

République du Mali
Un Peuple-Un But-Une Foi

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE

UNIVERSITÉ DE BAMAKO

Faculté de Médecine de Pharmacie et D'Odonto-Stomatologie

ANNEE : 2009-2010

Thèse N°.....

**Consultation communautaire :
connaissances, attitudes et pratiques
comportementales des femmes de
baguineda agees de 15 à 45 ans en
matiere de planification familiale.**

Thèse présentée et soutenue publiquement le
Faculté de Médecine de Médecine et D'Odonto-Stomatologie
Par **Guindo Diouma Kansaye**
Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY :

Président du jury:	Pr Saharé Fongoro
Membres du jury:	Dr Oumar Abdoulaye Koné
Co-directeur de these	Dr Seydou Diarra
Directeur de thèse :	Pr Samba Diop

DEDICACE

GLOIRE A DIEU LE TOUT MISERICORDIEUX

Créateur de l'Homme et de toutes ses richesses.

L'être par la providence de qui le monde est gouverné.

Je remercie le tout puissant de m'avoir montré ce jour.

Ce bon DIEU qui m'a donné la force et le courage nécessaire pour la bonne réalisation de ce travail.

Merci mon DIEU, je ne cesserai jamais de te remercier.

A mon père

Boubacar Kansaye affectueusement appelé **Ababa** .Papa soit fier en ce beau jour car ce travail est le tien. Merci de m'avoir mis à l'école et de m'avoir soutenu jusqu'aujourd'hui.

Ta rigueur, ton honnêteté, ta tolérance, ton amour du prochain ont fait de toi un homme droit et respecté. Reçois à travers ce travail ma reconnaissance et toute mon affection. L'éducation que mes frères, sœurs et moi avons reçue de toi sera toujours notre guide. Je suis fière de toi, fière d'être ta fille.

A mes mères

- **Aissata Sylla affectueusement appelée Inté.**
- **Aissata Haidara**

Vous qui m'avez allaité, vous qui avez gouverné mes premiers pas vous qui avez supporté mes caprices ; ce travail est le fruit de vos sacrifices consentis durant toutes ces années. Votre simplicité, votre tendresse, votre générosité, votre courage, votre combativité, votre amour pour

vosre famille ont fait de vous deux femmes modèles, des mères adorables. Vous serez mon miroir de tous les jours, des exemples.

A mon beau père et ma belle mère

Idrissa Guindo affectueusement appelé Ba

Tounfa Yattara affectueusement appelée Ouwa

Merci pour tous ceux que vous avez fait pour moi.

Sachez que vos conseils m'ont beaucoup aidé pour l'amélioration de ce travail. Soyez fiers de votre belle fille. Ce travail est le vôtre.

A MON CHER EPOUX

DOCTEUR NOUHOUM GUINDO

L'amour de ma vie, le père de mes futurs beaux enfants. Tes conseils, ton dévouement, ton courage depuis le début du travail jusqu'à l'heure où nous sommes n'ont jamais fait défaut.

Les mots me manquent pour te remercier mais saches que je te serai reconnaissante pour tous tes sacrifices.

Merci, merci et merci que le tout puissant, le tout miséricordieux te le rende un jour. Ce travail est le fruit de tes efforts.

A MES BELLES SŒURS ET MES BEAUX FRERES

Je ne citerai pas de noms au risque d'en oublier.

Merci pour tous vos soutiens, ce travail est le votre.

A mes Frères et sœurs

Aramata, Amadou, Kadidia, Mamadou, Assan (Banconi), Fatoumata, Mariam (Nara), Maimouna (N'Gouma), Ibrahim, Abdoul Kader, Mariam(Douentza), Djènèba, Mouna, Oumar, Seydou, Oumou, Abdramane et Mohamed.

A mes tontons :

Seydou, Amadou, Oumar, Mamadou, famille Kansaye (Kalanban Coro).

A mes Oncles et tantes :

Moulaye Haidara, Hamèye Cissé, Idrissa Cissé, Fanta Haidara feu Penda Haidara, Fadi Haidara, des familles KAMIAN (Lafiabougou), Haidara (Baco-djicoroni).

Merci pour votre soutien, vous êtes les artisans de ce chemin parcouru.

A mes neveux et nièces :

Yaya, Aissata, Fatoumata, Assi, Sitan, Coumba, Alassane, Assan, Ababa junior.

A mes regrettés

Grands Pères, grandes mères, tontons, frères et sœurs.

Notre joie sera plus grande si vous étiez parmi nous aujourd'hui. Je demeure convaincu que ce travail est la réalisation d'un de vos rêves. Dormez en paix. Je vous garderai toujours dans ma mémoire.

REMERCIEMENTS

A mes cousins et cousines :

Gna, Moulaye, Nana, Aissa, Coumba, Vieux, Moulaye, Gambie, Yaya, Mohamed, Moulaye junior, Ami, Penda, Fadi, Ababa junior, ATT, Samba etc. . . .

A ma maman Oumou Traoré à Torokorobougou.

A ma maman Sokona Soumaré et tonton BAH à Kalaban Coura

A notre regretté père Monsieur KONIPO.

Dors en paix PAPA .Je te garderai toujours dans ma mémoire.

A mes amis (es) : Kia, Nènè, Ami, N'ba, Oumou Keita, Assan Diall, Fatoumata Camara dite poupette, Amssetou, Dr Sambou Diarra, Boubou Sangaré, Norbert, Ras Bina, Mohamed Keita, Oumar Traoré dit Ségovien, Moussa Diabaté.

A mes aînés :

Dr Niawanlou Dara dit JACOB et famille et les autres membres de l'Académie.

A toute l'équipe de Baguineda

A Samba DIARRA : Assistant du professeur Samba DIOP :Merci pour tout le sacrifice consenti à l'équipe.

A mes colocataires : Nimaga et famille (merci pour tous), famille Kanté, famille Ki, famille Dara.

A mes co-chambrières : Aminata Dabo dite mimi et Rokiatou Diarra dite Kia BB. Merci pour tout.

Mention spéciale à mon grand frère Dr Charles DARA : Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi, ce travail est le vôtre.

A mes cadets :

Je ne citerai pas de nom au risque d'en oublier.

A mes enfants :

Samuel, Fifi, Vicky, Kia, Awa, Fati, Aissata dite LAH et ma benjamine Binta Traoré dite Mami.

A toutes les filles de l'internat : mes amies mes filles et sœurs.

A mes camarades de l'A.E.E.M : Je ne citerai pas de nom au risque d'en oublier.

A tous mes enseignants du premier et second cycle de Sévaré.

A tous mes professeurs du lycée Hammadoun Dicko de Sévaré.

A l'AERMOS (Association des Etudiants Ressortissants de Mopti et Sympathisants).

A la jeunesse Ginna Dogon de la FMPOS.

A la ligue des gentlemen extraordinaires (LGE) : Balam, Youba, Ballo, Pléa, Adama, Segouvien, Gueye, Amadou, Nèè Kia, Boumou.

A la Grande Famille RASERE (Rassembleurs -Secouristes - Réformateurs).

Le chemin a été long, tortueux parsemé d'obstacles mais grâce à vos conseils, à vos soutiens et accompagnements nous voilà à bout .Ce travail est le vôtre.

Chers maîtres, recevez notre reconnaissance pour le savoir et le savoir faire transmis. Nous espérons avec votre bénédiction les utiliser pour servir dignement notre nation et le monde entier

➤ **A notre maître et président du jury**

Professeur Saharé FONGORO

- Maître de conférence en Néphrologie à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie,

- Chevalier de l'ordre de mérite de la santé,

Honorable maitre,

Nous sommes honorés que vous ayez accepté malgré vos multiples occupations de présider ce jury.

Votre immense expérience, votre esprit méthodique, vos qualités pédagogiques font de vous un maître respecté et admirable.

Votre sagesse, votre accueil toujours courtois et affectif nous ont conquis.

Nous vous prions cher maitre d'accepter l'expression de notre
profonde considération.

➤ **A notre maître et membre du jury**

Dr Oumar Abdoulaye KONE

- Ancien chef de poste médical à Tanimba (Baguinéda)
- Médecin chercheur à Helen Keller International

Cher Maître c'est un immense honneur pour nous de vous compter parmi nos membres du jury.

Votre simplicité, votre humilité, votre rigueur dans le travail font de vous un exemple pour nous les jeunes.

Recevez notre profonde gratitude pour nous avoir aidé à améliorer la qualité de ce travail.

