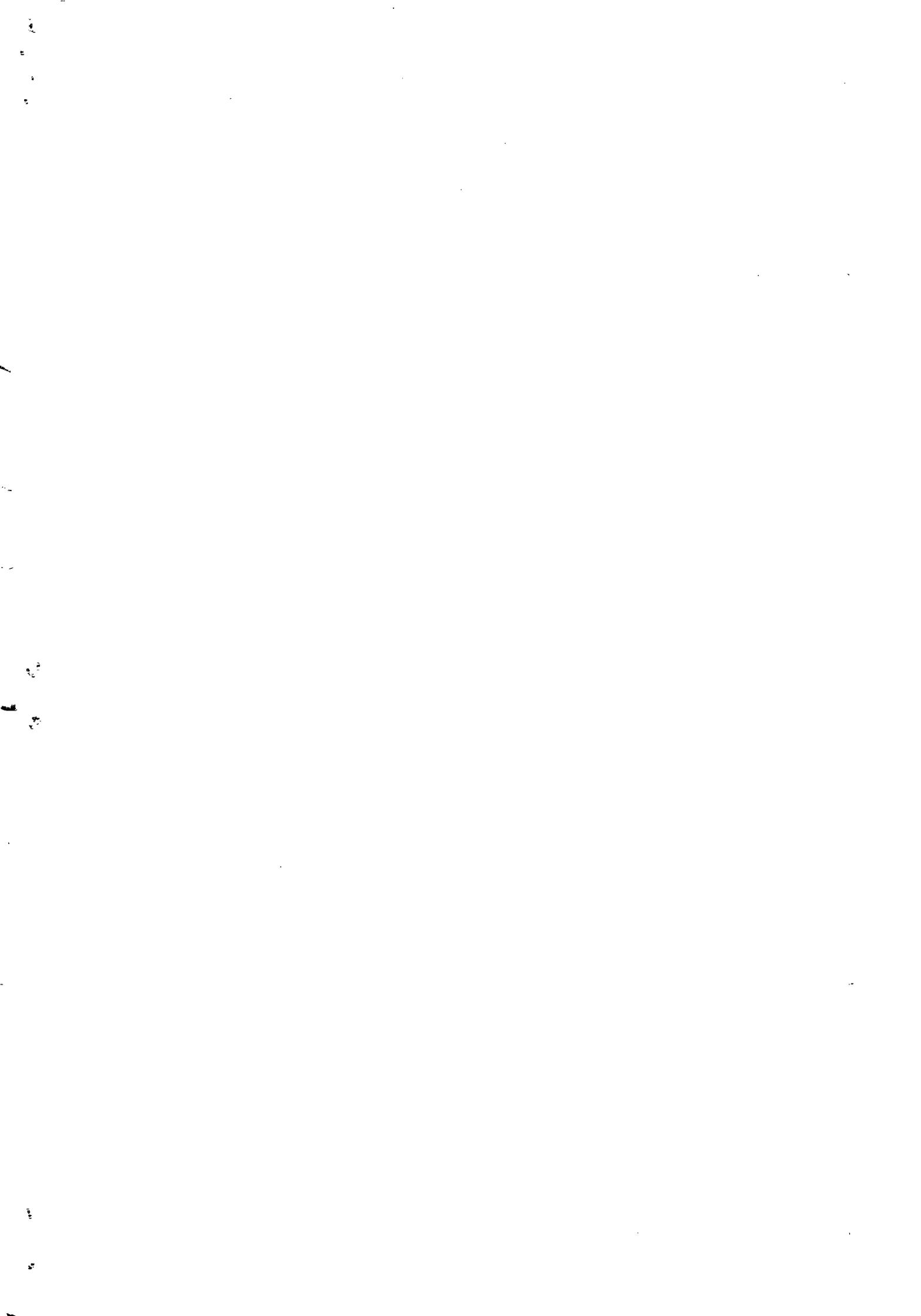
3) Pour les Agents de Santé :

- Améliorer l'accueil (1^{ère} condition pour que les femmes fréquentent le centre).
- Instituer et renforcer l'EPS auprès des utilisatrices, dans le but de leur faire prendre conscience que le PF recherche d'abord leur propre bien être, ensuite celui de leurs enfants et enfin celui du couple.
- Adapter les produits aux utilisatrices.
- Prendre les anciennes utilisatrices en première position pour éviter les longues attentes liées à la consultation des nouvelles.



CHAPITRE VIII

Références Bibliographiques



REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE

1) Aguillar I.

Fécondation : Femme et Mère

Dammarie les lys (France) Mars 1988 n° 803

2) Aïdibe Y.

Les oestroprogestatifs et leurs applications en contraception.

Thèse Médecine Dakar 1981 n° 99

3) Alihonou E. et Coll.

- Adolescente et contraception, enquête CAP au Bénin.

Rapport 1988 – 1993.

4) AMPPF et FHI.

- Connaissance, attitude et pratique en matière de planning familial des professionnels de la santé au Mali.

Rapport d'étude de Juin 1989.

5) AMPPF et JHU.

- Ce que les maliens disent de la planification familiale résultat des interviews de groupe.

Bamako – Mali Mars 1986

6) Backet A. ; Maurice E, Michael Davies, Angeles Petros ; Barvation :

- l'approche fondée sur la notion de risque et les soins de santé notamment la santé maternelle et infantile (y compris la planification familiale)

OMS Genève 1984

7) CAMARA M.

