

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – un But – Une foi

UNIVERSITE DU MALI

Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-
Stomatologie (FMPOS)

Année universitaire 1999 – 2000

THESE N° 80

TITRE

**BESOINS ET PREFERENCES DES FEMMES
EN MATIERE DE CONTRACEPTION
AU MALI**

Présentée et soutenue publiquement le 2000
Devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'odonto-
Stomatologie

Par : Seriba DAKOUO

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

Président : Professeur Sidi Yaya SIMAGA

Membres : Docteur Sanoussi KONATE
Docteur SY Aïssata SOW

Directeur de thèse : Docteur Massambou SACKO

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 1999 - 2000

ADMINISTRATION

DOYEN : MOUSSA TRAORE - PROFESSEUR

1^{ER} ASSESSEUR : AROUNA KEITA - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

2^{EME} ASSESSEUR : ALHOUSSEYNI AG MOHAMED - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

SECRETAIRE PRINCIPAL YENIMEGUE ALBERT DEMBELE - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

AGENT COMPTABLE : YEHIHA HIMINE MAIGA - CONTROLEUR DE TRESOR

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Aliou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie - Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-ptisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Mohamed TOURE	Pédiatrie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie

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

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie - Traumatologie, Chef de D.E.R.
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L. Chef de DER
Mr Abdoulaye K. DIALLO	Anesthésie - Réanimation
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mme SY Aïssata SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique

5. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

Mr Abdoulaye DIALLO
Mr Mamadou L. DIOMBANA
Mr Sékou SIDIBE
Mr Abdoulaye DIALLO
Mr Filifing SISSOKO
Mr Tiéman COULIBALY
Mme TRAORE-J. THOMAS
Mr Nouhoum ONGOIBA
Mr Zanafon OUATTARA
Mr Zimogo Zié SANOGO
Mr Adama SANGARE
Mr Youssouf COULIBALY
Mr Samba Karim TIMBO
Mme Konipo Fanta TOGOLA
Mr Sanoussi BAMANI
Mr Doulaye SACKO
Mr Issa DIARRA
Mr Ibrahim ALWATA
Mr Sadio YENA

Ophthalmologie
Stomatologie
Orthopédie. Traumatologie
Anesthésie - Réanimation
Chirurgie Générale
Orthopédie Traumatologie
Ophthalmologie
Anatomie & Chirurgie Générale
Urologie
Chirurgie Générale
Orthopédie - Traumatologie
Anesthésie - Réanimation
ORL
ORL
Ophthalmologie
Ophthalmologie
Gynéco-Obstétrique
Orthopédie - Traumatologie
Chirurgie Générale

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

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

Chimie Générale & Minérale
Bactériologie-Virologie
Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Chimie analytique
Biologie
Biologie **Chef de D.E.R.**
Chimie Organique
Parasitologie - Mycologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Yénimégué Albert DEMBELE
Mr Anatole TOUNKARA
Mr Flabou BOUGOUDOGO

Chimie Organique
Immunologie
Bactériologie - Virologie

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Massa SANOGO
Mr Bakary M. CISSE
Mr Abdrahamane S. MAIGA
Mr Adama DIARRA
Mr Mamadou KONE

Chimie Analytique
Biochimie
Parasitologie
Physiologie
Physiologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou CISSE
Mr Sékou F.M. TRAORE
Mr Abdoulaye DABO
Mr N'yenigue Simon KOITA
Mr Abdrahamane TOUNKARA
Mr Amadou TOURE
Mr Ibrahim I. MAIGA
Mr Benoît KOUMARE
Mr Moussa Issa DIARRA
Mr Amagana DOLO
Mr Kaourou DOUCOURE

Biologie
Entomologie médicale
Malacologie, Biologie Animale
Chimie organique
Biochimie
Histoembryologie
Bactériologie - Virologie
Chimie Analytique
Biophysique
Parasitologie
Biologie

5. ASSISTANTS

Mr Mounirou BABY
Mr Mahamadou A. THERA

Hématologie
Parasitologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr abdoulaye Ag RHALY
Mr Mamadou K. TOURE
Mr Mahamane MAIGA
Mr Baba KOUMARE
Mr Moussa TRAORE
Mr Issa TRAORE
Mr Mamadou M. KEITA

Médecine Interne
Cardiologie
Néphrologie
Psychiatrie, **Chef de DER**
Neurologie
Radiologie
Pédiatrie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Toumani SIDIBE
Mr Bah KEITA
Mr Boubacar DIALLO
Mr Dapa Aly DIALLO
Mr Somita KEITA
Mr Hamar A. TRAORE
Mr Moussa Y. MAIGA

Pédiatrie
Pneumo-Phtisiologie
Cardiologie
Hématologie
Dermato-Leprologie
Médecine Interne
Gastro-entérologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Abdel Kader TRAORE
Mr Mamadou DEMBELE
Mr Mamady KANE

Médecine Interne
Médecine Interne
Radiologie

4. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Bou DIAKITE
Mr Bougouzié SANOGO
Mr Saharé FONGORO
Mr Bakoroba COULIBALY
Mme Tatiana KEITA
Mr Kassoum SANOGO
Mr Seydou DIAKITE
Mme Habibatou DIAWARA
Mr Diankiné KAYENTAO
Mme TRAORE Mariam SYLLA
Mr Mamadou B. CISSE
Mr Arouna TOGORA
Mme SIDIBE Assa TRAORE
Mr Siaka SIDIBE
Mr Adama D. KEITA

Psychiatrie
Gastro-entérologie
Néphrologie
Psychiatrie
Pédiatrie
Cardiologie
Cardiologie
Dermatologie
Pneumo-Phtisiologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Psychiatrie
Endocrinologie
Radiologie
Radiologie

5. ASSISTANT

Mr Cheick Oumar GUINTO

Neurologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEUR

Mr Boubacar Sidiki CISSE

Toxicologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Arouna KEITA
Mr Ousmane DOUMBIA

Matière Médicale
Pharmacie Chimique

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Boulkassoum HAIDARA
Mr Elimane MARIKO

Législation
Pharmacologie, **Chef de D.E.R.**

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Drissa DIALLO
Mr Alou KEITA
Mr Ababacar I. MAIGA
Mr Yaya KANE

Matières Médicales
Galénique
Toxicologie
Galénique

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sidi Yaya SIMAGA

Santé Publique, **Chef de D.E.R.**

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Moussa A. MAIGA

Santé Publique

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Yanick JAFFRE
Mr Sanoussi KONATE

Anthropologie
Santé Publique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURE
Mr Adama DIAWARA
Mr Hamadoun SANGHO
Mr Massambou SACKO

Santé Publique
Santé Publique
Santé Publique
Santé Publique

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Bakary Y. SACKO	Biochimie
Mr Sidiki DIABATE	Bibliographie
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Arouna COULIBALY	Mathématiques
Mr Mamadou Bocary DIARRA	Cardiologie
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie Médicale

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. A.E. YAPO	BIOCHIMIE
Pr. M.L. SOW	MED. LEGALE
Pr. Doudou BA	BROMATOLOGIE
Pr. M. BADIANE	PHARMACIE CHIMIQUE
Pr. Babacar FAYE	PHARMACODYNAMIE
Pr. Eric PICHARD	PATHOLOGIE INFECTIEUSE
Pr. Mounirou CISSE	HYDROLOGIE
Dr. G. FARNARIER	PHYSIOLOGIE

DEDICACES

Je dédie ce travail

- A la femme ;

- A mon père Pakuy DAKOUO

Cruellement, tu as été arraché à notre affection. Toute ta vie tu as œuvré pour nous assurer un confort matériel et moral. Tu demeures pour nous l'exemple de la générosité, de l'amour, de l'indulgence de la gentillesse et de l'honneur. Trouves ici, le témoignage de notre reconnaissance éternelle.

- A ma mère Womita KAMATE

Pour l'amour et toute l'assistance qu'elle n'a cessé de manifester à notre endroit. Qu'elle trouve ici, le témoignage de notre gratitude.

- A mon oncle Sanibé DAKOUO

Toi qui m'a conduit sur le chemin de l'école. Ton vieux rêve va bientôt se réaliser. Puisse ce travail modeste t'apporter la joie que tu mérites et être le témoignage de ma reconnaissance.

- A ma tante Lounhan DAKOUO

Les mots ne suffisent pas pour exprimer toute mon affection pour toi. Je te dois ma réussite. Tes bénédictions ont été et resteront pour moi toujours indispensables. Puisse Dieu le tout puissant nous donner longue vie pour que tu puisses bénéficier des fruits de ma souffrance. Que ce travail puisse t'honorer.

- A mes oncles Zon, Bâzi, Sidiki DAKOUO

Ce travail a été possible grâce à votre constante assistance dont j'ai bénéficié durant toute la durée de mes études à Bamako. Veuillez accepter l'expression de ma profonde gratitude.

- A mes frères, sœurs, cousins et cousines : Pary, Yaya, Patouma, Beh, Mamadou, Moussa, Sabali, Diby, Mapi, Salimata, samousse. La fraternité n'a pas de prix et reste pour moi un lien sacré.

Veuillez accepter toute ma sympathie et ma reconnaissance.

- Aux docteurs : Niani MOUMKORO, Bréhima KAMATE, Zoumana TRAORE. Pour votre soutien moral permanent. Respectueux attachement.

- A tous mes amis particulièrement Severin KEITA, Kalilou DIARRA, Modibo BAGAYOKO, Daouda KONAZTE, Bourama KONATE, Kalimi DEMBELE. Toute ma reconnaissance.

REMERCIEMENTS

- A dieu le tout puissant pour nous avoir donné la chance de voir ce jour tant attendu.
- A la famille DAKOUO à Poromou, ce travail est le fruit de tous vos sacrifices tant moraux que matériels. Trouvez ici l'expression de mes sincères remerciements.
- A tous les étudiants de la promotion en souvenir de belles années passées ensemble, je vous remercie infiniment.
- Au corps professoral de la FMPOS. Veuillez recevoir mes sincères remerciements pour les connaissances que vous m'avez procurées à travers votre enseignement pratique et de haute qualité.
- A Madame la représentante Fama Anne BAH du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et au Docteur Mariam SISSOKO. Merci infiniment pour votre collaboration et votre soutien sans lesquels ce travail ne serait pas possible.
- J'adresse aussi ma profonde reconnaissance aux autorités locales : conseillers et les chefs de village pour aide précieuse qui nous a facilité le contact avec les femmes. A ceux-ci, je formule mes remerciements les plus sincères pour la collaboration et leur compréhension sans lesquelles toute réussite dans la réalisation des enquêtes serait impossible.
- Que les enquêteurs trouvent ici ma reconnaissance pour l'esprit de sacrifice et la patience dont ils ont fait preuve pendant la collecte des données sur le terrain.
- A tous ceux qui de loin ou de près ont contribué à la réalisation de ce travail.

Je dis merci à vous tous.

- A notre Maître et Président du jury

Professeur Sidi Yaya SIMAGA

Professeur agrégé en santé publique

Chef de DER de santé publique.

Vos très hautes qualités morales, intellectuelles et humaines forcent l'admiration. Votre dévouement pour la cause de la santé publique votre simplicité, la clarté et la consistance de l'enseignement que vous prodiguez vous ont valu la meilleure réputation. Vous nous faites honneur en acceptant de présider ce jury. Trouvez ici le témoignage de notre profonde reconnaissance et de nos sincères remerciements.

- A notre Maître et Juge

Docteur SY Aïssata SOW

Maître de conférence en gynéco-obstétrique à la faculté de médecine et de pharmacie et d'odonto-stomatologie.

Vous nous faites honneur en acceptant malgré vos multiples occupations de siéger dans ce jury. La qualité de votre enseignement, votre disponibilité constante pour la formation des étudiants et vos qualités scientifiques font de vous un enseignant admiré et respecté à la faculté. Veuillez accepter l'expression de nos sentiments les plus respectueux.

- A notre Maître et Directeur de thèse

Docteur Massambou DICKO

Assistant chef de clinique à la faculté de médecine de pharmacie et d'odonto-stomatologie.

Docteur en santé publique.

Votre souci du travail bien fait, votre simplicité alliée à votre esprit d'humilité et vos valeurs morales et scientifiques constituent à nos yeux une source d'inspiration.

La courtoisie et l'esprit de collaboration qui vous animent nous ont marqué. Qu'il nous soit permis cher Maître de vous exprimer à travers ce travail notre profonde gratitude.

- A notre Maître et Juge

Docteur Sanoussi KONATE

Maître de conférence de santé publique à la faculté de médecine de pharmacie et d'odonto-stomatologie de Bamako.

Le sérieux dans le travail le courage l'éloquence et la haute valeur intellectuelle qui vous caractérisent suscitent chez tous ceux qui vous approchent, estiment, admiration et respect. Votre rigueur scientifique et votre engagement pour la promotion de la santé nous ont beaucoup impressionnés. Très simplement et gentiment vous avez accepté d'encadrer ce travail et de siéger dans ce jury. Recevez en retour nos sincères remerciements.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AMPPF :	Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille
DBC :	Distribution à Base Communautaire
DIU :	Dispositif Intra Utérine
EDS :	Enquête Démographique de Santé
FNUAP :	Fonds des Nations Unies pour les Activités de la Population
IEC :	Information Education Communication
MST :	Maladie Sexuellement Transmissible
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
PF :	Planification Familiale
TDC :	Technicien de Développement Communautaire

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	2
PREMIERE PARTIE	5
I. GENERALITES SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE ET METHODES CONTRACEPTIVES	6
DEUXIEME PARTIE	15
I. METHODOLOGIE DE L'ETUDE	16
TROISIEME PARTIE : ANALYSE DES RESULTATS DE NOTRE ETUDE	28
I. POUR LES ANCIENNES UTILISATRICES	29
II. UTILISATRICES POTENTIELLES	49
III. EVALUATION DE LA CONNAISSANCE DU PERSONNEL DE SANTE EN PLANIFICATION FAMILILALE	62
IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	65
V. CONCLUSION	71
VI. RECOMMANDATIONS	72
BIBLIOGRAPHIE	74
ANNEXES	81

I. INTRODUCTION

La santé pour tous est une finalité sur la voie tracée dès 1948 par la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé pour faire accéder tous les habitants de la planète à un niveau qui leur permet de mener une vie socialement et économiquement productive.

La grossesse a toujours été et reste pour toutes les femmes une aspiration légitime. Bien menée, elle constitue un critère de valorisation sociale. Malheureusement elle constitue avec l'accouchement l'un des événements les plus risqués de la vie de la femme. En effet l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S) a estimé qu'en 1990 un demi million de femmes en âge de procréer ont succombé suite à des causes liées à la grossesse ou à l'accouchement à travers le monde. Elle a par ailleurs noté que 14 000 000 d'enfants sont morts. Dans les pays les plus avancés une femme court un risque de 1/1 800 de mourir de sa grossesse alors que ce risque est de 1/48 dans les pays en développement (4).

Ces décès sont considérés comme évitables dans 80 % des cas. C'est en Afrique et l'Océanie que les taux sont les plus élevés. En Afrique de l'Ouest et centrale pour 100 000 naissances vivantes au moins 2 000 mères meurent (4).

Parmi les décès survenant pendant la grossesse, ceux causés par les interruptions volontaires de la grossesse (I.V.G) suite aux grossesses non désirées occupent le premier rang (Banque Mondiale 1994).

Au Mali, la mortalité maternelle est également très élevée : 577 décès pour 100 000 naissances vivantes. Entre 14 et 49 ans, plus du tiers des décès des femmes est dû à des causes maternelles ; quant aux 20 - 29 ans âge de forte fécondité, plus de 2 (deux) décès de femmes sur 5 (cinq) seraient dus à des causes maternelles. L'indice de fécondité (Mali) 6,7 enfants par femme est l'un des plus élevés d'Afrique subsaharienne et s'expliquerait soit par des maternités précoces, soit fréquentes et soit tardives. La plus part de ces enfants sont issus des naissances rapprochées. Ces naissances rapprochées font également courir des risques de mortalité importants à la mère et ses enfants. Au Mali le taux de grossesse rapprochée est de 26 % avec une forte proportion de naissances précédées par un intervalle intergénéral de moins de 2 (deux) ans : 44 % chez les femmes de 15 à 19 ans et 25 % chez les femmes de 30 à 39 ans (EDS, 1996).

Objectif général de l'étude

- étudier les besoins et préférences des femmes en vue d'améliorer la fréquentation des services de planification familiale ;
- orienter les besoins par rapport aux services offerts et inversement.