➤ **A notre maître et co-directeur**

M. Seydou DIARRA

- Candidat PhD en Anthropologie médicale et de la santé à l'université de Paris 8(France).
- Spécialiste en Anthropologie médicale et de la santé
 - Assistant en Santé Publique à la FMPOS.
- Responsable des cours d'Anthropologie médicale et de santé à la faculté de lettres, Langues, Arts et sciences Humaines(FLASH).
- Responsable des cours d'Anthropologie médicale et de santé à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'odontostomatologie(FMPOS).

- Chercheur sur les politiques et systèmes de santé et l'initiative de la mise en œuvre de la gratuité de la prise en charge du paludisme chez les enfants de 0 à 5ans et la femme enceinte au Mali.

Cher maitre

C'est un immense honneur pour nous de vous compter parmi nos membres du jury.

Votre simplicité, votre humilité, votre rigueur dans le travail et votre dévouement pour la santé publique font de vous un exemple pour nous les jeunes.

Recevez notre profonde gratitude et reconnaissance pour nous avoir aidés à améliorer la qualité de ce travail.

➤ **A notre maître et directeur de thèse**

Professeur Samba DIOP

- Maître de conférence en santé publique.
- Enseignant-chercheur en écologie humaine, anthropologie et éthique publique/sociale à la FMPOS.
- Responsable de la section sciences humaines, sociales et éthiques du SEREFO-Centre VIH-TB FMPOS et NAID.
- Membre du comité d'éthique de la FMPOS.

Cher Maître,

Votre personne suscite admiration et respect, votre rigueur scientifique, votre exigence du respect de l'éthique en matière de recherche, votre humilité, votre amour pour le travail bien fait et votre façon chaleureuse d'accueillir restent pour nous source d'inspiration et mettent en évidence vos qualités incontestables de chercheur émérite.

Nous avons apprécié à sa juste valeur la disponibilité et l'attention particulière dont vous avez fait preuve pour que ce travail puisse être mené à bout.

Nous espérons tirer profit de l'enseignement strict que nous avons reçu de vous.

Nous sommes très honorés de vous avoir comme Directeur de thèse.

Veillez accepter cher maître l'expression de notre profonde gratitude.

Puisse ALLAH vous donner longue vie et vous rendre vos bienfaits.

ABREVIATION

AEEM: Association des élèves et étudiants du Mali

AKS: Abdoul Karim Sangaré

AMPPF: Association malienne de la promotion du planning familial

APF: Association pour la planification familiale

CCV: Contraception chirurgicale volontaire

CIC: contraceptifs injectables combinés

CIP: contraceptifs injectables à seul progestatif

COC : contraceptifs oraux combinés

COP: contraceptifs oraux progestatifs

DSF: Division santé familiale

DSFC: division de la santé familiale et communautaire

DUI: Dispositif intra utérin

EDS: Enquête démographique et de santé

EIS: Education information sensibilisation

FMPOS: Faculté de médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

IPPF: Fédération internationale pour la planification familiale

IST : Infection sexuellement transmissible

IB : Initiative de Bamako

LGN : levonorgestrel

MAMA : Méthode d'allaitement maternel et de l'aménorrhée

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONG : Organisation non gouvernementale

PMI : Protection maternelle et infantiles

SIDA : Syndrome Immuno déficience acquise

SR : Santé de reproduction

SSP : Soins de santé primaire

Sommaire

<u>I. ENONCE DU PROBLEME</u>	1
<u>II. INTRODUCTION</u>	4
<u>III. CADRE THEORIQUE</u>	8
<u>IV. HYPOTHÈSE DE RECHERCHE</u>	31
<u>V. OBJECTIFS</u>	32
<u>VI. METHODOLOGIE :</u>	33
<u>VII. RESULTATS</u>	39
<u>VIII. COMMENTAIRES ET DISCUSSION</u>	51
<u>IX. CONCLUSION</u>	60
<u>X. RECOMMANDATIONS</u>	61
<u>XI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</u>	63
<u>XII. ANNEXES</u>	
<u>.....68</u>	

I. ENONCE DU PROBLEME

Les femmes représentant la couche la plus importante dans le monde en général et en Afrique en particulier sont souvent exposées à de nombreux problèmes tels que : les grossesses à haut risque, les grossesses non désirées, les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions. Les femmes surtout celles qui vivent en milieu rural n'ont pas toutes les informations nécessaires à la santé familiale ou ont des préjugés sur les différents problèmes liés à la grossesse **[16]**.

Depuis 1960; les programmes de planification familiale ont aidé les femmes du monde entier à éviter 400 Millions de grossesses non désirées, on a donc épargné à de nombreuses femmes les dangers de la grossesse à haut risque ou avortement pratiqué dans des conditions néfastes. Selon l'OMS la planification familiale se définit comme «Une manière de vivre que des individus et des couples adoptent de leur propre volonté en se basant sur les connaissances précises, des attitudes et des décisions réfléchies afin d'améliorer l'état de santé et le bien être du groupe familial et par conséquent de contribuer au développement social du pays ».

Si toutes les femmes pouvaient éviter les grossesses à haut risque ou grossesses indésirées le nombre de mort maternelle pouvait diminuer d'un quart **(1/4)[12]**

La planification familiale sauve la vie des enfants en aidant les femmes à espacer les naissances. Entre 13 à 14 millions d'enfants âgés de 0 à 5 ans meurent chaque année. Si tous les enfants naissent à intervalle de 2ans ; 3 à 4 millions de ces morts seraient évitées. Aujourd'hui il paraît clairement que la santé et la qualité de vie des individus s'améliorent lorsqu'ils décident de diminuer le nombre de leur enfant et

l'espacement des naissances. La politique sanitaire du Mali a évolué et continue d'évoluer depuis des années 1960 avec l'appui financier et technique des partenaires de la communauté internationale. Le Mali a entrepris des plans et des programmes dans les différents secteurs socio-économiques.

La politique de la santé de reproduction s'inscrit dans le cadre de ces mesures ; le concept de santé de reproduction comporte un ensemble de mesures préventive, curative et promotionnelle visant à améliorer la prise en charge des groupes vulnérables que constituent les femmes ,les enfants ,les jeunes adultes afin de réduire la mortalité et la morbidité maternelle infantile juvénile et promouvoir ainsi le bien-être de tous les individus **[12]**.

Conscient de tous les dangers liés à la méconnaissance des méthodes contraceptives entre autres : grossesses indésirées, avortements, hémorragies pouvant entraîner la mort.

Conscient de la place qu'occupe la santé de reproduction pour le bon développement d'un pays nous nous sommes proposés de faire cette étude pour évaluer les connaissances, les attitudes et les pratiques des femmes de Baguinéda en matière de planification familiale afin d'attirer l'attention des autorités (de santé de l'éducation et politico-administratives).

Pour ensuite faire des recommandations dans l'optique d'améliorer le taux d'utilisation des contraceptifs, le niveau d'information des femmes de Baguinéda sur la planification familiale chose qui les permettra d'informer, d'éduquer et de sensibiliser la population de façon générale.

II. INTRODUCTION

«Donner la vie en Afrique, c'est savoir aussi que l'on peut mourir » disait le docteur **PATRIC THONNEAU et qui** précise que « dans les services d'obstétrique de Dakar, pour une femme qui meurt, ce sont dix (10) qui restent invalides »

« Je vais à l'océan, chercher de l'eau, mais le voyage est long et dangereux, il se peut que je ne revienne pas » : expression empruntée à la tradition orale TANZANIENNE que la nouvelle maman évoque à ses enfants lorsqu'arrive le moment de l'accouchement.

Voilà des propos qui illustrent parfaitement les risques liés à la grossesse et à l'accouchement.

En Afrique noire une femme meurt toutes les minutes des suites

de sa grossesse dans les pays pauvres et quinze millions (15M) restent handicapées à vie, six grossesses sur dix (6/10) se terminent par un avortement provoqué**[16]**.

Une pratique devenue courante de nos jours malgré ses conséquences désastreuses.

Les risques d'une grossesse et surtout chez une jeune femme sont connus : prématurité, mortalité , insuffisance pondérale, hémorragie (saignement), infection, éclampsie, et les obstructions du travail .

Cette situation attire de plus en plus l'attention des pouvoirs publics. La maîtrise du mouvement naturel de la population constitue depuis quelques années un enjeu pour la majorité des gouvernements des pays en voie de développement.

