

Etude des connaissances ; attitudes et pratiques des femmes sur la contraception dans le centre de santé de référence de Diéma

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE

REPUBLIQUE DU MALI



**Un Peuple – Un But – Une Foi**

\*\*\*\*\*

FACULTE DE MEDECINE DE  
PHARMACIE ET  
D'ODONTOSTOMATOLOGIE

\*\*\*\*\*

Année Universitaire 2010 – 2011

Thèse N° \_\_\_\_ /

# THESE

Etude des connaissances, attitudes  
et pratiques des femmes sur la  
contraception dans le centre de  
santé de référence de Diéma

Présentée et soutenue le 29 / 06 / 2011

Devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie.

Par

**Monsieur Bakary TOUNKARA**

Pour obtenir le grade de **Docteur en Médecine** (*Diplôme d'Etat*)

## JURY

**PRESIDENT :**

**PROFESSEUR SAMBA DIOP**

**CO DIRECTEUR : DOCTEUR OUSMANE SY**

**MEMBRE : DOCTEUR MAMADOU BERTHE**

**DIRECTEUR : PROFESSEUR SEYDOU DOUMBIA**

Etude des connaissances ; attitudes et pratiques des femmes sur la contraception dans le centre de santé de référence de Diéma

Etude des connaissances ; attitudes et pratiques des femmes sur la contraception dans le centre de santé de référence de Diéma

Etude des connaissances ; attitudes et pratiques des femmes sur la contraception dans le centre de santé de référence de Diéma

Etude des connaissances ; attitudes et pratiques des femmes sur la contraception dans le centre de santé de référence de Diéma

Etude des connaissances ; attitudes et pratiques des femmes sur la contraception dans le centre de santé de référence de Diéma

# Dédicace et Remerciements

## **DEDICACES**

### **A L'ETERNEL TOUT PUISSANT**

**Au nom de DIEU** (clément et miséricordieux)

Louange a ALLAH

Le souverain du monde que nous adorons et dont nous implorons la très haute bénédiction

Louange a ALLAH et a son PROPHETE MOHAMAD (psl) qui a fait que je sois de ce monde et qui m'a apporté un soutien sans faille et le courage nécessaire pour venir a bout de ce travail.

Que sa bénédiction et sa protection soient sur nous tous.

**A mon Père** : Feu Sékou

Papa tu es un modèle de bonté, d'abnégation dans l'adversité .Trouve à travers ce travail qui est le tien, l'amour et l'admiration que j'ai pour toi. Que ton âme repose en paix.

**A ma Mère** : feue Oumou SISSOKO

Nous n'oublierons jamais, Maman, les sacrifices que tu as consentis pour que j'arrive à bon port. Que la terre te soit légère! Amina.



**A mes tantes :** Koumbati KONTE, Diénebou KONTE, Fatoumata TOUNKARA dite baye hatouma, Sylla TOUNKARA dite baye Sylla, Tata TOUNKARA dite baye tata, Koita sylla, Djenebou OUATTARA, Anta : attentive à mes moindres besoins vous avez toujours été là. Sans vous je ne pouvais réaliser ce travail. Vous avez été mes stimulatrices, ma force et mon courage. Que Dieu vous bénissent

**A Mes Frères :** Mahamadou TOUNKARA, Adama TOUNKARA, Ibrahim TOUNKARA, Moussa DIAMBOU dit Tapa : Permettez-moi de vous exprimer mes sincères remerciements. Que ce travail soit pour chacun de vous une source d'inspiration .N'oubliez jamais qu'avec peu de moyens, on peu faire de grandes choses. Que le seigneur des seigneurs vous bénisse richement dans tous les domaines. Ce travail est aussi le vôtre.

**A Mes Frère :** Djibril Mamadou BA, Mamadou TOURE, Bekaye DIAKITE, Mahamadou DOUMBIA, Youssouf MARIKO, Mohamed MAIGA, Amadou Aboubacar DIABY, Abdoulaye dit papa MAIGA, Ibrahim gagna DIAL, Aly GUINDO.

Vous avez été pendant tous ces moments difficiles du parcours mes compagnons de galère. Ensemble nous avons enduré toutes les souffrances jusqu'à ce jour. Prés de moi vous représentez toute ma famille et vous avez été d'un secours infailible. Ce travail, je lai réalisé avec vous. Que le seigneur vous conduisent et vous bénissent dans toutes vos entreprises .Merci encore, j'ai confiance en vous, je sais que vous avez énormément de valeurs et que par la grâce de Dieu vous arriverez brillamment au bout de vos quêtes de la connaissance et du savoir

**A Mes sœurs :** Sadio TOUNKARA, Feue Fatoumata TOUNKARA, Astan GOITA  
Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.

**A Ma défunte grande mère : Héta SOUKOUNA**

Grande mère modèle tu l'étais. Tu m'as été d'une aide particulière durant mon parcours au lycée. Tu m'as quitté, mais tes conseils me sont restés gravés dans l'esprit. Que ton âme repose en paix

**A mes grands Parents et Parents décédés**

Afin que qu'ils sachent qu'ici bas ils sont restés présents dans nos mémoires

Mahamet TOUNKARA

Dionkounda DIARRA

Douga SISSOKO

Moussa KONTE dit Hamadi Moussa

Kadi TAMBADOU

Etude des connaissances ; attitudes et pratiques des femmes sur la contraception dans le centre de santé de référence de Diéma

**A mon oncle** : feu Kaba SISSOKO

Que ce travail soit pour toi le témoignage de ma sympathie.

Repose en paix oncle.

**A ma fiancée** : Fatoumata DIARRA :

Telle une rose fraîche au petit matin, tu es apparu dans ma vie et tu l'as embellie.

Ensemble nous avons franchi le chemin de la connaissance. Je t'aime mon amour.

## REMERCIEMENTS

Au peuple Malien

A la famille Feu Makan SACKO ; plus particulièrement a Mme SACKO Hawa DIAKITE.

A tous ceux qui, de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce travail  
Trouvez ici ma gratitude et ma constante disponibilité

# Hommage aux Membres du Jury

Etude des connaissances ; attitudes et pratiques des femmes sur la contraception dans le centre de santé de référence de Diéma

Etude des connaissances ; attitudes et pratiques des femmes sur la contraception dans le centre de santé de référence de Diéma

## **A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY**

**Professeur Samba DIOP**

**-Spécialiste en anthropologie médical, éthique /bioéthique.**

**-Maitre de conférences.**

**-Enseignant au DER de santé publique et spécialités.**

**-Charger d'éthique au SEREFO.**

Chair maitre,

Nous avons été très touchés par votre accueil, votre modestie et votre simplicité.

Nous avons apprécié la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury, malgré vos multiples sollicitations.

Votre générosité, courage et votre savoir de transmettre font de vous un enseignant remarquable

Votre présence dans ce jury rehausse le niveau de ce travail.

Veillez accepter, cher maitre, tous nos remerciements et notre profonde reconnaissance.

## **A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE**

**Professeur Seydou DOUMBIA**

**-Maitre de conférence,**

**-Spécialiste en épidémiologie,**

**-Enseignant chercheur du département de santé publique et au malaria reserch and training center (MRTC).**

**-Directeur adjoint au programme de lutte contre le paludisme.**

Homme aux multiples qualités scientifiques, et humaines, vous nous faites un grand honneur en acceptant de diriger ce travail.

Nous avons été marqués par votre simplicité, courage, votre disponibilité constante sans oublier vos qualités de scientifique remarquable.

Votre abord facile, votre désir de transmettre le savoir, votre rigueur dans le travail t votre modestie font de vous un homme au-delà du maitre auquel nous aimerons ressemblés.

Nous tacherons d'être dignes de votre école.

Veillez croire, cher maitre notre profonde gratitude.

## **A NOTRE MAITRE ET CO DIRECTEUR DE THESE**

**-Dr Ousmane SY,**

Etude des connaissances ; attitudes et pratiques des femmes sur la contraception dans le centre de santé de référence de Diéma

**-Médecin généraliste,**

**-Médecin chef du centre de santé de référence e Diéma,**

Cher maitre,

Ce travail est le témoignage de la confiance que vous avez placée en nous.

Nous avons été séduits par votre simplicité, votre amour pour le travail bien fait, votre souci constant de la formation des étudiants.

Nous ne saurions trouvés les mots les meilleurs pour exprimer notre gratitude.

Plus qu'un maitre, vous êtes pour nous un modèle et un parent.

Recevez cher maitre l'expression de notre profond respect.

## **A NOTRE MAITRE ET JUGE**

**-Dr Mamadou BERTHE,**

**-Médecin généraliste, ex médecin chef adjoint du CSRéf de -Diéma, ex médecin chef du CSRéf de kénéiba ; actuellement en formation en master en santé publique.**

Cher maitre,

C'est un plaisir pour nous d'avoir des moments d'entretiens, de partage avec vous pour ce travail.

Malgré vos multiples occupations si nécessaires, vous nous faites honneur en acceptant de juger ce travail.

Permettez nous, cher maitre, de vous exprimer nos vifs remerciements et notre profond respect.



## Sommaire

<b>I Introduction.....</b>	<b>20</b>
<b>II Objectifs.....</b>	<b>23</b>
2.1. Objectif général	24
2.2. Objectifs spécifiques	24
<b>III. Généralités.....</b>	<b>25</b>
1. Définition	26
1.1. Contraception	26
1.2. Planification familiale	26
2. Historique de la contraception	26
2.1. Dans le monde	26
2.2. Au Mali	27
3. Les méthodes modernes de la contraception	28
3.1. Les contraceptifs oraux ou pilules	28
3.2. Les contraceptifs injectables	29
3.3. La contraception mécanique	29
3.3.1. Les préservatifs	29
3.3.1. A. Le préservatif masculin	29
3.3.1. B. Le préservatif féminin	30
3.3.2. Le diaphragme et cap cervical	31
3.3.3. Les dispositifs intra utérins	32
3.4. Les autres méthodes modernes	33
3.4.1. L'implant	33
3.4.2. Le patch "EVRA"	34
3.4.3. L'anneau vaginal "Nuvaring"	35
3.4.4. La contraception d'urgence	35
3.4.5. Les spermicides	36
3.4.6. La stérilisation a visée contraceptives	37
3.4.6. A. La stérilisation féminine	37
3.4.6. B. La stérilisation masculine	37
3.5. Les méthodes naturelles	38
3.5.1. Le retrait ou coït interrompu	38
3.5.2. L'abstinence périodique	38
3.5.2. A. La méthode du calendrier ou Ogino	38
3.5.2. B. La méthode des températures	39
3.5.2. C. La méthode de la glaire ou Billings	39
3.5.2. D. Les tests d'ovulation : persona	39
3.5.3. L'allaitement maternel	39
3.5.4. Les méthodes traditionnelles au Mali	40
3.5.4. A. Le tafo	40
3.5.4. B. La toile d'araignée	40
3.5.4. C. Le miel et le jus de citron	40
3.5.4. D. Les solutions à boire	40
3.5.4. E. La séparation des couples après accouchement	40
3.5.5. Morale et éthique de la reproduction	41
3.5.5.1. Dans le monde	41
3.5.5.2. Aspects religieux et philosophiques	41

## Etude des connaissances ; attitudes et pratiques des femmes sur la contraception dans le centre de santé de référence de Diéma

3.5.5.2. A. Le christianisme et la contraception	41
3.5.5.2. B. L'islam et la contraception	41
3.6. Etat de lieux e la recherche	42
3.6.1. Dans le monde	42-43
3.6.2. Au Mali	44-45
3.6.3. L'accès aux structures de santé reproductive	45-46
3.6.4. Approche conceptuelle : épidémiologie socioculturelle	47-48
3.6.5. Cas spécifique de Diéma	49-54
<b>IV. Méthodologie.....</b>	<b>55</b>
4.1) Population d'étude	56
4.2) Critères d'inclusions	56
4.3) Critères de non inclusion	56
4.4) Critères d'exclusion	56
4.5) D'échantillonnage	56
4.6) Les méthodes	56
4.6. A. Type d'étude	56
4.6. B. Période d'étude	56
4.6. C. Recueil des données	57
4.7) Limites et moyens de l'étude	57
4.7.1. Limites	57
4.7.2. Moyens	57
<b>V) Résultats.....</b>	<b>58</b>
5.1. Caractéristiques socio démographiques des femmes	59
5.2. Antécédents gynéco obstétriques des femmes	60-61
5.3. Connaissances des méthodes contraceptives	62
5.4. Attitude des femmes sur la contraception	63
5.5. Pratiques	64-65
<b>VI) Commentaires.....</b>	<b>66</b>
6. a. Données qualitatives	67
6. b. Données quantitatives	67
6. b.1. Caractéristiques socio démographiques	67
6. b.2. Antécédents gynéco obstétriques des femmes	68
6. b.3. Connaissances des femmes sur la contraception	68
6. b.4. Attitudes des femmes face a la contraception	69
6. b.5. Pratiques des femmes	69
<b>VII) Conclusion et recommandations</b>	<b>70</b>
7.1. Conclusion	71
7.2. Recommandations	71

## ABREVIATIONS

**CMLN** : comité militaire de libération nationale

**CPN** : consultation prénatale

**CSREF** : centre de santé de référence

**DCAP** : directeur du centre d'animation pédagogique

**DIU** : dispositif intra utérin

**DNSI** : direction nationale de la statistique et de l'informatique

**EDS** : enquête démographique et de santé

**FM** : fréquence medium

**ISF** : impôt de solidarité sur la fortune

**MAMA** : méthode d'allaitement maternel et de l'aménorrhée

**MST** : maladie sexuellement transmissible

**OMS** : organisation mondiale de la santé

**ONG** : organisation non gouvernementale

**PF** : planification familiale

**SIDA**: syndrome d'immunodeficiency acquit

**USA**: unit state of America

**VIH** : virus d'immunodeficiency humain

# INTRODUCTION

## I-INTRODUCTION

La santé de la reproduction recouvre : le bien être général tant physique, mental que social de la personne humaine pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité(6).