Objectifs spécifiques

- d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques des utilisatrices de PF en matière de contraception ;
- d'identifier les principaux facteurs qui motivent l'utilisation ou la non utilisation des services de planification familiale ;
- décrire les préférences des utilisatrices de PF sur les méthodes de contraception ;
- déterminer les stratégies d'intervention acceptées par les utilisatrices de PF dans les zones enquêtées ;
- faire des recommandations aux personnels de santé, aux autorités publiques et aux femmes.

Hypothèses de recherche

- la non prise en compte des besoins et préférences des femmes en matière de méthodes contraceptives est pour beaucoup dans le faible taux d'utilisation des services de PF ;
- les besoins non satisfaits en PF sont importants au Mali ;
- les méthodes de PF proposées ne correspondent pas aux préférences des utilisatrices ;
- la capacité du personnel à répondre aux besoins de la population dans le domaine de PF est peu élevée ;
- la réponse aux besoins en PF des populations est limitée du fait de l'approche administrative des prestations de service.

PREMIERE PARTIE

I. GENERALITES SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE ET METHODES CONTRACEPTIVES

1.1 Historique de la planification familiale

La planification familiale est un concept dans le monde. Elle est pratiquée sous des formes variées et permet de participer à la résolution des problèmes de population. Les sociétés traditionnelles ont une tradition ancrée d'espacement des naissances. C'est ainsi qu'après un accouchement, il est de coutume de séparer le couple pendant deux à trois ans pour permettre à la femme de récupérer et à l'enfant de se développer normalement.

Au Mali, au fil des années, des professionnels de la santé, des éducateurs, des sociologues se sont intéressés au problème, se sont informés et sans passion ont échangé leurs opinions et ont convenu que l'espacement des naissances est une pratique traditionnelle qui devait s'intégrer dans la santé publique et de façon privilégiée dans la protection maternelle et infantile. L'AMPPF fut créée en 1971 et a été ainsi le premier organisme non gouvernemental impliqué dans les activités de planification familiale. Au début de 1972 son bureau fut ouvert à Bamako, ses activités étaient basées sur les soins, la recherche, l'information et la formation du personnel en PF. En Mai 1972 un projet d'ordonnance légalise la pratique de la planification familiale au Mali.

Les promoteurs maliens du projet pilote devaient après deux ans de fonctionnement, faire un rapport et conseiller le gouvernement sur une politique de planification familiale. Ceux-ci ont fait preuve de beaucoup de discrétion, à cause des tabous religieux et du contexte social malien. Leur objectif principal étant un espacement de naissance et non pas une limitation des naissances. En Mai 1973 le premier séminaire intersyndical sur la planification familiale a été organisé à Bamako. En Juillet 1973 eut lieu l'ouverture du Centre de la CMIE de Niaréla qui intégra d'emblée la Santé Familiale de ses activités. Une antenne de planification familiale a été confiée à une gynécologue assistée d'une sage femme et d'une aide sociale. La même année le gouvernement décida d'étendre les activités de planification aux CMIE de Bamako et hôpitaux. En Avril – Mai 1974, l'organisation d'une mission conjointe FNUAP, UNICEF, OMS à Bamako établissait un plan d'action sur cinq ans. En Novembre 1974 à la suite de cette mission une requête du gouvernement fut adressée au FNUAP pour un projet de développement de santé au Mali.

En décembre 1974 s'est tenu le Congrès Constitutif de l'Union Nationale des Femmes du Mali qui a recommandé : d'une part la diffusion de l'éducation sexuelle dans les écoles à partir de la classe de 7^{ème} année ; d'autre part l'extension de la planification familiale au Mali.

1.2 Définition de PF et différents concepts de PF utilisés par les programmes

1.2.1 Définition de la planification familiale selon l'OMS

La planification familiale est une manière de vivre que des individus et des couples adoptent de leur propre volonté en se basant sur des connaissances précises des attitudes et décisions réfléchies afin d'améliorer l'état de santé et de bien-être du groupe familial et par conséquent contribuer efficacement au développement social du pays.

1.2.2 Différents concepts de planification familiale utilisés par les programmes

1.2.2.1 L'espacement des naissances : ce concept insiste sur la notion d'intervalle à maintenir entre les naissances sans se préoccuper de la taille de la famille. Beaucoup de pratiques sociales telles que l'abstinence périodique, l'allaitement maternel prolongé, l'envoi de la femme dans sa famille d'origine prouvent ce concept. Celui-ci est beaucoup utilisé dans les pays francophones d'Afrique dans la mise en place de leurs programmes de planification familiale (cas du Mali).

1.2.2.2 La régulation des naissances : elle insiste sur l'idée de régulation par opposition à la soumission, à la fatalité biologique liée au hasard dans la naissance des enfants. Ce concept est assez proche de l'espacement des naissances.

1.2.2.3 Le contrôle des naissances : il insiste sur la réglementation du nombre des naissances aussi bien par les familles que par les nations. Il intervient dans le cadre de certaines politiques de population élaborées par les gouvernements. On peut soit réduire les avantages sociaux, soit alléger les impôts pour les premiers enfants, soit supprimer les avantages pour les enfants venant au-delà d'un certain rang.

1.2.2.4 La limitation des naissances : elle suppose l'intervention de l'Etat comme dans le contrôle des naissances dont il est proche. La limitation des naissances soutient en plus l'idée de réduire le taux d'accroissement de la population.

1.3 Rappel sur les différentes méthodes de contraception

1.3.1 Les méthodes naturelles de planification familiale

A. L'abstinence périodique

L'abstinence périodique, appelée aussi méthode du calendrier est une méthode qui propose de calculer les jours probables de fécondité à partir de notes concernant le cycle précédent. La femme prend la durée du cycle menstruel le plus court sur les six à douze mois qui précèdent, et soustrait dix huit dix huit jours. Le chiffre obtenu est considéré comme le premier jour de la fécondité. En soustrayant ensuite onze jours du cycle le plus long, elle obtient le dernier jour probable de sa période féconde. Elle peut connaître aussi le début et la fin de sa période féconde. Par exemple, si son cycle le plus court a été de vingt cinq jours et son cycle le plus long de trente un jours, le premier jour fécond le septième du cycle (25-18) et le dernier jour fécond le vingtième du cycle (31-11). En d'autres termes, la phase féconde durera environ du septième au vingtième jour. Pour éviter une grossesse, la femme devra s'abstenir de tout rapport sexuel durant cette période. Cette méthode ne fournit qu'une estimation approximative de la période féconde.

B. La méthode de la glaire cervicale (ou Billings)

Pour utiliser la méthode de la glaire cervicale (souvent appelée méthode de Billings ou méthode de repérage de l'ovulation) ; une femme doit apprendre à reconnaître les modifications caractéristiques des pertes de glaire cervicale qui se produisent tout au long du cycle. La plupart des femmes ressentent une sensation de sécheresse vaginale plusieurs jours après les règles (phase relative infécondité). Puis elle observe l'apparition d'une glaire gluante, et les jours suivants une lubrification vaginale de plus en plus importante. Le dernier jour de lubrification appelé « jour du pic ovulaire » survient lorsque le taux d'oestrogènes est à son plus haut niveau. La glaire cervicale est devenue très fluide, claire ou trouble. Après le jour du pic ovulatoire, la glaire se modifie rapidement sous l'influence de la progestérone, devient épaisse ou bien disparaît totalement laissant de nouvelle place à la sécheresse vaginale. La période féconde du cycle menstruel commence au moment où la glaire fluide apparaît. La période féconde prend fin trois jours après la sécrétion maximale de la glaire fluide. La période d'infécondité post-ovulaire ou deuxième période d'infécondité du cycle menstruel commence quatre jours après la sécrétion maximale de la glaire et s'achève le premier jour des règles. Lorsqu'un couple veut éviter une grossesse, les partenaires doivent s'abstenir de tout rapport

sexuel dès le jour d'apparition de la glaire cervicale fluide et jusqu'à trois jours entiers après la sécrétion maximale de la glaire cervicale.

C. La méthode de température

La méthode est fondée sur un changement de la température du corps ; celui-ci survient peu après l'ovulation, et est lié à la sécrétion de progestérone par le corps jaune. Après l'ovulation, la température monte et se stabilise jusqu'aux prochaines règles. La phase d'infécondité post-ovulaire du cycle menstruel féminin commence le troisième jour après l'observation du changement de température. Les femmes utilisant la méthode de la température doivent noter leur température au repos, quotidiennement et au même moment, afin de pouvoir reconnaître les périodes d'infécondité de chaque cycle. Cette méthode peut être employée uniquement pour reconnaître la période inféconde post-ovulaire. Lorsqu'un couple utilise cette méthode dans le but d'éviter une grossesse, il doit s'abstenir des rapports sexuels jusqu'au troisième jour qui suit l'augmentation de la température.

D. La méthode sympto-thermique

Cette méthode combine l'enregistrement des températures et l'observation des caractéristiques de la glaire cervicale et autres indices physiologique de l'ovulation tels que la sensibilité des seins, les douleurs en milieu de cycle, les microrragies ou les pertes et la sensation de douleur abdominale au moment de l'ovulation. Les femmes pouvant aussi relever des modifications dans la position, l'ouverture et la texture du col, ou faire en plus des calculs de date. Lorsqu'un couple utilise cette méthode pour éviter une grossesse, il doit s'abstenir des rapports sexuels dès l'apparition de la glaire cervicale et jusqu'au troisième jour du plateau thermique élevé.

1.3.2 Méthodes traditionnelles

A travers l'histoire, le contrôle de la fécondité s'est fait par diverses méthodes. On se sert dans le monde entier d'un grand nombre de plantes, de substances ou de pratiques culturelles pour empêcher la contraception. Les pratiques culturelles associées à la production et à la sexualité sont peut-être encore plus importantes que les contraceptifs traditionnels (25).

Pendant le post-partum, la continence pratiquée en même temps que la lactation constitue la plus importante de ces pratiques en Afrique. Cependant le rôle de l'allaitement en tant que contraceptif s'avère être d'une importance encore plus

grande si l'on considère que de nombreuses coutumes déconseillent les rapports sexuels lorsque la mère allaite son enfant.

Des enquêtes montrent que la lactation et la continence pendant le post-partum influencent encore de manière importante la fécondité en Afrique. Au Sénégal par exemple des enquêtes récentes sur la fécondité ont révélé que face à un faible utilisation des contraceptifs modernes, les niveaux de fécondité s'élevaient (12). La lactation et la continence post-partum connues pour être pratiquées au Sénégal ont apparemment contribué à augmenter les intervalles entre les naissances et à abaisser la fécondité (25). En dehors de ces pratiques culturelles d'autres produits sont utilisés pour éviter la contraception ; il s'agit des substances (miel nouvellement récolté, beurre de vache frais, poudre de charbon végétal, jus de tamarin mélangé au jaune d'œuf frais) ; les produits oraux (diverses infusions décoction de feuilles et de racines, écorces et fruits de plantes médicinales telles que : zabadioun, bougyo-bleintè etc...). Le jujube, la fleur du nénuphar étaient donnés surtout aux hommes pour freiner leur désir sexuel pendant la période d'allaitement des épouses.

Les gris-gris, tafo, incantations magiques sont toujours en usage dans les sociétés traditionnelles.

1.3.3 Contraceptifs modernes

1.3.3.1 Dispositifs intra utérins (DIU)

Il existe différentes formes de DIU : en anneau, en spirale, en « T », en « 7 ».

Mécanisme d'action

Le mécanisme d'action dépend de la nature du DIU qui peut être en argent, en cuivre et en matière plastique. Certaines contiennent de la progestérone mais ne constituent pas une majorité. Les mécanismes d'action de ces DIU se résument : à

- l'immobilisation des spermatozoïdes ;
- l'accélération du transport de l'ovule dans la trompe ;
- la réponse inflammatoire locale au corps étranger causant la lyse du blastocyte et/ou l'empêchement de la nidation ;
- le déplacement mécanique du blastocyte ayant déjà opéré sa nidation dans l'endomètre ;

- l'augmentation de la production locale de prostaglandines qui inhibent la nidation. On les place dans l'utérus de la femme les premiers jours après l'arrêt du flux menstruel.

Dans tous les cas il faut s'assurer de l'absence d'infection génitale et de grossesse.

Les avantages

- la très grande efficacité (96 à 97 %) ;
- le rétablissement de la fécondité dès le retrait du DIU.

Les inconvénients

- les crampes et douleurs abdominales ou du bas-ventre ;
- les hémorragies et anémie.

1.3.3.2 Les contraceptifs injectables

Ils sont principalement de deux sortes : l'acétate de médroxyprogestérone (dépoprovera ou DMPA) et l'énanthate de oréthindrone (NET). Tout comme le font la progestérone des pilules combinées, les progestatifs injectables empêchent une grossesse en supprimant l'ovulation ; entraîne un endomètre mince et atrophique et cause une glaire cervicale épaisse que les spermatozoïdes ne peuvent pas facilement pénétrer.

L'utilisation des progestérones injectables a été efficace et populaire dans un certain nombre de pays d'Afrique. Les raisons que donnent les utilisatrices et le personnel de la planification familiale pour expliquer l'énorme popularité des injectables sont entre autres : la commodité, le fait que la méthode puisse être utilisée sans qu'aucune autre personne ne le sache et certaines croyances traditionnelles que les injections font plus d'effets que les médicaments pris oralement (16).

Les taux de continuation élevés sont liés au fait que les utilisatrices doivent se rendre moins fréquemment au lieu d'approvisionnement.

Les avantages

- très efficace ;

- ôte tout souci de la contraception car elles sont prises une seule fois par 2 ou 3 mois ;
- réversibles ;
- entraînent une aménorrhée, diminuent l'anémie.

Les inconvénients

- peuvent entraîner une irrégularité des règles ;
- retardent le retour de la fécondité ;
- peuvent entraîner un saignement important.

1.3.3.3 Les contraceptifs oraux

Il s'agit de la gamme des pilules qu'elles soient en association de progestérone ou d'oestrogène ou composées de l'un de ces produits.

Mécanisme d'action

La ponte ovulaire est sous la dépendance de la FSH et de la LH. Les contraceptifs oraux ont comme principale action de bloquer l'effet de ces hormones et empêchent alors toute ponte ovulaire.

Ces contraceptifs peuvent entraîner :

- une modification de la glaire cervicale qui perd ses qualités et devient hostile à la pénétration des spermatozoïdes. La glaire devient alors peu abondante mais épaisse avec une diminution de l'arborisation et de la filante ;
- blocage de l'ovulation ;
- une accélération du transport de l'ovule, atrophie de l'endomètre ;
- une inhibition de la capacitation (activation d'enzymes séminaux de la tête des spermatozoïdes).

Les pilules sont prises tous les jours à partir du premier ou du cinquième jour des règles.

Les avantages

- la très grande efficacité lorsqu'elles sont prises régulièrement (99 % du taux d'efficacité) ;
- ils diminuent les risques des maladies inflammatoires du pelvis de GEU et de certains cancers ;
- réversibles ;
- régulation du cycle menstruel, réduction des crampes utérines ;
- méthode peu coûteux à court terme.

Les inconvénients

- à déconseiller aux femmes de plus de 35 ans et qui fument à cause des risques d'accrues d'attaque et de maladies cardio-vasculaires ;
- à long terme peuvent être chers que les méthodes permanentes.

1.3.3.4 Les préservatifs

Leur efficacité varie de 75 à 96 % lorsqu'ils sont correctement utilisés. Ceci dénote un risque possible de grossesse. Ils peuvent entraîner des malaises physiques liées à l'inappropriété de la taille ou une réaction allergique. Pour les hommes, il s'agit des condoms. Ce sont des capsules en caoutchouc ou en collagène traités qui s'adaptent sur le pénis en érection et constituent une barrière contre la transmission du sperme dans le vagin.

Les avantages

- protègent contre les MST et le sida ;
- peu coûteux à court terme.

Les inconvénients

- la grossesse est liée au taux d'échec ;
- ils peuvent réduire les sensations ressenties au cours des rapports sexuels ;
- à long terme peuvent être plus coûteux que les autres méthodes.

1.3.3.5 Les implants : Norplant

Le norplant est très efficace chez 100 femmes utilisant le norplant pendant 5 ans. Seul une à trois grossesses surviennent (25).

- il est totalement réversible, pratique, facile d'emploi ;
- il diminue l'hémorragie menstruelle et a une longue durée d'action (5 ans). Il peut être retiré à tout moment qu'elle que soit la raison et n'interfère ni avec le rapport sexuel ni avec l'allaitement, ne protège pas contre les MST et le sida.

1.3.3.6 Spermicides vaginaux et mousses spermicides

- ils contribuent à la protection contre les MST et le sida, mais également contre les cancers du col ;
- l'efficacité varie entre 70 – 100 % en cas d'utilisation adéquate ;
- ils n'ont pas d'effets systémiques.