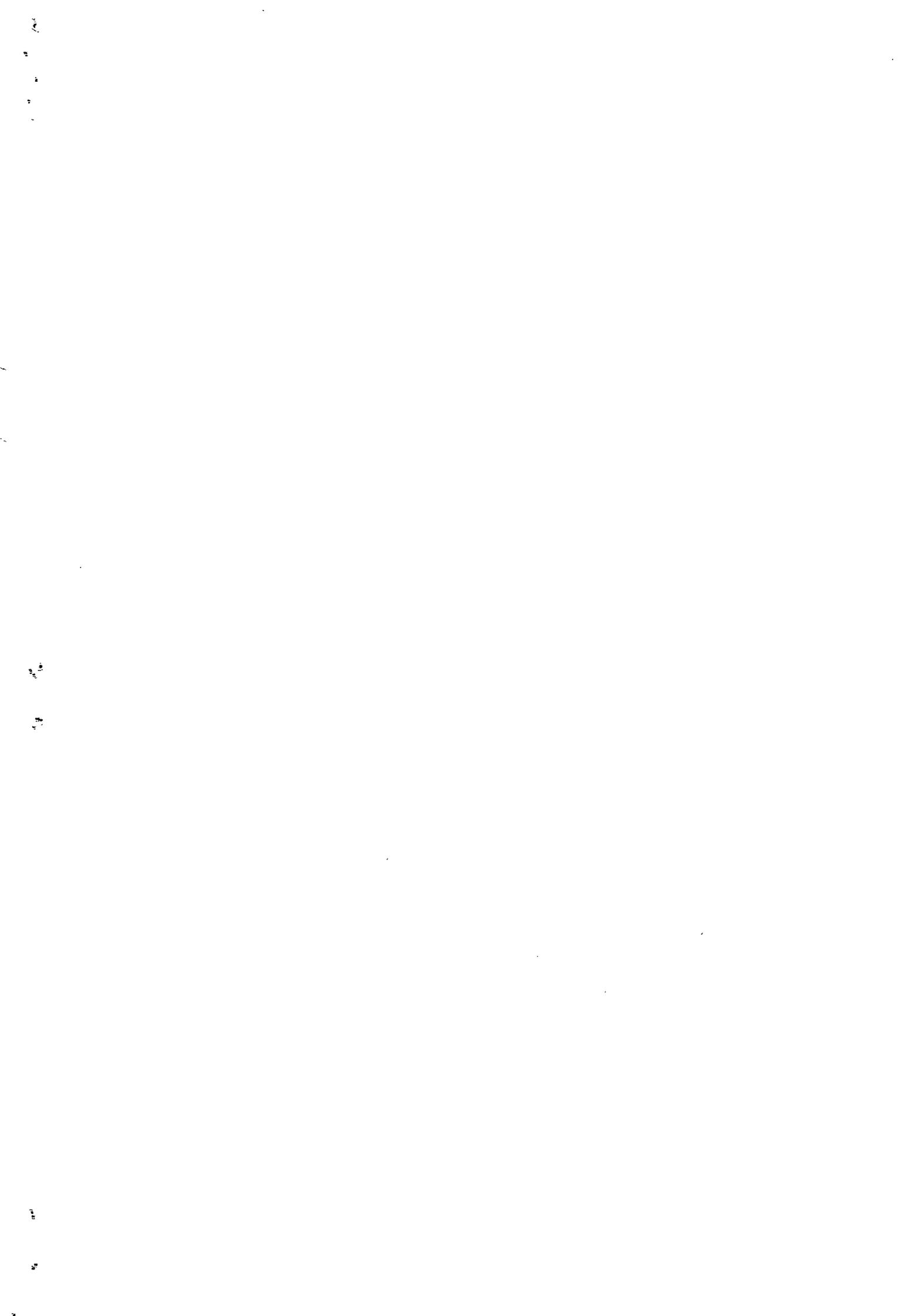
- la contraception chez l'adolescente

Thèse Médecine Bamako 1992 n° 44

8) Centre de Santé Commune VI

- Rapport mensuel d'activités sur le planning familial

Année 1997.



9) Centre pour le contrôle des maladies transmissibles CDC Atlanta (USA)

- Planning familial : Méthodes et Pratiques pour l'Afrique

Atlanta (USA) 1985

10) CERPOD :

- Les défis de la croissance rapide de la population

Population et Développement dans le Sahel

Bamako Mali 1990.

11) CERPOD

- Etude sur la santé reproductive chez les adolescentes dans le Sahel

Résultat des focus groups, des interviews individuelles

cas du Mali pour 1995

12) CERPOD

- Etude de la santé reproductive chez les adolescentes dans le Sahel

Résultat des focus groups, des interviews individuelles

cas du Burkina Faso Juin 1995

13) CNIECS ; CERPOD

- Enquête de base pour la promotion du logo national de la planification familiale.

Bamako Mali 1996

14) Conseil National de Recherche

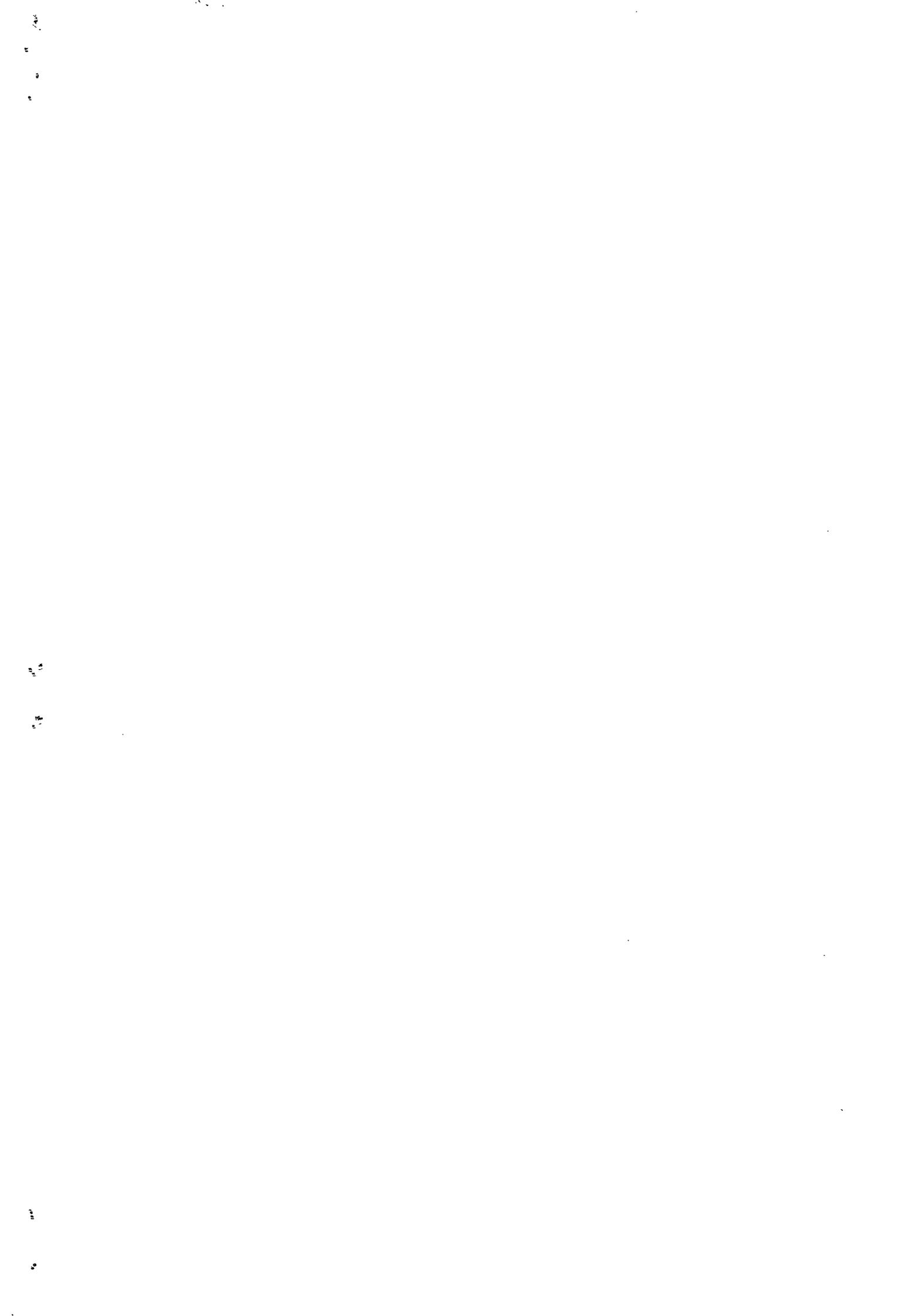
- Contraception et reproduction : conséquences pour la santé des femmes et des enfants dans les pays en voie de développement

Paris, Economisa (FR.) 1991

15) COULIBALY P.