Depuis plusieurs décennies, des études ont montré que chaque année environ 500 000 femmes meurent pendant leur grossesse ou accouchement laissant au moins 1 million d'enfants orphelins dans le tiers monde (3). Les problèmes qui sont à l'origine de cette mortalité maternelle et infantile sont multiples, ce sont entre autres : les mariages précoces, les infections, les hémorragies de la délivrance et du post partum, la méconnaissance des méthodes modernes de la contraception due à la sous information des bénéficiaires selon l'enquête démographique et de santé (EDS IV) menée a Sikasso, Kadiolo, Koutiala, Bandiagara, ce taux est de 87%). A ces problèmes de mortalité on peut rapprocher d'autres qui sont socialement plus dramatiques, ce sont les grossesses non désirées, les avortements illégaux, les abandons d'enfants, les infanticides (1).

En 1990 l'organisation mondiale de la santé (OMS) estime que 1/3 des nourrissons soit 14 millions avaient perdu la vie à travers le monde par ce que leurs mères ont eu des grossesses trop nombreuses ou rapprochées, ou par ce qu'elles sont trop jeune ou âgée (21).

L'OMS estime que 25% des décès néonatales à travers le monde pouvaient être prévenus par l'espacement des naissances (1)

On observe ces dernières années des changements de comportement en matière d'utilisation des méthodes modernes de la contraception et cela grâce aux actions du planning familial (23).

Au Sénégal la prévalence de la contraception de 1986-1997 est passée de 2,4% à 8,1%(24).

Au Mali la prévalence a évolué de 4,5% en 1996 selon EDS II à 6% en 2002 (EDS III), mais demeure toujours faible à 7% en 2006(EDS IV).

Coulibaly M (5) évaluait à 2,9% la prévalence de l'utilisation des contraceptifs dans le cercle de Douentza. Ceci, nous permet de dire qu'à présent la prévalence au Mali reste toujours faible par rapport a d'autre pays de l'Afrique de l'ouest. Certes, Les femmes savent l'existence des méthodes modernes de contraception (76%), mais elles sont peu nombreuses à utiliser ces méthodes (7%), cette situation est due principalement à beaucoup d'obstacles (crainte des effets secondaires, accès limité à la contraception à cause du manque d'information ou de moyens, les rumeurs qui font que beaucoup de femmes hésitent encore à utiliser les méthodes contraceptives modernes, aussi la prédominance de l'analphabétisme des femmes

Etude des connaissances ; attitudes et pratiques des femmes sur la contraception dans le centre de santé de référence de Diéma

dans 77%(6) des cas. L'ensemble de ces éléments justifie la problématique de la présente étude sur les connaissances, les attitudes et des pratiques des femmes sur la contraception et contribuer à connaître les comportements des femmes et à rechercher des solutions appropriées pour améliorer leurs accès aux méthodes contraceptives les plus efficaces.

# OBJECTIFS

## **II) OBJECTIFS**

### **Objectif général**

Evaluer les connaissances, les attitudes et les pratiques des femmes fréquentant le centre de santé de référence de Diéma sur la contraception

### **Objectifs spécifiques**

- Décrire les caractéristiques socio-économiques des femmes
- Déterminer les connaissances des femmes sur la contraception
- Dévaluer les pratiques des femmes en matière de contraception

Etude des connaissances ; attitudes et pratiques des femmes sur la contraception dans le centre de santé de référence de Diéma



# GENERALITES

## **III) Généralités**

### **1) Définitions**

#### **1- 1) La contraception**

La contraception est définie comme une méthode visant à éviter, de façon réversible et temporaire, la fécondation d'un ovule par un spermatozoïde ou, s'il y a fécondation, la nidation de l'œuf fécondé (16).

En général le contrôle des naissances ou la contraception est une méthode qui empêche une femme de devenir enceinte (16).

Les méthodes scientifiques de contraception apparaissent dans le courant du XIXème siècle et surtout dans sa seconde moitié. La contraception n'est pas une question nouvelle mais s'accompagne toujours de débat (16).

#### **1- 2) Planification familiale**

Etude des connaissances ; attitudes et pratiques des femmes sur la contraception dans le centre de santé de référence de Diéma

Elle est définie comme l'ensemble des moyens et méthodes qui permettent de conformer à la volonté des parents le nombre et l'espacement des naissances dans le foyer (10).

## **2) Histoire de la contraception**

### **2-1) Dans le monde**

Selon Serfaty (28), la limitation des naissances est présente depuis les époques les plus reculées et est probablement née dans les sociétés préhistoriques lorsque, malgré une très forte mortalité naturelle, les conditions de survie obligeaient à restreindre les naissances.

La contraception était pratiquée dans l'antiquité,

Mais la contraception sera rejetée pour des raisons morales faisant de la procréation une obligation sacrée dans une optique naturaliste mettant l'homme au service d'une volonté supérieure qui ne lui laisse pas d'autre choix. L'histoire de la contraception n'est pas en dehors des moyens employés, illustration de la bipolarité de l'esprit ou de la balance entre deux systèmes de pensée toujours présents dans la société ou chez l'individu lui-même : le conservatisme ou le changement ; la tradition ou le progrès ; la foi ou la raison (28).

Autrement, si l'homme tend en général à vouloir modifier son être, non pas pour le sens d'un artifice destructeur, mais pour son bien actuel et futur, le contrôle de sa reproduction fait partie de ce souci d'une vision large de son avenir.

### **2-2) Au Mali**

Les sociétés traditionnelles au Mali ont toujours été fortement pro-natalistes, cela pour des raisons d'ordre sociologique, culturel, économique et spirituel. Avoir de nombreuses progénitures est source à la fois de richesse (maximum de bras travailleurs pour augmenter la production) et de bénédiction divine (3).

La fécondité confère une valeur sociale et l'infécondité est toujours mal vécue et interprétée comme malédiction ou de tares notamment pour la femme (1).

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 40 jours. Ceci permettait à la femme de récupérer et à l'enfant de se développer normalement (3).

Etude des connaissances ; attitudes et pratiques des femmes sur la contraception dans le centre de santé de référence de Diéma

On peut mentionner l'existence d'autres méthodes traditionnelles d'espacement des naissances telles que l'emploi de certaines herbes ou dispositifs occlusifs comme le *tafo*. La fréquence de ces pratiques serait en diminution notamment dans le milieu urbain (21).

La société malienne contemporaine est prise en porte – à – faux entre les valeurs séculaires (culturelles, morales et religieuses) et les logiques postcoloniales d'une culture de la raison et de la liberté de l'individu selon le modèle d'humanisme progressiste hérité à la fois du colonialisme et de la révolution socialiste des années 1962 (3).

### **3) Les méthodes de contraception modernes**

#### **3-1) Les contraceptifs oraux ou pilules**

Il existe deux grands groupes : les contraceptifs oraux combinés (œstrogène plus progestérone) et les contraceptifs oraux progestatifs.

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

- La pilule œstro-progestative agit principalement en bloquant l'ovulation, en modifiant l'endomètre de façon à ce qu'il ne puisse accueillir un éventuel œuf et en modifiant la glaire pour empêcher les spermatozoïdes de franchir le col.
- La micropilule (micro dose de progestatif) agit uniquement en modifiant la glaire pour empêcher les spermatozoïdes de franchir le col sauf Cerazette qui supprime aussi l'ovulation.

Les différentes pilules contraceptives

Il existe :

- différents dosages même si l'œstrogènes utilisé est toujours le même : 50 - 35 - 30 - 20 et 15 microgrammes.
- différents types de progestatifs.
- des variations de dosages des estrogènes et des progestatifs sur la plaquette pour les différentes pilules déterminent les biphasiques et les triphasiques. Les pilules sans variations sont les monophasiques.
- il y a des pilules de 21 ou 28 comprimés.

##### **Les avantages**

La contraception par les pilules est une méthode très efficace, très bien tolérée, efficace dès le 1er comprimé, réversible dès l'arrêt. Elle permet d'avoir des cycles réguliers et les règles sont moins abondantes, moins longues et moins douloureuses.

Etude des connaissances ; attitudes et pratiques des femmes sur la contraception dans le centre de santé de référence de Diéma

### **Les inconvénients**

Il peut y avoir des petits saignements (spotting) en dehors des règles surtout lors des premières plaquettes, on peut noter de nausées, quelques douleurs et des gonflements des seins.

La prise de poids, exceptionnelle, est toujours modérée.

### **Les contre - indications**

Hypercholestérolémie, hypertension artérielle, antécédent d'accident thromboembolique, certains cancers, le tabagisme chez les femmes de plus de 35 ans **(13)**.

### **3-2) Les contraceptifs injectables**

Les contraceptifs injectables sont des méthodes populaires parce que leurs utilisatrices n'ont besoin de consulter un prestataire qu'à certains intervalles, mais aussi parce qu'ils sont très efficaces. De plus, ils peuvent être utilisés à l'insu du partenaire et qu'ils ne gênent pas les relations sexuelles.

Les contraceptifs injectables combinés contiennent deux hormones, l'œstrogène et un progestatif. Ils sont administrés par voie intramusculaire une fois par mois.

Les contraceptifs injectables progestatifs (tels le Depo-Provera et le Noristérat) ne contiennent pas d'œstrogène. Pour prévenir la grossesse, une injection est faite tous les deux ou trois mois, selon le type de contraceptif injectable choisi.

### **3-3) La contraception mécanique**

#### **3-3-1) Les préservatifs : la meilleure des protections contre les IST / VIH/ SIDA**

##### **a) Le préservatif masculin**

Etui en latex avec ou sans réservoir, au moment de l'éjaculation le sperme est recueilli dans le préservatif et n'est pas répandu dans le vagin.

#### **Mode d'emploi**

S'il ne possède pas de réservoir laisser 1 à 2 cm en haut afin de créer un réservoir, pincer le haut du préservatif entre les doigts pour en chasser l'air, dérouler le sur le pénis en érection avant la pénétration, aussi loin que possible; le petit bourrelet de l'anneau doit être tourné vers l'extérieur.

Se retirer avant la fin de l'érection en le retenant à la base.

Etude des connaissances ; attitudes et pratiques des femmes sur la contraception dans le centre de santé de référence de Diéma

### **L'efficacité**

Le taux d'échec est inférieur à 5 % s'il est bien utilisé, son efficacité est renforcée s'il est associé à des spermicides.

### **Les avantages**

C'est la meilleure protection contre les IST et le VIH/ SIDA, méthode simple, facile à se procurer, prise en charge de la contraception par l'homme, protection contre le cancer du col.

Il est en vente libre et disponible.

### **Les inconvénients**

Il peut diminuer la qualité et la spontanéité de l'acte sexuel : doit être mis sur le pénis en érection et être retiré avant la fin de l'érection sinon le préservatif n'est plus maintenu et peut laisser passer le sperme dans le vagin. Il peut se déchirer, le taux de grossesse non-désirée est plus important qu'avec la pilule ou le stérilet.

### **b) Le préservatif féminin : Femidon**

C'est une gaine cylindrique pré-lubrifiée en polyuréthane.

Un anneau interne facilite l'introduction dans le vagin et son maintien pendant le rapport, un anneau externe repose sur la vulve pour permettre de retenir le préservatif pendant le rapport.

#### **Le mode d'emploi**

Le femidon peut être mis à n'importe quel moment avant le rapport sexuel.

### **L'efficacité**

Elle est comparable à celle du préservatif masculin.

### **Les avantages**

Excellente protection contre les IST et le SIDA, utilisable par la femme en cas de refus ou d'impossibilité d'utilisation du préservatif masculin.

## **3-3-2) Le diaphragme et cape cervicale**

### **Mode d'action**

Le diaphragme est une membrane en latex ronde et concave tendue sur un ressort circulaire. Il est placé dans le vagin avant les rapports sexuels pour recouvrir le col de l'utérus.

La cape cervicale est une cupule en silicone, elle est placée au fond du vagin avant les rapports sexuels pour couvrir le col de l'utérus, comme un dé à coudre.

### **Le mode d'emploi**

Ils sont à utiliser avec des spermicides. Ils empêchent le sperme de pénétrer dans le col de l'utérus.

Il existe différentes tailles de diaphragme et de cape.