Ils sont salissants, peuvent provoquer une allergie, sont moins efficaces pour prévenir la grossesse que le DIU, le norplant ou la contraception chirurgicale volontaire.

1.3.3.7 Diaphragme et cape cervicale

Le diaphragme a été inventé par le médecin allemand Dr Frederick Wilte. Il est devenu populaire vers les années 1980. L'efficacité du diaphragme augmente si l'utilisation de ce dernier va de paire avec un programme d'instruction, un ajustage soigneux et des procédures et directives. Pour une efficacité maximale, il est recommandé d'utiliser un agent spermicide à l'intérieur du diaphragme.

1.3.3.8 Contraception chirurgicale volontaire (CCV)

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

- il s'agit d'une méthode définitive, peu coûteuse à long terme très appropriée pour les couples qui ont déjà le nombre d'enfant qu'il désirent.

La CCV ne protège pas contre les MST/SIDA. C'est une méthode irréversible.

DEUXIEME PARTIE

I. METHODOLOGIE DE L'ETUDE

1.1. Cadre de l'étude

1.1.1 Présentation générale du Mali

Le Mali est un vaste pays continental de l'Afrique de l'Ouest. La distance minimum qui sépare la capitale du pays (Bamako) de la mer est de 700 km à vol d'oiseau, 1 000 km par la route. Il est entouré par 7 Etats : l'Algérie au Nord, le Niger à l'Est, le Burkina Faso au Sud-Est, la Côte d'Ivoire au Sud, la Guinée Conakry au Sud-Ouest, le Sénégal et la Mauritanie à l'Ouest. Le territoire de la République du Mali couvre une superficie de 1 241 238 km². Du Sud au Nord, le Mali a 25 % de son territoire dans la zone soudano-guinéenne et soudanienne, 50 % dans la zone sahélienne et 25 % dans le désert saharien. Le territoire malien est découpé en régions, cercles, arrondissements, villages et fractions. Le Mali compte actuelle 8 régions administratives : Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao et Kidal et un District Bamako. Un nouveau découpage est réalisé dans le cadre de la décentralisation : 701 communes.

A l'exception des monts de Hombori et du plateau de Bandiagara qui ont par endroit 1 200 mètres, l'altitude moyenne est environ 300 à 400 mètres au-dessus du niveau de la mer.

Les principales activités économiques de la population se ramènent à l'agriculture, l'élevage, la pêche et l'artisanat toutes soumises aux aléas climatiques. Pendant une bonne partie de l'année, le sol reste complètement sec et la végétation brûlée.

Les terres disponibles particulièrement propices à l'agriculture, à l'élevage et les forêts occupent près de 46 000 000 d'hectares sur un total d'environ 12 000 000 d'hectares cultivables ; seulement 3,5 millions d'hectares sont actuellement mis en valeur.

Le cheptel s'est maintenant reconstitué comptait en 1995, près de 5 565 000 bovins et 14 000 000 d'ovins et caprins. Les ressources en eau de surface sont importantes et surtout constituées par les fleuves Niger, Sénégal et ainsi que leurs affluents. Ces cours d'eau coulent dans une immense plaine. Le Delta Central du Niger couvre environ près de 4 000 000 hectares. Le potentiel hydro-électrique du

Mali est important par rapport à ses besoins (1 050 MW installables avec une puissance garantie de 800 MW) grâce aux sites de Manantali, Kénié, Goïna et Grand Felou. L'appel maximum de puissance est l'ordre de 50 MW.

Le sous-sol regorge d'importantes ressources minières : l'or (qui vient actuellement à la 2^{ème} place dans les recettes d'exportation), le fer, la bauxite, le manganèse, le cuivre, l'étain, le diamant, le phosphate, l'uranium etc. qui sont exploitées et non encore exploitées.

Le pays a une riche histoire qui se confond pratiquement avec celle de l'Afrique de l'Ouest. Il dispose de nombreux sites touristiques qui attirent les touristes de toutes nationalités. La ville de Tombouctou « la mystérieuse », la ville de Djenné et surtout le pays Dogon constituent des endroits rêvés pour de nombreux touristes.

La population résidente a été évaluée en 1998 par la Direction Nationale de la Statistique et de l'Information à 9 790 492 habitants avec une densité de 8 habitants au kilomètre carré. Le taux d'accroissement annuel est de 2,2 % sur la période de 1987 à 1998.

En 1987 le taux brut de natalité a été évalué à 49,6 pour mille contre 43,2 pour mille en 1976. Le niveau de cet indice était de 48,3 pour mille en milieu urbain contre 53,9 pour mille en milieu rural. Le taux le plus élevé a été enregistré dans la région de Sikasso avec 54,6 pour mille et le taux le plus faible dans le District de Bamako avec 40,5 pour mille.

1.1.2 Organisation du système de santé au Mali

1.1.2.1 A l'échelon périphérique

Au niveau des villages en zone rurale et des quartiers en zone urbaine, se trouvent des établissements sanitaires de premier niveau, qui sont de deux types : des centres de santé d'arrondissement et des centres de santé communautaire.

Les centres d'arrondissement sont des établissements publics, qui sont localisés au chef lieu des arrondissements. A cet échelon l'équipe est composée d'infirmiers du premier cycle ou infirmiers d'état, d'aide soignants ou de matrones, qui peuvent être fonctionnaires, contractuels du budget régional, du comité de développement. Ils fonctionnent en liaison avec un comité de santé composé de notables de l'arrondissement.

Les centres de santé communautaire sont des établissements sanitaires gérés par une association sans but lucratif, dénommée « association santé

communautaire » ou « ASACO ». Le coût des investissements a été généralement réparti entre les populations qui ont cotisées, l'Etat et les partenaires au développement.

Elles fonctionnent sur les ressources générées grâce à un système de recouvrement des coûts, leur permettant de couvrir les charges de fonctionnement, y compris les salaires du personnel contractuel.

1.1.2.2 A l'échelon du cercle

Le centre de santé de cercle constitue le niveau opérationnel où est planifié le développement sanitaire local et où sont coordonnées et pilotées les différentes activités de santé. Il correspond aux soins de santé secondaires exécutés par un personnel médical qualifié. Il est le premier niveau de recours des soins de santé primaires.

Les activités se résument au diagnostic, au traitement, à l'exécution des programmes nationaux de lutte contre les maladies transmissibles et de promotion de la santé, à l'encadrement des structures et des agents des soins de santé primaires à la formation des agents, à la prévention, à la gestion et à l'administration.

1.1.2.3 A l'échelon régional : on trouve :

- d'une part une direction régionale de la santé coordonnant les activités des cercles qui composent la région ;
- d'autre part, un hôpital régional constituant l'établissement de deuxième référence pour la population de la région.

1.1.2.4 A l'échelon national : on trouve :

- le ministère de la santé, ses directions centrales et les services rattachés. Ils assurent la conception et le pilotage de la politique de santé.

Les hôpitaux nationaux sont le troisième niveau de référence pour l'ensemble du pays.

1.2 Population d'étude et unité statistique

La population concernée par cette étude est l'ensemble :

- des anciennes utilisatrices de PF reçues dans les formations sanitaires des localités concernées au moment de l'étude ;
- des utilisatrices potentielles des services de PF à savoir les femmes en âge de procréer ayant un enfant de moins de 15 mois ;
- des prestataires (personnels de santé, des unités PF et médecins) des centres concernés par l'étude.

Critères d'inclusion et d'exclusion

Sujet	Inclusion	Exclusion
Utilisatrices potentielles	<ul style="list-style-type: none"> - être sujet de sexe féminin âgé de 15 à 49 ans - avoir un enfant de moins de 15 mois - résider dans la zone étudiée depuis au moins trois mois 	<ul style="list-style-type: none"> - sujet de sexe masculin - sujet de 50 ans et plus - sujet de moins de 15 ans - avoir un enfant de plus de 15 mois
Anciennes utilisatrices de PF	<ul style="list-style-type: none"> - être consultante en PF au moment de l'enquête utilisant déjà une méthode de contraception. 	<ul style="list-style-type: none"> - consultante pour autre motif que la PF - nouvelle consultante
Prestataire de service de PF	<ul style="list-style-type: none"> - être un personnel (SF, infirmière, TDC), cadre de l'unité PF du centre étudié - être médecin du centre étudié 	<ul style="list-style-type: none"> - personnel d'une unité autre que l'unité PF

1.3 Type d'étude

La méthode utilisée est celle d'une enquête transversale à passage unique portant sur les connaissances, attitudes pratiques des femmes enquêtées, et les facteurs qui influencent l'utilisation de la contraception.

L'étude s'est déroulée dans la période : du 1^{er} janvier 1999 au 30 juin 1999 inclus.

1.4. Echantillonnage

1.4.1 Méthodes de sondage

Nous avons utilisé 3 méthodes de sondage différentes en fonction des populations utilisées :

- un sondage en grappe auprès des utilisatrices potentielles de PF pour étudier les besoins non satisfaits et les raisons de non-utilisation de la PF ;
- une enquête exhaustive auprès des anciennes consultantes du PF pour étudier les méthodes utilisées en PF et les préférences en vue d'orienter les besoins ;
- une enquête exhaustive auprès des prestataires pour évaluer leur capacité à répondre aux besoins des consultantes et ce qu'ils préconisent pour prendre en charge ces besoins.

1.4.2 Sondage en grappe chez les utilisatrices de PF

1.4.2.1 Technique de sondage

Pour que notre échantillon soit représentatif nous avons utilisé une méthode de sondage en grappe à deux degrés :

- premier degré : tirage de 30 grappes aléatoires suivant la méthode des effectifs cumulés ;
- deuxième degré : sondage exhaustif dans la grappe.

La base de sondage était représentée par la liste des cercles et communes du district de Bamako avec l'effectif de leur population actualisée en 1998. Les opérations suivantes nous ont conduit à la constitution des 30 grappes :

- établissement de la liste des cercles du Mali et les communes du District de Bamako avec leur population actualisée en 1998.

On commence par les communes de Bamako dans l'ordre et en faisant succéder (toujours dans l'ordre) les cercles des différentes régions du Mali.

- calcul des effectifs cumulés des populations ;
- détermination de l'intervalle de sondage en faisant le rapport :

Population totale / Nombre de grappe.

Soit dans notre enquête : $9\,790\,492 / 30 = 326\,349$.

- choix d'un nombre au hasard entre 1 et l'intervalle de sondage : le chiffre obtenu est de 024499.

La première grappe se situait dans la localité dont l'effectif cumulé est supérieure ou égal à ce chiffre (tableau ci-dessous).

La deuxième grappe dans la localité dont l'effectif cumulé était égal ou dépassait la somme du pas de sondage et du nombre au hasard.

Pour les autres grappes ; nous avons ajouté systématique le pas de sondage à la population cumulée et nous avons localisé la grappe.

Tableau : Liste des grappes et population 1998

Communes et cercles	Population en 1998	Population cumulée	Grappes
Commune I	199 651	199 651	1
Commune II	128 090	327 741	
Commune III	97 389	425 130	2
Commune IV	185 856	610 986	
Commune V	184 715	795 701	3
Commune VI	220 466	1 016 167	4
Région de Kayes			
Kayes	327 007	1 343 174	5
Bafoulabé	167 155	1 510 329	

Communes et cercles	Population en 1998	Population cumulée	Grappes
Diema	141 154	1 651 443	
Kéniéba	143 013	1 794 456	6
Kita	301 783	2 096 239	
Nioro	170 394	2 266 633	
Yélimané	121 513	2 388 148	8
Région de Koulikoro			
Koulikoro	152 482	2 540 628	
Banamba	140 632	2 681 260	9
Dioila	333 186	3 014 446	10
Kangaba	73 312	3 07 758	
Kati	519 424	3 607 182	11
Kolokani	180 816	3 787 998	12
Nara	165 986	3 953 984	13
Région de Sikasso			
Sikasso	510 649	4 464 633	14
Bougouni	304 646	4 769 279	15
Kadiolo	132 621	4 901 900	
Kolondiéba	143 284	5 045 184	16
Koutiala	378 561	5 423 745	17
Yanfolila	166 049	5 589 794	18
Yorosso	144 232	5 734 026	
Région de Ségou			
Ségou	489 733	6 223 759	19
Baroueli	166 413	6 390 172	20
Bla	208 480	6 598 652	21

Communes et cercles	Population en 1998	Population cumulée	Grappes
M.icina	169 025	1 767 677	
Niono	227 669	6 995 346	22
San	252 113	247 459	23
Tominian	165 768	7 413 227	
Région de Mopti			
Mopti	258 695	7 671 922	24
Bandiagara	228 820	7 900 742	25
Bankass	203 600	8 104 342	
Djenné	153 800	8 258 142	26
Douentza	152 176	8 410 318	
Koro	269 310	8 679 628	27
Ténenkou	126 554	8 806 182	
Youwarou	82 319	8 888 501	28
Région de Tombouctou			
Tombouctou	70 725	8 959 226	
Diré	83 492	9 042 718	
Goundam	131 406	9 174 124	29
Gourma Rharous	53 229	9 227 353	
Niafunké	123 104	9 350 457	
Région de Gao			
Gao	170 572	9 521 029	30
Ansongo	84 899	9 605 928	
Bourem	78 997	9 684 925	
Ménaka	63 048	9 747 973	

Communes et cercles	Population en 1998	Population cumulée	Grappes
Région de Kidal			
Kidal	17 348	9 765 316	
Abebara	7 818	9 773 134	
Tessalit	13 720	9 686 854	
Tin-Essako	3 598	9 790 452	

2.4.3 Variable à mesurer

Définition conceptuelle de la variable	Définition opérationnelle	Type de variable	Technique de collecte
Age	L'âge au moment de l'enquête	Quantitative continue en année	Interrogatoire
Statut matrimonial	Type d'union en cours	Qualitative mariée, célibataire, veuve, divorcée	Interrogatoire
Statut professionnel	Catégorie professionnelle	Qualitative : fonctionnaire, commerçant, ménagère, artisan, autres	Interrogatoire
Parité	Nombre d'accouchements déjà effectués jusqu'à la date de l'enquête	Quantitative discontinue (nombre entier)	Interrogatoire
Intervalle intergénéral	Période séparant l'avant dernière et la dernière naissance	Qualitative continue en mois	Interrogatoire
Connaissance sur la PF intervalle intergénéral normal	Intervalle supposé acceptable entre 2 naissances successives	Qualitative dichotomique (oui/non)	Interrogatoire
Définition de grossesse rapprochée des conséquences des grossesses rapprochées	Problèmes de santé affectant la mère, et les 2 enfants en cas de grossesse rapprochée	Ligne inférieure à 1 an Ligne inférieure à 12 – 15 mois Ligne supérieure à 15 mois Qualitative (question ouverte)	Interrogatoire
Prévention des grossesses rapprochées	Ensemble des moyens permettant d'éviter une grossesse rapprochée	Qualitative dichotomique (oui/non)	Interrogatoire
Méthode de prévention	Méthode moderne ou traditionnelle de PF	Qualitative PF moderne / traditionnelle ou autre	Interrogatoire

Définition conceptuelle de la variable	Définition opérationnelle	Type de variable	Technique de collecte
Attitudes et expérience en PF	Utilisation antérieure d'une ou plusieurs méthodes de PF	Qualitatives jamais planifiées / déjà planifiées.	Interrogatoire
Raisons de non utilisation de la PF	Ensemble des facteurs susceptibles d'empêcher l'utilisation de la PF	Qualitative (question ouverte)	Interrogatoire
Connaissances des différentes méthodes (modernes) de contraception	Ensemble des méthodes connues	Quantitatives (gestion ouverte)	Interrogatoire
Préférences	Souhaits des femmes par rapport à la méthode de PF à appliquer	Qualitative (question ouverte)	Interrogatoire
Accueil des consultantes	Manière dont le personnel reçoit les consultantes	Qualitative accueillant / ou non accueillant	Interrogatoire
Méthodes de PF proposées	Les différentes méthodes de PF applicable dans la formation sanitaire	Qualitative : DIU, Pilule, Norplant, Injectable, Vasctomie, Ligature, trompes	Interrogatoire
Satisfaction des besoins actuels	Capacité du centre à couvrir les besoins en PF	Qualitative faible normale	Interrogatoire
Satisfaction des besoins en fonction des préférences actuelles des consultantes	Capacité du centre à couvrir les besoins en fonction des préférences des consultantes	Qualitative faible normale	Interrogatoire

1.4.4 Taille de l'échantillon

1.4.4.1 La taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon varie en fonction du risque d'erreur accepté à l'avance du résultat attendu, et surtout de la précision que l'on veut donner à nos estimations. Lors des enquêtes sur la couverture vaccinale, il a été mis en évidence qu'il pouvait y avoir un effet de grappe important en milieu rural. L'effet de grappe étant le fait qu'à l'intérieur d'une même grappe les individus ont plus de chances d'avoir des caractéristiques communes ou même identiques du fait qu'ils sont soumis aux mêmes facteurs. Ainsi nous avons pris une précision de 5 % et en fonction de l'hypothèse d'un facteur de grappe égal à 1,8. Nous avons consenti un risque

d'erreur de 5 %. Nous avons calculé par la suite la taille de notre échantillon sur la base de la formule

$$N = \frac{e^2 \times P \times Q \times F}{i^2} =$$

N = taille de l'échantillon

P = l'hypothèse de prévalence des grossesses rapprochées au Mali est égal à 26 % (9).

$$Q = 1 - P = 1 - 0,26 = 0,74$$

i = précision attendue des résultats : 5 % = 0,05

e = l'écart réduit = 1,96 un risque d'erreur de 5 %

f = facteur de grappe = 1,8

$$N = \frac{4.0,26 (1 - 0,26) \times 1,8}{(0,05)^2} = 554$$

La taille souhaitée en tenant compte de ces paramètres était au minimum égal à 554 utilisatrices potentielles. En ajoutant (10 %) pour compenser les non réponses la taille minimale était égale à 587 utilisatrices potentielles, soient 20 femmes par grappe.