- Contribution à l'étude socio-épidémiologique de la planification familiale dans le cercle de Douentza.

Thèse Médecine Bamako 1992 n° 36



16) DASSIE J.

- Evaluation des perturbations métaboliques induites par les anticonceptionnels oraux

Thèse pharmacie Dakar 1983 104 P n° 13

17) DEMBELE O.

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

Thèse Médecine Bamako 1992

18) DJIRE Y.

- Etude de la mortalité infantile à Niamakoro (District de Bamako)

Thèse Médecine Bamako 1990 n° 29

19) DRAVE A.N.

- Etude rétrospective de la mortalité maternelle dans le service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital national du Point "G"

Thèse Médecine Bamako 1996 n° 39

20) Enfants et Femmes au Mali

- Une analyse de situation

Paris : l'harmattan 1989

21) Enquête démographique et de santé (EDS) au Mali

- Haute Vallée – Bamako

Novembre 1990

22) Etat de la population mondiale :

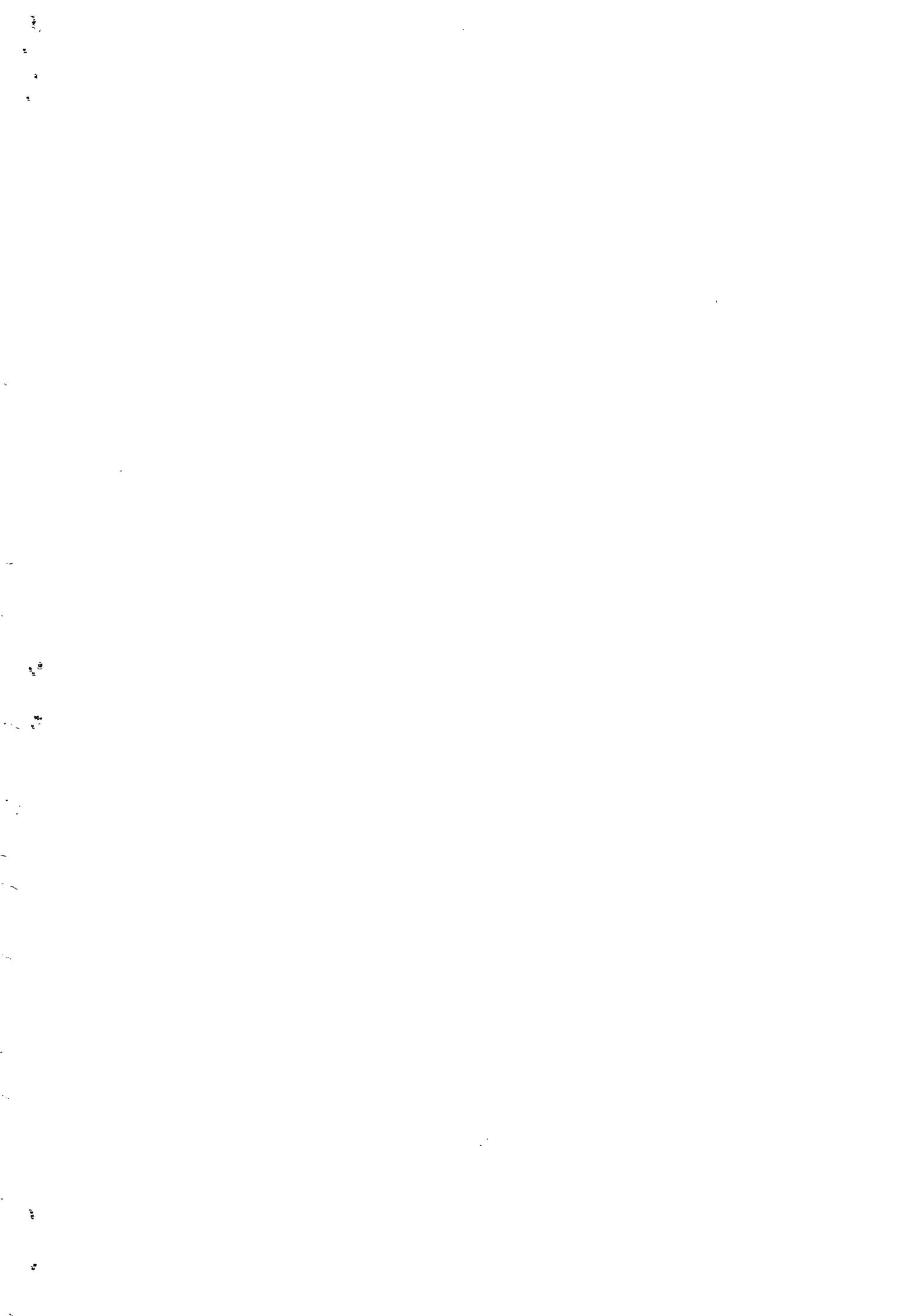
Revue FNUAP (Fonds des Nations Unies pour la Population)

New York (USA) 1995

23) Evaluation des services socio-sanitaires

- Rapport d'analyse des données statistiques de SMI/PF.

Division santé familiale et communautaire 1993.



24) GOITA O.

- Approche épidémiologique de la mortalité maternelle liée à la grossesse et à l'accouchement dans le cercle de Douentza (Mopti)

Thèse Médecine – Bamako 1992 n° 38

25) IBEM K.

- Contribution à l'étude de la stérilité féminine à Bamako

Thèse Médecine - Bamako 1979

26) KABA M.E.O.T.

- Surveillance prénatale dans trois formations sanitaires du district de Bamako
A propos de 813 cas

Thèse Médecine – Bamako 1996

27) KABORE I ; Thiombiano B ; Tapsoba P ; OUEDRAGO Y ABSF

- Motivation sur la planification familiale et programme de référence impliquant les utilisatrices de contraceptifs satisfaites ainsi que les sages-femmes

Ouagadougou 1993

28) KEITA J.B.M.