L'utilisation des capes cervicales est à rapprocher de celle du diaphragme : Le choix de la taille est évalué par le médecin qui aide la femme à savoir placer le diaphragme ou la cape cervicale.

### **L'efficacité**

S'ils sont correctement utilisés et à tous les rapports sexuels, leur efficacité est supérieure à celle des spermicides seuls et équivalents à celle des préservatifs masculins.

### **Avantages**

C'est la méthode vaginale de contraception la plus fiable, peu onéreuse, pas de contre-indication médicale, pas de risque pour la santé. Peut être placé discrètement à l'avance, diminue le risque du cancer du col de l'utérus, immédiatement réversible.

### **Les inconvénients**

Le taux d'échec est élevé si mal utilisé. La mise en place nécessite un apprentissage avec un médecin entraîné, le spermicide peut couler de façon excessive. Ils sont encombrants (5).

### **3-3-3) Les dispositifs intra-utérins (stérilet)**

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

Plusieurs modes d'action sont énoncés : c'est une altération des spermatozoïdes par l'action du cuivre qui empêche la fécondation, une modification de l'endomètre qui empêche la nidation de l'œuf, une modification de la glaire cervicale pour les stérilets au progestatif ce qui empêche les spermatozoïdes de franchir le col.

Il existe différentes formes, différentes tailles. Le médecin choisira le stérilet le mieux approprié à chaque femme.

- Au cuivre
- Au progestatif

Etude des connaissances ; attitudes et pratiques des femmes sur la contraception dans le centre de santé de référence de Diéma

### **Le mode d'emploi**

Le DIU posé par le médecin ou la sage femme formée, en principe à la fin des règles ou n'importe quel jour du cycle.

Sans anesthésie, il est introduit par le col, placé au fond de l'utérus, les fils du stérilet dépassant le col pour permettre le contrôle du stérilet (par le médecin et par la femme) et pour permettre le retrait.

En cas de contraception d'urgence à poser dans les 5 jours suivant le rapport sexuel non protégé éventuellement.

Durée : 3 à 5 ans selon les stérilets avec une surveillance médicale régulière, 1 à 2 fois par an. Le retrait se fait pendant ou après les règles : indolore et simple

### **L'efficacité**

Il est efficace dès la pose.

### **Les avantages**

Méthode non contraignante, très efficace, généralement bien tolérée, réversible dès le retrait.

### **Les inconvénients**

Les règles peuvent être abondantes et longues avec certains stérilets, possibilité de douleurs et saignements en dehors des règles, risques d'infection en cas de partenaires multiples.

Dans certains cas, peu conseillé chez les femmes n'ayant jamais eu d'enfants en raison du risque de stérilité en cas d'infection, moins de risque d'infection avec le stérilet au progestatif.

Risque de grossesse, de grossesse extra-utérine et d'expulsion.

### **Les contre - indications**

Infection récente de l'utérus ou des trompes, antécédent de grossesse extra-utérine (dans certains cas), les malformations utérines importantes, les maladies hémorragiques (sauf stérilet au progestatif) certains fibromes, les femmes n'ayant jamais eu d'enfant (5).

### **3-4) Les autres méthodes modernes**

#### **3-4-1) L'implant:**

C'est un implant sous-cutané composé d'un bâtonnet cylindrique de 4 cm de long et 2 mm de large, qui délivre en continu de faibles doses d'hormone (progestérone).

Etude des connaissances ; attitudes et pratiques des femmes sur la contraception dans le centre de santé de référence de Diéma

Au Mali, on dispose surtout du Norplant (Jadelle) qui est à 6 capsules pour 5 à 7 ans.

### **Mode d'action**

Il agit en empêchant l'ovulation et en modifiant la glaire cervicale.

### **Le mode d'emploi**

L'implant se met sous la peau de la face interne du bras, à l'aide d'un applicateur stérile à usage unique après une anesthésie locale.

Il se retire aussi après une anesthésie locale, à l'aide d'une petite incision de 2 mm, avec une pince. La pose et le retrait sont simples et rapides, environ 1 minute 30 pour la pose et 3 minutes 30 pour le retrait. Il est mis en place pour 3 ans par le médecin ou la sage femme pendant une consultation.

### **L'efficacité**

L'implant est très efficace dès la pose.

### **Les avantages**

Sans problème d'observance, il est bien toléré et réversible dès le retrait.

### **Les inconvénients**

Il peut y avoir des troubles du cycle, pouvant être un motif de retrait, il laisse une petite cicatrice de 2 mm au niveau de la zone d'insertion.

### **Les contre- indications**

Thrombose évolutive, affection hépatique sévère.

### **3-4-2) Le patch "EVRA" :**

C'est un patch de 20 cm<sup>2</sup> qui délivre une association oestro-progestative, comme une pilule à 20 microgrammes.

### **Mode d'action**

Il agit comme la pilule, en bloquant l'ovulation et en modifiant la glaire cervicale.

### **Le mode d'emploi**

Utiliser un patch par semaine pendant 3 semaines, arrêt d'une semaine (comme avec la pilule les règles arrivent pendant la semaine sans patch).

Les 4 sites d'application possibles sont : le bras, l'abdomen, le tronc, les fesses.

Attention: ne pas appliquer sur les seins



Etude des connaissances ; attitudes et pratiques des femmes sur la contraception dans le centre de santé de référence de Diéma

### **L'efficacité**

Il est très efficace à condition d'être bien utilisé.

### **Les avantages**

Meilleure observance qu'avec la pilule, moins de risques d'oubli, très bien toléré et réversible dès l'arrêt, il permet d'avoir des cycles réguliers, des règles moins abondantes, moins longues et moins douloureuses.

### **Les inconvénients**

Il est visible et peut se décoller dans 2 à 3% des cas. Comme pour toute contraception hormonale on peut observer : des céphalées, des nausées, une prise de poids, une tension mammaire

### **Les contre- indications**

Comme la pilule oestro-progestative : hypercholestérolémie, hypertension artérielle, antécédent d'accident thromboembolique, certains cancers, le tabagisme chez les femmes de plus de 35 ans.

### **3-4-3) L'anneau vaginal "Nuvaring" :**

L'anneau NUVARING (diamètre = 54 mm et section = 4 mm) délivre une association œstro-progestative, comme une pilule à 15 microgrammes.

### **Mode d'action**

Il agit comme la pilule, en bloquant l'ovulation et en modifiant la glaire cervicale.

### **Le mode d'emploi**

Utiliser un anneau par cycle, 3 semaines avec anneau, 1 semaine sans anneau. Les règles auront lieu pendant la semaine sans anneau, comme avec la pilule. L'insertion et le retrait sont simples.

### **L'efficacité**

Comme la pilule œstro-progestative, il est efficace à condition d'être bien utilisé. Efficace dès la pose du 1er anneau et aussi pendant la semaine d'arrêt.

### **Les avantages**

Mise en place et retrait facile, meilleure observance qu'avec la pilule, moins de risques d'oublis. Mêmes avantages que la pilule.

Etude des connaissances ; attitudes et pratiques des femmes sur la contraception dans le centre de santé de référence de Diéma

### **Les inconvénients**

Comme pour toute contraception hormonale, on peut observer : des nausées, des céphalées, une prise de poids, de la tension mammaire.

### **Les contre - indications**

Comme la pilule oestro-progestative : hypercholestérolémie, hypertension artérielle, antécédent d'accident thromboembolique, certains cancers, le tabagisme chez les femmes de plus de 35 ans **(13)**.

### **3-4-4) La contraception d'urgence**

C'est une contraception d'exception à utiliser en cas de rapport sexuel non ou mal protégé et quel que soit le moment du cycle.

A prendre si possible dans les 12h et au plus tard jusqu'à 5 jours pour le stérilet.

D'une part, elle agirait en retardant l'ovulation ou en la perturbant lorsqu'elle est sur le point de se produire, d'autre part, elle modifierait l'endomètre de façon à ce qu'il ne puisse accueillir un éventuel œuf.

### **Les différents types de contraception d'urgence**

La Pilule (le plus connu est le Norlevo) et le Stérilet (dispositif intra-utérin).

### **Le mode d'emploi**

Le Norlevo à prendre le plus tôt possible pendant le repas pour éviter les nausées, dans les 12 heures après le rapport mal ou non protégé, au plus tard dans les 72 heures après le rapport sexuel.

### **L'efficacité**

Elle varie avec la méthode.

### **Les inconvénients**

En général, elle est bien tolérée ; Possibilité de vomissements ou de nausées.

### **Les contre- indications**

Le Norlevo aucune, le Stérilet ne peut pas, dans certains cas, être posé chez des femmes n'ayant pas eu d'enfant **(5)**.

### **3- 4- 5) Les spermicides**

Etude des connaissances ; attitudes et pratiques des femmes sur la contraception dans le centre de santé de référence de Diéma

### **Mode d'action**

Introduit au fond du vagin avant le rapport sexuel, le spermicide se dissout et se disperse dans le vagin et immobilise les spermatozoïdes. Ils sont essentiellement composés de Chlorure de Benzalkonium. Ils se présentent sous forme d'ovules, de crèmes, de gel ou d'éponges.

### **Les avantages**

Ils sont simples à utiliser, sans prescription donc facilement disponibles, sans contre-indications médicales ni de risque pour la santé ; Ils peuvent jouer un rôle de lubrifiant.

### **Les inconvénients**

Efficacité insuffisante : coûteux ; leur emploi est contraignant (délai à respecter, mise en place) ; certains peuvent couler de façon excessive ; possibilité d'intolérance locale.

### **3-4-6) La stérilisation à visée contraceptive**

Elle est régie par des lois dans plusieurs pays (5)

#### **a) La stérilisation féminine : ligature ou obturation des trompes**

##### **- Méthode par cœlioscopie et laparotomie**

Elle se pratique sous anesthésie générale (avec hospitalisation), elle consiste soit à : sectionner et électro-coaguler les trompes ; poser des anneaux de Yoon (clips) sur les trompes.

Cette méthode est en principe irréversible.

##### **- Méthode par les voies naturelles**

C'est une nouvelle méthode : le dispositif se pratique par hystérocopie sans anesthésie générale et sans hospitalisation. On accède aux trompes pour y placer un micro-implant souple dans chacune des trompes pour les obstruer.

C'est une méthode simple et rapide (environ 30 minutes) ne laissant pas de cicatrice. Il faut attendre 3 mois (et continuer sa méthode de contraception habituelle) avant que la méthode soit efficace. Elle est irréversible.

#### **b) La stérilisation masculine : la vasectomie**

C'est la section des canaux déférents (canaux transportant les spermatozoïdes).

C'est une intervention chirurgicale simple, sous anesthésie locale, sans grands

Etude des connaissances ; attitudes et pratiques des femmes sur la contraception dans le centre de santé de référence de Diéma

risques opératoires, en principe irréversible ; il existe la possibilité d'autoconservation du sperme au préalable dans des banques de sperme.

Au Mali, les services de prestation de PF mettent la plus part de ces méthodes à la disposition de la population.

### **3-5) Les méthodes naturelles : les moins efficaces des contraceptions**

Historiquement, ce sont les plus utilisées et pourtant ce sont les moins fiables. Elles peuvent être utilisées par des femmes voulant espacer les grossesses et qui accepteraient l'échec de ces méthodes.

#### **3- 5-1) Le retrait ou coït interrompu**

L'homme retire son pénis juste avant l'éjaculation pour qu'elle se produise à l'extérieur du vagin. Si le retrait n'est pas effectué à temps, il y a un risque de grossesse, de même qu'il arrive très souvent qu'avant l'éjaculation, un peu de liquide contenant des spermatozoïdes s'écoule du pénis.

C'est une méthode qui rompt l'harmonie du rapport sexuel.

#### **3- 5-2) L'abstinence périodique**

Il s'agit de détecter la phase fertile du cycle menstruel et de s'abstenir d'avoir des rapports sexuels ou d'utiliser des contraceptions locales pendant cette période.

Cette méthode est fondée sur le fait que les spermatozoïdes et les ovules ont une durée de vie de quelques jours. La fécondation ne peut se réaliser que si les rapports sexuels ont lieu quelques jours avant, pendant ou après l'ovulation. Cette méthode nécessite un apprentissage.

Le moment de l'ovulation est évalué de plusieurs façons.

##### **a- La méthode du calendrier ou Ogino**

C'est la plus largement connue et pourtant la moins efficace.

Elle est basée sur le calcul de la période fertile (ovulation), considérant les autres périodes du cycle comme non à risque de grossesse.

Cette méthode est peu fiable car la date de l'ovulation n'est jamais prévisible, elle peut être décalée même si les cycles sont réguliers et de nombreux facteurs peuvent perturber le cycle.

Tout rapport sexuel présente un risque de grossesse, quelque soit le jour du cycle (même pendant les règles).

##### **b- La méthode des températures**

Etude des connaissances ; attitudes et pratiques des femmes sur la contraception dans le centre de santé de référence de Diéma

Lors de l'ovulation la température basale du corps monte de 1 à 4 degrés et reste la même (en plateau) jusqu'aux règles suivantes. Cette méthode consiste à détecter l'ovulation en prenant sa température rectale tous les matins au réveil avant de se lever.