1.4.5 Recueil des données

Le recueil des données dans une grappe a été fait suivant un protocole qui comportait trois (3) étape.

a. Identification du début de la grappe

Le point de repère était le centre ville auprès d'une mosquée ou une église ou un hôpital. Pour les communes du district de Bamako, l'enquête a été faite dans le quartier d'implantation de la mairie.

La pointe du crayon lancé en l'air a indiqué la direction de la première concession enquêtée. Les concessions voisines de proche en proche ont été également enquêtées. A chaque bifurcation l'enquêteur tournait à droite. Arrivée au point de départ, il continuait droit devant. L'enquête a continué jusqu'à l'obtention de la

grappe. Une fois dans une concession. même si la taille de la grappe était complète, toutes les unités statistiques étaient visitées.

b. le suivi d'un itinéraire permettant à l'enquêteur d'identifier les unités statistiques à inclure

Des instructions écrites étaient données dans le protocole-d'enquête pour que l'enquêteur puisse identifier les concessions et la population d'étude sans intervenir dans ce choix. Ces instructions sont précises et essayaient de prévoir toutes les situations aux quelles l'enquêteur pouvait être confronté.

c. Le protocole interrogatoire

L'interrogatoire est surtout conçu comme : (une aide mémoire) pour cela il était :

- progressif, de façon à mettre la femme en confiance, et l'aider à clarifier sa mémoire. Il était conduit sous la forme d'une causerie sur le passé obstétrical et contraceptif de la femme ce qui nous a permis d'identifier les unités statistiques ;
- contrôlé par les (questions filtres) ; questions identiques posées sous des formulations différentes destinées à contrôler la cohérence des réponses.

d. Plan d'analyse des résultats

Notre plan d'analyse comportait plusieurs étapes :

- une analyse descriptive des informations recueillies sur le passé obstétrical des femmes enquêtées ;
- une analyse statistique des méthodes de PF utilisées et les raisons du choix d'une méthode de PF, les facteurs défavorisant l'utilisation de la PF au Mali.

e. Informatisation

Les résultats ont été informatisés grâce au support micro informatique, en utilisant le logiciel 'EPI – INFO'. Le traitement de texte a été fait sur IBM en utilisant le logiciel « WORD 97 ».

TROISIEME PARTIE :

**ANALYSE DES RESULTATS DE NOTRE
ETUDE**

I. POUR LES ANCIENNES UTILISATRICES

1.1 Caractéristique des anciennes utilisatrices

Tableau n°1 : Distribution des anciennes utilisatrices enquêtées selon les tranches d'âge

Tranches d'âge	Effectif absolu des enquêtées	Pourcentage
15-19	41	10,30
20-24	85	21,37
25-29	72	18,10
30-34	72	18,10
35-39	73	18,34
40-44	48	12,06
45-49	6	1,5
>= 50	1	0,25
TOTAL	398	100

Les anciennes utilisatrices de notre étude étaient caractérisées par leur jeunesse : 67,87 % avaient un âge compris entre 15 et 34 ans. L'âge moyen de nos utilisatrices était de 33 ans.

Graphique 1 : Histogramme des âges selon les anciennes utilisatrices

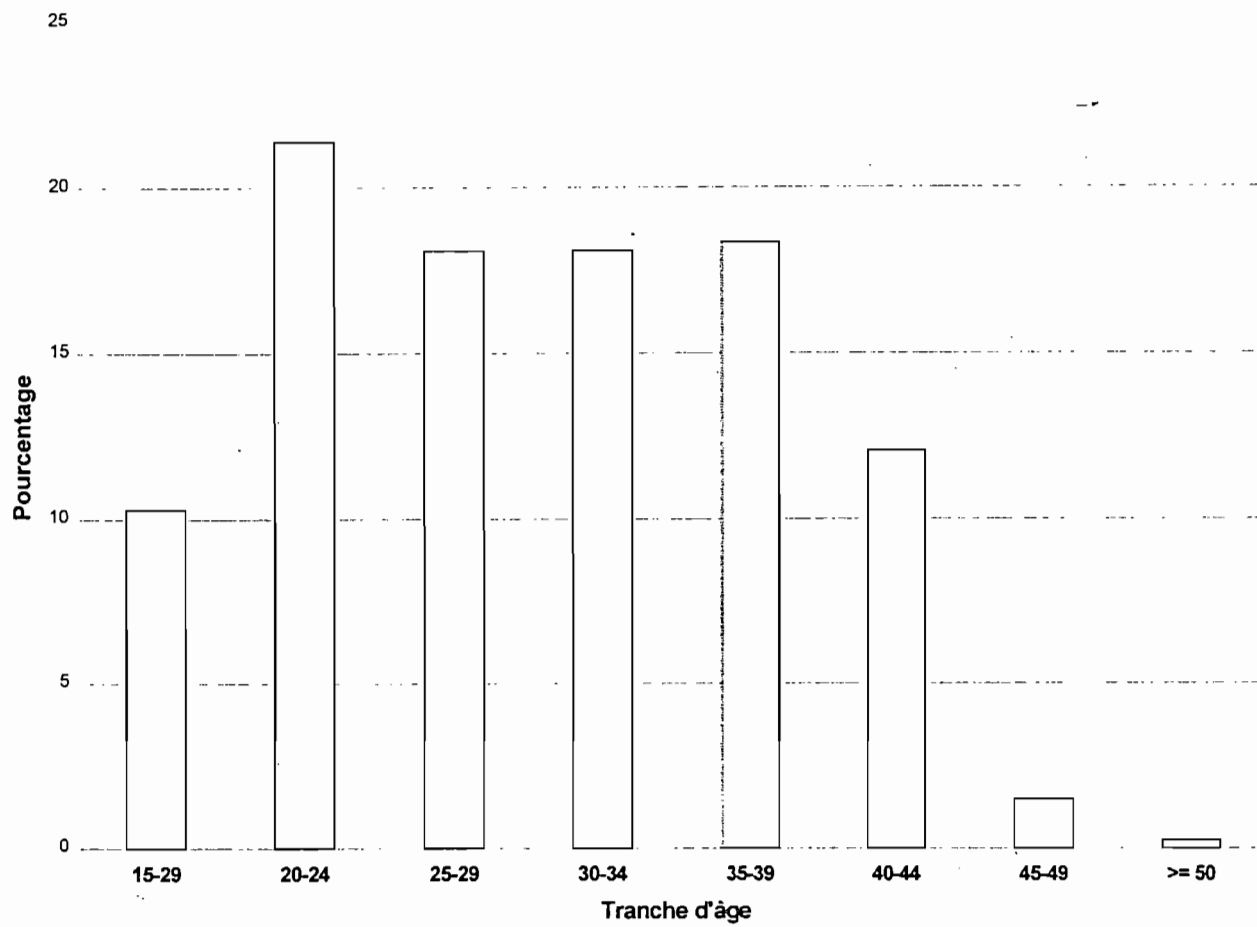


Tableau n°2 : Répartition des anciennes utilisatrices selon la parité

Parité	Effectif absolu	Pourcentage
Nullipare	33	8,29
Paucipare 1 – 3	141	35,42
Multipare 4 – 6	122	30,65
Grande multipare > 6	92	23,11
Total	398	100

35,4 % des anciennes utilisatrices étaient constitués de multipare.

Graphique 2 : Diagramme de la répartition de la parité des anciennes utilisatrices

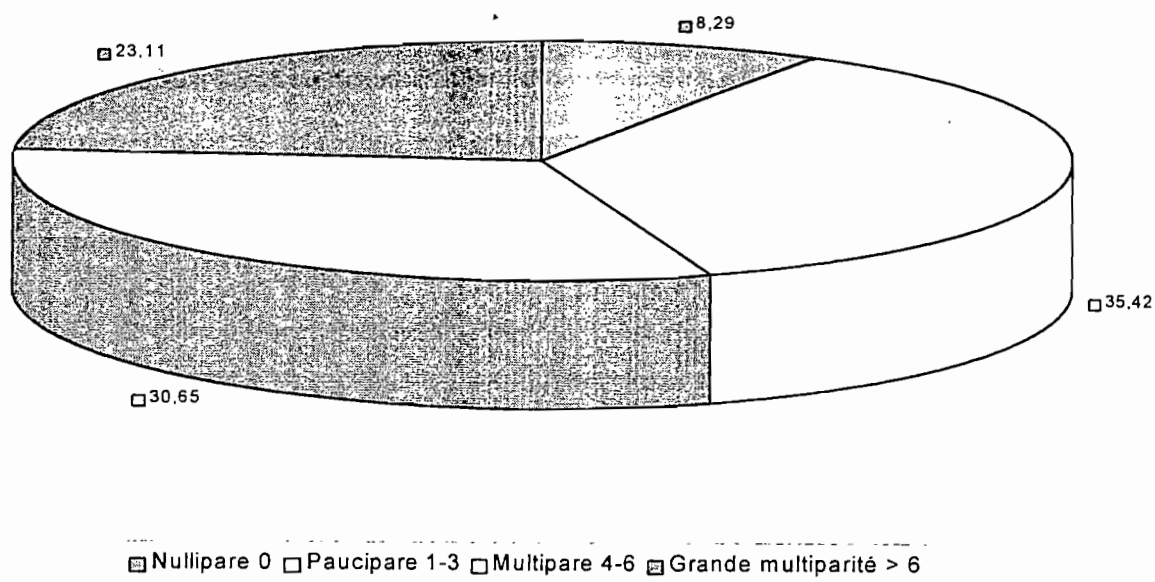


Tableau n°3 : Répartition des anciennes utilisatrices selon l'intervalle intergénérisique

Intervalle intergénérisique	Effectif absolu	Pourcentage
Sans intervalle intergénérisique	71	17,8
(0 – 23) mois	48	12,06
(24 – 120) mois	279	70,10
Total	398	100

70,10 % de la population étudiée avaient un intervalle intergénérisique supérieur ou égal à deux ans.

La proportion de femmes ayant besoin de PF était 12,06 %

Tableau n°4 : Répartition des anciennes utilisatrices selon le nombre d'enfants vivants

Nombre d'enfants vivants	Effectif absolu	Pourcentage
Aucun enfant	209	52,5
1	102	25,6
2	47	11,6
3	21	5,3
4	12	3
5	4	1
6	1	0,3
7	1	0,3
8	1	0,3
TOTAL	398	100

Les utilisatrices sans enfants représentaient plus de la moitié (52,50 %) de la population étudiée.

Tableau n°5 : Répartition des anciennes utilisatrices selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Fréquence absolue	Pourcentage
Célibataire	53	13,3
Divorcée	10	2,5
Mariée - monogame	195	49
Mariée – polygame	138	34,7
Veuve	2	0,5
TOTAL	398	100

La majorité de la population étudiée était constituée de femmes mariées (84 %).

Tableau n°6 : Répartition des anciennes utilisatrices enquêtées selon la profession

Profession	Fréquence absolue	Pourcentage
Artisan	24	6
Commerçante détaillante	66	16,6
Commerçante grossiste	1	0,3
Fonctionnaire de l'Etat	16	4
Fonctionnaire du Privé	11	2,8
Ménagère	259	65,1
Elève	21	5,3
TOTAL	398	100

Les ménagères (65,1 %) étaient fortement représentées contre (5,3 %) pour les élèves.

Tableau n°7 : Répartition des anciennes utilisatrices selon le niveau d'alphabétisation

Niveau d'alphabétisation	Fréquence absolue	Pourcentage
Alphabétisée	15	3,8
Aucun	127	31,7
Coranique	85	21,4
Primaire	140	35,2
Secondaire	26	6,5
Supérieur	5	1,3
TOTAL	398	100

Les non scolarisées représentaient (53,26 %) de la population étudiée et 6,5 % des anciennes utilisatrices ont atteint un niveau secondaire.

Tableau n°7 : Répartition des anciennes utilisatrices selon le niveau d'alphabétisation

Niveau d'alphabétisation	Fréquence absolue	Pourcentage
Alphabétisée	15	3,8
Aucun	127	31,7
Coranique	85	21,4
Primaire	140	35,2
Secondaire	26	6,5
Supérieur	5	1,3
TOTAL	398	100

Les non scolarisées représentaient (53,26 %) de la population étudiée et 6,5 % des anciennes utilisatrices ont atteint un niveau secondaire.

1.2 Connaissance des anciennes utilisatrices en PF.

Tableau n°8 : Répartition des anciennes utilisatrices selon la connaissance des méthodes modernes de contraception

Méthode connue	Effectif des enquêtées	Pourcentage
Pilule	379	95,22
Injectable	333	83,66
Condom	75	18,84
Implant	36	9,04
Spermicide	19	4,77
Stérilet	77	19,34
Ligature des trompes	13	3,26
Ligature du canal déférent	3	0,75

La pilule (95,22 %) et l'injectable (83,66 %) sont les méthodes les plus connues des anciennes utilisatrices contrairement aux autres méthodes (de 19,34 % à 0,75 %).

Tableau n°9 : Répartition des anciennes utilisatrices selon les sources d'information

Source d'information	Fréquence absolue	Pourcentage
Amie	55	13,8
Agent de santé	195	49
Parent	29	7,3
Radio-télévision	90	22,6
Voisine	16	4
Autres	13	3,3
TOTAL	398	100

L'agent de santé constituait la principale source d'information des anciennes utilisatrices (49 %).

1.3 Attitudes et pratiques des anciennes utilisatrices

Tableau n°10 : Distribution de l'effectif des utilisatrices selon leur pratique actuelle de contraceptif moderne.

Méthode moderne	Effectif des enquêtées	Pourcentage
Condom	1	0,3
DIU	15	3,8
Injectable	202	50,8
Ligature trompe	1	0,3
Norplant	3	0,8
Pilule	172	43,2
Spermicide	4	1
TOTAL	398	100

L'injectable (50,80 %) et la pilule (43,20 %) sont les méthodes les plus utilisées.

Tableau n°11 : Raisons du choix de la méthode injectable selon les 202 anciennes utilisatrices de l'effectif total.

Raisons du choix de l'injectable	Effectif	Pourcentage
Emploi facile	80	39,60
Occupation quotidienne	3	1,48
Méthode proposée par l'amie	4	1,98
Méthode proposée par le mari	2	0,99
Méthode proposée par l'agent de santé	13	6,43
Sans raisons	10	4,95
Méthode disponible	5	2,47
Ne connaît pas d'autres méthodes	5	2,47
Emploi discret	18	8,91
Utilisable à l'insu du mari	1	0,49
Utilisable à l'insu de la famille	13	6,43
Raison de santé	3	1,48
Effet secondaire pilule	6	2,97
Commodité méthode	17	8,41
Prise de poids	1	0,49
Efficacité	4	1,98
Ne veut plus enfant	2	0,99
Accessibilité	13	6,43
Affinité	1	0,49
TOTAL	202	100

La fécondité d'emploi (39,60 %) et la discrétion (8,91 %) sont les raisons les plus fréquemment citées par les anciennes utilisatrices pour le choix de l'injectable.

Tableau n°12 : Raisons du choix de la pilule selon les 172 anciennes utilisatrices de l'effectif total.