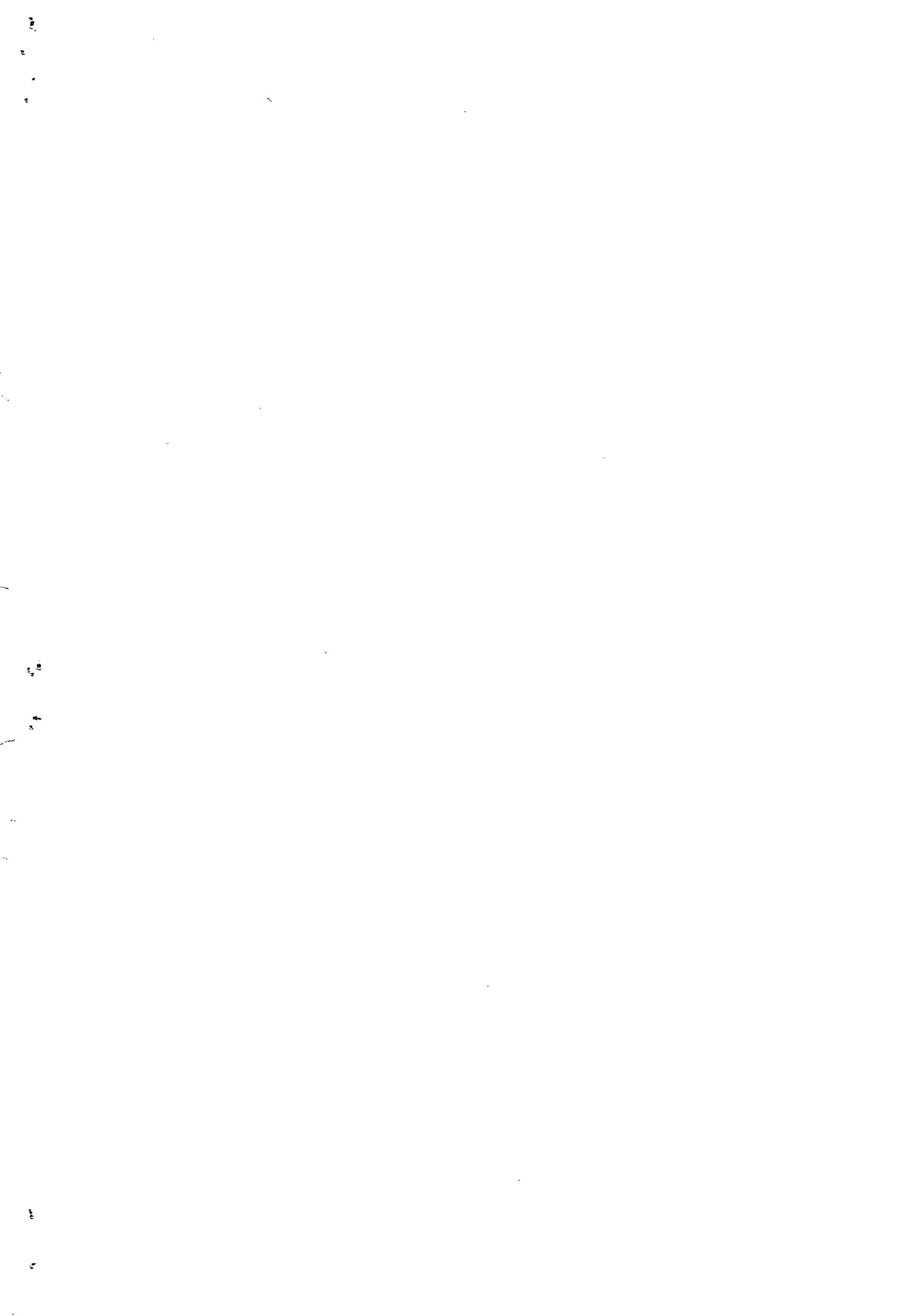
- Contribution à l'étude de la mortalité périnatale dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital National du Point "G" pour la période de dix (10) ans : de Janvier 1982 à Décembre 1991

Thèse Médecine – Bamako 1992 n° 12

29) KOITA F.T.

- Intérêt de la consultation prénatale sur la santé de la mère et de l'enfant
A propos de 1872 gestantes

Thèse Médecine – Bamako 1996 n° 50



30) MAIGA M.D.

- Contribution de la planification familiale à l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant en milieu rural au Mali

Thèse Médecine – Bamako 1977 n° 7

31) MAIGA S.

- Contribution à l'étude du planning familial auprès des utilisateurs du centre de santé de la commune VI

Thèse Médecine – Bamako 1996 n° 52

32) Mairie Commune VI

- Recensement de la population de la commune VI 1996-1997

33) Malher M.

- Conférence sur la maternité sans risque

OMS Nairobi 1987

34) Masson

- Précis de gynécologie 2^e édition 1979

35) MOUKORO R.

- Perception communautaire du planning familial dans le cercle de Tominian

Thèse Médecine – Bamako 1993 n° 12

36) Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan Sénégal

- Enquête sur la planification familiale en milieu urbain

Dakar 1994

37) Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales

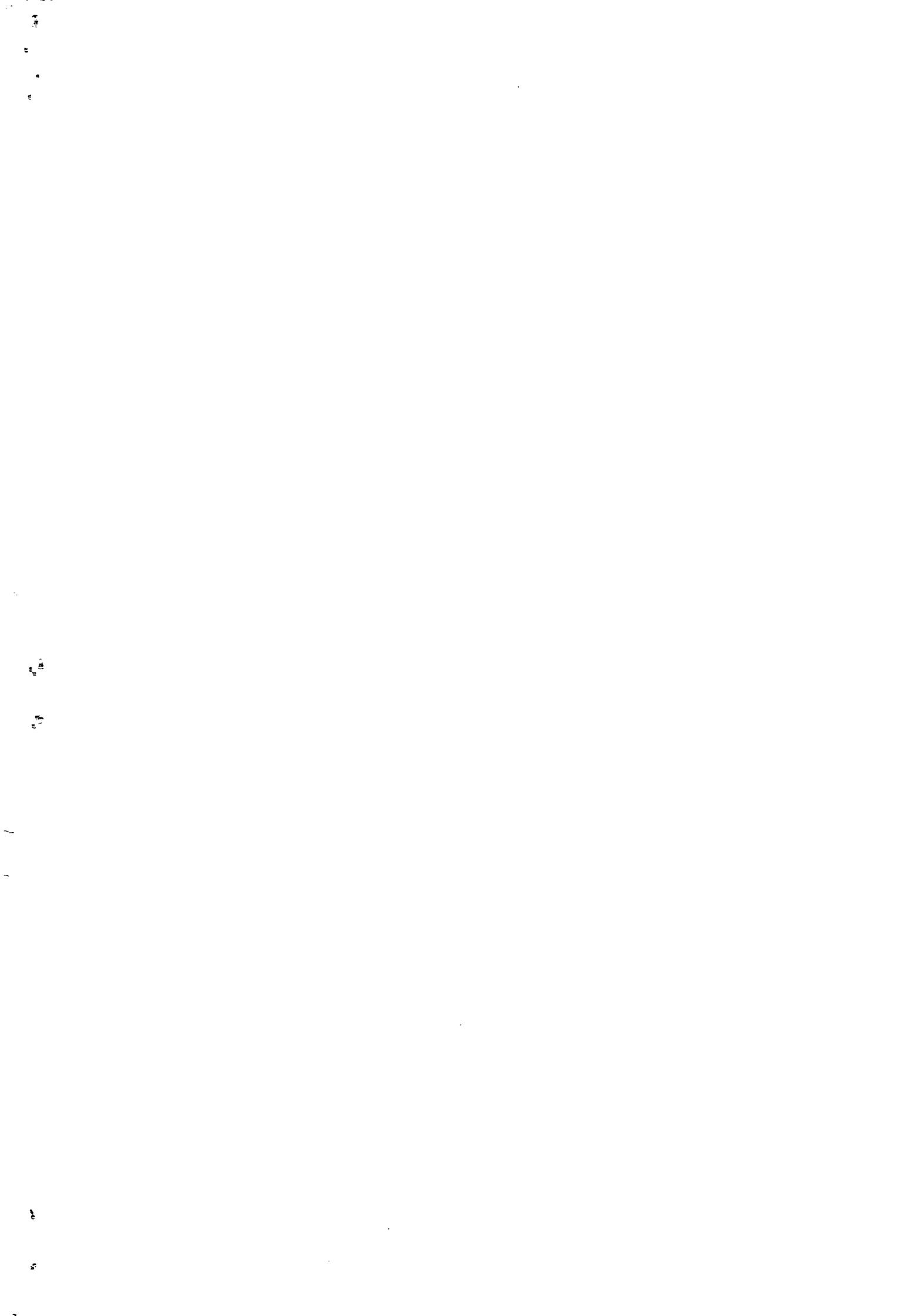
- Normes et procédures pour la planification familiale