L'abstinence est longue. Elle doit se faire du début des règles jusqu'au 2ème jour après la montée de température. De nombreux facteurs peuvent perturber la température basale (infections, nuits courtes, heure du réveil) et induire en erreur l'utilisatrice. Cette méthode est contraignante.

#### **c- La méthode de la glaire ou Billings**

La glaire cervicale change de consistance au moment de l'ovulation.

Cette méthode consiste à détecter la modification de la consistance de la glaire cervicale observée à l'entrée du col tous les jours : il faut pour cela imbiber le pouce de glaire et apprécier la longueur du "fil" obtenu (5 à 10 cm) et la transparence de la glaire.

Au moment de l'ovulation et juste avant, la glaire cervicale est plus abondante et a une consistance comparable à celle du blanc d'œuf. L'abstinence doit se faire à partir de cette modification et jusqu'à 3 jours après qu'elle ait disparu.

Cette méthode demande un apprentissage et est réservée aux initiées motivées, elle est source de nombreuses erreurs.

#### **d- Les tests d'ovulation : Persona**

Ce sont des tests qui permettent de détecter le début et la fin de l'ovulation par la mesure des variations hormonales dans les urines, si les cycles sont réguliers.

Ils ont une efficacité légèrement supérieure aux méthodes précédentes toutefois leur coût reste très élevé (5).

### **3- 5-3) L'allaitement maternel**

La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) est le recours à l'allaitement comme méthode temporaire de planification familiale. La MAMA est efficace à 98 % environ contre la grossesse si les critères suivants sont remplis : la mère n'a pas eu ses règles depuis l'accouchement ; elle nourrit son enfant au sein, exclusivement ou presque exclusivement ; le bébé a moins de 6 mois.

Outre son effet contraceptif temporaire, l'allaitement protège le nourrisson contre les maladies infectieuses, lesquelles peuvent être mortelles. Toutefois, dans le cas des femmes séropositives pour le VIH, il convient de peser soigneusement le risque de transmission de ce virus de la mère à l'enfant contre les avantages bien connus de l'allaitement (17).

#### **4) Les méthodes de contraception traditionnelles au Mali**

Ces méthodes reposent sur le vécu socioculturel des peuples (12). On peut citer :

##### **a- Le Tafo :**

Cordelette avec des nœuds imprégnée d'incantations et attachée autour du bassin de la femme. Son pouvoir reposerait sur la psychologie mais également sur le vécu ou valeurs socioculturelles (par exemple perd son efficacité en cas de rapport avec un autre homme que son mari).

##### **b- 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 méthode de barrière.

##### **c- 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.

##### **d- Les solutions à boire :**

Il peut s'agir : d'écorces d'arbres ou de plantes, des graines à avaler ou de « nasi » solution préparée par les marabouts ou des charlatans.

##### **e- La séparation du couple après accouchement :**

Après un accouchement, il est de coutume de séparer le couple pendant 40 jours. Ceci permettait à la femme de récupérer et à l'enfant de se développer normalement.

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.

#### **5) Morale et éthique de la reproduction**

##### **5- 1) Dans l'antiquité**

L'infanticide, l'avortement et la contraception étaient pratiqués depuis l'antiquité. Ils continuent encore de nos jours dans les proportions extrêmement variables selon les lieux et les époques. Ceci pour nous montrer la constante volonté de l'espèce humaine d'échapper à la fatalité d'une reproduction naturelle, volonté individuelle ou collective, institutionnelle ou non, mais ne trouvant une opposition ou une annihilation que dans une structure morale d'essence religieuse, philosophique ou politique.

##### **5- 2) Aspects religieux et philosophiques**

###### **a- Le christianisme et la contraception**

Etude des connaissances ; attitudes et pratiques des femmes sur la contraception dans le centre de santé de référence de Diéma

La contraception n'est pas une question nouvelle selon Larchet (18), mais l'expansion et la banalisation de cette pratique dans les sociétés modernes par la mise à disposition des moyens plus nombreux et plus sûrs, a suscité des réactions aiguës et accentué le débat du côté des confessions chrétiennes traditionnellement réservées vis à vis de la contraception.

On notera que certaines pratiques et prescriptions communément admises au sein de l'église ancienne (et toujours en vigueur de l'église orthodoxe) ont eu pour effet objectif, une limitation des naissances.

L'abstention de rapports sexuels durant la menstruation, durant la grossesse, mais également lors des jours et des périodes de carême (qui totalisent la moitié des jours d'une année), ainsi que les jours précédant la communion et la pratique de l'allaitement maternel. Le nombre de jours fertiles se trouvait ainsi considérablement réduit (13).

### **b- L'islam et la contraception**

La définition de la planification familiale adoptée à la conférence islamique internationale de Rabat 1971 (9) est la suivante : « la planification familiale est l'utilisation par les deux conjoints, qui tous deux y consentent sans contrainte, d'une méthode licite et sûre pour retarder ou avancer le moment de la grossesse selon ce qui convient le mieux aux époux en fonction des facteurs sociaux, économiques ou de santé de la famille, les conjoints étant conscients à tous moments de leurs responsabilités vis-à-vis d'eux-mêmes et de leur progéniture ».

La planification familiale n'est pas une nouveauté pour l'islam, comme le révèlent les propos échangés à la conférence. Les compagnons du prophète la pratiquaient déjà à l'époque de la révélation coranique, et en discutaient avec lui, qui ne l'interdisait pas (9).

Si la planification familiale, comme on l'entendait alors, était prohibée, alors les versets coraniques qui s'y rapportent l'auraient formellement interdite, ce qui n'est pas le cas.

Le mariage est une association de deux libertés ; la femme n'est ni un objet sexuel, ni une machine à reproduire, c'est la volonté du couple librement qui décide de la progéniture comme de l'harmonie sexuelle et la contraception reste libre s'il le souhaite.

Aucun texte de l'islam n'interdit la régulation des naissances mais la perpétuation de l'espèce humaine reste l'objet essentiel de l'accouplement (28).

## **6) Etat de lieux de la recherche**

### **6-1) Dans le monde**

Etude des connaissances ; attitudes et pratiques des femmes sur la contraception dans le centre de santé de référence de Diéma

En France, on estime environ à 10 000 le nombre d'adolescentes qui tombent enceintes chaque année et dont la moitié avorte (18). Devant cette situation accablante le gouvernement français en novembre 1999 a annoncé l'autorisation permettant aux infirmières scolaires de délivrer la pilule du lendemain aux adolescentes « en situation de détresse ou d'extrême urgence » cette mesure a suscité un débat juridique avec les religieux.

L'éducation sexuelle partie intégrante des programmes scolaires depuis 1973 a acquis une importance nouvelle en septembre 1999 par l'augmentation à 30 à 40 heures de cours pour les élèves de quatrième et de troisième. En janvier 2000, une grosse campagne d'information sur la contraception fut lancée par le gouvernement.

En Angleterre et au pays de Galles les taux de grossesse chez l'adolescente de 15 à 19 ans sont les plus élevés d'Europe occidentale avec 65 pour mille ; devant cette situation tout le monde pense qu'il faut agir, mais les opinions divergent sur les moyens à employer. Le gouvernement c'est engagé à réduire de moitié le taux de grossesse chez les adolescentes d'ici 2010.

Selon l'office britannique de la statistique, 35,5% de ces fœtus sont avortés. Comparativement les taux de grossesse chez l'adolescente de 15 à 19 ans sont 65 pour mille en Grande Bretagne contre 84 pour mille aux USA et 102 pour mille en Russie (18).

Le ministère de la santé a autorisé, à titre d'essai, certaines pharmacies à vendre sans ordonnance la pilule du lendemain aux jeunes filles de plus de 14 ans.

En Afrique sub-saharienne, les adolescentes représentent plus de 50% des premières grossesses et elles donnent naissance à des bébés d'un poids insuffisant le plus souvent que les femmes adultes (18). Les problèmes liés à la grossesse constituent l'une des premières causes de mortalité chez l'adolescente.

Dans cette région, l'écart se creuse entre le début de l'activité sexuelle et le mariage car les femmes se marient plus tard. Chez les adolescentes le jeune âge ou le fait de ne pas être mariées peut constituer des obstacles à l'obtention de services de planning familial.

La réussite scolaire des femmes à un effet important sur la fécondité, plus les femmes sont allées loin dans leur scolarisation, plus leur niveau de fécondité est faible.

Au Malawi, ISF varie de 7,3 pour les non-scolarisées et niveau primaire à 3 pour le niveau secondaire et plus. Cet ISF ne diffère que de 0,1 entre les zones urbaines et rurales ou il y a une augmentation.

Au Bangladesh, au Népal et dans certaines régions d'Afrique, 70 à 80% des jeunes filles sont mariées à 15 ou 16 ans (18). Dans ce cas la grossesse peut être désirée,



Etude des connaissances ; attitudes et pratiques des femmes sur la contraception dans le centre de santé de référence de Diéma

mais elle peut être risquée, d'un point de vue sanitaire, scolaire ou économique. Hors mariage, elle n'est généralement pas désirée.

La grossesse compromet l'avenir scolaire des adolescentes. Ce qui pousse certaines à l'avortement clandestin. Le fond des nations unies pour la population a beaucoup fait pour que la sexualité des adolescentes soit reconnue à travers le monde de même que leurs besoins spécifiques en matière d'éducation, d'information et d'accès aux services sociaux et médicaux.

Mais les Etats sont lents à réagir. Ce sont les organisations non gouvernementales (ONG) qui sont très proactives dans ce domaine.

Ainsi plusieurs enquêtes dans le monde montrent une baisse du taux de fécondité grâce à l'usage croissant et à un développement de la planification familiale (30). Mais le taux de fécondité est plus élevé dans les pays en développement que dans les pays industrialisés malgré que les taux d'utilisation de la contraception soient plus élevés dans les pays en développement que dans les pays industrialisés. Cela est lié à l'importance de la population dans ces pays.

En général, la grossesse précoce chez les adolescentes pose les problèmes liés à l'importance de cette population et aux risques sanitaires pour la mère et le fœtus. En Afrique, le taux de fécondité reste élevé et varie selon les régions et au sein d'une même région. Les taux les plus élevés sont enregistrés en Afrique subsaharienne et dans les pays arabes (25).

## **6-2) Au Mali**

Le Mali est parmi les pays à fort taux d'accroissement dans le monde (20). Ce niveau d'accroissement est le fruit d'une fécondité encore élevée ; l'ISF est passé de 6,9 en 1987 à 6,8 en 2001.

Alors que les autres pays africains connaissent une baisse dans ce domaine, la fécondité au Mali n'a pas connu de changement notable.

L'effectif de la population est passé d'environ 4 100 000 habitants en 1960 à 9 800 000 habitants en 1998. Au rythme auquel elle s'accroît, la population du Mali doublerait tous les 22 ans (30).

Comparé aux autres pays, le Mali aurait moins de temps que la moyenne africaine 27 ans pour se préparer au doublement de sa population, encore moins de temps que les pays d'Asie dans 50 ans et d'Amérique centrale dans 45 ans. Cette réalité pourrait compromettre le processus de développement du pays et interpelle les décideurs à tous les niveaux.

En dépit d'énormes efforts déployés en matière de santé de la reproduction, l'utilisation actuelle de la contraception moderne est de 5,7% (4). Cela contraste

Etude des connaissances ; attitudes et pratiques des femmes sur la contraception dans le centre de santé de référence de Diéma

fortement avec les besoins non satisfaits en planification familiale qui sont de l'ordre de 28,5%. Les faibles progrès enregistrés au niveau de la prévalence contraceptive se traduisent par une fécondité constante depuis une quinzaine d'années au Mali.

En matière de prévalence contraceptive, le Mali est en retard sur plusieurs pays africains dont le Ghana 13,4% en 1998, le Kenya 32% en 1999, la Zambie 50,1% en 1999 et la Tunisie 66% en 2000. Dans le monde, 10 000 femmes meurent chaque semaine parce qu'elles n'ont pas eu accès à la planification familiale (4).

La faible prévalence contraceptive fragilise la santé de la femme et de l'enfant. La clé du développement du pays passe donc par une meilleure maîtrise de la croissance démographique, à travers la promotion de la planification familiale.

Il ressort des données disponibles que l'utilisation actuelle de planification familiale représente environ 20% de la demande potentielle au niveau du Mali. Même si le Mali ne répondait qu'aux 80% de besoins non satisfaits en planification familiale, cela contribuerait énormément à l'amélioration des conditions de vie des maliens.

La fécondité débute très précocement (27), à un niveau élevé à 15-19 ans, atteint son maximum à 20-24 ans, baisse à 40-44 ans.

A Bamako le taux de fécondité des 15-19 ans est de l'ordre de 102 pour mille (4).

Il y a des différences de niveau de fécondité selon le lieu de résidence ; ainsi l'ISF de 6,8 enfants par femme pour le pays varie de 5,5 en milieu urbain à 7,3 en milieu rural. Ces différences s'observent à tout âge, mais l'écart relatif à la résidence est important aux très jeunes âges : ainsi à 15-19 ans, le taux est de 129 pour mille en milieu urbain contre 218 pour mille en milieu rural.