On observe donc ces dernières années des changements de comportement en matière d'utilisation des méthodes modernes de contraception et cela grâce aux actions de la planification familiale **[16]**

L'introduction des méthodes modernes de contraception est un phénomène récent au Mali. Elle est consécutive à la création en juin 1972 de l'association malienne pour la promotion de la protection de la famille (AMPPF), une organisation non gouvernementale visant à la réorientation de la politique de santé maternelle et infantile et à la création en 1980 de la division de la santé familiale et communautaire (DFSC) transformée en 2001 en division de santé. Enfin conscient de l'impact des problèmes de population sur le développement socio-économique du pays, le gouvernement du Mali a adopté le 08 Mai 1991 une politique nationale de population révisée en 2001. Jusqu'en 1987 le niveau d'utilisation de la contraception au Mali n'était connu que par l'intermédiaire des rapports périodiques internes de la DSFC et par une étude menée par AMPPF. Aujourd'hui il paraît clairement que la santé et la qualité de vie des individus s'améliorent lorsqu'ils ont décidé de diminuer le nombre de

leurs enfants et de l'espacement des naissances. Le taux de fertilité au Mali qui est de 6,80% est l'un des plus élevés au monde et n'a pas baissé significativement au cours des dernières années. Les complications liées à la grossesse et aux accouchements multiples et rapprochés sont les principales causes de mortalité des femmes au Mali **[25]**

L'OMS estime que 25% de décès néo-natal à travers le monde pourrait être prévenu par l'espacement des naissances. Après plusieurs années visant à promouvoir la PF, la prévalence contraceptive au Mali reste faible étant seulement de 5,7% pour les méthodes modernes **(EDS Mali IV)**.

Selon l'EDS IV(2006), 38% des femmes mariées voudraient espacer les naissances mais n'utilisent aucune des méthodes contraceptives, c'est-à-dire que l'utilisation de la PF a diminué dans les zones où la mortalité infantile augmentait à part le désir d'avoir d'autres enfants.

Les principales explications pour la non utilisation de la PF sont entre autres : le manque d'information, les inquiétudes par rapport aux effets sur la santé et la désapprobation de la PF. Depuis juin 1972 le Mali a opté pour la PF avec la création de l'AMPPF, mais les services de PF n'ont effectivement été intégrés aux activités de santé maternelle et infantile qu'en 1978 avec l'avènement de la stratégie de soins de santé primaire.

La nouvelle politique d'orientation de santé du Mali se fixe comme objectif d'améliorer de façon significative la prévalence contraceptive du Mali de 5,7% à 20% ; cela passe par l'E.I.S (Education, Information, Sensibilisation) pour que la population malienne puisse avoir un maximum de connaissance sur la PF; chose qui entrainera un changement dans nos attitudes et nos pratiques vis-à-vis de cette politique de PF.

Pour contribuer à cette amélioration, nous avons jugé nécessaire de faire cette étude à Baguinéda, afin de permettre aux habitants d'avoir une bonne qualité de vie en diminuant ainsi la mortalité infantile,

juvénile et maternelle.

III . CADRE THEORIQUE

1 - NOTION SUR LA CONNAISSANCE

Selon les informations tirées sur Microsoft Encarta 2006 **[17]**

La Connaissance : nom commun, féminin, singulier est définie comme une maîtrise intellectuelle acquise par l'apprentissage, la recherche ou

l'expérience. Elle est synonyme du savoir et peut se définir aussi comme avoir des informations sur l'existence de quelque chose, une Compréhension intellectuelle ou spirituelle du monde.

2- NOTION D'ATTITUDE ET DE COMPORTEMENT

2-1-Définition

L'attitude peut être considérée comme la manière particulière qu'a une personne d'agir, de penser et de sentir. Elle détermine et oriente le comportement de l'individu ou des groupes d'individus. L'attitude dépend de plusieurs facteurs mais des conditions socio-économiques en dernière instance. Les attitudes constituent un objet d'étude centrale en psychologie sociale.

Tantôt ce concept est utilisé pour exprimer la singularité d'une réaction (attitude d'un individu au cours de la discussion). Tantôt il exprime la réaction d'une collectivité. En fait il n'y a pas d'unanimité autour de la définition de la notion d'attitude. Ainsi STECTIL J dans sa définition réduit l'attitude uniquement à une relation entre une personne et des objets ou des valeurs morales. Quant à Maisonneuve il insiste sur l'aspect affectif de l'attitude et sa tendance à l'action. L'attitude apparaît ainsi comme une prédisposition à agir plutôt que des actions comme telles, elle oriente les comportements de l'individu dans une direction (Par exemple être pour la planification familiale justifie le fait d'adopter les méthodes) [25].

2-2-Éléments caractéristiques :

On distingue un certain nombre d'éléments caractérisant les attitudes : L'aspect cognitif, c'est-à-dire l'attitude vis-à-vis de quelque chose ou d'un phénomène est fonction de connaissance et des informations qu'on a sur l'objet en question. C'est pourquoi l'attitude exprime en général les opinions individuelles ou collectives stéréotypées, même figées

(conception fixe). Par exemple un jeune peut refuser le port du préservatif. L'aspect affectif ou émotionnel qui explique la direction de l'attitude (pour ou contre); ainsi on peut dire que l'attitude est fonction des sentiments qu'un sujet manifeste face à une situation ou à une personne.

C'est alors une personne affirmant avoir une haine contre quelque chose, il ne serait pas étonnant de voir ses proches refuser cette chose. Il va s'en dire que l'attitude étant une prédisposition à agir, elle se caractérise par une tendance à l'action donc joue sur la conduite, le comportement en général. Ces différents aspects de l'attitude (le cognitif et la tendance à l'action sont intimement liés et sont en interaction l'un avec l'autre). Ainsi celui qui a des informations sur une chose doit en principe adopter une attitude positive ou négative face à cette chose. Force est de constater qu'à partir de ces différents exemples que l'attitude est fonction des besoins et des situations.

L'attitude est donc un produit de la socialisation, elle est acquise ou apprise. Cette acquisition se fait sous diverses formes :

- L'intériorisation des attitudes issues du groupe d'appartenances (clan, famille, communauté...)
- La constitution des attitudes se fait aussi par l'expérience propre du sujet. Une fois acquise, l'attitude est susceptible du changement et cela constitue un moyen approprié pour changer car l'attitude détermine le comportement dans une large mesure.

Il apparaît alors à la lumière des caractéristiques de l'attitude que le changement d'attitude est une entreprise difficile.

Parmi les conditions préalables au changement d'attitude, nous avons la connaissance du groupe cible donc il faudrait l'analyse et la compréhension des besoins, des contraintes, des croyances, des représentations mentales, du groupe dont on espère changer l'attitude.

Cependant en dépit des liens entre attitude et comportement, il y a souvent divorce entre ces deux. Ce manque de cohésion pourrait s'expliquer par le fait que plusieurs attitudes influencent un comportement, donc c'est ainsi que le fait d'avoir l'attitude négative sur le condom et utiliser souvent le condom peut exister. Ce contraste peut être le fait de plusieurs situations. En résumé les caractéristiques évoquées plus haut nous permettent de dire que l'attitude est la manière particulière qu'une personne a(ou un groupe de personnes).

Il est certes vrai qu'il n'y a pas toujours une relation de détermination entre l'attitude et le comportement, cependant les attitudes sous entendent des comportements en général.

La connaissance des attitudes permet une certaine prévision des types de conduite, le comportement d'une personne ou d'un groupe de personnes donné.

Les changements d'attitude et de comportement sont étroitement liés parce qu'une nouvelle attitude implique un certain changement de comportement [25].

3-LA PLANIFICATION FAMILIALE

3 -1- Définition

Par contraception on entend l'utilisation de tous les procédés dont le but est d'empêcher de façon temporaire et réversible la fécondation. Cette définition exclue les stérilisations masculine et féminine par ligature ou section des conduits qui amènent l'ovule et le spermatozoïde depuis la glande productrice jusqu'au lieu de rencontre habituel de l'ovule et du spermatozoïde c'est-à-dire la trompe de Fallope.