Bamako 1990

38) Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales/DSF

- Plan d'action pour le programme national de planning familial

Juin 1991



39) Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales, Projet de Développement Sanitaire

- Stratégie nationale en PF et en IEC 1987

40) Ministère de la Santé Publique, des Affaires Sociales et de la promotion féminine

- Déclaration nationale de politique de population

Bamako – Mali Août 1991

41) Ministère de la Santé, des Personnes Agées et de la Solidarité

- Politiques et normes des services de santé de la reproduction et planning familial (2^e version)

Bamako Décembre 1995

42) Ministère de la Santé, des Personnes Agées et de la Solidarité

- Procédures des services de santé de la reproduction et de planning familial (2^e version)

Bamako Décembre 1995

43) Ministère de la Santé, des Personnes Agées et de la Solidarité

DNS/DSFC ; Projet DBC the Population council

- Rapport final sur l'introduction de la pilule dans le projet DBC au Mali

Bamako Décembre 1993

44) Ministère de la Santé, des Personnes Agées et de la Solidarité

DNSP/DSFC

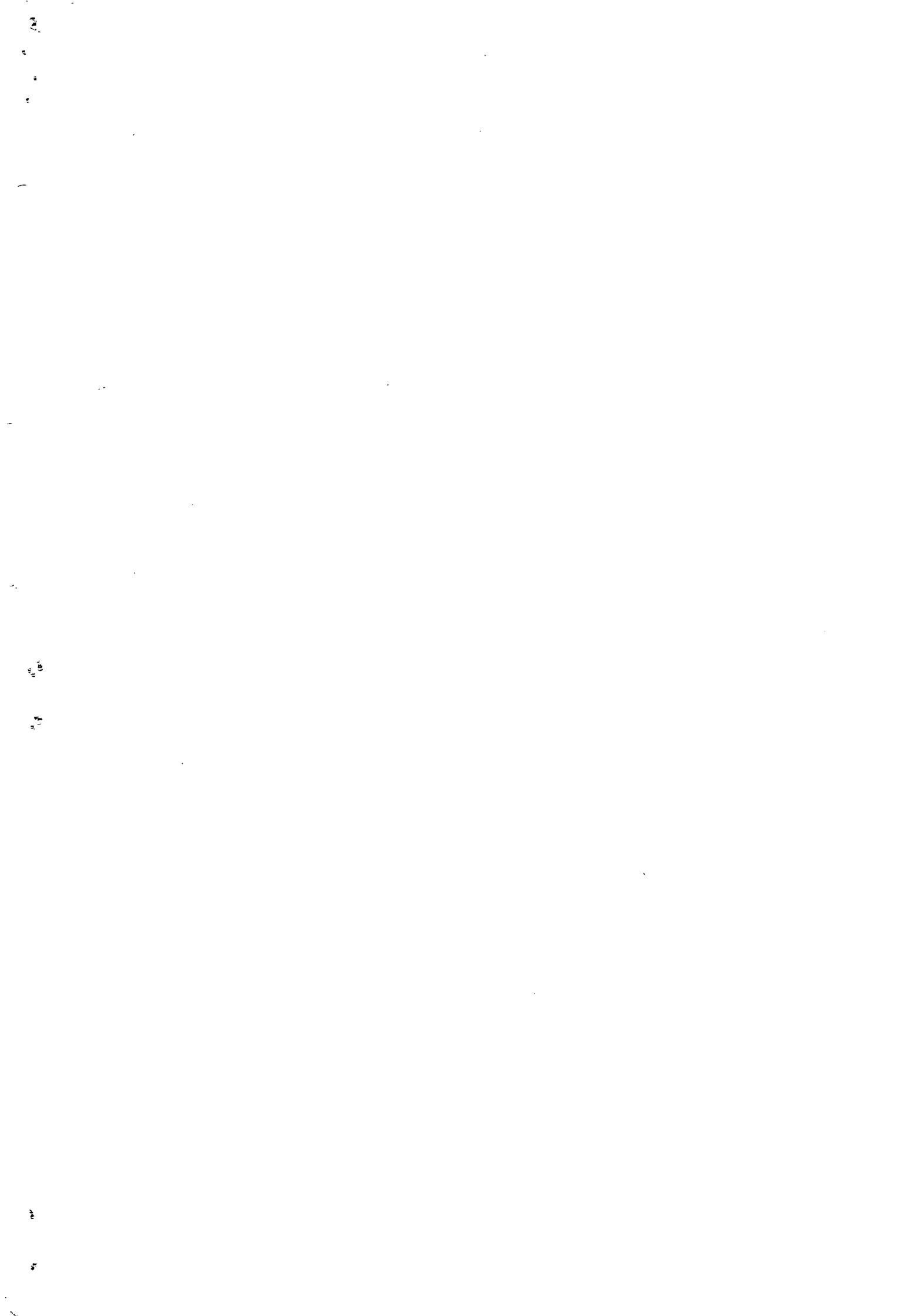
- Rapport d'analyse des données statistiques de SMI/PF. 91

Bamako Juin 1993

45) Nekam F.

- Facteurs de risque de grossesse chez les adolescentes célibataires de la commune IV du District de Bamako

Thèse Médecine – Bamako 1995 n° 39



46) Net York

- Améliorer l'accès à la contraception

Vol. 2 n° 5 Mai 1993

47) Net York

- Les hommes et le planning familial

Vol. 7 n° 3 Octobre 1992

48) Net York

- Planning familial et MST/SIDA

Vol. 5 n° 2 Juin 1994

49) OMS

- La santé des Femmes à travers les âges et les frontières

Genève 1995

50) OMS

- Soins prénatals et maternité sans risques

La clé de la grossesse sans risque

Genève 1978, 1993

51) Population council

- Conférence internationale sur la contribution de la planification familiale pour l'amélioration de la santé des femmes et des enfants