Raisons du choix de la pilule	Effectif	Pourcentage
Disponibilité	17	9,88
Méthode proposée par l'agent de santé	30	17,44
Méthode proposée par l'amie	12	6,97
Ne connaît pas d'autre méthode	13	7,55
Méthode proposée par la mère	1	0,58
Méthode proposée par la sœur	1	0,58
Facile à procurer (sans ordonnance)	5	2,90
Moins coûteux	30	17,44
Sans raisons	19	11,04
Méthode proposée par le mari	1	0,58
Prise de poids	1	0,58
Méthode non traumatique	7	4,06
Emploi facile	11	6,39
Mieux tolérée	14	8,13
Efficacité	3	1,74
Désir enfant	2	1,16
Commodité	6	3,48
TOTAL	172	100

26,16 % des anciennes utilisatrices sous pilule ont eu leur méthode dictée (agent de santé : 17,44 % ; amie : 7 % ; mère : 0,58 ; sœur : 0,58 %) par contre 17,44 % ont choisi la pilule à cause de son coût facile.

Tableau n°13 : Raisons du choix du DIU selon les 15 anciennes utilisatrices de l'effectif total.

Raisons du choix du DIU	Effectif	Pourcentage
Problème de santé	3	20
Méthode proposée par l'agent de santé	2	13,33
Sans raisons évoquées	1	6,66
Rupture fréquente des stocks de pilule	4	26,66
Eviter la prise quotidienne du contraceptif	5	33,33
TOTAL	15	100

33,33 % des anciennes utilisatrices ont choisi le DIU pour éviter la prise quotidienne de contraceptif.

Tableau n°14 : Raisons du choix des implants selon les 3 anciennes utilisatrices de l'effectif total.

Raisons du choix d'implants	Effectif	Pourcentage
Emploi facile	1	33
Méthode efficace	2	67
TOTAL	3	100

L'efficacité était la raison du choix évoqué dans 67 % des cas.

Tableau n°15 : Fréquence d'utilisation des méthodes modernes en fonction du statut matrimonial

Méthodes	Statu matrimonial		TOTAL
	Scolarisées	Non scolarisées	
Injectable	24 (12 %)	178 (88 %)	202
Pilule	36 (21 %)	136 (79 %)	172
Autres méthodes	5 (21 %)	19 (79 %)	24
TOTAL	65 (16 %)	333 (84 %)	398

L'analyse de ce tableau montre qu'il y a une association positive entre l'utilisation du PF et le statut matrimonial . La différence statistique est positive ($\text{Chi}^2 = 5,65$ $P = 0,017$).

Tableau n°16 : Fréquence d'utilisation des méthodes modernes en fonction du niveau d'alphabétisation

Méthodes	Niveau alphabétisation		TOTAL
	Scolarisées	Non scolarisées	
Injectables	81 (40 %)	121 (60 %)	202
Pilule	81 (87 %)	91 (53 %)	172
Autre	11 (46 %)	13 (54 %)	24
TOTAL	173	225	398

Il n'y a pas de différence statistique significative entre l'utilisation de PF et le niveau d'alphabétisation ($\text{Chi}^2 = 1,85$ $P = 0,17$).

Tableau n°17 : Fréquence d'utilisation des méthodes modernes selon la profession.

Méthode	PROFESSION					TOTAL
	Elève	Artisan	Commerce	Fonctionnaire	Ménagère	
Injectable	9 (5 %)	1 (1 %)	37 (19 %)	14 (7 %)	132 (68 %)	193
Pilule	10 (6 %)	11 (6,3 %)	24 (14 %)	13 (8 %)	114 (66 %)	172
Autres	2 (8 %)	3 (13 %)	6 (25 %)	0	13 (54 %)	24
TOTAL	21 (6 %)	15 (4 %)	67 (17 %)	27 (7 %)	259 (67 %)	398

Les effectifs sont faibles et le test statistique ne peut être appliqué.

Tableau n°18 : Répartition des anciennes utilisatrices selon les facteurs poussant à la décision.

Sources	Fréquence	Pourcentage
Agent de santé	104	26,1
Amie	31	7,8
Enseignant	2	0,5
Mari	93	23,4
Parent	38	9,5
Décision personnel	126	31,7
Voisine	4	1
TOTAL	398	100

La pratique de la planification familiale a été l'initiative personnelle des anciennes utilisatrices (31,7 %) des cas contre (68,3 %) des femmes poussées à la décision.

Tableau n°19 : Répartition de la population étudiée selon la pratique antérieure d'une méthode contraceptive.

Pratique antérieure de PF	Fréquence	Pourcentage
Non	272	68,3
Oui	125	31,4
Ne sait pas	1	0,3
TOTAL	398	100

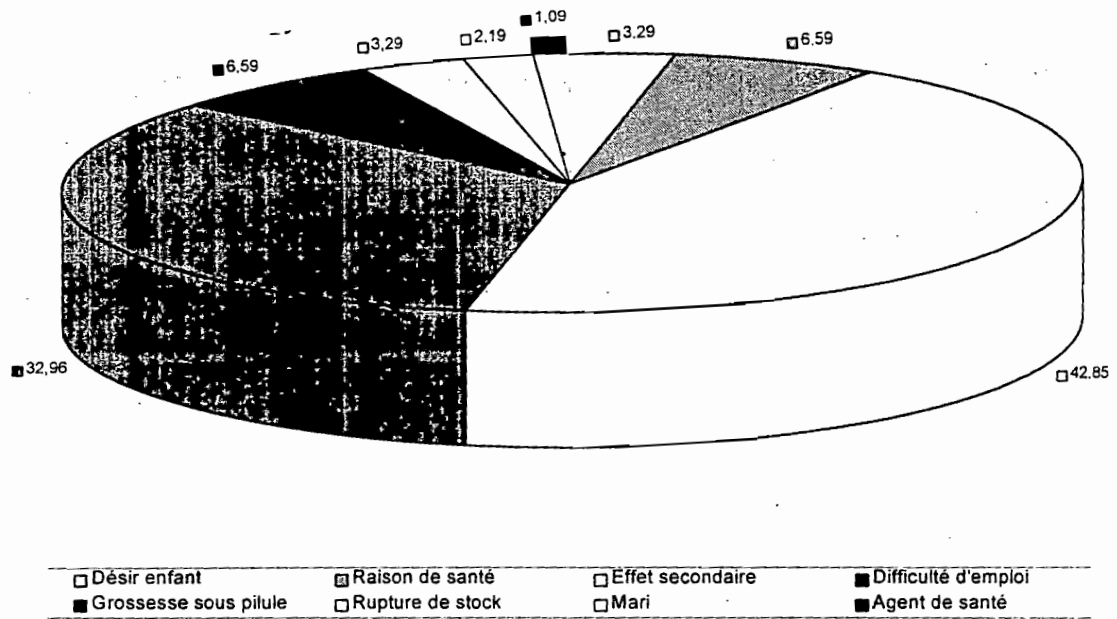
La majorité des utilisatrices (68,3 %) étaient à leur première expérience contraceptive.

Tableau n°20 : Répartition de la population étudiée selon la nature des méthodes abandonnées.

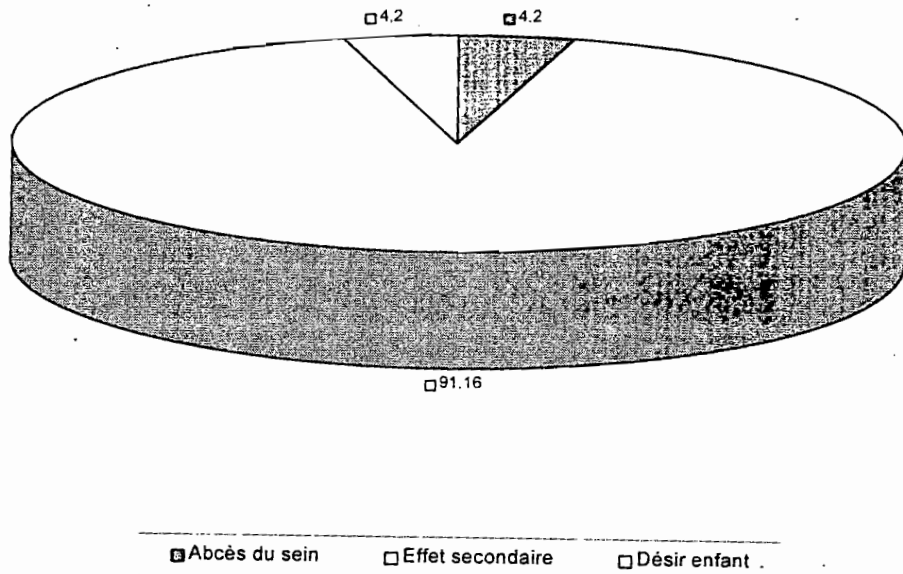
Méthode abandonnée	Fréquence	Pourcentage
DIU	9	7,2
Injectable	24	19,2
Pilule	91	72,8
Spermicide	1	0,8
TOTAL	125	100

La fréquence des abandons est de 31,4 %. La pilule représentait la méthode la plus fréquemment abandonnée.

Graphique 3 : Diagramme de la répartition des abandons de la pilule



Graphique 4 : Diagramme de la raison d'abandon de l'injectable



Graphique 5 : Diagramme de la répartition des raisons d'abandon du DIU

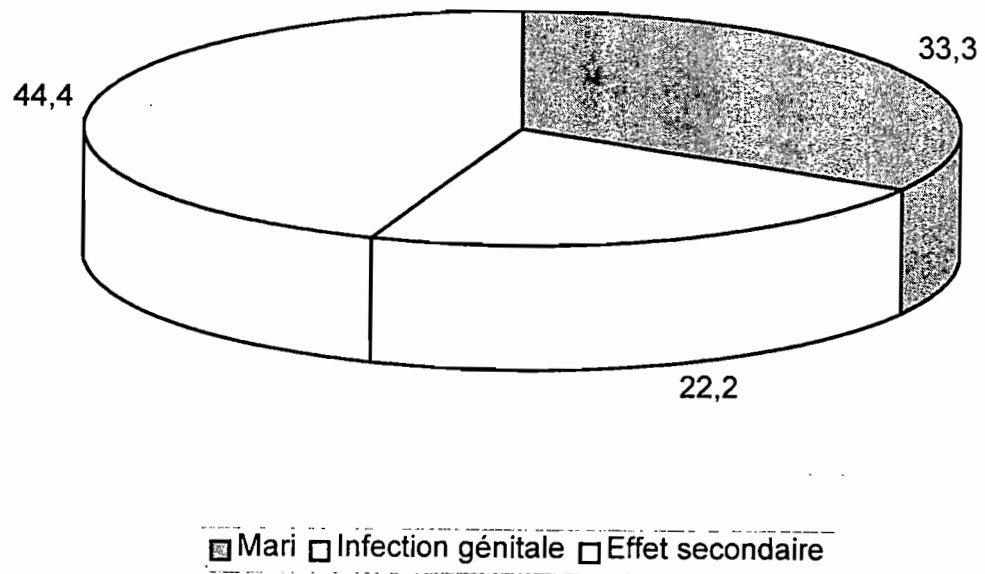


Tableau n°21 : Répartition de l'effectif des anciennes utilisatrices interrogées sur la capacité du centre à répondre à leur besoin en méthode contraceptive.

Opinion des utilisatrices	Effectif des enquêtées	Pourcentage
Choix disponible dans le centre	166	41,7
Choix non disponible dans le centre	32	8
N'était pas informée des méthodes disponibles dans le centre	200	50,3
TOTAL	398	100

50,3 % des utilisatrices n'étaient pas informées des méthodes de contraception modernes disponibles dans les centres. Dans 8 % des cas le choix des utilisatrices n'est pas disponible.

Tableau n°22 : Répartition des anciennes utilisatrices selon les méthodes contraceptives non satisfaites

Besoin non satisfait	Fréquence absolue	Pourcentage
Injectable	6	19
Ligature des trompes	3	9
Implant.	21	66
Spermicide	2	6
TOTAL	32	100

66 % des besoins non satisfaits étaient représentés par l'implant. Les autres méthodes non disponibles dans les centres sont : les contraceptifs injectables (19 %) la ligature des trompes (9 %) et les spermicides (6 %).

Tableau n°23 : Fréquence des demandes des anciennes utilisatrices selon les zones enquêtées.

Zones enquêtées	Population totale enquêtée	Demande en méthode moderne non satisfaite	Nature du contraceptif
Cercles réunis	337	17 (5,04 %)	Implant
		3 (0,75 %)	Ligature des trompes
		3 (0,75 %)	Injectable
		2 (0,50 %)	Spermicide
Communes réunies	61	4 (7 %)	Implant

Sur l'ensemble des anciennes utilisatrices enquêtées au niveau des communes, 7 % avaient exprimés le besoin d'utiliser les implants contre 5,04 % de demande au niveau du cercle.

Tableau n°24 : Répartition des anciennes utilisatrices selon le type d'accueil par les agents de santé

Accueil	Effectif	Pourcentage
Peu satisfaisant	9	2,26
Satisfaisant	248	62,31
Très satisfaisant	14	35,42
TOTAL	398	100

98 % des anciennes utilisatrices étaient satisfaites de l'accueil dans les différents centres enquêtés.

Tableau n°25 : Difficultés évoquées par les anciennes utilisatrices au cours de leur pratique contraceptive

Difficultés évoquées	Fréquence	Pourcentage
Aucune	346	86,93
Longue attente	23	5,77
Problème de communication	6	1,50
Rupture de stock	19	4,77
Prix élevé des contraceptifs	1	0,25
Centre de planning familial éloigné	1	0,25
Non suivi des utilisatrices	1	0,25
Manque de gamme de contraceptif varié	1	0,25
TOTAL	398	100

La majorité des utilisatrices (86,93 %) était satisfaite de la prestation des services de planification familiale. Près de 11 % d'entre elles se plaignaient de la longue attente ou des ruptures de stock.

1.4. Suggestions des anciennes utilisatrices pour améliorer les services de PF

- 69 personnes soit 17,33 % de la population enquêtées affirment n'avoir aucune suggestion à faire et laissant l'initiative aux agents de santé ;
- 329 anciennes utilisatrices (soit 82,66 %) il faut une plus grande information, sensibilisation soit par :
 - . organisation des causeries et débats sur la PF ;
 - . organisation dans les villages des réunions séparées pour chacun des groupes sociaux : vieux, vieille, jeunes hommes, jeunes femmes et les chefs religieux ;
 - . une distribution gratuite des contraceptifs.

II. UTILISATRICES POTENTIELLES

2.1 Caractéristiques des utilisatrices potentielles

Tableau n°26 : Répartition des utilisatrices potentielles en fonction de l'âge

Groupe d'âge	Fréquence	Pourcentage
15-19	104	17,71
20-24	170	29
25-29	146	24,9
30-34	101	17,2
35-39	54	9,2
40-49	12	2
TOTAL	587	100

Les utilisatrices potentielles étudiées étaient caractérisées par leur jeunesse : 72 % avaient un âge compris entre 15-29 ans. La moyenne d'âge des utilisatrices potentielles était de 33 ans.

Tableau n°27 : Répartition des utilisatrices potentielles enquêtées selon la profession

Profession	Fréquence absolue	Pourcentage
Artisan	16	2,7
Commerçante détaillante	54	9,2
Etudiante	18	3,1
Fonctionnaire de l'état	12	2
Fonctionnaire du privé	2	0,3
Ménagère	485	82,6
TOTAL	587	100

La population étudiée était dominée par les ménagères (82,6 %).

Tableau n°28 : Statut matrimonial des utilisatrices potentielles

Statut matrimonial	Fréquence absolue	Pourcentage
Célibataire	46	7,8
Divorcée	5	0,9
Monogame	324	55,2
Polygame	201	34,2
Union libre	7	1,2
Veuve	4	0,7
TOTAL	587	100

La population étudiée était caractérisée par une forte représentation des mariées (89,43 %).

Tableau n°29 : Répartition des utilisatrices potentielles selon le niveau de scolarisation

Niveau de scolarisation	Fréquence	Pourcentage
Alphabétisée en langue nationale	15	2,66
Aucun	207	35,3
Coranique	133	22,7
Primaire	187	31,9
Secondaire	43	7,3
Supérieur	2	0,3
TOTAL	587	100

La majorité de la population étudiée (57,92 %) n'avaient aucun niveau d'alphabétisation.

Tableau n°30 : Distribution de l'effectif des utilisatrices potentielle selon la parité.

Nombre d'accouchements effectués	Effectif	Pourcentage
1	136	23,16
2-6	385	65,58
7-12	66	11,24
Total	587	100

La grande multiparité était assez fréquente (11,24 %).