Les études mettent en évidence une diminution de la fécondité avec l'augmentation du niveau d'instruction; ainsi l'ISF varie de 7,1 pour les femmes sans instruction à 6,6 pour les femmes d'instruction primaire et 4,1 pour le niveau secondaire et plus. Cette influence de l'instruction sur la fécondité est surtout sensible après le niveau primaire.

Les adolescentes de 15-19 ans contribuent pour près de 14% à la fécondité totale des femmes, 40% d'entre elles ont commencé leur vie féconde, 34% ont déjà eu un enfant et 7% sont enceintes pour la première fois. La précocité est accentuée en milieu rural 49% contre 20% en milieu urbain. A Bamako, 23% sont fécondes, 15% déjà mères et 5% sont enceintes (29).

Ainsi le Mali a un taux de fécondité parmi les plus élevés du monde malgré les progrès réalisés dans le domaine de la planification. Les enquêtes ont montré que cette fécondité commence très précocement à des taux élevés chez les adolescentes

Etude des connaissances ; attitudes et pratiques des femmes sur la contraception dans le centre de santé de référence de Diéma

de 15 à 19 ans et pose des problèmes qui sont également rencontrés dans beaucoup de pays à travers le monde qu'il soit industrialisé ou en développement.

### **6- 3) L'accès aux structures de santé reproductive**

Chaque année on enregistre dans le monde 75 millions de grossesses non désirées dues à deux causes principales : soit le couple n'utilisait pas la contraception soit la méthode utilisée a échoué (25). Le manque d'accès à l'information et aux services de planification familiale est une des nombreuses raisons pour lesquelles la contraception n'est pas utilisée pour éviter une grossesse non-désirée.

Les moyens contraceptifs sont de plus en plus disponibles mais hors de la portée pour beaucoup de gens. Près de 60% des femmes et des hommes utilisent aujourd'hui dans le monde des méthodes contraceptives modernes, mais environ 350 millions de couples ne sont pas informés dans ce domaine et n'ont pas accès à différentes méthodes et prestations (14).

La planification familiale est reconnue depuis plusieurs années comme un moyen essentiel pour maintenir la santé et le bien être des femmes et de leurs familles (24).

Au Mali, beaucoup d'efforts ont été consentis dans ce cadre à travers les différents programmes de santé de la reproduction.

Cependant la prévalence contraceptive reste l'une des plus faibles de la sous région africaine (24).

### **6- 4) Approche conceptuelle : épidémiologie socioculturelle**

Une grossesse précoce, lorsqu'elle a lieu dans le mariage est rarement identifiée comme un problème. Elle est au contraire souhaitée pour la jeune mariée quel que soit son âge. C'est une preuve de sa fertilité. Une grossesse pré maritale (sous ou en dehors des fiançailles), par contre, est accueillie différemment selon les milieux sociaux. Hors mariage, une grossesse est généralement immorale et non-tolérée.

Dans bien des cas, la grossesse sera reconnue par le père et un mariage suivra. Ailleurs dans certaines sociétés d'Afrique subsahariennes notamment forestières, la hantise de la stérilité est tellement présente que l'on souhaite que la femme fasse preuve de sa fertilité avant que le mariage ne soit définitivement conclu.

Une grossesse d'adolescente, mariée ou non est donc dans ce contexte bien acceptée. Par contre dans d'autres milieux séculaires (Bamanan) comme dans le milieu islamisé où toute relation sexuelle avant le mariage est réprouvée, les familles sont favorables au mariage très précoce pour éviter toute grossesse hors-

Etude des connaissances ; attitudes et pratiques des femmes sur la contraception dans le centre de santé de référence de Diéma

mariage. Actuellement, dans notre monde de transition entre valeurs culturelles (morales, éthiques et religieuses) séculaires et pro-occidentales contemporains, la grossesse est perçue plus comme un risque d'interruption des études de la jeune fille que comme un problème moral ou spirituel.

Cependant, il s'est tout de même développé dans le milieu aussi bien familial qu'officiel mais également dans celui des mouvements de jeunes, un discours réprobateur et moraliste qui stigmatise de plus en plus le dévergondage des jeunes filles.

Ici, on incrimine peu des adolescents ou jeunes adultes masculins ou encore des hommes qui profitent de leur statut social favorisé pour entraîner les adolescentes à des relations sexuelles précoces ou à risque.

Mais avant tout, la fécondité pré maritale traduit une modification du cycle de vie des jeunes femmes. Le retard de l'entrée en union, en raison de la scolarisation notamment, a introduit une période plus longue qu'auparavant, entre puberté et mariage, qui augmente. Par ailleurs, la probabilité de grossesse pré ou extra-maritale reste élevée.

De l'approche de la fécondité des adolescentes comme transgression d'une norme, on passe progressivement à une approche plus objective prenant en compte les implications sanitaires et sociales de la maternité précoce. Les études sur la santé en montrent bien des dangers pour les adolescentes (n'ayant pas achevé leur propre croissance) ainsi que les risques liés aux avortements clandestins, de plus en plus fréquents chez les jeunes filles.

A travers le monde les organismes chargés de la promotion des femmes soulignent le handicap que constituent les maternités d'adolescentes pour la formation et la carrière professionnelle des jeunes filles. De nos jours les programmes de planification familiale ont fait des interventions pour éviter de faire les grossesses précoces une de leurs priorités. C'est en effet un thème qui contribue largement à légitimer l'offre des services de contraception.

# METHODOLOGIE

Etude des connaissances ; attitudes et pratiques des femmes sur la contraception dans le centre de santé de référence de Diéma

## **IV) METHODOLOGIE**

### **1) Lieu d'étude**

#### **Diéma**

La présente étude s'est déroulée dans le Centre de Santé de Référence du cercle de Diéma.

#### **Historique**

L'histoire du cercle de Diéma se déroule dans le royaume massassi du kaarta fondé par les Coulibaly venus de Ségou et qui a atteint son apogée sous le règne de Bodian Moriba de 1815 à 1832.

Les différents ROIS qui se sont succédé dans ce royaume de Kaarta sont les suivants :

Sey Bodian de 1754 1758

Deniba Bo de 1758 1761

Sira Bo de 1761 1788

Dessé Coulibaly de 1788 1811

Bodian Moriba de 1815 1832 succéda à Sagaba Coulibaly de 1811 1815.

Mamadou Kandia, successeur de Bodian Moriba, soumit les Diawara avant d'être vaincu par El Hadj Oumar Tall en 1855 qui installa Amadou TALL et impose l'islam. Ce dernier se heurta à la ville de Nioro du sahel soumise à l'administration coloniale sous le colonel Archinard. Diéma a l'instar des autres circonscriptions et cantons tels que ceux du KAARTA Koussata, Kingui, Sangha, relevait de la subdivision de Nioro et était soumis à la contribution à l'effort de guerre et aux travaux forcés.

Depuis l'indépendance du Mali, ces différentes entités furent regroupées en cinq arrondissements (Diéma, Bema, Diangounté, Dioumara, Lakamané) rattachés au cercle de Nioro.

L'ordonnance N° 77-45/CMLN du 18 juillet 1977 crée le cercle de Diéma tout comme youwarou a Mopti, Baraouli et Bla à Ségou. Cette ordonnance entra en vigueur en 1978 avec la ville de Diéma comme chef lieu de cercle.

Cependant, le village de DIEMA fut fondée par

Diégueri Sissoko qui quitta le village de Tomoro (ex-arrondissement

d'Oussoubidiaya situé dans l'actuel Bafoulabe) à la recherche de terre fertile

ensuite il aura été secondé par l'ancêtre des Konté vivant à DIEMA, venu de

Farabougou (ex-arrondissement de Diangounté Camara) pour s'enquérir des terres

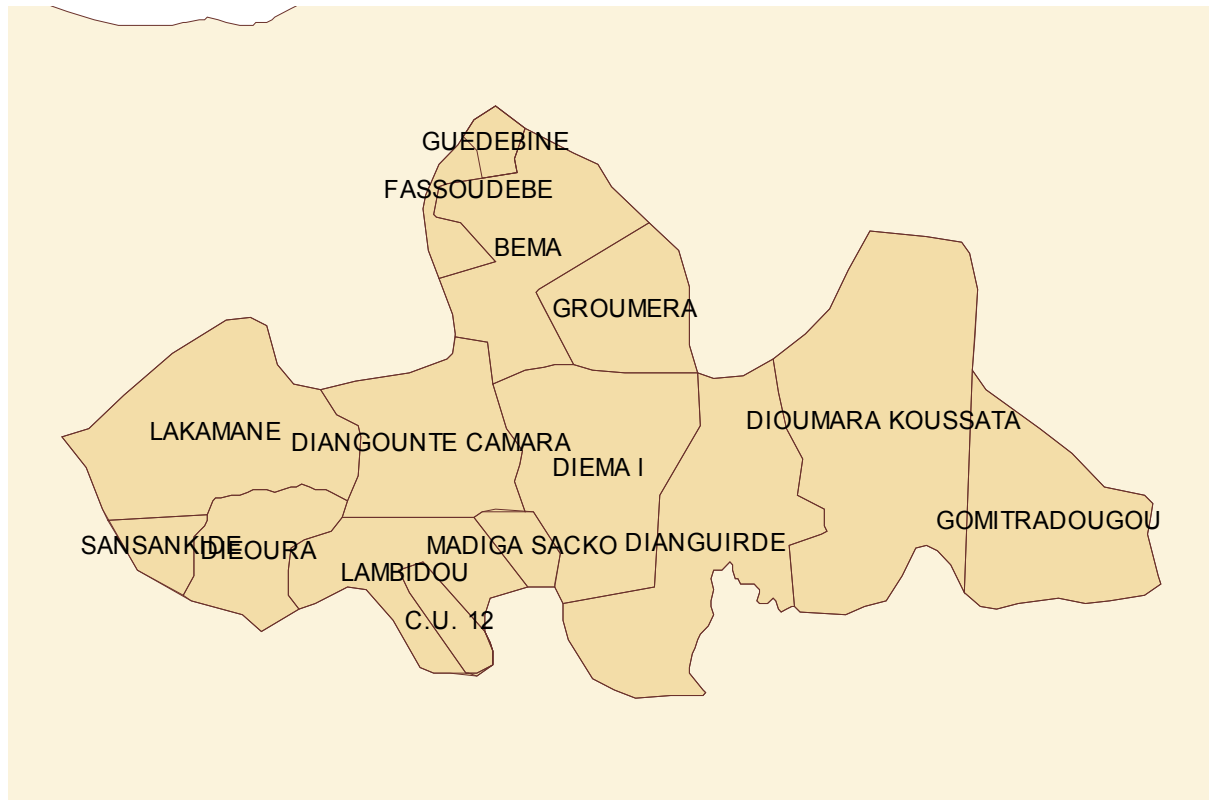
cultivables et créa un village nommé Diéma. L'accession à la chefferie se fait par

un Transfer sur la base d'un consensus entre la famille Sissoko et celle des Konté

au profit du plus âgé des deux clans. Ainsi de sa création à nos jours 13 chefs de

village se sont succédé.

## Situation géographique



Situé à 271 km de Kayes, dans la partie nord-est de la région, le cercle de Diéma est le plus jeune des cercles de la région de Kayes. Il couvre une superficie de 12.360 km<sup>2</sup> où vivent 219.696 âmes soit une densité de 12 habitants par km<sup>2</sup>. Aujourd'hui le cercle de Diéma comprend 145 villages et 3 quartiers, repartis entre 15 communes dont une urbaine. Il s'agit des communes de : Béma, Dioumara, Fassoudebé, Guedebiné, Gomintradougou, Madiga Sacko, Lambidou, Lakamané, Sansankidé, et la commune urbaine de Fatao.

### Relief (limites)

A l'est par les cercles de Kolokani et Nara ; au sud-ouest par le cercle de Bafoulabe ; au Nord par le cercle Nioro ; au Sud par le cercle de Kita  
Dans son ensemble il est constitué par des vastes plaines avec des dunes de sable fixées telles que Singamparé (commune de Diéma) et accidenté dans ses parties frontalières notamment l'ouest et le nord.

### Climat

Type soudano-sahélien avec l'alternance de 3 saisons

Etude des connaissances ; attitudes et pratiques des femmes sur la contraception dans le centre de santé de référence de Diéma

Une saison sèche-froide d'octobre à février

Une saison chaude de Mars à juin

Une saison des pluies de juin à septembre, l'harmattan d'octobre-mai

Les précipitations varient entre 400 et 800mm d'eau par an

### **Les sols, la végétation, et la faune**

Ils sont argilo-limoneux et argilo-sablonneux de part et d'autre.

Ces sols constituent un potentiel important de production, mais leurs exploitations restent confrontées à des nombreux facteurs limitatifs et d'ordre climatique

Le domaine forestier couvre une superficie de 1.077 hectares avec une productivité faible de 0443 au cube/ha/an d'après les données du PIRL (1990). De cette période à nos jours, il a subi beaucoup de modification. Ces changements sont dus d'une part aux aléas climatiques mais aussi et surtout à l'action de l'homme, les feux de brousses, les coupes abusives des arbres.