New York (USA) 1987

52) Population référence Bureau

- La planification familiale sauve des vies

Washington (USA) 1991

53) Population reports

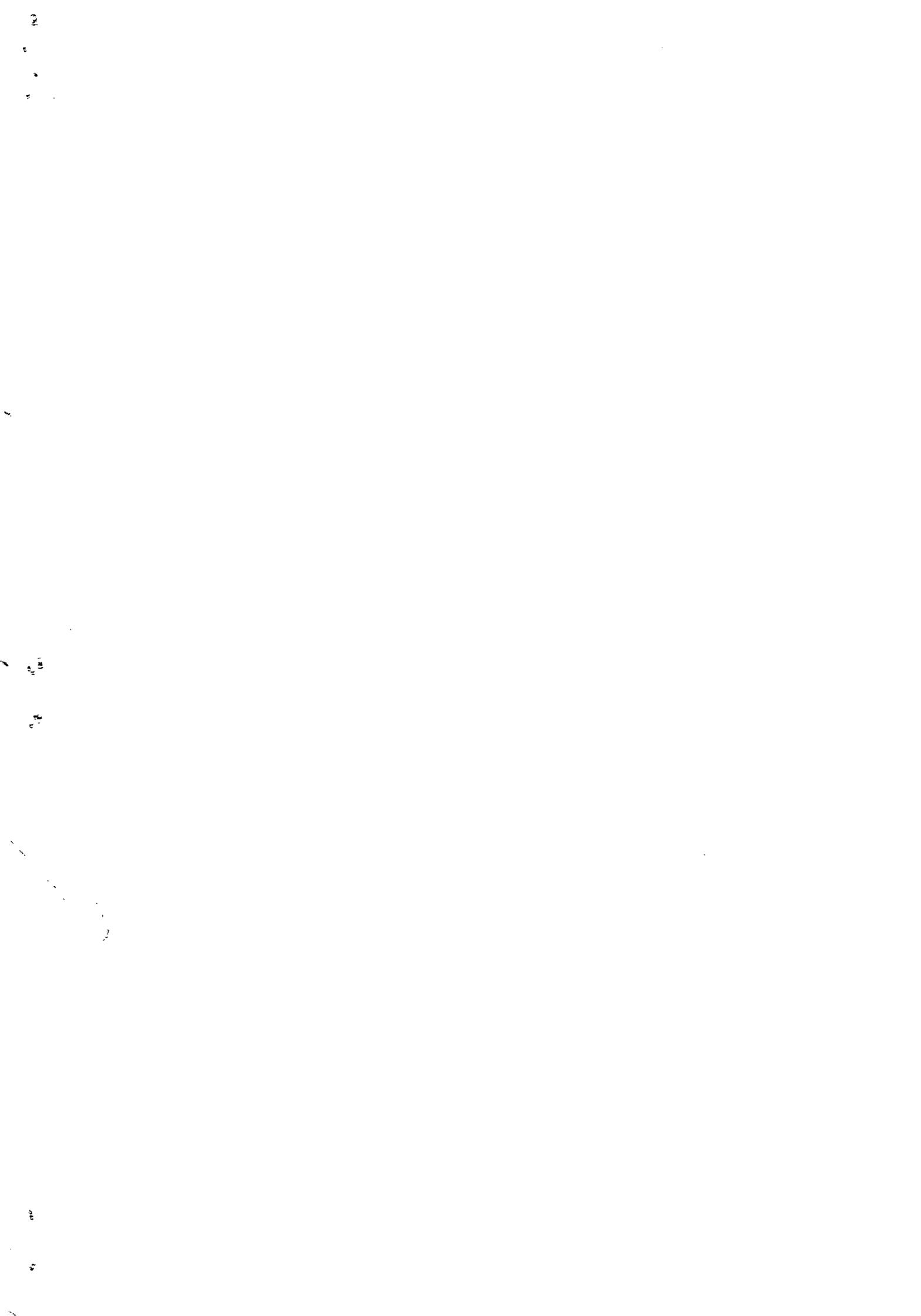
- Le condom plus que jamais

Série H n° 8 Septembre 1990

54) ROUAMBA, Amadou

- La planification familiale

Bamako Mali AMPPF 1986



55) SACKO A.

- Conséquences socioculturelles et économiques de la stérilité féminine au Mali

Thèse Médecine – Bamako 1989 n° 28

56) SANGO S.

- Contribution à l'étude de la planification familiale dans la commune IV du District de Bamako

Thèse Médecine – Bamako 1996 n° 32

57) SISSOKO M.

- Approche épidémiologique de la mortalité maternelle liée à la gravido puerpéralité à Bamako

Thèse Médecine – Bamako 1980 n° 27

58) TALL M.M.

- Projet pilote d'intervention visant à freiner la propagation des MST/SIDA dans un groupe à haut risque à Bamako.

Thèse Pharmacie – Bamako 1988 n° 5

59) TARINO E. /CREESE A.

- La santé pour tous d'ici l'an 2000

A mi-chemin, le point de la situation dans divers pays

OMS Genève 1991

60) TRAORE B. KONATE M.K. Stanton C.

- Enquête démographique et de santé au Mali 1987

10

2

3

10

2

10

2

ANNEXE 1
FICHE D'ENQUETE POUR LES UTILISATEURS

I/ Identification de la personne :

N°

Nom :

Prénom :

Age :

Sexe :

Profession :

Adresse :

Religion :

Ethnie :

II/ Les caractéristiques socio-économiques

Niveau d'alphabétisation :

Primaire :

Secondaire :

Supérieur :

Ecole coranique ou médersa :

Langue nationale :

Aucun :

Autres (à préciser) : -----

Etat matrimonial :

Marié (e) :

Polygamie :

Monogamie :

Célibataire :

Divorcé (e) :

Sans enfant :

Avec enfant :

Veuf (ve) :

Union libre :

Antécédents gynéco-obstétricaux :

Parité : -----

Gestété : -----

Intervalle entre les deux derniers enfants : -----

III/ Connaissance du PF :

1°) Qu'est-ce que le PF (objectif) :

Espacement des naissances :

Limitation des naissances :

Lutte contre la stérilité :

Lutte contre les MST/SIDA :

Autres (à préciser) : -----

2°) Par quelle source d'information avez-vous entendu parler du PF :

Agent de santé :

Radio -Télé :

Voisin :

Parent :

Ami(e) :

Autres (à préciser) : -----

3°) Quelles sont les catégories de personnes visées par le PF :

Homme :

Marié :

Célibataire :

Femme :

Mariée :

Célibataire :

Aucune idée :

Autres (à préciser) : -----

100

100

100

100

100

4°) A partir de quel âge une personne peut se faire planifier ?

Homme : de - 14 ans

entre 14 et 50 ans :

+ de 50 ans :

Femme : de - de 14 ans

entre 14 et 50 ans :

+ de 50 ans :

Aucune idée :

Autres (à préciser) : -----

5°) Quelles sont les méthodes de PF que vous connaissez ?

a) Méthodes naturelles :

Allaitement maternel prolongé :

Abstinence complète :

Abstinence périodique :

Le coït interrompu :

Autres (à préciser) : -----

b) Méthodes traditionnelles :

Tafo :

Miel :

Toiles d'araignées :

Solutions à boire :

Autres (à préciser) : -----

c) Méthodes modernes :

Pilule :

Injectables :

Condom :

D.I.U. :

Spérmiocides :

Implants :

Diaphragmes :

Autres (à préciser) : -----

d) Méthodes permanentes :

Ligature des trompes :

Ligature du canal déférent :

Autres (à préciser) : -----

6°) Existe t-il des méthodes de la contraception qui jouent un rôle dans la lutte contre les MST/SIDA ?