Par ailleurs selon le droit et santé en matière de la procréation, tels que définis dans le programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement « par santé en matière de procréation, on entend le bien-être général, tant physique que mental et social, de

la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Cela suppose donc qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire. Cette dernière condition implique qu'hommes et femmes ont le droit d'être informés et d'utiliser la méthode de planification familiale de leur choix, ainsi que d'autres méthodes de leur choix de régulation des naissances qui ne soient pas contraires à la loi, méthodes qui doivent être sûres, efficaces, abordables et acceptables, ainsi que le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien grossesse et accouchement et donnent aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé .Il faut donc entendre par services de santé en matière de procréation l'ensemble des méthodes, techniques et services qui contribuent à la santé et au bien-être(en matière de procréation) en prévenant et en résolvant les problèmes qui peuvent se poser dans ce domaine. On entend également par cette expression la santé en matière de sexualité qui vise à améliorer la qualité de la vie et des relations interpersonnelles, et non à se borner, à dispenser conseils et soins relatifs à la procréation et aux maladies sexuellement transmissibles » **(Chap. VII [No.7.2])**

3-2- Composantes

Elle comporte entre autres :

- ✓ La planification des naissances
 - ✓ Le traitement de la stérilité et sa prévention
 - ✓ L'éducation sexuelle et familiale
 - ✓ Les conseils matrimoniaux et même des conseils génétiques
- L'information et les conseils en matière de santé de famille.

3-3- Historique de la planification familiale

Les grandes explosions démographiques ont été observées bien avant le 20^{ième} siècle. Si la contraception est un phénomène de tous les temps ,il est certain que chaque époque, chaque civilisation, chaque société lui imprime un caractère particulier non seulement quant à ses effets sociologiques, démographiques, psychologiques mais aussi quant aux techniques contraceptives elles-mêmes en les orientant dans telle ou telle direction .

La contraception depuis longtemps existe dans toutes les sociétés. Dans les milieux à niveau socio-économique élevé on s'intéressait depuis longtemps à la limitation des naissances. Il était souhaitable de ne pas avoir plus de trois à quatre enfants par famille. Ceci était en général obtenu par le fait que le couple limitait le nombre de ses enfants grâce à l'abstinence complète.

Ceci ne posait pas de problème aux hommes parce qu'ils pouvaient satisfaire leurs besoins sexuels en dehors du ménage.

Pour les femmes le problème restait posé. Pour certaines d'entre elles il fallait choisir entre l'acceptation d'une famille plus nombreuse et la privation du plaisir sexuel. Leur choix se portant généralement sur la deuxième alternative ; mais il ne fallait perdre de vue qu'à cause du type d'éducation les femmes qui connaissaient le plaisir sexuel étaient beaucoup plus rares qu'à l'heure actuelle et que si la joie de leur fonction de mère leur était accordée celle du rôle de maitresse leur étaient refusée.

Si l'abstinence complète se révélait impossible pour le couple on cherchait d'autres méthodes pour conserver le plaisir sexuel sans risque d'une nouvelle progéniture : la masturbation réciproque, le coït interrompu, la fellation ont été appliqués depuis longtemps dans les sociétés traditionnelles.

Il y avait bien ici et là à travers les civilisations en Chine, en Grèce, aux Indes comme en Afrique ou en Amérique du sud des méthodes populaires : les gris-gris, les tafos, les incantations magiques, la toile d'araignée. Pourtant il faut arriver à la période consécutive à la Première guerre mondiale pour voir s'épanouir des méthodes contraceptives.

Ce fut surtout en Allemagne et en Angleterre qu'on a vu se réaliser de plus en plus l'espoir de trouver une méthode permettant de maintenir la famille dans les limites. Il faut mentionner ici l'œuvre des pionniers comme Magnus Hirschfeld en Allemagne et Weather Head en Angleterre [29], ils affirmèrent que Par suite de l'amélioration de la situation médicale, la limitation des naissances était devenue une nécessité biologique. Sous l'influence aussi de Freud ils détachèrent la fonction reproductive de l'instinct sexuel, le coït devient donc un élément essentiel de la relation homme-femme et pouvait accessoirement servir à la reproduction. En même temps étaient soulignées les conséquences psychologiquement perturbantes qui peuvent se produire si les besoins sexuels normaux ne trouvent pas satisfaction. Plus les voies de ces auteurs furent perçues avec netteté plus s'élevèrent celles des opposants.

Les églises refusèrent toute contraception; mais cependant dans les années 1930 l'abstinence périodique fut autorisée par certaines églises. Ce ne fut qu'après la deuxième guerre mondiale que la contraception commence à être perçue positivement. Le raisonnement fut le suivant : si un système écologique est troublé, il faut faire recours à la science moderne pour supprimer le trouble et rétablir une homéostasie qui garantisse une certaine stabilisation, et ces nouvelles méthodes devaient avoir la particularité de permettre une vie sexuelle pleine et empêcher les grossesses.

3-3-1- Dans le monde

La notion de PF et les activités qui en découlent existent dans le monde

depuis environ une vingtaine d'année.

Les premières actions en faveur des femmes remontent à 1974 à Bucarest où il était question de croissance démographique et de libération de la femme et la première conférence mondiale des nations unies sur les femmes est celle qui s'est tenue à Mexico en 1975, aboutissant à la proclamation de l'année internationale de la femme(1975) et de la décennie de la femme (1976-1985). L'idée de PF a été officiellement discutée pour une des premières fois dans le monde en septembre 1978 à ALMA ATA (URSS) lors de la réunion mondiale sur les problèmes de santé des populations. A cette réunion, il a été élaboré un programme mondial de santé pour tous d'ici l'an 2000. Cette politique était basée sur les soins de santé primaires(SSP).La plupart des pays du monde ont adhéré à ce concept de SSP ou la santé avait une note pluridisciplinaire, la PF étant la quatrième composante des SSP **[27]**.

A partir de 1980, on assiste à une succession de rencontre dans différents pays du monde, qui avait pour thèmes : santé de la femme et de la famille.

Il existe de part le monde des associations de planification familiale(APF).

Ces APF sont affiliées à une organisation non gouvernementale, la Fédération Internationale pour la Planification Familiale **[30]**.

3-3-2- En Afrique

En Afrique, la rencontre la plus importante en matière de santé maternelle et infantile et de PF est celle qui s'est tenue à Bamako(Mali) en septembre 1987. Il s'agissait de la 37^{ieme} session du comité régional de l'Afrique pour l'Initiative de Bamako, rencontre qui a réuni presque tous les ministres africains de la santé. Le thème de cette rencontre était la santé des femmes et des enfants à travers le financement de la gestion des médicaments essentiels en ce qui concerne les communautés **[6]**.

Bien avant cette date, une série de conférences sur le thème <<femmes

et enfants >> avait eu lieu dans différents pays africains. C'est surtout après la réunion sur l'IB que les grandes lignes de politiques de PF ont commencé à se dessiner à travers des rencontres organisées dans différents pays africains **[21]**.

Dans les années 80, nous avons assisté un peu partout en Afrique à la création d'association pour la PF (APF) **[28]**.

Les années 90 ont été celles de symposiums sur la santé de la reproduction, la santé génésique, la santé sexuelle des individus, des couples et des familles **[28]**.

Ces différentes rencontres montrent l'intérêt régional porté à la SR et à la PF.

3-3-3- Au Burkina

Les premières actions entreprises en faveur de la santé de la mère et de l'enfant remontent en avril 1959 par la création d'un service spécialisé, intégré aux services généraux de santé publique et chargé de la protection maternelle et infantile(PMI).

3-3-4- Principales dates de la politique de planification familiale au Mali

Le Mali a été l'un des premiers pays à adopter une attitude de tolérance vis-à-vis de la planification familiale **[20]**.

En effet, depuis 1971, une délégation malienne s'est rendue à Montréal (Canada) pour participer à un séminaire sur la planification .Après le Mali a signé un accord avec les organisations.

En 1974 le Mali a soumis à la déclaration de Bucarest un Séminaire pour un projet d'assistance en planning familial pour quatre ans. A ce moment, entre les approches démographiques et sanitaires de planning familial, c'est l'approche sanitaire qui a été choisie en absence de paramètres démographiques suffisamment maîtrisés de l'époque **[29]**.

C'est dans cet élan que l'Association Malienne pour la Protection et Promotion de la Femme (AMPPF) a été créée le 7 Juin 1971. En 1972, le

Mali abrogea la loi du 31 Juin 1920 dans ces articles 3 et 4 qui interdisaient la propagande anti conventionnelle **[20]**. Un centre pilote a été créé à Bamako par l'AMPPF dont l'objectif était l'espacement de naissance. La pratique du planning était conditionnée à l'autorisation maritale pour les femmes et parentale pour les célibataires **[29]**.