2.2 Connaissance et attitude pratique des utilisatrices potentielles en PF.

2.2.1 Connaissance en PF des utilisatrices potentielles

Tableau n°31 : Répartition de la réponse à la connaissance des conséquences des grossesses rapprochées selon l'âge

Connaissance	15-29 ans	30-49 ans	TOTAL
Oui	402 (96 %)	162 (97 %)	564 (96 %)
Non	18 (4 %)	5 (3 %)	23 (4 %)
TOTAL	420 (100 %)	167 (100 %)	587 (100 %)

Aucune différence n'a été observée entre l'âge et la connaissance des conséquences d'une grossesse rapprochée ($\text{Chi}^2 = 0,54$ P = 0,46).

Tableau n°32 : Répartition de la réponse à la connaissance des conséquences des grossesses rapprochées selon le niveau d'alphabétisation

Connaissance	Scolarisées	Non scolarisées	TOTAL
Oui	237 (98 %)	327 (95 %)	564 (96 %)
Non	5 (2 %)	18 (5 %)	23 (4 %)
TOTAL	242 (100 %)	345 (100 %)	587 (100 %)

L'analyse de ce tableau nous montre qu'il y a une association positive entre la connaissance des conséquences des grossesses rapprochées et le niveau de scolarisation ($\text{Chi}^2 = 3,75$ P = 0,05).

Tableau n°33 : Répartition de la réponse à la connaissance des conséquences des grossesses rapprochées selon le statut matrimonial

Connaissance	Mariées	Non mariées	TOTAL
Oui	502 (96 %)	62 (100 %)	564 (96 %)
Non	23 (4 %)	0	23 (4 %)
TOTAL	525 (100 %)	62 (100 %)	587 (100 %)

L'effectif est nul dans le cas des non mariées ne connaissant pas les conséquences. Ce qui nous a empêché d'appliquer le test statistique.

Tableau n°34 : Répartition de la réponse à la connaissance des conséquences des grossesses rapprochées selon la profession

Connaissance	Oui	Non	TOTAL
Ménagère	465 (96 %)	20 (4 %)	485 (100 %)
Elève	18 (100 %)	0	18 (100 %)
Commerçante	52 (96 %)	2 (4 %)	54 (100 %)
Artisan	15 (94 %)	1 (6 %)	16 (100 %)
Fonctionnaire	14 (100 %)	0	14 (100 %)
TOTAL	564 (96 %)	23 (4 %)	587 (100 %)

Il se pose le problème d'effectif nul empêchant d'appliquer le test statistique.

Tableau n°35 : Répartition de la population d'étude selon la connaissance d'un moyen de prévention des grossesses rapprochées

Connaissance d'un moyen de prévention des grossesses rapprochées	Effectif	Pourcentage
Non	21	3,6
Oui	518	88,2
Ne sait pas	48	8,2
TOTAL	578	100

88,2 % des utilisatrices potentielles connaissaient un moyen de prévention d'une grossesse rapprochée.

Tableau n°36 : Effectif des moyens de prévention des grossesses rapprochées connus des utilisatrices potentielles.

Moyen de prévention	Effectif enquêté	Pourcentage
Méthode moderne	449	87
Méthode traditionnelle	69	13
TOTAL	518	100

Les méthodes modernes (87 %) étaient souvent connues des utilisatrices potentielles.

Tableau n°37 : Distribution des fréquences de connaissance des méthodes de contraception selon les utilisatrices potentielles

Méthode connue	Effectif des enquêtées	Pourcentage
Abstinence sexuelle	1	0,17
Injectable	381	64,9
Pilule	511	87,05
Diaphragme	20	3,4
Implant	18	3,06
Préservatif	142	24,19
Spermicide	14	2,38
Stérilet	96	16,35
Tafo	52	8,85
Gris-gris	3	0,51
Infusion	1	0,17
Ligature des trompes	8	1,36
TOTAL	587	100

La pilule (87,05 %) et l'injectable (64,9 %) constituaient les méthodes les plus connues des utilisatrices potentielles.

Tableau n°38 : Connaissance d'une méthode PF selon le statut matrimonial

Connaissance en PF Statut matrimonial	Oui	Non	TOTAL
Mariée	239 (98 %)	5 (2 %)	244 (100 %)
Non mariée	279 (95 %)	16 (5 %)	295 (100 %)
TOTAL	518 (96 %)	21 (4 %)	539 (100 %)

Il n'y a pas de lien entre la connaissance de PF et le statut matrimonial ($P = 0,93$).

Tableau n°39 : Connaissance d'une méthode PF selon le niveau de scolarisation

Niveau de scolarisation	Oui	Non	TOTAL
Scolarisée	239 (98 %)	5 (2 %)	244 (100 %)
Non scolarisée	279 (95 %)	16 (5 %)	295 (100 %)
TOTAL	518 (96 %)	21 (4 %)	539 (100 %)

L'analyse de ce tableau nous montre qu'il y a une association positive entre la connaissance de PF et le fait d'être scolarisée ou non ($\text{Chi}^2 = 4,04$ $P = 0,04$).

2.2.2 Attitude pratique des utilisatrices potentielles en PF

Tableau n°40 : Distribution de l'effectif des utilisatrices potentielles selon la pratique contraceptive.

Pratique contraceptive antérieure	Effectif des enquêtées	Pourcentage
Non	338	58
Oui	249	42
TOTAL	587	100

L'analyse montrait une forte proportion d'utilisatrices potentielles (58 %) sans expérience contraceptive contre 42 % d'utilisation antérieure.

Tableau n°41 : Raisons d'abandon de la PF chez les femmes enquêtées

Raisons d'abandon	Effectif	Pourcentage
Désir d'enfants	107	42,97
Effet secondaire	85	34,13
Difficulté d'emploi	34	13,65
Opposition du mari	23	9,23
TOTAL	249	100

Le désir enfant (42,97 %) et les effets secondaires (34,13) étaient les raisons d'abandon les plus fréquemment évoquées.

Tableau n°41 : Fréquence des utilisatrices potentielles qui ont déjà eu à discuter de PF

Discussion	Avec partenaire	Avec époux	Avec les parents	TOTAL
Non	17 (53,1 %)	314 (57,7 %)	5 (45,5 %)	336 (57,24 %)
Oui	15 (46,9 %)	228 (41,9 %)	6 (54,5 %)	249 (42,41 %)
Ne sait pas	0	2 (0,3 %)	0	2 (0,34 %)
TOTAL	32 (100 %)	544 (100 %)	11 (100 %)	587 (100 %)

57,7 % des couples mariés avaient discuté de PF contre 41,9 % chez les non mariées.

Tableau n°43 : Distribution des utilisatrices potentielles selon le souhait à utiliser le PF

Souhait des utilisatrices	Effectif	Pourcentage
Non	126	21,5
Oui	453	77,2
Ne sait pas	8	1,4
TOTAL	587	100

77,20 % de la population étudiée avaient exprimé le besoin d'utiliser une méthode contraceptive contre 21,5 % d'attitude négative.

Tableau n°44 : Distribution des fréquences de souhaits des utilisatrices potentielles en fonction de l'âge

Groupes d'âge	Oui	Non	TOTAL
15-29	330 (79 %)	86 (21 %)	416 (100 %)
30-49	123 (75 %)	40 (25 %)	163 (100 %)
TOTAL	453 (78 %)	126 (22 %)	579 (100 %)

Le souhait exprimé pour une contraception ne dépend pas de l'âge chez les utilisatrices potentielles ($\text{Chi}^2 = 1,03$ $P = 0,31$).

Tableau n°45 : Distribution de l'effectif des souhaits selon l'intervalle intergénénesique

Intervalle intergénénesique	Oui	Non	TOTAL
Primipare	105 (83 %)	22 (17 %)	127 (100 %)
3-23	108 (82 %)	24 (18 %)	132 (100 %)
24-98	80 (25 %)	240 (75 %)	320 (100 %)
TOTAL	293 (51 %)	286 (49 %)	579 (100 %)

La proportion d'utilisatrice potentielles qui souhaiteraient utiliser une méthode de contraception moderne était importante (51 %). 82 % de ces utilisatrices avaient un intervalle intergénénesique de 3-23 mois.

Tableau n°46 : Fréquences des souhaits en fonction de la profession

Profession	Oui	Non	TOTAL
Ménagère	369 (77 %)	111 (23 %)	480 (100 %)
Commerçante	44 (83 %)	9 (17 %)	53 (100 %)
Autres	40 (87 %)	6 (13 %)	46 (100 %)

Il n'y a pas d'association entre le souhait des utilisatrices et la profession ($\text{Chi}^2 = 3,06$ $P = 0,08$).

Tableau n°47 : Répartition de la population en fonction des souhaits et du statut matrimonial des utilisatrices potentielles

Statut matrimonial	Oui	Non	TOTAL
Mariée	116 (22 %)	402 (78 %)	518 (100 %)
Non mariée	10 (16 %)	51 (84 %)	61 (100 %)
TOTAL	126 (22 %)	453 (78 %)	579 (100 %)

Il n'y a pas de lien entre le statut matrimonial et les souhaits exprimés pour la PF ($\text{Chi}^2 = 1,15$ $P = 0,28$).

Tableau n°48 : Répartition de la préférence des utilisatrices potentielles en fonction de la profession.

Méthode	PROFESSION				TOTAL
	Commerçante	Fonctionnaire	Etudiante	Ménagère	
Injectable	27 (53 %)	6 (46 %)	9 (60 %)	173 (53 %)	215
Ligature des trompes	0	0	0	3 (0,9 %)	3
Norplant	3 (6 %)	0	1 (7 %)	12 (7 %)	16
Pilule	21 (41 %)	4 (31 %)	4 (26 %)	132 (41 %)	16
Préservatif	0	1 (8 %)	1 (7 %)	3 (0,9 %)	5
Spermicide	0	1 (8 %)	0	0	1
Stérilet	0	1 (8 %)	0	2 (0,6 %)	3
TOTAL	51 (100 %)	13 (100 %)	15 (100 %)	325 (100 %)	404

Les effectifs sont faibles et le test statistique ne peut être appliqué.

Tableau n°47 : Répartition des utilisatrices potentielles en fonction de leur préférence et leur statut matrimonial.

Méthode	Statut matrimonial		TOTAL
	Mariée	Non Mariée	
Injectable	189 (53 %)	26 (55 %)	215 (53 %)
Pilule	145 (41 %)	16 (34 %)	161 (41 %)
Ligature des trompes	3 (0,8 %)	0	3 (0,7 %)
Implants	13 (7 %)	3 (6 %)	16 (7 %)
Stérilet	2 (0,56 %)	1 (2 %)	3 (0,7 %)
Préservatif	4 (1,12 %)	1 (2 %)	5 (1,29 %)
Spermicide	0	1 (2 %)	1 (0,24 %)
TOTAL	354 (100 %)	47 (100 %)	404 (100 %)

Les effectifs sont faibles et le test statistique ne peut être appliqué.

Tableau n°50 : Répartition des utilisatrices potentielles en fonction de leur préférence et la parité.

Méthode	Parité		TOTAL
	Primipare	Multipare	
Injectable	51 (52 %)	164 (54 %)	215
Ligature des trompes	0	3 (0,98 %)	3
Norplant	4 (4,04 %)	12 (3,98 %)	16
Pilule	39 (39 %)	122 (40 %)	16
Préservatif	3 (3 %)	2 (0,65 %)	5
Spermicide	1 (1 %)	0	1
Stérilet	1 (1 %)	2 (0,65 %)	3
TOTAL	99 (100 %)	305 (100 %)	404

52 % des primipares sollicitent l'emploi de l'injectable contre 39 % pour la pilule.

Tableau n°51 : Raisons de non utilisation d'une méthode de PF

Raisons évoquées	Fréquence	Pourcentage
Allaitement maternel	9	2,7
Cause de stérilité	5	1,5
Coutume	5	1,5
Désir d'enfant	35	10,4
Raison de santé	5	1,5
Grossesse espacée	31	9,2
Manque d'argent	14	4,1
Manque d'information	14	4,1
Mari absent	9	2,7
Méconnaissance de PF	62	18,3
Méfiance	1	0,3
Ne veut pas	42	12,4
Opposition du mari	44	13
Refus parent	4	1,2
Réligion	17	5
Ne sait pas	41	12,1
TOTAL	338	100

La méconnaissance des méthodes contraceptives (18,30 %) ; et l'opposition des maris (13 %) constituaient les principaux obstacles à la pratique de PF.

III. EVALUATION DE LA CONNAISSANCE DU PERSONNEL DE SANTE EN PLANIFICATION FAMILILALE

Tableau n°52 : Connaissance des agents de santé en méthode moderne

Méthode	Oui	Non
Pilule	156 (100 %)	0
Injectable	156 (100 %)	0
Sterilet	145 (92,9 %)	11 (7,1 %)
Implants	113 (72,4 %)	43 (27,6 %)
Condom	156 (100 %)	0
Spermicide	44 (28,2 %)	112 (71,8 %)
Diaphragme	124 (79,5 %)	32 (20,5 %)
Ligature des trompes	43 (27,6 %)	103 (72,43 %)

La totalité des agents de santé enquêtés (100 %) connaissaient la pilule, l'injectable et le condom.

Le diaphragme (71,8 %) et la ligature des trompes (72,43 %) étaient moins connus de nos agents de santé.

Tableau n°53 : Répartition de la réponse des agents de santé selon la connaissance du mécanisme d'action des différentes méthodes modernes de contraception.

Méthode	Connaît	Ne connaît pas
Pilule	123 (78,8 %)	33 (21,2 %)
Injectable	126 (80,8 %)	30 (19,2 %)
Implants	88 (56,4 %)	68 (43,6 %)
Condom	108 (69,2 %)	48 (30,8 %)
Diaphragme	64 (41 %)	92 (59 %)
Spermicide	95 (60,9 %)	61 (39,1 %)

Le mécanisme d'action des injectables de la pilule et du condom sont assez bien connus du personnel dans 80,8 % à 69,2 %.

Tableau n°54 : Répartition de la réponse des agents de santé selon la connaissance des contre indications des différentes méthodes modernes de contraception.

Méthode	Connaît	Ne connaît pas
Pilule	133 (85,3 %)	23 (14,7 %)
Injectable	116 (74,4 %)	40 (25,64 %)
Implants	83 (53,2 %)	73 (46,8 %)
Diaphragme	31 (19,9 %)	125 (80,1 %)
Condom	45 (29 %)	110 (71 %)
DIU	108 (69,2 %)	48 (30,8 %)
Spermicide	35 (22,4 %)	121 (77,6 %)

Les contre indications des pilules des injectables et les DIU sont les connues.

Tableau n°55 : Répartition de la réponse des agents de santé selon la connaissance des effets secondaires des différentes méthodes modernes de contraception.

Méthode	Connaît	Ne connaît pas
Pilule	146 (93,6 %)	10 (6,4 %)
Injectable	138 (88,46 %)	18 (12 %)
DIU	110 (70,5 %)	46 (29,5 %)
Implants	76 (48,7 %)	80 (51,3 %)
Condom	37 (23,9 %)	118 (76,1 %)
Diaphragme	27 (17,4 %)	128 (82,6 %)
Spermicide	40 (25,8 %)	115 (74,2 %)

Les effets secondaires des pilules de l'injectable et des DIU semblent être les plus connus du personnel.

III. EVALUATION DE LA CONNAISSANCE DU PERSONNEL DE SANTE EN PLANIFICATION FAMILILALE

Tableau n°52 : Connaissance des agents de santé en méthode moderne

Méthode	Oui	Non
Pilule	156 (100 %)	0
Injectable	156 (100 %)	0
Stérilet	145 (92,9 %)	11 (7,1 %)
Implants	113 (72,4 %)	43 (27,6 %)
Condom	156 (100 %)	0
Spermicide	44 (28,2 %)	112 (71,8 %)
Diaphragme	124 (79,5 %)	32 (20,5 %)
Ligature des trompes	43 (27,6 %)	103 (72,43 %)

La totalité des agents de santé enquêtés (100 %) connaissaient la pilule, l'injectable et le condom.

Le diaphragme (71,8 %) et la ligature des trompes (72,43 %) étaient moins connus de nos agents de santé.

Tableau n°53 : Répartition de la réponse des agents de santé selon la connaissance du mécanisme d'action des différentes méthodes modernes de contraception.