Oui :

Non :

Si oui lesquelles et comment : -----

IV/ La pratique du PF :

1°) Utilisez-vous une méthode du PF ?

Oui :

Non :

Si oui depuis combien de temps : -----



2°) Qui vous a conseillé de pratiquer le PF ?

Après réflexion personnelle :

Ami (e) : Mari : Agent de santé : Parent : Voisin :

Autres (à préciser) :-----

3°) Pourquoi pratiquez-vous le PF ?

Espacement des naissances :

Lutte contre la stérilité :

Limitation des naissances :

Lutte contre les MST/SIDA :

Autres (à préciser) :-----

4°) Avez-vous subi une consultation gynécologique avant utilisation de la méthode ?

Oui :

Non :

5°) Avez-vous ressenti des effets secondaires après l'utilisation :

Oui :

Non :

Si oui de quel type ?

Vertige :

Vomissement :

Prise de poids :

Amaigrissement :

Dessèchement vaginal :

Autres (à préciser) :-----

6°) Qu'est-ce que vous avez fait après l'apparition des effets secondaires ?

Rien :

Retourner au centre pour explication :

Demander conseil à d'autres personnes :

Abandonner la méthode :

Retourner au centre pour information complémentaire :

Changement de méthode :

Autres (à préciser) :-----

7°) Comment avez-vous trouvé l'accueil au centre ?

Très satisfaisant :

Satisfaisant :

Peu satisfaisant :

8°) Quelles sont les difficultés que vous rencontrez au centre ?

Longue attente : + 1h

Rupture fréquente de stock :

Aucun :

Autres (à préciser) :-----

9°) Le PF a-t-il comblé vos attentes depuis que vous le pratiquez ?

Oui :

Non :

Justifier votre réponse :-----

10°) Quels sont vos suggestions pour l'amélioration des prestations en matière de PF :

ANNEXE 2
FICHE D'ENQUETE POUR LE PERSONNEL

I/ Identification de l'agent :

N°

Nom :

Prénom :

Grade :

Age :

Sexe :

Poste occupé actuellement :

II/ Connaissance du PF :

1° Qu'est-ce que le PF (objectif) :

Espacement des naissances :

Limitation des naissances :

Lutte contre la stérilité :

Lutte contre les MST/SIDA :

Autres (à préciser) : -----

2° Quelles sont les méthodes de PF que vous connaissez ?

2-1 Méthodes temporaires :

a) Méthodes naturelles :

Allaitement maternel prolongé :

Abstinence complète :

Abstinence périodique :

Coït interrompu :

Autres (à préciser) : -----

b) Méthodes traditionnelles :

Tafo :

Miel :

Toiles d'araignées :

Solutions à boire :

Autres (à préciser) : -----

c) Méthodes modernes :

Pilule :

Injectables :

Condom :

Spermicides :

Implants :

Diaphragmes :

Autres (à préciser) : -----

2-2 Méthodes permanentes :

Ligature des trompes :

Ligature du canal déférent :

Autres (à préciser) : -----

3
4
5

100

1

100

100

3°) Quelles sont les méthodes de PF dont vous connaissez les mécanismes d'action ?

- a) Méthode : ----- Mécanisme d'action : -----

- b) Méthode : ----- Mécanisme d'action : -----

- c) Méthode : ----- Mécanisme d'action : -----

- d) Méthode : ----- Mécanisme d'action : -----

- e) Méthode : ----- Mécanisme d'action : -----

4°) Quelles sont les méthodes de PF dont vous connaissez les CI ?

- a) Méthode : ----- CI : -----

- b) Méthode : ----- CI : -----

- c) Méthode : ----- CI : -----

- d) Méthode : ----- CI : -----

- e) Méthode : ----- CI : -----

f) Ne sait pas : -----

5°) Quelles sont les méthodes de PF dont vous connaissez les effets secondaires ?

- a) Méthode : ----- Effets secondaires : -----

- b) Méthode : ----- Effets secondaires : -----

- c) Méthode : ----- Effets secondaires : -----

- d) Méthode : ----- Effets secondaires : -----

6°) Connaissez-vous des méthodes du PF qui jouent un rôle dans la lutte contre les MST/SIDA ?

Oui Non :

Si oui lesquelles et comment ? -----

III/ La pratique des activités du PF :

1°) Depuis combien de temps faites-vous les activités du PF ?

Moins d'1 an : Entre 1 et 5 ans : Plus de 5 ans :

2°) Que faites-vous quand une femme se présente pour la première fois pour PF ?

3°) Avez-vous reçu une formation initiale pour ce travail de PF ?

Oui :

Non :

4°) Avez-vous reçu des formations de recyclage ?

Oui :

Non :

5°) Existe t-il un calendrier de recyclage pour les personnels en matière de PF ?

Oui :

Non :

Si oui préciser la périodicité : -----

6°) Etes-vous supervisé en matière de PF ?

Oui :

Non :

Si oui par qui : -----

Cela améliore-t-elle vos prestations ?-----

7°) Que recherchez-vous chez une femme ayant opté pour :

Pilule ?

Injectable ?

D.I.U ?

Spermicide ?

Autres ?

8°) Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans la pratique des activités du PF ?

9°) Que souhaitez-vous pour améliorer la qualité de prestation du centre en matière de PF ?