- En 1973, deux séminaires dont un inter africain sur l'éducation sexuelle et l'autre inter syndical sur le planning familial ont été organisés à Bamako **[23]** et en Roumanie sur le droit au planning familial.
- En 1978 le Mali a souscrit à la déclaration d'Alma Ata (URSS) sur les soins de santé primaire dont l'une des composantes est la planification familiale dans le but d'améliorer la santé de la mère et de l'enfant à travers un espacement judicieux des naissances.
- En 1980, la division santé familiale(DSF) a été créé au sein du ministère de la santé publique et des affaires sociales pour élargir et coordonner les activités de la santé maternelle et infantile et en y intégrant le planning familial **[29]**.
- En 1990 deux séminaires nationaux ont été organisés à Bamako pour l'ébauche d'une politique de population, femme et développement.
- En 1991, le Mali a fait une déclaration de politique nationale de population **[18]**.
- En 1994 avec la conférence internationale sur la population et le développement au Caire (Egypte), les gouvernements dont le Mali se sont engagés à agir dans le domaine de la santé de la reproduction, engagement réitéré lors de la 4^{ème} conférence mondiale sur les femmes à Beijing(Chine) en septembre 1995.

En Juin 1995, a été organisée un atelier de révision des normes et procédures de santé maternelle infantile et planning familial **[25]**. Avec le temps, le concept malien en matière de planning a évolué allant de l'espacement des naissances dont la pratique était conditionné à l'autorisation maritale ou parentale en 1971 au concept actuelle qui

définit le planning familial comme :

l'ensemble des mesures et moyens de régulation de fécondité, l'éducation et de prise en charge d'affection de la sphère génitale mise à la disposition des individus et des couples afin de contribuer à réduire la mortalité et la morbidité maternelle, infantile et juvénile notamment celles liées aux IST /SIDA, aux grossesses non désirées et aux avortements et assurer ainsi le bien-être familial et individuel.

Ceci implique la liberté, la responsabilité et le droit à l'information de chaque individu ou couple pour l'aider à choisir le ou les moyens de régulation de la fécondité **[23]**.

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

4- RAPPELS SUR LES METHODES CONTRACEPTIVES

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

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

4-1 Méthodes Modernes :

Dans ce groupe on trouve :

4-1-1 Les contraceptifs hormonaux

- Mécanismes d'action : s'opèrent à plusieurs niveaux
- -Suppriment l'ovulation
- -Epaississent la glaire cervicale pour empêcher la pénétration du spermatozoïde.
- -Changement de l'endomètre (rendant la nidation plus difficile)
- -Diminuent le transport du sperme, dans le tractus génital supérieur (trompes de Fallope).

Comme contraceptifs hormonaux on a:

A- Les pilules :

Ce sont des méthodes contraceptives orales, elles sont :

Soit combinées composées d'œstrogènes et de progestérone ou contraceptifs oraux combinés à des doses différentes, d'où le mini dose.

Pour les normo doses combinées : elles ont toutes le même dosage d'oestro-progestatifs durant tout le cycle.

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

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

Pour les muni dosées ou muni-pilules : il existe les pilules :

- 1 **-Combinées :** la dose d'œstrogènes et de progestatifs est la même tout le long de la plaquette.
- 2 **-Bi phasiques :** la dose des deux hormones augmente légèrement en deuxième partie de plaquette.
- 3 **-Tri phasiques :** la dose des hormones varie trois fois sur une même plaquette.

-Soit un seul hormone ou COP(les contraceptifs oraux progestatifs) ou Micropilules. Ces Micropilules rendent la glaire cervicale imperméable aux spermatozoïdes et entraînent une modification de la muqueuse utérine, mais il y a tout de même ovulation.

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

Ces méthodes ont quelques inconvénients :

Elles doivent être prises tous les jours.

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

Il existe des contres indications :

- ▲ **Absolues :** phlébite, embolie, accident-vasculaire, infarctus, artérites, maladies cardio-vasculaires, infections hépatiques

graves ou récentes, antécédents graves ou présence de cancer de la femme au niveau du sein, de l'utérus et des ovaires, hypertension artérielle grave, hyperlipidémie grave, diabète grave.

- ▲ **Relatives:** Varices, affections psychiatriques, certaines cardiopathies, diabète, obésité, migraines tenaces, tabagisme.

B- Les injectables :

Les injectables comprennent :

- o Les CIC: contraceptifs injectables combinés ; Exemple : Lunelle depuis 2000, **[24]** Cyclofem et Mesigina injectés une fois par mois.
- o Les CIP: contraceptif injectable à seule dose progestatif ; Exemple: Dépo-provera ou DMPR qu'on donne tous les trois mois et Noliseraït qu'on donne tous les deux mois.

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

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

- ▲ Un retard de retour de fécondité
- ▲ Les mêmes effets secondaires que les pilules.

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

C- Le Norplan : Il y a l'implant sous-cutané à six(6) capsules fines et souples remplies de levonorgestrel (LNG) insérées juste sous la peau dans la partie supérieure du bras et le Norplan sous cutané mais à deux capsules facile à poser et retirer.

Très efficaces (99,9% de succès), réversibles dès retrait, discrets, de longue durée d'action (5ans).

Comme inconvénients : troubles du cycle (aménorrhée, putting....).

L'acné qui est l'effet dermatologique le plus couramment signalé avec le Norplan à six(6) bâtonnets, était plus rare et moins prononcé chez les utilisatrices du Norplan [11].

4-1-2- Le DUI :

Il s'agit de petits dispositifs qu'on place dans la cavité utérine. Il y a plusieurs sortes de DUI : en cuivre, caoutchouc inerte et ceux diffusant des hormones (Minera approuvé depuis 2000 aux USA ou Levonova en Europe du Nord [13] ; et plusieurs formes(en boucle, en T, en 7 ou spirales).

Mécanisme d'action :

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

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

Ce sont des méthodes contraceptives très efficaces (94-99% de succès), réversibles dès retrait de longue durée d'action (peut aller à 10ans), discrètes et diminuent les pertes et les douleurs menstruelles.

Inconvénients :

Les DUI peuvent entraîner :

Une sensibilité aux infections, entraîner des effets secondaires de type : crampes, et/ou douleurs pelviennes, de spotting, d'hyperménorrhée.

Contres indications : infections, saignement non diagnostiqué.

4-1-3- Les spermicides :

Ce sont des produits qu'on place dans le vagin quelques temps (15 mn à 1h) avant l'acte sexuel. Ils se présentent sous forme de comprimés ou suppositoires (moussants ou fondants), gelés, fines et de crèmes et contiennent des substances qui tuent soit immobilisent les

spermatozoïdes.

Les microbicides les plus promoteurs contre le VIH/SIDA et autres IST : le Canaguard, sulfate de dextrine-2, de cellulose, le PRO 2000 C31G et le buffer Gel [11].

Méthodes efficaces (79-99% de succès) surtout si elles sont associées aux condoms, elles contribuent à la lutte contre les IST/SIDA.

Il existe des inconvénients : à type d'irritation vaginale ou du pénis, souvent incommodes par l'abondance des mousses (sécrétion vaginale qu'ils entraînent), peuvent diminuer la spontanéité du couple (nécessite un temps de préparation et de mise en place du produit avant l'acte sexuel) et peuvent rendre plus fréquentes les infections des voies urinaires [13].

4-1-4- La contraception chirurgicale volontaire (CCV) :

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

Méthodes très efficaces (efficacité presque totale), méthodes permanentes. Elles ont des inconvénients: méthodes irréversibles ; parfois des complications après l'intervention: lésions vésicales, intestinales, rectales ou vasculaires.

4-1-5 Les préservatifs:

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

Ils sont efficaces surtout s'ils sont associés aux spermicides, assurent une protection contre les IST/SIDA, disponibles (vente libre).

Comme inconvénients on peut citer une diminution possible du plaisir et de l'élan sexuel (car nécessite d'un temps de préparation).

b- Les préservatifs féminins:

Comme préservatif féminin on a : le diaphragme, le cap ce sont des capuchons en caoutchouc qu'on insère au pourtour du col et qui empêche

la montée des spermatozoïdes pour la fécondation.

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

En plus depuis 1992 on a le Femidons : ce préservatif à usage unique est conçu spécialement pour s'adapter aux parois du vagin. Femidons :est une méthode efficace de contraception et de prévention contre les infections sexuellement transmissibles(IST), y compris le VIH.