Méthode	Connaît	Ne connaît pas
Pilule	123 (78,8 %)	33 (21,2 %)
Injectable	126 (80,8 %)	30 (19,2 %)
Implants	88 (56,4 %)	68 (43,6 %)
Condom	108 (69,2 %)	48 (30,8 %)
Diaphragme	64 (41 %)	92 (59 %)
Spermicide	95 (60,9 %)	61 (39,1 %)

3.1 Facteurs défavorables à la pratique du PF cités par les agents de santé

Ils sont de deux ordres :

1. Difficultés liées aux utilisatrices

- barrière culturelle ;
- faible fréquentation des services de PF ;
- irrégularité des clientes aux rendez-vous ;
- opposition des hommes à la pratique de PF ;
- utilisation discrète des services de PF.

2. Difficultés liées au fonctionnement des centres

- insuffisance des activités de l'IEC par manque de matériel logistique ;
- manque de salle counseling ;
- manque de supports de sensibilisation ;
- difficulté de prises en charges des effets secondaires ;
- rupture des stocks de contraceptif ;
- manque de matériel de travail.

3.2 Suggestions des agents de santé pour l'amélioration des services de PF.

- éviter les ruptures des produits et surtout les fiche de suivi des clientes ;
- doter les centres en matériel d'IEC ;
- recyclage du personnel chargé de PF en technique de pose des implants et du DIU ;
- impliquer les leaders religieux aux activités de PF ;
- construction de salle de counseling ;
- doter les centres en gamme variée de contraceptifs.

IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

4.1 Caractéristiques socio-démographiques des anciennes utilisatrices

4.1.1 Age

76 % des anciennes utilisatrices appartenait à la tranche d'âge de 20-39 ans qui est l'âge optimal de procréation. Les adolescentes ne représentaient qu'une minorité de notre échantillon (10,30 %) des clientes. La faible représentation ne signifie pas l'absence d'activité sexuelle chez les adolescentes. En fait une étude menée en milieu scolaire Bamakois par TRAORE JM (37) a montré que 9,12 % des filles scolaires ont déjà eu au moins un rapport sexuel entre 13-15 ans et les premiers rapports n'ont pas été consentant pour 8,19 % des adolescentes. La faible prévalence des adolescentes s'expliquerait par les facteurs culturels un manque d'information sur le P.F et l'éducation sexuelle. La sexualité est considérée comme un sujet tabou dans la plupart des milieux au Mali. Nos résultats sont comparables à ceux obtenus par TRAORE D (36) qui rapportait 70 % des femmes utilisant le PF à l'AMPPF avaient un âge compris entre 20-35 ans et les adolescentes représentaient 18,8 % des cas.

4.1.2 Statut matrimonial

Environ 84 % des anciennes utilisatrices étaient des mariées, (13,3 %) étaient des célibataires qui prennent de plus en plus conscience des conséquences d'avoir un enfant avant le mariage. La contraception est acceptée ou tolérée par les femmes mariées dans notre société ce qui justifie la prédominance de ce groupe parmi les utilisatrices.

L'étude a révélé que 88 % des femmes mariées préféraient les injectables contre 21 % dont la préférence était la pilule.

La différence statistique est très significative ($\text{Chi}^2 = 5,65$ $P = 0,01$). Donc il y a une forte association entre le statut matrimonial et l'utilisation des méthodes (pilule, injectable). Les femmes mariées et les femmes non mariées n'apprécient pas de la même manière la pilule et l'injectable.

Ces résultats sont supérieurs à ceux antérieurement trouvés au Mali MAIGA S. (17) dans son étude faite en commune VI et TRAORE D. (36) à l'AMPPF rapportaient respectivement 81,65 %, 50 % des utilisatrices de PF étaient des femmes mariées.

Mais également à celui FOURN et coll (11) au Bénin 55,4 % et de MAKANI (18) au Zaïre en 1988 qui trouvait 44 % des femmes mariées.

4.1.3 Niveau d'alphabétisation

L'étude a montré que le niveau d'alphabétisation des anciennes utilisatrices est bas. Parmi ces anciennes utilisatrices 35,2 % étaient de niveau primaire et 32 % étaient analphabètes. Il n'y a pas de variation entre l'utilisation des méthodes modernes (pilule, injectable) et le niveau d'alphabétisation ($\chi^2 = 1$ P = 0,17). Ce taux de non scolarisation est supérieur à celui de MAKANI au Zaïre (18) 11 %, mais inférieur au 40 % de l'AMPPF en 1992 et de l'étude de SANGO S. (29) 32,66 % au Mali. 8 % de nos anciennes utilisatrices ont un niveau secondaire ou supérieur alors que TRAORE D (36) et MAIGA S. (17) ont obtenu respectivement (21,1 %) ; (8,57 %) ; l'enquête CNIES/CERPOD trouvait 36,4 %.

4.1.4 Antécédents gynéco-obstétriques

Plus de la moitié des anciennes utilisatrices étaient sans enfants (soit 52,5 %) et 47,4 % des utilisatrices avaient au moins un enfant vivant.

Cela s'explique peut être par le fait que les sans enfants sont souvent les jeunes donc la pression et les préjugés de la société en matière de la sexualité. Nos résultats sont inférieurs à ceux de MAIGA S. (17) 94,78 % des utilisatrices du planning familial ont au moins un enfant vivant. Ce taux est de 82 % pour le rapport CNIES/CERPOD et de (93 %) pour le rapport final sur l'introduction de la pilule dans le projet DBC (21).

4.1.4.1 Connaissances des utilisatrices en PF

Notre étude comportait deux populations de 985 utilisatrices : 398 anciennes utilisatrices et 587 utilisatrices potentielles. Les résultats de l'étude ont révélé que 86 % des utilisatrices connaissaient au moins une méthode de contraception moderne.

Nos résultats sont nettement supérieurs à ceux déjà trouvés au Mali : DIABATE F.S (7) et coll trouvaient que 36,5 % des femmes connaissaient au moins une méthode de contraception moderne dans le cercle de Douentza. L'enquête démographique de santé (196) montrait que 68 % des femmes connaissaient une méthode moderne.

Une étude menée à Niamey au Niger montrait que 75 % des femmes connaissaient spontanément une méthode moderne. Au Maroc (38) 49 % des femmes en âge de

procréer connaissaient spontanément une méthode de contraception. Nos taux sont supérieurs à ceux de Botswana et de Zimbabwe (38) qui sont respectivement de 15,2 % et de 14,9 %.

4.1.4.2 Sources d'information des utilisatrices de PF

Les sources d'information les plus citées par les enquêtées étaient l'agent de santé (49 %), ensuite la radio et la télévision (22,6 %). L'étude a montré que la participation des parentes et l'école à l'information était faible d'une manière générale avec respectivement 7,3 % et 3,3 %. Cela s'explique par un manque de communication entre les parents et les enfants en matière d'éducation sexuelle dans nos sociétés et aussi un manque de programme d'éducation sexuelle dans les écoles.

Nos résultats sont comparables à ceux trouvés au Mali : DIABATE F.S (7) dans son étude faite à Douentza trouvait que le contact interpersonnel (40 %) et l'agent de santé (39,4 %) étaient les plus cités des femmes. MAIGA S. (17) trouvait en commune VI que 45,86 % des sources d'information constituaient la radio et la télévision et dans 24,04 % d'agent de santé. La même étude montrait que la participation des parents directs (père, mère et sœurs) et l'école était insignifiante avec respectivement (0,59 % et 0,31 %).

4.1.4.3 Pratique de la planification familiale des anciennes utilisatrices

Les résultats de l'enquête montrent que 31,4 % des femmes ont utilisé à un moment quelconque une méthode de PF. La pilule venait en tête des abandons (72,8 %). Les principales causes d'abandon étaient sa difficulté d'emploi (32,96 %) à cause de la prise quotidienne contraignante ; et les effets secondaires (42,85 %). Par ailleurs 40,40 % des femmes utilisaient une méthode au moment de l'enquête. Cette décision de pratique contraceptive était de 68,3 % motivée par les agents de santé (26,10 %) et les maris (23,40 %), DIU (3,8 %) et les autres étaient moins utilisées. Ces résultats sont supérieurs à ceux antérieurs retrouvés au Mali. L'AMPPF retrouvait en 1992 que 27,1 % des femmes utilisaient une méthode moderne. La méthode la plus utilisée était la pilule (9,6 %). TRAORE B. et coll (35) trouvait en 1987 que (19 %) des femmes en union du milieu urbain utilisait le PF.

4.2 Utilisatrice potentielle

4.2.1 Connaissance attitude pratique des utilisatrices potentielles

A. Connaissance des utilisatrices potentielles en PF

Il ressort de notre étude un taux de connaissance des conséquences des grossesses rapprochées à 96 %. Au plan de l'âge, il n'y a pas de différence statistique entre la connaissance des conséquences des grossesses rapprochées ($\text{Chi}^2 / \text{âge} = 0,54$ $P = 0,46$).

Par contre l'étude a montré qu'il y a une différence statistique entre la connaissance des conséquences des grossesses et le niveau d'alphabétisation ($\text{Chi}^2 = 3,75$ $P = 0,05$). Cette population à majorité analphabète connaissait au moins un moyen de prévention de ces grossesses rapprochées (soit 88,20 %). Les méthodes modernes étaient les plus citées (soit 87 %) contre 13 % de connaissance pour les méthodes traditionnelles. Il a été prouvé que la méthode la plus connue était la pilule (87,05 %), suivi de l'injectable (64,9 %), préservatif (24,19 %), DIU (16,35 %).

Les variations de connaissance d'une méthode de contraception selon le statut matrimonial a montré que 96 % des femmes mariées connaissaient au moins une méthode de contraception et 95 % pour les femmes non mariées. Mais il n'y a pas d'association entre la connaissance d'une méthode de contraception et le statut matrimonial ($P > 0,05$). Par ailleurs l'étude a montré qu'il y a une association entre la connaissance et le niveau d'alphabétisation qui se situe à la limite du seuil de P ($P = 0,05$). 98 % des femmes scolarisées connaissaient au moins une méthode de contraception contre 95 % des femmes non scolarisées.

B. Attitude pratique des utilisatrices potentielles en PF

Au cours de l'enquête il a été trouvé que 42 % des femmes enquêtées ont eu une expérience contraceptive. Les motifs invoqués au sujet de l'abandon des méthodes contraceptives étaient entre autres le désir d'avoir des enfants (42,97 %), les effets secondaires des méthodes (13,65 %), difficulté d'emploi (13,65 %), opposition du mari (9,23 %). Nos résultats sont supérieurs à ceux trouvés dans d'autres pays. Mohamed Ali (20) trouva au Maroc et en Indonésie un taux d'abandon respectif de 35,2 % et 25,1 %. L'étude a révélé que 77,2 % des utilisatrices potentielles ont exprimé le besoin d'utiliser une méthode moderne de contraception. Une population à majorité jeune dont 79 % des femmes d'âge compris entre 15-29 ans souhaiteraient utiliser une méthode de contraception moderne contre 75 % d'âge

compris entre 30-49 ans. Le souhait exprimé pour une contraception ne dépend pas de l'âge chez les utilisatrices potentielles ($\text{Chi}^2 = 1,03$ $P = 0,31$).

Le besoin selon le statut matrimonial était très important ; plus de la moitié des femmes mariées (78 %) qui n'utilisaient pas une méthode contraceptive au moment de l'enquête ont exprimé le besoin de l'utiliser. Par contre 22 % des utilisatrices potentielles n'ont pas l'intention d'utiliser les méthodes contraceptives. Il n'y a pas de lien entre le statut matrimonial et le souhait exprimé pour le PF ($\text{Chi}^2 = 1,15$ $P = 0,28$). Ces résultats sont comparables à ceux de l'enquête démographique de santé au Mali (1996) qui rapportait que 58 % des femmes en union n'avaient pas l'intention d'utiliser le PF contre 38 % de besoins exprimées. En matière d'expression des besoins, il a été constaté que 53 % des femmes mariées souhaiteraient utiliser l'injectable contre 41 % dont la préférence serait la pilule. Les non mariées accepteraient les injectables (55 %) contre (34 %) pour pilule. En outre 60 % des étudiantes et les élèves ont sollicité l'emploi de la méthode injectable contre 26 % pour la pilule.

Quant aux implants, ils sont connus des utilisatrices potentielles (3,06 %) des cas dont 4 % ont exprimé le besoin de les utiliser dans l'avenir.

A travers l'étude nous avons pu constater une volonté manifeste des femmes à utiliser la planification familiale (soit 77,2 %) des cas et à pratiquer la planification familiale. Il arrive souvent que les femmes se heurtent à un certain nombre d'obstacles. Les raisons invoquées étaient la méconnaissance des méthodes de contraception (18,3 %) et l'opposition des maris (13 %). Nos résultats sont inférieurs à ceux trouvés dans certains pays africains.

En Zambie une étude faite par SUSU B. et coll (31) prouva que 56 % de non utilisation du PF étaient dues à la méconnaissance des méthodes de contraception contre 39 % dues à l'opposition des maris.

V. CONCLUSION

Cette étude avait pour objectif d'étudier les besoins et préférences des femmes en matière de contraception au Mali. Pour cela nous avons fait une étude transversale permettant de déterminer les caractéristiques socio-démographiques des femmes, les connaissances, attitudes et pratiques de la population étudiée. Au terme de cette étude nous retenons qu'il y a une forte adhésion au PF. Ce sont surtout les femmes en âge optimal de procréation qui y adhèrent (75,8 % de 20-39 ans). Les adolescentes (< 20 ans) et les femmes d'âge avancé (> 39 ans) utilisent respectivement (10,30 %) et 13,80 les services de PF.

Le niveau d'alphabétisation des femmes fréquentant les différents centres enquêtés était très bas (92 %) avaient un niveau primaire ou sans instruction. Les femmes mariées et les célibataires étaient prédominantes (84 %) et (13,3 %).

L'étude a montré que 31,4 % des anciennes utilisatrices ont eu au moins une expérience contraceptive antérieure. La pilule était la plus utilisée et les raisons invoquées pour l'abandon étaient les effets secondaires (42,85 %) et sa difficulté d'emploi (32,96 %). L'utilisation actuelle des contraceptifs montre une préférence pour les injectables (50,8 %) et la pilule (43,20 %). La majorité des anciennes utilisatrices adhèrent à l'injectable pour sa discrétion d'emploi.

Dans tous les centres la pilule était la méthode la plus utilisée. Mais 66 % des besoins non satisfaits étaient constitués d'implants, suivi d'injectable (19 %). 96 % des femmes interrogées connaissent les conséquences des grossesses rapprochées (malnutrition, maladie de la mère et les deux enfants). 79 % des utilisatrices potentielles d'âge compris entre 15-29 ans sollicitent l'utilisation d'une méthode de contraception contre 75 % d'âge compris entre 30-49 ans. 53 % des femmes mariées ont opté pour l'emploi de l'injectable et 41 % pour la pilule ; 55 % des femmes non mariées souhaiteraient utiliser l'injectable contre 34 % pour la pilule. 4 % des utilisatrices potentielles souhaiteraient utiliser les implants. La méconnaissance (18,3 %) et l'opposition des maris (13 %) constituaient les motifs de non pratique du PF les plus cités.

VI. RECOMMANDATIONS

6.1 Pour le personnel de santé

- mieux informer les clientes sur les effets secondaires, contre-indication des différentes méthodes disponibles dans les centres ;
- être plus à l'écoute des clientes pour mieux connaître leurs problèmes et choix de contraceptifs ;
- organiser des campagnes d'informations, de sensibilisation et d'éducation des groupes de population (vieux, jeune femme, homme) ; des décideurs politiques ; des leaders d'opinion (Imam, tradi-praticien, chef de village) sur les avantages et les inconvénients de la planification familiale ;
- garantir aux populations un approvisionnement correct et régulier en produit contraceptif.

6.2 Pour les autorités politiques

Il leur revient :

- d'appuyer les différentes structures impliquées dans les activités de PF en mettant à la disposition un personnel compétent des moyens logistiques adéquats ;
- utiliser les institutions, écoles et autres lieux d'information de travail et même de loisir pour l'éducation sexuelle, la promotion du PF en utilisant les canaux de communication appropriés ;
- doter les différents centres de PF en stock contraceptif suffisant en particulier les injectables et les implants ;
- recycler le personnel de santé des différents services de PF en technique de communication permettant de fournir à la clientèle une information complète sur les aspects de la prise des implants et les injectables ;
- former les enseignants des différents niveaux d'éducation en PF ;
- introduire la PF dans les différents programmes d'enseignement ;

- encourager la scolarisation des filles ;
- réduire le prix des implants et les injectables.

6.3 Pour les organisations non gouvernementales menant des activités de PF (ONG)

- de tenir compte des besoins et préférences des femmes avant de mener toute activité de PF ;
- d'accorder un grand privilège au volet sensibilisation des femmes quand à l'utilisation des injectables et les implants ;
- faire des commandes de contraceptif constitué en grande partie de méthode injectable et d'implants ;
- de créer des structures adéquates de prestation de PF qui sera dirigée par un personnel de santé qualifié ;
- former des agents de relais suffisant pour la distribution des contraceptifs aux communautés ;
- livrer les implants et injectables à bas prix.