Cette année, malgré l'installation tardive du nord des pluies et son arrêt précoce, hauteurs de pluies enregistrées sont supérieures à la moyenne des 4 dernières années, la biomasse a été abondante.

Le cercle abrite une partie du parc de la boucle du baoulé. Elle est importante de par sa superficie et sa variété mais peu abondante. On y rencontre des oiseaux à plumes (pintade, outarde, perdrix), des gibiers, biches phacochère, singes, lièvre, quelques fauves (hyènes, chacals), des grandes fauves aux abords immédiats de la réserve de la boucle du baoulé et des reptiles, boas, caïmans, couleuvres, vipères, cobras, etc....

Elle est riche et variée en remontant du nord au sud. Les espèces rencontrées sont : le cordela pinorata (dougoura) le caridiabariata (n'gouna) la balanite (n'zeguené) le bombax costalium (boumboun) l'andozonia digitala (n'zira) etc.

### **Hydrographie :**

Elle est constituée de nombreuses mares et de marigots dont le régime est lié à celui de la pluviométrie.

Les cours d'eau importants du cercle sont : les mares de bilibani, fangouné, debo, tinkaré, farabougou dans les communes rurales de Diéma, diangounté Camara, Dioumara et celles de kounko et de dioba, dans les communes de béma et Fassoudebé. Il faut noter la présence de certaines rivières et étangs d'eau qui disparaissent après les pluies. Il y a une branche de la Falémé.

### **Population :**

Estimée à 219.696 habitants en 2010 (source RGPH 2009 actualisée en 2010 avec une densité moyenne de 17 habitants /Km<sup>2</sup>). Elle est essentiellement formée de soninké majoritaire, kagoro, peulh, bambara, kassonké, et maures. Les principales activités économiques s'articulent autour de l'agriculture, l'élevage, le commerce et l'artisanat.

### **Politique**



Etude des connaissances ; attitudes et pratiques des femmes sur la contraception dans le centre de santé de référence de Diéma

Des partis politiques ou groupes de partis s'engagent à travailler avec des différentes couches sociales pour une réponse aux différentes aspirations dans la cohésion. L'économie du cercle repose sur les activités principales, à savoir l'agriculture, l'élevage, le commerce et l'artisanat.

L'agriculture se focalise sur la culture du mil, du, mais, du niébé, de l'arachide, et constitue l'activité principale de la population.

L'élevage est pratiqué par les peulh et les maures. Il repose sur les bovins, les ovins, les caprins, les équins. L'artisanat en ce qui le concerne est pratiqué généralement par des hommes de castes. A ces activités génératrices de revenus, il importe d'ajouter le rôle combien déterminant que joue l'exode dans la vie socio-économique des populations.

### **Economie et migration :**

Le cercle connaît un phénomène migratoire très important, il intéresse 80% des jeunes. Cette situation culturelle pour les soninkés s'est accentuée avec des années de sécheresse. Le phénomène est aujourd'hui enraciné dans les habitudes des populations. Ce sont des hommes qui émigrent le plus souvent laissant les femmes derrière eux pendant des années. Les jeunes migrent surtout du milieu rural vers les centres urbains (Bamako, Kayes, et vers les pays d'Afrique centrale d'Europe et d'Amérique.

### **Organisation communautaire :**

Les populations sont à 80% sédentaires. Les habitants vivent regroupés au sein des familles, qui constituent les villages.

La famille est un ensemble de plusieurs ménages.

Les ménages sont souvent définis comme un homme et ses épouses (la polygamie étant une caractéristique essentielle du milieu).

Au niveau des villages on trouve des classes d'âges par rapport aux différentes sociétés secrètes association (nama) (komo) pour les adultes et (n'tori) pour les enfants. On assiste depuis l'avènement de la démocratie des associations socioprofessionnelles (associations des jeunes, de femmes etc.). On dénombre 51 associations, 5 coopératives, et 5 GIE au niveau du cercle.

### **Organisation sociale :**

La prise de décision collective et gérontocratique au sein de la famille le chef de famille a le pouvoir des décisions. Au niveau du village c'est le conseil de sages qui prend des décisions. Les femmes ne participent pas à la prise de décision.

Par ailleurs on note la présence de leaders d'opinion dans la société

### **Voies et communication**

Le cercle est désenclavé. La route nationale numéro 03 Bamako-Nioro, traverse le cercle sur 202km praticable en toutes saisons. La route Diéma Kayes est entièrement bitumée, traverse le cercle sur 102 km également praticable en toute saison. Le réseau téléphonique installé en 1991 couvre les communes de

Etude des connaissances ; attitudes et pratiques des femmes sur la contraception dans le centre de santé de référence de Diéma

diangouté, Béma Diéma, Fatao, Lakamané et Dioumara. 02 radios FM jamana et kaartá djigui installées respectivement en 1999 et 2006 couvrent les communes de Diéma diangouté dianguirde groumera madiga Sacko sur un rayon de 100 km .Le RAC de l'administration et celui de la santé couvrent les communes, ex arrondissement (Béma Diangouté, Dioumara, Diéma et Lakamané).

Après l'arrivée de la téléphonie mobile Ikatel, malitel le réseau de la communication s'est élargi sur l'ensemble du cercle. Les moyens de transport sont assez limités. Ils sont basés sur les charrettes qui sillonnent les communes. A l'intérieur du cercle, les axes Diéma Diangouté, Lakamané, Lambidou, Béma, Groumera sont aussi fréquentées par certains gros transporteurs en toute saison.

### **Les services administratifs**

Se sont :

Le cercle, le centre de santé de référence le CAP, le service de la conservation de la nature, la gendarmerie, la garde nationale, un poste de douane, sapeurs pompiers, la justice, le service vétérinaire, le centre des impôts, la perception, le contrôle financier, le service du développement et de l'économie solidaire, le service de la jeunesse, la sotelma /Malitel, orange mali.

### **Le centre de référence :**

Le centre est construit en banco, stabilisé par le projet FED depuis 1982

Le centre est composé de :

D'un service d'administration dont le bureau d'un médecin chef, secrétariat, le bureau du gestionnaire

D'une unité chargée de la prise en charge des grandes endémies dirigées par un technicien et un aide soignant

D'une unité dénommée dispensaire chargé de la prise en charge des cas médicaux et chirurgicaux, composé d'une salle de pansement, d'une salle d'injection, un bureau du major, du bureau des médecins, et une salle de garde, et six salles d'hospitalisation dirigée par un technicien supérieur de santé. D'une unité de récupération et d'éducation nutritionnelle

D'une unité d'ophtalmologie dirigée par un médecin généraliste.

D'une unité d'hygiène et d'assainissement dirigée par un technicien supérieur de santé

Un bloc opératoire composé d'une salle

D'une maternité composée d'une salle d'accouchement, d'une salle de CPN, d'une salle PTME, deux salles d'observation comprenant 06 lits, d'une morgue

Le centre dispose de deux incinérateurs et d'un château d'eau

Le personnel du centre est composé de :

04 médecins généralistes (un a tendance chirurgical), 04 techniciens supérieurs, 02 sages femmes, 04 techniciens de santé, 06 infirmières obstétriciennes, une matrone, un aide soignant, 02 manoeuvres, une unité qui intervient dans le planning familial

Etude des connaissances ; attitudes et pratiques des femmes sur la contraception dans le centre de santé de référence de Diéma

(AMPPF), 04 ordinateurs, un château d'eau, une pharmacie, deux magasins, un groupe électrogène, 10 latrines, 03 ambulances, une salle d'entrée, une salle radio non fonctionnelle.

## **2) Type et période d'étude:**

Il s'agissait une étude transversale ayant consisté à l'interview des femmes fréquentant le centre de santé de référence.

Le recueil des informations s'est étalé sur la période allant du 15 Février 2010 au 01 juin 2010.

## **3) Population d'étude :**

Toute femme âgée de 15 - 49 ans fréquentant le centre de sante de référence.

Au total 300 femmes ont participées à notre étude.

## **4) Collecte/Recueil des données**

- Le support utilisé était un questionnaire (voir annexe) avec des questions portant sur les caractéristiques sociodémographique, connaissances, et pratiques en matière de contraception.

Les interviews étaient effectuées en discrétion dans une autre salle.

Pour les accompagnantes elles ont été interrogées en salle d'attente.

Les femmes qui amènent leurs enfants en consultation ont été interrogées après la prise en charge des enfants.

Saisie et analyse des données :

Les données ont été saisie et analysées au logiciel SPSS.

## **5) Critères d'inclusion**

Nous avons inclus dans notre étude :

Les femmes âgées de 15- 49 ans fréquentant le CSRéf de Diéma qui venaient pour une consultation prénatale ; les femmes qui amènent les enfants en consultation médicale ; les accompagnantes des parturientes.

## **6) Critères de non inclusion**

Femmes refusant de participer à notre étude.

## **7) Critères d'exclusion**

Femmes ayant décidé d'interrompre sa participation à l'étude.

# RESULTATS

## V) Résultats

### 1) Caractéristiques socio démographiques des femmes

**Tableau I** : répartition des femmes selon leur caractéristiques socio démographique.

<b>Caractéristiques socio démographiques des femmes</b>		<b>N=(300)</b>	<b>%</b>
<b>Age</b>	15-20 ans	72	24,0
	21-30 ans	93	31,0
	<b>31-49 ans</b>	<b>135</b>	<b>45,0</b>
<b>Résidence</b>	<b>Diéma</b>	<b>252</b>	<b>84,0</b>
	Tinkaré	18	6,0
	Méssé	8	2,7
	Autres	22	7,3
<b>Profession</b>	<b>ménagère</b>	<b>278</b>	<b>92,7</b>
	Aide ménagère	10	3,3
	commerçante	8	2,7
	fonctionnaire	4	1,2
<b>Ethnie</b>	<b>soninké</b>	<b>163</b>	<b>54,3</b>
	bambara	61	20,3
	peulh	24	8,0
	autres	52	17,4
<b>Niveau d'éducation</b>	Primaire	38	12,7
	Secondaire	9	3,0
	Supérieur	1	0,3
	Ecole coranique	13	4,3
	<b>Non scolarisé</b>	<b>239</b>	<b>79,7</b>

**Tableau II** répartition des conjoints selon leur caractéristiques socio démographiques

<b>Caractéristiques socio démographiques des conjoints</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Profession</b>	Cultivateur	219	73,0
<b>Ethnie</b>	Soninké	172	57,3
<b>Niveau</b>	Non scolarisé	196	65,3

**d'éducation**

---

## 1) Antécédents gynéco obstétriques des femmes

**Tableau III** répartition des femmes selon leur antécédent gynéco-obstétrique

<b>Parité</b>	Nullipare	67	22,30	N=300
	Pauci pare	74	24,70	
	<b>Multipare</b>	<b>123</b>	<b>41,00</b>	
	Grande multipare	36	12,00	
<b>Gestité</b>	Nulligeste	21	7,00	N=300
	Pauci geste	100	33,33	
	<b>Multi geste</b>	<b>143</b>	<b>47,67</b>	
	Grande multi geste	36	12,00	
<b>Age du dernier enfant</b>	<b>0-2 ans</b>	<b>106</b>	<b>45,50</b>	N=233
	3-4 ans	86	36,90	
	5-6 ans	10	4,30	
	7-8 ans	17	7,30	
	9-10 ans	14	6,00	
<b>Nombre d'enfants vivant</b>	1-2	74	29,10	N=233
	<b>3-5</b>	<b>140</b>	<b>55,10</b>	
	6-10	40	15,80	
<b>Nombre d'enfant décédé</b>	<b>1</b>	<b>160</b>	<b>68,70</b>	N=233
	2	63	27,00	
	3-5	10	4,30	
<b>Nombre d'avortement</b>	<b>1</b>	<b>64</b>	<b>71,10</b>	N=90
	2	21	23,30	
	3	5	5,60	
<b>Nombre d'années qui séparent les deux derniers enfants</b>	< 2 ans	33	14,20	N=233
	<b>&gt; 2 ans</b>	<b>200</b>	<b>85,80</b>	

### 3) Connaissances des méthodes contraceptives

**Tableau IV** Répartition des femmes selon la connaissance des méthodes contraceptives

<b>Méthodes</b>	<b>N=(300)</b>	<b>%</b>
<b>Stérilisation</b>	43	14,33
<b>Pilule</b>	<b>199</b>	<b>66,33</b>
<b>DIU</b>	113	37,70
<b>Depo provera</b>	189	63,00
<b>Implant</b>	49	16,33
<b>Condom féminin</b>	73	24,33
<b>Condom masculin</b>	115	38,33
<b>Diaphragme</b>	10	3,33
<b>Comprimés/mouches ou Gellée</b>	18	6,00
<b>MAMA</b>	69	23,00
<b>Rythme/contenance périodique</b>	21	7,00
<b>Retrait</b>	14	4,70
<b>Pilule du lendemain</b>	12	4,00
<b>Sources d'informations</b>	127	42,33



#### 4) Attitude des femmes sur la contraception

**Tableau V:** répartition des femmes par rapport à leur motivation.

Conseil	N	%
<b>Après réflexion</b>	<b>15</b>	<b>55,56</b>
Mari	2	7,40
Ami	4	14,82
Voisin	2	7,40
Parent	4	14,82
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>

Les femmes avaient agi après réflexion dans 55,56% de cas.