4-2 Les méthodes naturelles :

4-2-1L'abstinence périodique

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

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

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

b- La méthode de température

La courbe thermique matinale d'une femme présente une phase d'hypothermie qui s'étend des règles à l'ovulation, et une phase d'hyperthermie qui s'étend de l'ovulation se situe exactement au dernier jour de la température basse avant le décalage thermique ou au premier et même au deuxième jour de cette montée ovulaire.

Il existe donc une période féconde dont la durée classique de 7 jours est fondée : sur la survie des spermatozoïdes [4 jours] et sur celle de l'ovule [12 à 24 heures]

La période féconde s'étend donc du quatrième au cinquième jour (4-

5jour) avant l'ovulation (avant le décalage) jusqu'au premier jour ou second jour après elle.

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

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

c-La méthode de la glaire cervicale

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

d- La méthode bio-self

Le Bio-self se présente sous la forme d'un thermomètre électronique combiné à un microprocesseur. C'est une tentative pour mixer la méthode Ogino. L'appareil enregistre les températures quotidiennes les compare avec son programme de base élaboré à partir de plusieurs centaines de milliers de courbes thermiques et s'adapte aux caractéristiques de l'utilisatrice.

Il mémorise également les six derniers cycles pour affirmer les calculs statistiques spécifiques de la femme qui l'utilise.

Cette méthode fait partie des méthodes d'abstinence périodique et présente les mêmes avantages et inconvénients. Il faut noter le coût élevé de l'appareil qui n'apporte guère plus de sécurité que la méthode des températures traditionnellement utilisée..

4-2-2 L'abstinence complète:

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

4-2-3 Le coït interrompu :

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

On a deux sortes de coït dont:

- **Le coït réserva tus:** signe de << maîtrise sexuelle >> pour les promoteurs de cette méthode, permet au couple l'union charnelle sans orgasme. Le retrait a lieu sans éjaculation. Cette méthode diffère de l'eupareunie et n'est pas sans danger.
- **Le coït obstruâtes:** méthode dangereuse consistant à << serrer la base de la verge, penser à autre chose, et retenir sa respiration >> Il y' a risque d'aboutir à une éjaculation dans la vessie, cause secondaire de stérilité.

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

4-2-4 La méthode d'allaitement maternel et de l'aménorrhée (M.A.M.A)

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

semblable à d'autres méthodes par blocage de l'ovulation. Elle est efficace, disponible, renforce le lien mère enfant, nutritive et assure une protection du nourrisson par les anticorps contenus dans le lait maternel. L'efficacité contraceptive diminue si une des conditions n'est pas respectée.

4-3 Les méthodes traditionnelles :

Ces méthodes reposent sur le vécu socioculturel des peuples, on peut citer :

a- Le Tafo:

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

b-La Toile d'araignée :

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

c- Le miel et le jus de citron :

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

d-Les solutions à boire :

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

Aucune étude scientifique n'a été faite sur l'efficacité de ces méthodes traditionnelles. Il semble qu'elles peuvent être à la base d'infections à répétition et même créer d'autres problèmes chez la femme tels que l'infertilité, des algies pelviennes.

IV. HYPOTHÈSE DE RECHERCHE

L'éducation de la femme surtout celle qui vit en milieu rural est sans aucun doute, un facteur ayant une forte incidence sur la qualité de la vie, la survie infantile ainsi que la productivité économique. Si cette éducation est délaissée, elle pourrait occasionner des conséquences fâcheuses à long terme. Les femmes de Baguinéda principales éducatrices de leurs familles ont-elles des connaissances, attitudes et pratiques adéquates face à la PF ? Pour

mieux comprendre leur comportement, nous nous sommes fixé comme objectifs :

V. OBJECTIFS

1-Objectif général

Etudier les connaissances, attitudes, pratiques comportementales des femmes âgées de 15 à 45ans en matière de planification familiale à Baguinéda.

2-Objectifs spécifiques

- ❖ Faire l'inventaire des connaissances de ces femmes sur la PF,
- ❖ Identifier leurs sources d'information sur la PF

- ❖ Déterminer la fréquence d'utilisation des moyens de PF (Préservatifs et autre méthodes contraceptives) au sein de la population des femmes de Baguinéda
- ❖ Décrire la relation entre la connaissance de ces femmes en matière de PF et leur comportement.
- ❖ Déterminer le niveau de connaissance des femmes de Baguinéda sur les risques de grossesse précoce et l'avortement provoqué et aussi leur perception et attitude face à la question.

VI . METHODOLOGIE :

❖ MATERIELS ET METHODES :

1. Description du site de l'étude :

Baguinéda :

L'ex arrondissement de Baguinéda a été scindé en quatre communes par la loi n°96-059 du 04 novembre 1996 portant sur la création de commune à savoir : Baguinéda Camp, Mountougoula, N'Gouraba et Tiélé. La commune rurale de Baguinéda Camp a son chef lieu de commune dans le village de Baguinéda-Camp. Elle est située à peu près à 57 km de sa tutelle(Kati) et comporte 32 villages :Baguinéda-Camp, Baguinéda-Village, Dicko, Dougourakoro, Farakan, Gnogan, Gnognakoro, Kakabougou, Kassela, Kobalacoro, Kobalacoura, Kogniba, Kognini, Kokoun, Massaconi, Mofa, Mounzoun, Negnele, Nimizatt, N'Goninko,

N'teneme, Palasso, Sadiouroubougou, Sebela, Sincoro, Sincoro-coro, Soro, Soundougouba, Tanima, Tandiacoro, Tieguena, Tiema.

Avec une superficie de 987,04 km², elle est limitée au Nord par les communes de Tienfala et de Koulikoro, au Sud par les communes de Mountougoula et de N'Gouraba, à l'Est par la commune rurale de Binko, à l'Ouest par la commune de kalaban coro et la commune VI du District de Bamako. Elle est située le long du fleuve Niger avec une ressource halieutique assez importante.

En 2001, selon le recensement administratif à caractère électoral(RACE), la population de la commune de Baguineda-Camp a été estimée à 26.995 habitants répartis entre 13.863 hommes et 13.127 femmes. La population active représente 70% de la population totale. Le taux d'accroissement est 6,2%. Le taux de mortalité est 0,04% et le taux de natalité est de 62%. Les différents groupes ethniques de la commune sont composés de Bambara (ethnie dominante), Peulhs, Bobos, Sénoufos et Miniankas.

La commune dispose des ressources naturelles importantes.

Il y a des espèces d'arbres comme Terminalia, Detorium, Néré, N'galama, Karité, Zaban, N'tomi. La commune dispose d'une forêt classée appelée la Faya sur une superficie de 80.000 hectares. Elle dispose de deux grandes mares qui sont le Kodjou et le Zankeblekako.

2. **Infrastructures et équipements** :

o **Santé** : il y a deux services de santé. Les cases de santé au nombre de cinq se situent dans les villages suivants : Dougourakoro, Kokoun, Mounzoun. A Tanima il y'a un CSCOM : c'est une aire de santé autonome au même titre que celle de Baguinéda camp. Les cases d'accouchement sont dans ces mêmes villages. Baguinéda-Camp abrite deux dispensaires dont un publique et l'autre privé (Kqnqyaso). Le chef-lieu de commune abrite également un centre de santé

communautaire(CSCOM) géré par une ASACO. Les dépôts de pharmacie sont au nombre de sept : Baguinéda-Camp(4), Kobalacoro(1), Kobalacoura(1) et Tanima(1). La médecine traditionnelle est également un peu développée dans la commune.

- o **Education** : Il y a en tout 21 premiers cycles, un CED à Mofa, 5 seconds cycles, 4 écoles communautaires et 5 classes de medersa. L'effectif des enfants, toute catégorie confondue, fait 7.422 élèves dont 3.240 filles et 4.182 garçons. Ces élèves sont encadrés par 140 enseignants.

- o **Hydraulique** : Le taux de couverture des besoins en eau potable est de 48%.

La commune possède 640 puits traditionnelles, 7 puits à grand diamètre, 53 forages équipés avec pompe manuelle. Une adduction d'eau potable se trouvant dans 4 villages de la commune ; Baguinéda-village, Kognimba et Soundougouba. Il y a 18 bornes fontaines, 2 châteaux d'eau et 2 pompes solaires. La commune a 30 kilomètres de distance navigable sur le fleuve Niger en toute saison. Certaines rivières coulent dans la commune. Elles sont : Faradjaba, faya et Koba.