2
4
2
1

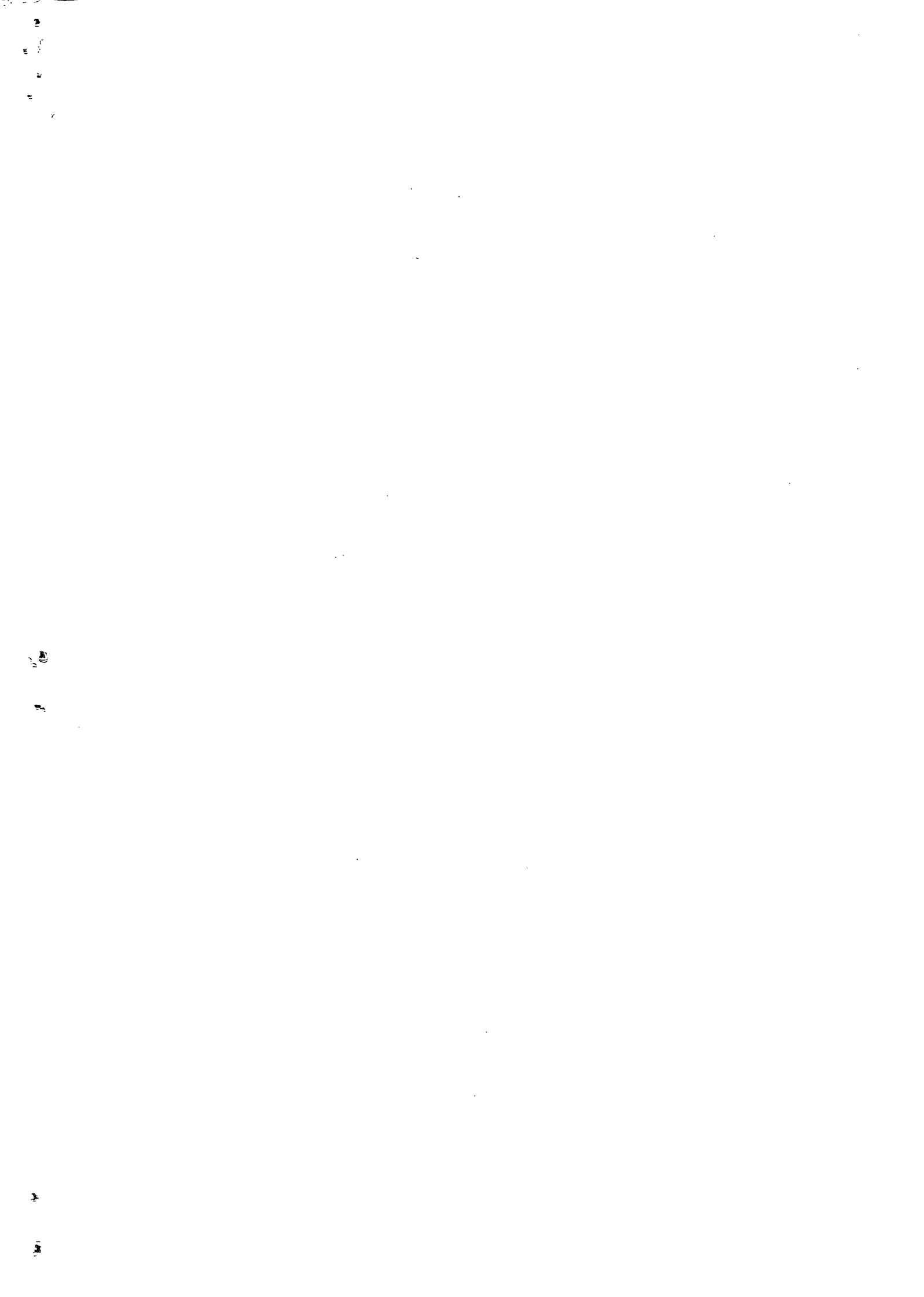
000

1

20

41

ANNEXES



NOM : Madame KOUMA née SIDIBE

PRENOM : Mariam

TITRE DE LA THESE

**APPROCHE EPIDEMIOLOGIQUE DU PLANNING
FAMILIAL AU CENTRE DE SANTE DE LA COMMUNE VI
DU DISTRICT DE BAMAKO**

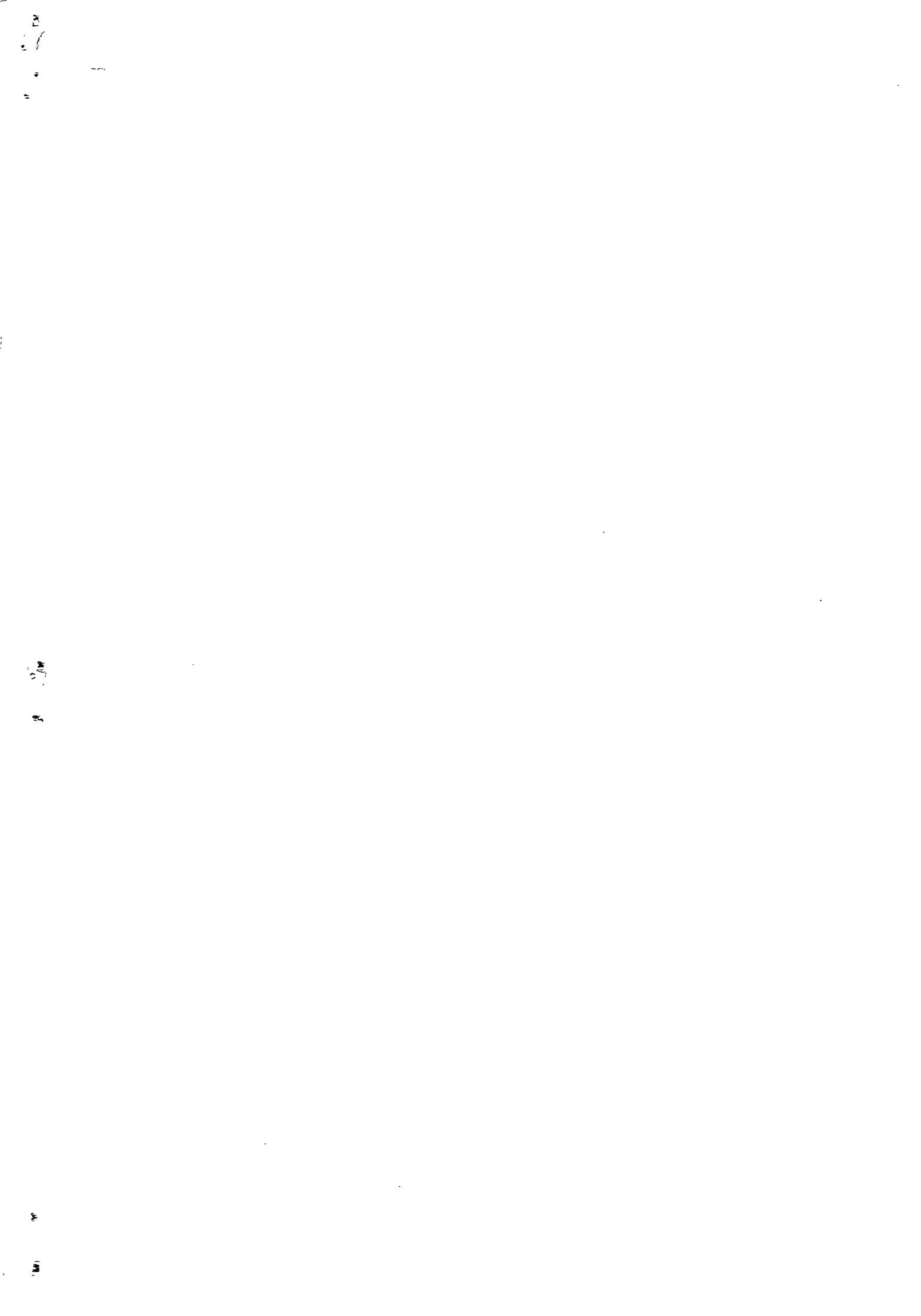
Année = 1998 – 1999

Ville de Soutenance = BAMAKO

Pays d'Origine = MALI

**Lieu de dépôts = Bibliothèque / Facultés de Médecine de
Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie**

Secteur d'intérêt = Santé Publique



RESUME

Notre étude a porté sur 173 utilisatrices du planning familial du CSC VI

Elle nous a permis d'établir que les utilisatrices du planning familial sont surtout des femmes d'âge jeune,

75,15 % ont au plus 30 ans ; mariées 83,82 % de niveau d'alphabétisation faible.

Si les utilisatrices savent qu'elles ont plusieurs méthodes à leur choix, la connaissance de ces méthodes reste superficielle, de même que l'âge à partir duquel une personne peut se faire planifier.

La source d'information principale est l'agent de santé.

L'espacement des naissances est le but principal de l'utilisation des méthodes contraceptives dans les centres.

MOTS CLES

Utilisateur

Planning Familial

Centre de Santé de la Commune VI.