**Tableau VI :** répartition des femmes par rapport à la raison d'utilisation de la méthode préférée.

Préférence de méthode	N	%
Moins chère	7	25,80
<b>Longue durée</b>	<b>12</b>	<b>44,60</b>
Pas d'effets secondaires	8	29,60
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100,00</b>

La longue durée était la plus commentée par les utilisatrices soit 44,6% de cas.

**Tableau VII :** répartition des femmes selon la durée d'utilisation.

<b>Durée d'utilisation</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>0-6 mois</b>	1	3,70
<b>7-12 mois</b>	7	30,00
<b>1-2 ans</b>	<b>13</b>	<b>48,10</b>
<b>2-3 ans</b>	6	22,20
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>

Les femmes à 48,1% avaient une durée d'utilisation de 1-2 ans.

**Tableau VIII** : répartition des utilisatrices selon la source d'approvisionnement

<b>Lieu d'obtention de la méthode</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Pharmacie privée</b>	<b>18</b>	<b>66,67</b>
<b>Pharmacie du CSRéf</b>	9	33,33
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>

La pharmacie privée était la source la plus connue par les utilisatrices dans 66,67% des cas.

## 5) Pratiques

**Tableau IX** : répartition des utilisatrices selon la méthode utilisée.

<b>Méthode utilisée</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Pilule</b>	4	14,8
<b>Depo provera</b>	<b>22</b>	<b>81,5</b>
<b>Diu</b>	1	3,70
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>

Les femmes utilisaient le Depo provera dans 81,5% des cas .

**Tableau X** Répartition des utilisatrices selon l'âge.

<b>Age</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>15-20</b>	4	14,9

Etude des connaissances ; attitudes et pratiques des femmes sur la contraception dans le centre de santé de référence de Diéma

<b>21-30</b>	8	29,6
<b>31-45</b>	<b>15</b>	<b>55,5</b>
<b>Total</b>	27	100,0

---

Les femmes âgées de 31-45 ans étaient les plus représentées avec 55,5% de cas.

# COMMENTAIRES

## **VI) Commentaire et discussion**

### **A- Données qualitatives**

Pour mener à bien notre étude nous avons dégagé un certain nombre de problème, à savoir : quelles peuvent être les connaissances, les attitudes et les pratiques des femmes en matière de contraception ?

Par rapport à ces interrogations, nous avons émis les hypothèses Suivantes :

Etude des connaissances ; attitudes et pratiques des femmes sur la contraception dans le centre de santé de référence de Diéma

a- le manque d'éducation sexuelle se répercute sur le comportement des femmes.

b- plusieurs facteurs influencent la non-utilisation de la contraception.

Cette étude a été réalisée dans le but de prendre en compte toutes ces inquiétudes.

### **-Opinion des femmes**

La plus part des femmes ont suggéré des campagnes de sensibilisations auprès des hommes (époux) et auprès des femmes fréquentant les structures hospitalières et les adolescentes au niveau scolaires dans l'optique de maîtriser la sexualité en générale et en particulier la contraception. Selon elles à l'heure actuelle cette question de sexualité ne doit plus être un sujet tabou.

### **B- Données quantitatives :**

#### **1) Caractéristiques sociodémographiques des femmes**

Il s'agissait d'une femme au foyer dans 92% des cas, résident à Diéma dans 84% des cas, soninké dans 54,3% des cas, cultivateur dans 73% des cas, non scolarisée dans 79,7% des cas,

Âgée de 15-30 ans dans 71% des cas, avec des âges extrêmes de 15-49 ans.

L'âge moyen était de 32ans.

#### **2) Antécédents gynéco-obstétriques des femmes**

Autours de l'interrogatoire je recherchais des renseignements sur l'âge du dernier enfant, la Gestité, la parité, nombres d'enfants vivants, nombres d'enfants décédé, les nombres d'avortement, le nombre d'année qui sépare les deux dernier enfants auprès de chaque femme ayant donnée naissance au moins une fois.

Dans notre échantillon 57,3% des maris étaient des soninkés, cultivateur

#### **3) Connaissances des femmes sur la contraception**

La majorité des femmes enquêtées avaient entendu parler de la pilule dans 66,33% des cas.

Ce taux est inférieur à celui de Mlle Alima Sidibé qui avait trouvé un taux à 100% chez les adolescentes au niveau scolaire de 19 établissements du district de Bamako(3) et de IG DIAL qui avait également trouvé un taux à 96,8% en milieu scolaire à Baguineda.

Etude des connaissances ; attitudes et pratiques des femmes sur la contraception dans le centre de santé de référence de Diéma

Ceci pourrait s'expliquer par le niveau d'éducation de la population d'étude. Dans l'échantillon étudié 14,33% des femmes connaissaient la stérilisation féminine.

37.7% des femmes connaissaient le Diu.

La majorité des femmes connaissaient aussi le Depo provera soit 63% des cas.

Les femmes à 16,33% connaissaient l'implant.

Dans l'échantillon 24,33% des femmes enquêtées connaissaient le condom féminin contre 38,33% de celui du condom masculin.

Les femmes à 3,3% connaissaient le diaphragme.

Les femmes à 6,0% connaissaient cette méthode.

23% des femmes connaissaient la méthode MAMA.

Statistiquement 7% des femmes ont connaissance de cette méthode (rythme/contenance périodique).

4,7% des enquêtées connaissaient le retrait.

La connaissance sur la pilule du lendemain est de 4%.

Un nombre important soit 42,33% des femmes avaient entendus parler de la contraception à la radio. Ce taux est inférieur à celui trouvé par Mlle Alima Sidibé (1) qui avait trouvé un taux à 82,6% chez les adolescentes dans 19 établissements à Bamako.

#### **4) Attitudes des femmes face à la contraception**

##### **Motivation**

Parmi les utilisatrices 15 avaient agi après réflexion soit 55,56% de cas. La plus part des ces utilisatrices étaient des femmes mariées, elles ont agi clandestinement parce qu'elles n'ont pas eu l'accord de leur mari par rapport au planning familial.

##### **Raison d'utilisation de la méthode**

La longue durée était la raison la plus commentée par les utilisatrices soit 44,6% des cas. La majorité disaient que cette méthode (Depo provera) pouvait être utilisée à l'insu du conjoint et couvre 3 bons mois pour être renouvelé.

##### **Source d'approvisionnement**

La pharmacie privée de la ville était la source d'approvisionnement en méthode contraceptive la plus connue dans 66,67% des cas contre 33,33% au niveau des pharmacies des centres de santé et des Cscm, ce résultat est comparable à celui de I G DIAL (29) qui avait trouvé un taux à 33,6% chez les adolescentes en milieu scolaire dans deux établissements à Baguineda. Pharmacie est plus proche de la population que le centre de santé de référence, pour aussi garder l'anonymat

#### **5) Pratiques de la contraception :**

Durant la période d'enquête 18,0% des femmes pratiquaient la contraception. Les 18% sont obtenus en ne tenant compte que des deux groupes celles accompagnant les parturientes et celles amenant leurs enfants en consultation médicale. N'ont pas été incluses les femmes en CPN parce qu'elles sont déjà enceintes.

Etude des connaissances ; attitudes et pratiques des femmes sur la contraception dans le centre de santé de référence de Diéma

Les femmes utilisaient plus le Depo soit 81,5% de cas. Ce taux est supérieur à celui de I Dial qui avait trouvé un taux à 8,8%( 29) et de Kané 2,7% chez les adolescentes sur la contraception en milieu scolaire a Mopti (20).

Ce taux élevé d'utilisation de Depo prouvera peut s'expliquer par le coup moins cher et la facilité de se procurer.

Parmi les utilisatrices, celles qui avaient une durée d'utilisation de 1-2 ans représentaient la majorité de l'échantillon soit 48,1% de cas. Bon nombres de femmes agissaient après multiples accouchements.

La plus part des ces utilisatrices étaient âgées de 31 a 45 ans soit 55,5% de cas.

# CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS



## **VII) Conclusion et recommandations**

### **1- Conclusion**

Notre travail est une étude des connaissances des attitudes et des pratiques des femmes fréquentant le CSRéf de Diéma en matière de contraception. Il s'agissait d'une étude transversale décrivant les femmes fréquentant le centre de santé de référence. Lors de cette étude, nous nous sommes proposés comme objectif : d'étudier le comportement des femmes fréquentant le centre de santé de référence de DIEMA face à la contraception. Les conclusions suivantes peuvent être tirées :

La majorité des femmes déclaraient connaître les méthodes de contraception et parmi elles, une partie importante utilisait la contraception. Les femmes avaient plusieurs sources d'informations sur la contraception.

Aussi, l'utilisation de la contraception est influencée statistiquement par plusieurs facteurs.

La contraception n'est pas bien élucidée pour beaucoup des femmes et ses effets secondaires mal acceptés, et sont généralement liés à l'automédication et les mauvaises rumeurs.

Les facteurs de la non-utilisation de contraceptifs sont d'ordre économique, social, culturel et infrastructurel.

Une information isolée de la contraception sans référence aux problèmes de la vie active, sexuelle et familiale n'est pas suffisante. Pour cela, nous faisons quelques recommandations.

### **2- Recommandations**

Afin d'améliorer l'adhésion des femmes à ces méthodes de contraception il faut :

#### **2-1- Pour les autorités socio sanitaires et les ONG**

Créer des structures de prise en charge des femmes a tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Renforcer les capacités des prestataires de santé dans le domaine de la santé de la reproduction.

Etude des connaissances ; attitudes et pratiques des femmes sur la contraception dans le centre de santé de référence de Diéma

Accentuer les campagnes de sensibilisation sur la contraception au niveau des centres de santé communautaires, centre de santé de référence en organisant des conférences débats.

### **2-2- Promouvoir la pratique de la contraception**

En levant les incompréhensions sociales, culturelles et religieuses pour améliorer la prévalence contraceptive chez les adolescentes.

### **2-3- Mener des campagnes d'information (plaidoyer) à l'endroit des leaders communautaires**

Pour combler l'ignorance des femmes tout en respectant leurs découvertes personnelles, les aidera à faire le lien entre l'acte sexuel et les conséquences nuisibles à leur épanouissement.

### **2-4- Vulgariser l'accès aux méthodes contraceptives et les rendre disponibles dans les infirmeries de tous les lycées.**

**2-5- Créer et multiplier les centres agréés pour les jeunes** (comme le projet jeune sport et santé de Sogoniko) au niveau national et au niveau régional afin de permettre aux adolescentes et femmes de venir régulièrement et facilement au centre le plus proche de leur lieu d'habitation.

### **2-6- Subventionner les contraceptifs qui ne le sont pas et les examens para-cliniques pratiqués avant leur prescription.**

### **2-7- légiférer en la matière pour permettre le libre accès à la contraception chez les adolescentes.**

### **2-8- Pour les adolescents et aux femmes**

- S'informer avant même la puberté des différentes modifications physiologiques de l'organisme afin de comprendre le cycle menstruel, l'acte sexuel, la contraception, etc.

- Discuter avec les parents, des problèmes de sexualité pour lever les tabous et éviter les idées fausses qui constituent un obstacle à la prise de contraception.

### **2-9- Au personnel médical et para médical**

- Il doit être attentif, disponible.

- Manier aisément les concepts médicaux de la sexualité

- Maîtriser les différentes méthodes contraceptives

Etude des connaissances ; attitudes et pratiques des femmes sur la contraception dans le centre de santé de référence de Diéma

-Mener un counseling initial spécifique et de suivi (la consultation médicale ne doit pas être de type demande de contraception, fourniture d'une ordonnance mais nécessite un dialogue personnalisé avec la femme).

Dans tous les cas, comprendre le monde psychoaffectif des femmes, s'y adapter, parler et agir en conséquence constituent les clés d'une meilleure réussite.

- Dans les centres de santé scolaire et universitaire, dans les cscom, centres de santé de référence, hôpitaux l'infirmier ; l'infirmière, le médecin se doit d'être accessible pour permettre une meilleure vulgarisation des méthodes contraceptives auprès des femmes.

## **2-10- Pour les parents**

Dépasser les tabous sexuels, religieux, socioculturels pour permettre aux jeunes femmes d'affronter leur sexualité d'une manière responsable.

## **VIII) Références**

### **1) Alima Sidibé**

Etude sur les connaissances, les attitudes et les pratiques des adolescentes en milieu scolaire sur la contraception (thèse de médecine 2006 n°301).

Etude des connaissances ; attitudes et pratiques des femmes sur la contraception dans le centre de santé de référence de Diéma

**2) Bilodeau A.; Forget G.; Tetrault J.** L'auto efficacité relative à la contraception chez les adolescents: validation de la version française de l'échelle de mesure de Levinson. Revue canadienne de santé publique 1994 ; 85, 2 : 115-20.

**3) Boubacar Moussa**

Etude epidemio-clinique : Enquête auprès de 206 utilisatrices au CS Réf de la commune I de Bamako d'avril a juin 2003(thèse de médecine 2005 n°183).