6.4 Pour les femmes

- de s'adresser au personnel de santé pour un besoin d'utilisation des méthodes contraceptives en particulier les injectables et les implants ;
- de respecter strictement le calendrier d'approvisionnement en contraceptif et de suivi ;
- organiser des séances d'animation sur le PF au niveau des associations féminines ;
- aux femmes ayant d'expérience en PF et plus particulière en méthode injectable et implant, d'expliquer les avantages et les inconvénients de ces méthodes de contraception aux femmes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Aka KOUAME

Intégration des programmes de planning familial dans les programmes de développement rural, Population Sahel, 1992 n°17.

2. AMPPF et FHI

Connaissance et attitude pratique en matière de la planification des professionnels de la santé au Mali.

Rapport d'étude juin 1989.

3. AMPPF et FNUAP

Appui aux activités IEC et prestataire des services les jeunes et adolescents en santé sexuelle et de la reproduction projet MLI/95/P07 11 P.

4. Banque Mondiale

Pour une meilleure santé en Afrique.

Les leçons de l'expérience Septembre 1994. Edition.

5. Coutinho EM et Coll

Résultats of a user satisfaction study carried out in women using uniplant contraceptive uniplant.

Contraception USA . DA 1996 vol 54 n°5 PP 3136-317.

6. DEMBELE O.

Contribution à l'étude des causes de sous utilisation du dispositif intra-utérin dans le District de Bamako.

Thèse Med n°20 Bamako 1991.

7. DIABATE – DIALLO F.S et coll

Connaissance attitude pratique de la planification familiale en zone rurale au Mali.

Médecine d'Afrique Noire : 1997, 44 (6) PP 317-319.

8. Direction Nationale de la Statistique et de l'Information

Bilan diagnostique du développement humain durable au Mali.

Décembre 1995.

9. Enquête démographie de santé au Mali 1995-1996

10. Family health international

Taux de continuité et raisons d'abandon des méthodes contraceptives au Centre National de Santé Familiale Niamey

Niger Network en français volume n°5 Août 1990.

11. Fouri, Yacouba M. Zohoum P.

Enquête d'évaluation de l'acceptabilité du préservatif masculin au Bénin (District de Côte).

Af. Medical 1990 sept 29 (288) 449-6.

12. Gold BERO, H. USE

Séminaire de présentation et de vulgarisation des résultats de l'enquête Sénégalaise sur la fécondité. Dakar Sénégal 1981.

13. Gold M.A. Coupey SM

Young Women's attitudes toward injectable and implantable contraceptives. Journal of pediatric and adolescent gynecology 11 (1) : 17-24, 1998 Feb.

14. Heyler Boury Claudine et Cohen Jean

Abrégé de physiologie gynécologique.

Edition Masson Paris 1976.

15. Jane T. Bertrand et coll.

Programme de planification familiale : accès, qualité des soins et obstacles médicaux.

16. KONATE Mamadou K.

Fécondité et planification au Mali.

Rapport n°18 juillet 1994 ISSN 1012.

17. MAIGA S.

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

Thèse Med 1996 N°52.

18. MAKANI B. et coll.

Fécondité et PF Kinshasa 1998.

Département santé publique 1991, XVIII, 136 (97) P.

19. Maine DEBROAH

Le planning familial : son effet sur la santé de la mère et de l'enfant.

Center for population and family 1981.

20. Mohamed Ali, John Cleland

Abandon de la contraception dans six pays en développement : analyse spécifique à la cause.

Perspective Internationale sur le planning familial.

Numéro spécial de 1995.

21. Ministère de la santé publique de l'action sociale et de la promotion féminine

22. Rapport préliminaire de l'étude de base du projet D.B.C

(D.S.F population council, Août 1991).

23. Ministère de la santé publique et des personnes âgées du Mali

Politique nationale de la SMI/PF.

24. Net work

Améliorer l'accès à la contraception Mai, 1993.

Vol 2 n°5 Family Health International.

25. Net work

Améliorer la qualité des services de planification familiale.

Family Health International.

Vol 19 n°1 automne 1998.

26. Planification familiale méthodes et pratiques pour l'Afrique 1995.

27. Population Référence Bureau

Jeunesse du monde, 1994.

Rapport annuel 1991.

28. République du Sénégal, Ministère de l'économie et des finances

Enquête Sénégalaise sur la fécondité 1978.

Rapport numération d'analyse 1981, vol 1 et 2.

29. Rouamba Amadou

Planification familiale

AMPPF 1986.

30. SANGO S.

Contribution à l'étude de la planification familiale en commune V.

Thèse Med Bamako 1996 n°32.

31. SANOGO R.

Contribution à l'étude des méthodes traditionnelles de contraception en milieu Bamanan, Soninké et Sénoufo au Mali.

Thèse pharmacie 1989, PP 6-11.

32. Sarah Salway

Influence des attitudes à l'égard de la planification familiale et des discussions entre les conjoints sur l'utilisation des contraceptifs au Ghana.

Perspectives Internationales sur le planning familial

Numéro spécial de 1994 PP 4-8.

33. SIDIBE D.

Bilan de l'activité de PF, 6^{ème} journée de gynéco-obstétriques de l'hôpital du Point G 1996 PP 28-31.

34. Tank Salah

Contraception et PF au Maroc.

Thèse Pharmacie Dakar 1983 n°120.

35. Téguété I. Mme Kané

Bilan de l'activité de la PF 5^{ème} journée de gynécologue et obstétrique de l'hôpital du Point G.

1995, PP 21-23.

36. TRAORE, B. KONATE M.K. et C. STANTON

Enquête démographique et de santé au Mali, 1987.

37. TRAORE D.

Les contraceptifs oraux en pratiques courantes à Bamako : cas de l'AMPPF.

Thèse Pharmacie 1998 n°39.

38. TRAORE J.M.

Etude du développement pubertaire et du comportement sexuel des filles en milieu scolaire Bamakois.

Thèse Med 98 n°26 PP 131-133.

39. The Guttmacher Institute

Les femmes en âge de procréer et le planning familial dans le monde.

Perspectives Internationales sur le planning familial.

Numéro spécial de 1990.

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE POUR LES UTILISATRICES POTENTIELLES

Date d'enquête/...../...../99

Grappe N°

Questionnaire N°

Enquêteur

- 1- Nom et Prénom 2- Ages Ans
- 3 - Profession 4- Statut matrimonial Niveau Alphabétisation
- 1 Ménagère 1 Marié Poly Monog 1 - Primaire
- 2 Font. Etat 2 Célibataire 2 Secondaire
- 3 Cœ grossiste 3 Veuve 3 Supérieur
- 4 Fonct. privée 4 Divorcée 4 Alphabétisée
- 5 Cœ détaillante 5 Union libre 5 Coranique
- 6 Artisan Aucun
- 7 Autres (à préciser) :

6 - Antécédents Gynécologique et obstétrique

- 1- Gestité 2- Nbre d'accouchement effectué
- 3 - Nbre d'enfants vivants 4 - Nbre d'enfants décédés

7 - Avez - vous eu des grossesses arrêtées ou improductives oui Nom

si oui de quelle nature :

- Nbre d'avortement - Nbre de mortinaissance

8 - L'Age du dernier enfant mois

9 - Intervalle intergénésiqe sur les 2 derniers enfants mois

10 - Après l'accouchement à combien d'année doit survenir une autre grossesse ?

- d'un an 1 an moins de 2 ans plus de 2 ans

11 - Quelles sont selon vous les conséquences des grossesses rapprochées ?

- 1 - Maladie de la mère 2 - Maladie des enfants

3 - malnutrition des enfants

12 - Existe-il des moyens d'espacer les grossesses rapprochées oui non

1 - Si oui lesquels :

1 - Contraception moderne

2 - Contraception traditionnelle

3 - Contraception moderne + traditionnelle

14 - Pouvez-vous citer différentes méthodes de contraception ?

1 - Contraceptif oral (pilule)

5 - Préservatif

2 - Contraceptif injectable

6 - Ligature tubaire

3 - Stérilet

7 - Contraceptif chimique

4 - Diaphragme

8 - Traditionnelle

9 - Aucune

15 - Comment avez vous fait la connaissance de ces méthodes ?

1 - Radio

3 - Agent de Santé

5 - Ami (e)

2 - Télé

4 - Voisine

6 - Autres (à préciser)

16 - Avez-vous une expérience en matière de P.F. oui si non *pas de question*

17 - Si oui quelle méthode avez-vous utilisée.....

18 - Pendant combien de temps mois

19 - Avez-vous abandonner de méthode contraceptives oui non

Si oui laquelle

20 - Pourquoi avez-vous abandonner la méthode

1 - effet secondaire

3 - opposition

2 - Emploi difficile

4 - désir d'enfants

5 - Autre (à préciser)

21 - Si non, raison de la non utilisation d'une méthode de contraception ?

22 - Souhaitez-vous utiliser une méthode de contraception moderne ?

oui non

Si oui quelle est la méthode que vous préférez

23 - Donner la raison du choix de la méthode.

24 - En avez-vous déjà discuté de planification familiale ?

1 - Avec le partenaire oui non
2 - Avec les parents oui non
3 - Avec l'époux oui non

25 - Si oui comment ont-ils perçu le P.F ?

1 - Favorable Défavorable

26 - Que faut-il faire pour motiver les femmes à utiliser les méthodes contraceptives ?

27 - Avez-vous des sœurs ? 1 oui 2 non

28 - Si oui Nbre total

29 - Toutes ses sœurs sont vivantes ? 1 oui non

30 - Si son nombre de sœur décédée

15-24 ans 25-34 ans 35-44 ans 45-49 ans

31 - Etait-elle en état de grossesse ou venait-elle d'accoucher au moment du décès

1 Oui 2 Non

32 - A quel stade de l'évolution de la grossesse est survenu le décès ?

1 Avant l'accouchement 2 pendant l'accouchement 3 après l'accouchement

33 - Devenir du nouveau né

1 Vivant 2 Décédé

FICHE D'ENQUETE POUR LES UTILISATRICES

Date d'enquête : Grappe N°

Questionnaire N° : Enquêteur

I - Identification de la personne

Nom : Prénom :

Age : ans Religion : Musulmane Chrétienne Animiste

II - Les Caractéristiques socio - économiques

1 - Niveau d'alphabétisation

Primaire

Secondaire

Supérieure

École coranique ou Medersa

Langue Nationale

Autres (à préciser)

Profession de l'enquêtée

1 - Ménagère

2 - Fonc. Etat

3 - Cçte grossiste

4 - Fonct. Privé

5 - Cçte détaillante

6 - Artisan

Etat Matrimonial

1 - Mariée polyg

2 - Célibataire

4 - Divorcée

Monog

3 - Veuve

5 - Union libre

Antécédents gyneco - obstetricaux

1 - Gestité

2 - Nbre d'accouchement

Nbre d'enfant décédé

Nbre d'année séparant les deux derniers enfants

3 - Nbre d'enfant vivant

Combien d'enfant souhaitez-vous avoir ?

1-3 enfants 4-5 enfants 6-7 enfant ≥ 8 enfants

Avez-vous discuté de la taille de la famille avec l'époux ou le partenaire 1 Oui 2 Non

Êtes-vous d'accord sur la taille de la famille 1 Oui 2 Non

III Connaissance du Planning familial

1 - Par quelle source d'information avez-vous entendu parler de PF ?

- Agent de santé

Radio - télé

Voisin(e)

Parent

Amie

Autres (à préciser) :

2 - Qu'est ce que le PF ?

Limitation des naissances

Lutte contre la stérilité

Limitation des naissances

Lutte contre les MST / SIDA

3 - Quelles sont les catégories de personnes visées par le PF ?

Homme

Marié

Femme

Célibataire

Aucune idée

Autres (à préciser) :

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

Homme - de 14 ans : entre 14 et 50 ans : + de 50 ans

Femme : - de 14 ans entre 14 et 50 ans + de 50 ans



5 - Quelles sont les méthodes de PF que vous connaissez

a - Les méthodes naturelles

- Allaitement maternel prolongé

- Abstiner complètement

- Abstiner périodique

- Le coït interrompu

Autres à préciser :

b- Les méthodes traditionnelle

- Le Tafo

- Le miel

- Les toiles d'arrachés

- Les solutions à boire

- Autres à préciser

C - Les méthodes modernes

- Pilules

- Injectable

- Condom

DIU

Spermicide

Implant

Autres à préciser

D - Les méthodes permanentes

- Ligature des trompes

- ligature du canal déférent

Autres à préciser

6 - Existe-t-il des méthodes de contraception qui jouent un rôle dans la lutte contre les

MST/SIDA Oui

Non

Si oui lesquelles

7 - Quelles sont les méthodes de PF dont vous connaissez les mécanismes d'action

1- Méthode Mécanisme d'action

2- Méthode Mécanisme d'action

3- Méthode Mécanisme d'action

PRATIQUE DU PF

1- Utilisez - vous une méthode de PF ?

1 Oui

2 Non

Si oui laquelle

2 - Depuis combien de temps êtes - vous sous contraceptif ?

1 - d'1 an 2 1-2 ans 3 \geq 3 ans

Quelles sont les raisons du choix de la méthode

.....

4 - Qui vous a conseillé de pratiquer le PF ?

Après réflexion personnelle Agent de santé

Amie Mari Parent Voisin

Autres à préciser

5 - Avez - vous subi une consultation avant l'utilisation de la méthode ?

Oui Non

6 - Avez vous ressenti des effets secondaires après la prise du produit ?

Oui Non

Si oui de quel type

Vertige Vomissement Perte de Poids Saignement

Autres à préciser

8 - Existe t- il des méthodes de votre choix non disponible dans le centre ?

1 Oui 2 Non 3 Ne sais pas

Si oui laquelle

Les raisons du choix de la méthode

9 - Avez vous changer de méthode Oui Non

10 - Si oui quelles sont les méthodes abandonnées :

11 - Pourquoi avez - vous changé de méthode

12 - Comment avez - vous trouvé l'accueil au Centre

1 Très satisfaisant Satisfaisant peu satisfaisant

13 - Quelles sont les difficultés que vous rencontrez au Centre ?

1 Longue attente Problème de communication

Rupture de stock Aucun

Autres à préciser :

14 - Quels sont vos suggestions pour la **mélioration de la qualité des soins** du centre en matière de PF

FICHE D'ENQUETE POUR LE PERSONNEL

- Date N° Dossier Grappe N° Enquêteur

I - IDENTIFICATION DE L'AGENT :

Nom : Prénom : Grade :

Age : Sexe : Poste occupé actuellement :

II - CONNAISSANCE DU PF :

1 - Qu'est ce que le PF ?

Espacement de naissance : Lutte contre la stérilité :

Limitation des naissances Lutte contre les MST/SIDA

Autres (à préciser) :

2 - Quelles sont les méthodes de P.F. que vous connaissez ?

3 - Quelles sont les méthodes de PF que vous connaissez les mécanismes d'action ?

1 - Méthodes Mécanisme d'action

2 - Méthodes Mécanisme d'action

3 - Méthodes Mécanisme d'action

4 - Méthodes Mécanisme d'action

4 - Quelles sont les méthodes de PF dont vous connaissez les contres indications ?

1 - Méthode Contre indications

2 - Méthode Contre indications

3 - Méthode Contre indications

4 - Méthode Contre indications

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

- 1 - Méthode Effets secondaires
- 2 - Méthode Effets secondaires
- 3 - Méthode Effets secondaires
- 4 - Méthode Effets secondaires

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

Oui Non

Si oui lesquelles ?

III - LA PRATIQUE DES ACTIVITES DU PF :

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

- d'un an Entre 1 et 5 ans Plus de 5 ans

2 - Avez - vous reçu des formations de recyclage ?

Oui Non

3 - Existe t-il un calendrier de recyclage pour les personnels en matière de PF ?

Oui Non

Si Oui précisé la périodicité

4 - que faites - vous quand une femme se présente pour la première fois pour PF ?

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

5 - Que recherchez - vous chez une femme : ent opter pour :

1 - Pilule ? :

2 - Injectable ?

3 - D.I.U ?

4 Spermicide ?

5 - Autres(à préciser)

6 - Quelles sont les différentes méthodes de PF disponibles dans les Centres ?

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

7 - Quelles sont les méthodes de PF par ordre de préférence demandé par les clientes dans votre Centre ?

.....
.....

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

.....
.....

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

.....
.....

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

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

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.