- o **Activités socio-économiques et culturelles** : Basées sur

- **L'agriculture** : la population vit essentiellement des produits agricoles, le maraîchage et l'arboriculture sont pratiqués avec de production hautement appréciable. La partie Nord, bordant le fleuve Niger, se consacre à la culture du riz sur des terres aménagées sous le contrôle de l'office du périmètre irrigué de Baguinéda (OPIB).

- L'élevage, la pêche et le commerce.

2009 en Avril 2010).

3. **Type d'étude:**

Il s'agissait d'une étude transversale sur les connaissances, les attitudes et comportements des femmes de Baguinéda âgées de 15-45 ans en matière de planification familiale.

4. **Population d'étude:**

La population visée était constituée uniquement par les femmes.

5. **Echantonnage**

n = taille de l'échantillon, i = la précision voulue ($=0,05$)

P = proportion attendue dans la population $q=1-p$

Z = valeur dépendante du risque d'erreur α choisi ($z=1,96$ pour $\alpha=5\%$)

En considérant la prévalence de la contraception à 7% selon EDMS-IV(2006), le nombre minimal de sujets nécessaires pour l'étude s'élève à 101.

Il a été décidé de partir avec : 500

Précision voulue : 5,0%

Prévalence attendue : 60,0%

Niveau de confiance : 95%

Selon l'EDS IV la prévalence de planification familiale est de 7%, nous voulons atteindre 60% avec un niveau de confiance à 95%, la précision voulue à 5,0% et un effet de Grappe à 1,0%.

Nous avons approché 600 femmes et 500 femmes ont été retenues.

5-1. **Critères d'inclusion**

Les femmes de Baguinéda âgées de 15 à 45 ans ayant donné leur consentement de participer à l'étude. Les participantes furent choisies de façon aléatoire.

5-2. Critères de non inclusion

Toutes les femmes de Baguinéda ayant refusé de participer à l'étude.

6. Outils et Techniques de collecte des données

La seule technique d'enquête utilisée dans cette étude fut un questionnaire d'entretien individuel semi-structuré adressé aux femmes.

7. Analyse et saisie des données

Nous avons utilisé SPSS et Excel pour l'analyse et Word (office 2010) pour la saisie des données.

8. Aspects éthiques

Avant le début ; d'amples informations furent fournies aux femmes sur les objectifs et la confidentialité de l'entretien pour avoir leur consentement éclairé. Nous avons obtenu une autorisation des autorités de Baguinéda pour mener notre étude. Le consentement éclairé était verbal. Au cours de l'entretien, les zones d'ombre identifiées étaient prises en compte à la fin du questionnaire. Les résultats seront diffusés.

VII. RESULTATS

Au total notre étude réalisée à Baguinéda a concerné 500 femmes âgées de 15 à 45 ans.

A. Caractéristiques sociodémographiques

Notre échantillon était composé uniquement de femmes

Tableau I : Répartition de l'échantillon selon l'âge

Age	Effectif	Pourcentage
15-19	79	15,8
20-30	298	55,4
31-45	123	28,8
Total	500	100,0

La tranche d'âge de 20-30 ans était la plus représentée soit 55,4%.

Tableau II : Répartition de l'échantillon en fonction du statut matrimonial

Statut matrimonial	Fréquence	Pourcentage
Mariée	436	87,2
Divorcée	3	0,6
Célibataire	61	12,2
Total	500	100,0

Les femmes mariées étaient les plus représentées soit 87,2%.

Tableau III : Répartition en fonction de la religion

Religion	Fréquence	Pourcentage
Musulmanes	487	97,4
Chrétiennes	13	2,6
Total	500	100,0

Parmi les femmes enquêtées, les musulmanes étaient les plus représentées soit 97,4%.

Tableau IV : Répartition selon le niveau d'alphabétisation

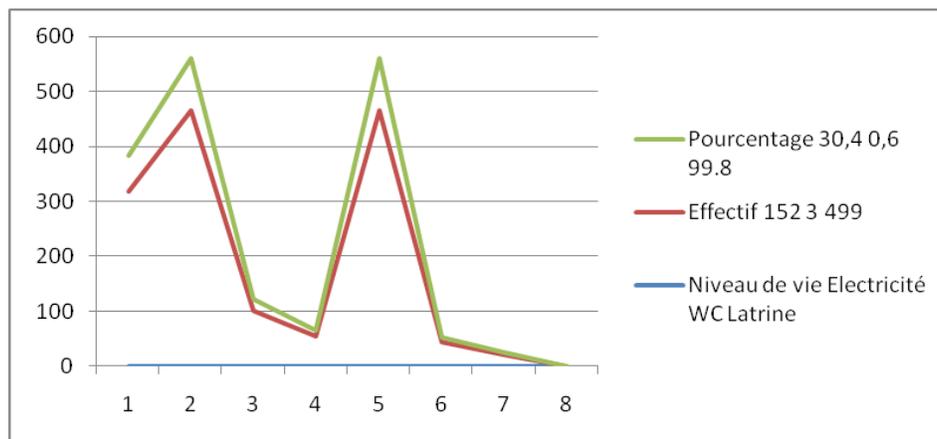
Niveau d'alphabétisation	Fréquence	Pourcentage
Primaire	211	42,2
Secondaire	83	16,6
Supérieur	3	0,6
Ecole coranique ou medersa	73	14,6
Langue nationale	130	26,0
Total	500	100,0

Parmi les femmes enquêtées, 42,2% ont fait l'école primaire.

Tableau V : Répartition selon le niveau de vie

Niveau de vie	Effectif	Pourcentage
Electricité	152	30,4
WC	3	0,6
Latrine	499	99,8
Télévision	318	63,6
Radio	466	93,2
Réfrigérateur	101	20,2
Location	54	10,8
Puits	466	93,2
Voiture	44	8,8
Robinet	21	4,2

Presque toutes nos femmes disposaient de latrine et de puits dans leur famille ainsi que d'une radio



▣▣ **Connaissances en matière de la santé de reproduction**

Tableau VI : Répartition des femmes selon qu'elles aient entendu ou pas parler de la planification familiale.

Réponse	Fréquence	Pourcentage
Oui	498	99,6
Non	2	0,4
Total	500	100,0

La presque totalité de nos femmes avaient entendu parler de la planification familiale soit 99,6%.

Tableau VII: Répartition des femmes selon le sens qu'elles donnent à la planification familiale

Connaissance	Effectif	Pourcentage
Espacement de naissance	500	100,0
Santé de la mère	500	100,0
Santé de l'enfant	499	99,8
Meilleure éducation des enfants	498	99,6
Moins de naissance	498	99,6
Famille heureuse	498	99,6

La presque totalité des femmes de Baguinéda savaient que la PF se définit comme un espacement de naissance, la santé de la mère, de l'enfant, une meilleure éducation des enfants, moins de naissance et une famille heureuse.

Tableau VIII : Répartition des femmes selon la connaissance des méthodes contraceptives.

Méthodes contraceptives	Effectif	Pourcentage
Préservatif	53	10,6
Pilules	328	65,6
Contraceptif injectable	355	71,0

Dispositif intra-utérin	140	28,0
Méthode traditionnelle	242	48,4
Norplan	208	41,6
Spermicide	4	0,8
Allaitement maternel	239	47,8

Les femmes connaissaient plus les contraceptifs injectables que d'autres méthodes.

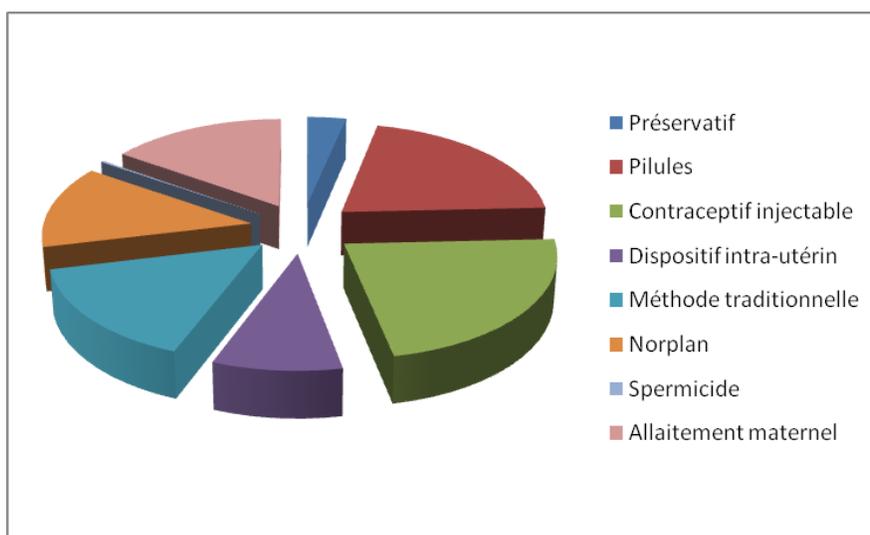


Tableau IX : Répartition des femmes selon leurs sources d'informations sur la planification familiale.