**4) Camara M.** La contraception chez l'adolescente. Thèse méd., Bamako 1992. (thèse de médecine1992 n°44)

**5) Coulibaly M**

Contribution a l'étude socio-épidémiologique du planning familial dans le cercle de Douentza (thèse de médecine Bamako mali1992.n°36).

**6) Contraception**

<http://www.contraception.org/html/index>.

**7) Daures JP. ; Chaix D.G.; Maurin M.; Viala J.L. ; Gremy F.**

Étude préliminaire des interruptions volontaires de grossesses (I.V.G.) et des maladies sexuellement transmissibles (M.S.T.) chez l'adolescent par une information en classe de troisième. Contraception, fertilité 1989; 17, 11: 1021-26.

**8) Faite confiance aux ados**

[www.ippf.org](http://www.ippf.org)

**9) Fédération internationale pour la planification familiale :**

L'islam et la planification familiale.

**10) Fondation Genevoise pour la formation et la recherche médicale**

Planification familiale.

**11) I g Dial**

Etude des connaissances, des attitudes et des pratiques comportementales des adolescentes en milieu scolaire sur la contraception dans la commune rurale de Baguineda thèse médecine 2010 n°120.

**12) International développement reserch center**

Etude des connaissances ; attitudes et pratiques des femmes sur la contraception dans le centre de santé de référence de Diéma

Planning traditionnel au mali.

Education sexuelle en Afrique tropicale 1973.

**13) Jean Claude L.** Pour une éthique de la procréation. Paris, éditions du Cerf 1998 ; 2 : 31.

**14) Journée Mondiale Maternité sans risque.** Eviter les grossesses non désirées 7 avril 1998

**15) Kané F**

La contraception en milieu scolaire a Mopti

IIIe congrès de la SOMAGO du 3 au 5 avril 2006.

**16) Larousse médicale**

**17) L'allaitement maternel**

<http://.fhi.org/fr/topics/breastfeeding.htm>

[www.uia.org/uiademo](http://www.uia.org/uiademo)

**18) L'éducation sexuelle en ballottage**

[www.uia.org/uiademo](http://www.uia.org/uiademo).

**19) Ministère de la santé**

USAID 2003

**20) Mme Diallo Bintou Dème**

Etude sur les raison de la faible utilisation du dispositif intra utérine dans deux CS

Réf de Bamako (thèse de médecine 2007n°216).

**21) Nian M.** Approche *epidemo*-clinique de la grossesse chez l'adolescente à l'hôpital régional de Kayes. Thèse *méd.* Bamako 2000. (thèse de médecine 2000 n°99).

**22) OMS : Equilibre et population**

Le scandale de la mortalité dans le monde (paris : salon de la médecine 08 mars 2000)

Population développement et qualité de vie au Mali.

**23) Ordre des sages femmes du Mali**

Bulletin semestriel de l'ordre des sages femmes du Mali : Aout 2005 n°002.

**24) Population report 2003**

Etude des connaissances ; attitudes et pratiques des femmes sur la contraception dans le centre de santé de référence de Diéma

[www.popreports.org/pr/prf/fm17](http://www.popreports.org/pr/prf/fm17).

**25) Sacko. D**

Connaissances, attitudes, et pratiques des adolescentes du\_ LBAD en matière de contraception planning familiale, de MST et sida thèse de médecine Bamako 2002 n°62.

**26) Sanogo S**

Contribution a l'étude de la planification familiale dans la commune IV de Bamako (thèse de médecine 1996 n°032).

**27) Serfaty D.** La contraception. Doin éditeurs, Paris. 1986

**28) Ta-Ngoc Chau.** Aspect démographique de la planification de l'éducation. UNESCO 2002.

**29) Traoré S et col**

EDS du mali (planification familiale Bamako Mali EDS III juin 2002).

# ANNEXE

**NOM :** TOUNKARA

**PRENOM :** Bakary

Etude des connaissances ; attitudes et pratiques des femmes sur la contraception dans le centre de santé de référence de Diéma

**Titre de la thèse :** Etude des connaissances, attitudes et pratiques des femmes sur la contraception dans le centre de santé de référence de Diéma

**Année universitaire :** 2010-2011

**Ville de soutenance :** Bamako

**Pays d'origine :** Mali

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie

**Secteur d'intérêt :** santé publique et anthropologie médicale

**Résumé :**

Notre étude transversale quantitative et qualitative s'est déroulée à Diéma du 15 février au 01 juin 2010.

L'objectif consistait à étudier le comportement des femmes fréquentant le CSRéf face à la contraception.

La majorité des femmes soit 91% déclaraient connaître des méthodes de contraception et parmi elles seulement 18% utilisaient la contraception.

La plus part des utilisatrices avaient agi après réflexion soit 55,56% des cas.

La pharmacie privée était la source d'approvisionnement la plus connue dans 66,67% des cas.

Concernant la pratique, 18% utilisaient la contraception, le Depo provera était la méthode la plus utilisée par les femmes soit 81,50% des cas, les femmes âgées de 31-49 ans étaient majoritaires soit 55,50% des cas.

**Mots clefs :** connaissance-attitude-pratique femme-contraception.

**CONSENTEMENT APRES INFORMATION**

Bonjour mon nom est .....et je suis interne à la FMPOS. Le but de mon travail consiste à recueillir des informations sur votre situation par rapport à la contraception. Nous souhaitons que vous participiez à cette enquête. Ces informations seront utiles au gouvernement pour planifier les services de santé. L'entretien prend



Etude des connaissances ; attitudes et pratiques des femmes sur la contraception dans le centre de santé de référence de Diéma

généralement 15-20mn .Les informations que vous nous fournissez resteront strictement confidentielles et ne seront transmises a personne.

La participation à cette enquête est volontaire et vous pouvez refuser de répondre à des questions particulières ou à toutes les questions .Nous espérons cependant que vous acceptez de participer à cette enquête car votre opinion est importante pour le pays.

Puis je commencer l'entretien maintenant ?

### I) Caractéristiques sociodémographiques

Nom.....

Prénom.....

Age.....

Résidence.....

Profession :

Ménagère /... / aide ménagère /... / Commerçante/... /

Fonctionnaire/... / Autre.....

Ethnie :

Bambara/..... / Malinké/... / Peulh/... /

Soninké/... / Sonrai/... / Dogon/... /

Tamashek/... / Senoufo/... / Bobo/... /

Autres/...../

Niveau d'éducation :

Primaire/... / Secondaire/... / Supérieur/... /

Ecole coranique ou medersa/... / Autres a préciser/.../

### II) ANTECEDENT GYNECO-OBSTETRIQUE :

**Parité :** Nullipare/... / Multipare /...

Pauci pare/... / Grande multipare/... /

**Gestité :** Nulligeste/... / Multi geste/... /

Pauci geste/... / Grande multi geste/... /

Age du dernier enfant /.../

Nombre d'enfants vivant /.../

Nombre d'enfants décédés /.../

Nombre d'avortement/.../

Nombre d'années qui séparent vos derniers enfants /.../

### III) CONNAISSANCES ATTITUDES ET PRATIQUES DES FEMMES SUR LA CONTRACEPTION

De quelle méthodes ou moyens avez-vous entendu parler ?

Pour les méthodes non citées spontanément ; demandé :

Avez-vous déjà entendu parler de méthode ?

1) Stérilisation féminine :

-Les femmes peuvent subir une opération pour éviter d'avoir d'autre enfant.

Oui /... / Non/.. /

-Les hommes peuvent subir une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants

OUI/... / Non/... /

2) Pilule :

Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour pour évité de tomber enceinte

OUI/... / Non /... /

3) DIU :

Etude des connaissances ; attitudes et pratiques des femmes sur la contraception dans le centre de santé de référence de Diéma

Les femmes peuvent avoir un sterilet que le médecin ou l'infirmière leur place à l'intérieur pour les éviter de tomber enceinte

OUI/... / Non/... /

4) Injection :

Les femmes peuvent avoir une injection faite par du personnel de santé pour éviter de tomber enceinte pendant un mois ou plus

OUI/... / Non/... /

5) Implant :

Les femmes peuvent se faire insérer sous la peau de la partie supérieure du bras plusieurs petits bâtonnets qui les empêchent de tomber enceinte une année ou plus

OUI/... / Non/... /

6) Condom féminin :

Les femmes peuvent se placer un diaphragme dans leur vagin avant les rapports sexuels

OUI/... / Non/... /

7) Condom :

Les hommes peuvent se mettre une capote en caoutchouc au pénis pendant les rapports sexuels

OUI/... / Non/... /

8) Diaphragme :

Les femmes peuvent se placer un diaphragme dans leur vagin avant les rapports sexuels

OUI/... / Non/... /

9) Comprimé, mousse ou Gellée :

Les femmes peuvent s'insérer comprimé se mettre de la Gellée ou de la crème dans leur vagin avant les rapports sexuels

OUI/... / Non/... /

10) Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée(MAMA) :

Jusqu' à 6 mois après la naissance, et quand les règles ne sont pas encore revenues, une femme peut utiliser une méthode qui consiste à allaiter son bébé chaque fois qu'il le demande, de jour comme la nuit, sans jamais lui donner aucun autre aliment

OUI/... / Non/... /

11) rythme/continence périodique :

Chaque mois qu'une femme est sexuellement active, elle peut éviter une grossesse en évitant les rapports sexuels les jours du mois où elle a plus de chance de tomber enceinte

OUI/... / Non/... /

12) Retrait :

Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation

OUI/... / Non/... /

13) Pilule du lendemain

Les femmes peuvent prendre des pilules les jours après les rapports sexuels, jusqu'au 3 ieme jour après, pour éviter de tomber enceinte

OUI/... / Non/... /

14) Avez-vous déjà utilisé une ou des méthode (s) parmi celles citées ci-dessus ?

Oui/.. / Non /... /

15) Si oui la quelles.....

16) Avez-vous entendu parler d'autres méthodes ou moyens que les femmes peuvent utiliser pour éviter une grossesse ? Oui/... / Non/... /

17) Par quelle source d'information avez-vous entendu parler de contraception ?

Radio/.. / Télé/.. / Journaux/.. / Ami/... / Voisin/.. /

Etude des connaissances ; attitudes et pratiques des femmes sur la contraception dans le centre de santé de référence de Diéma

Mari/... / Causerie débat/... /

18) Avez-vous déjà utilisé un moyen quelconque ou essayé quelque chose pour retarder une grossesse ou éviter de tomber enceinte

OUI/... / Non/... /

19) Qui vous a conseillée de pratiquer la contraception ?

Ami/... / mari/.. / Voisin/... / Parent/.. / Apres réflexion/.. /

20) Qu'avait vous fait ou utiliser ?.....

Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur le moment ou, pour la première fois, vous avez fait quelque chose ou utilisé une méthode pour éviter de tomber enceinte.

21) En ce moment, faites vous quelque chose ou utilisez vous une méthode pour éviter de tomber enceinte ?

OUI/... / Non/... /

22) quelle(s) méthode(s) utilisez-vous ?.....

23) pourquoi utilisez-vous cette méthode plutôt qu'une autre méthode ?

.....  
.....

24) Depuis quand avez-vous commencé à utiliser (la méthode citée) de façon continue ?

.....  
.....

25) Ou avez-vous obtenu (méthode actuelle) quand vous avez commencé à l'utiliser ?

.....  
.....

26) Vous avez obtenu votre (méthode actuelle) à (source de la méthode)

A ce moment-là, a-t-on parlé d'effets secondaires ou de problèmes qui pourrait survenir à cause de l'utilisation de la méthode ?

Oui/... / Non/... /

27) avez-vous été informé par le personnel de la santé ou un agent de planning familial d'effets secondaires ou de problèmes qui pourrait survenir à cause de l'utilisation de la méthode ?

Oui/... / Non/... /

28) Vous a-t-on dit ce que vous devez faire si vous ressentiez des effets secondaires ou si vous aviez des problèmes ?

Oui/... / Non/... /

29) Avez-vous été informée par le personnel de la santé ou un agent de planning familial d'autres méthodes de contraception que vous pouviez utiliser ?

Oui/... / Non/... /

30) la méthode .....

Ou avez-vous obtenu (méthode actuelle) la dernière fois ? (nom de l'établissement)

.....  
.....

31) Avez-vous ressentis des effets secondaires après utilisation ?

a) Vomissement/.. / c) vertiges/.. /

d) prise de poids /... / b) Amaigrissement/.. /

32) Connaissez vous un endroit ou vous pouvez vous procurer une méthode de planning familial ?

Oui/... / Non/... /

33) Quelle est cet endroit ?.....

Etude des connaissances ; attitudes et pratiques des femmes sur la contraception dans le centre de santé de référence de Diéma

34) Au cours des 12 derniers mois, êtes vous allée dans un établissement sanitaire pour recevoir des soins pour vous ?

Oui/... /

Non/

... /

Merci de votre aimable coopération.

### **SERMENT D'HIPPOCRATE**

- ☉ En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.
  
- ☉ Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.
  
- ☉ Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni favoriser le crime.
  
- ☉ Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.
  
- ☉ Je garderai le respect absolu de la vie dès la conception.
  
- ☉ Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.
  
- ☉ Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.
  
- ☉ Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.
  
- ☉ Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

***Je le jure***