Sources d'information	Effectif	Pourcentage
Media	483	96,6
Ecole	36	7,2
Conférence	82	16,4
Ami(es)	430	86,0
Centre de santé (hôpital)	472	94,4
Mère	6	1,2
Frères	3	0,6

Père	2	0,4
------	---	-----

Très peu de femmes s'informaient auprès de leurs parents (Père, mère et frère) avec 2,2%.

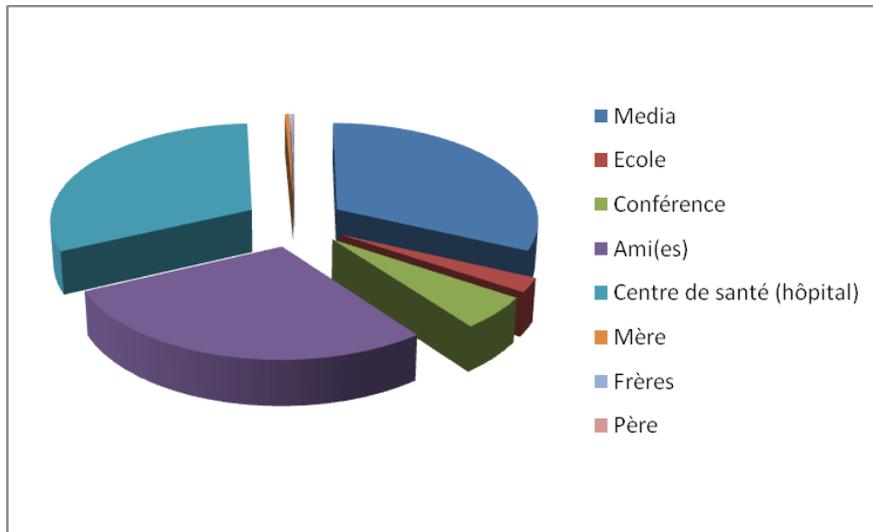


Tableau X : Répartition des femmes selon leur connaissance de l'existence des services de planification familiale.

Fréquentation	Effectif	Pourcentage
Oui	490	98,0
Non	10	2,0
Total	500	100,0

Seulement 2% de nos femmes enquêtées ignoraient l'existence des services de planification familiale.

Tableau XI: Répartition des femmes selon qu'elles aient fréquenté ou non les services de planification familiale

Connaissance	Effectif	Pourcentage
Oui	255	51,0

Non	245	49,0
Total	500	100,0

Parmi nos enquêtées 51% avaient déjà fréquenté les services de planification familiale.

Tableau XII: Répartition des femmes selon leurs raisons du non fréquentation des services de planification familiale

Raisons	Effectifs	Pourcentage
Pas besoin	126	25,2
Autres	50	10,0
Religion	1	0,2
Coutumes	1	0,2
Pauvreté	78	15,6

Parmi nos femmes enquêtées, 25,2% pensaient qu'elles n'ont pas besoin de planification familiale.

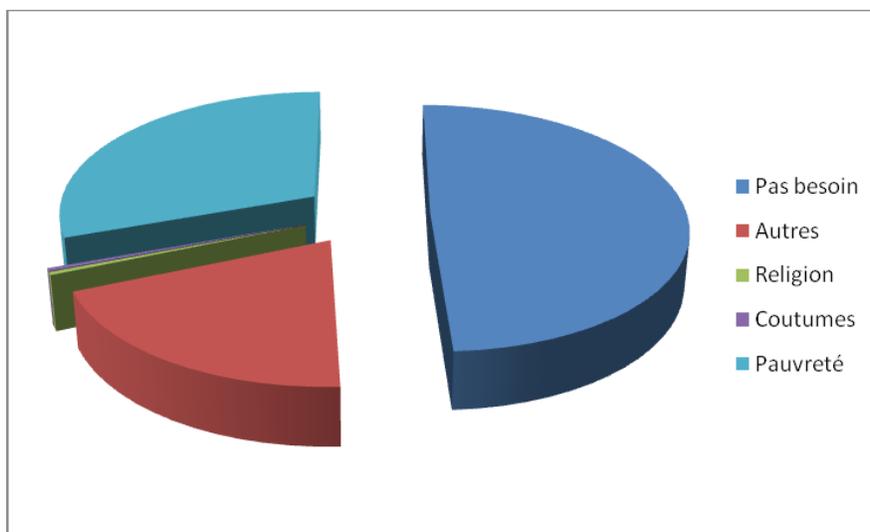


Tableau XIII: Répartition des femmes selon leur estimation de l'intervalle de temps entre deux naissances

Intervalle de temps	Effectif	Pourcentage
1 - 2ans	161	32,2
3 - 4ans	217	43,4
5 - 6ans	122	24,4
Total	500	100.0

Dans notre échantillon 43,4% des femmes proposaient 3 à 4 ans entre 2 naissances

Tableau XIV: Répartition des femmes selon leur connaissance des dangers liés aux relations sexuelles précoces.

Connaissance des dangers	Effectif	Pourcentage
Non	1	0,2
Oui	499	99,8
Total	500	100,0

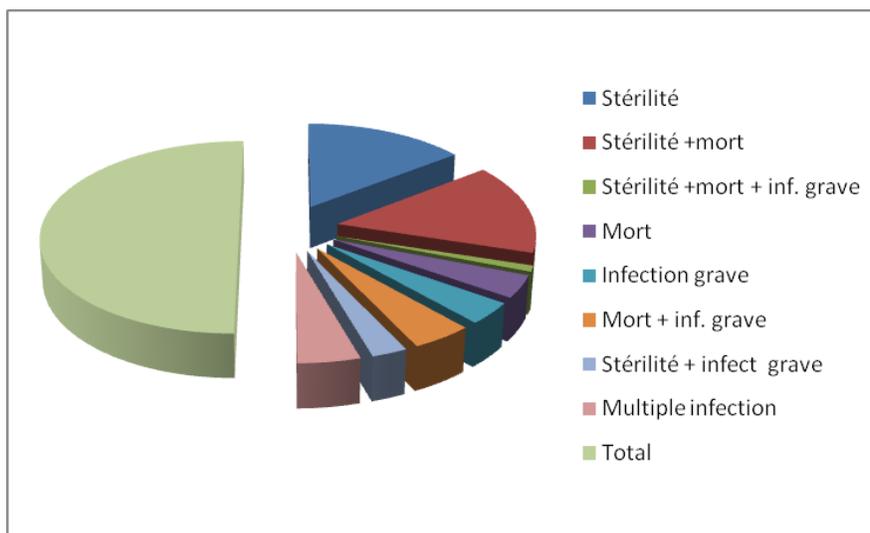
La presque totalité des femmes (99,8%) savaient que les relations sexuelles précoces constituaient un danger pour les jeunes filles.

Tableau XV: Répartition des femmes selon leur connaissance des dangers liés à l'avortement.

Risques	Fréquence	Pourcentage
Stérilité +mort + inf. grave	10	2,0
Stérilité + infect grave	26	5,2
Infection grave	37	7,4
Mort	38	7,6
Mort + inf. grave	45	9,0

Multiple infection	46	9,2
Stérilité	146	29,2
Stérilité +mort	152	30,4
Total	500	100

Parmi nos femmes enquêtées, 59,6% savaient que l'avortement pouvait entraîner la stérilité ou même la mort.



c. Attitudes (perceptions et représentation)

100% de nos femmes enquêtées désapprouvaient l'avortement

Tableau XVI: Répartition des femmes selon leur approbation de la planification familiale.

Avis	Fréquence	Pourcentage
Oui	498	99,6
Non	2	0,4
Total	500	100,0

Seulement 2 femmes désapprouvaient le planning familial soit 0,4%.

D. Pratiques comportementales (utilisation)

Tableau XVII: Répartition des femmes selon qu'elles aient utilisé ou non

une méthode contraceptive.

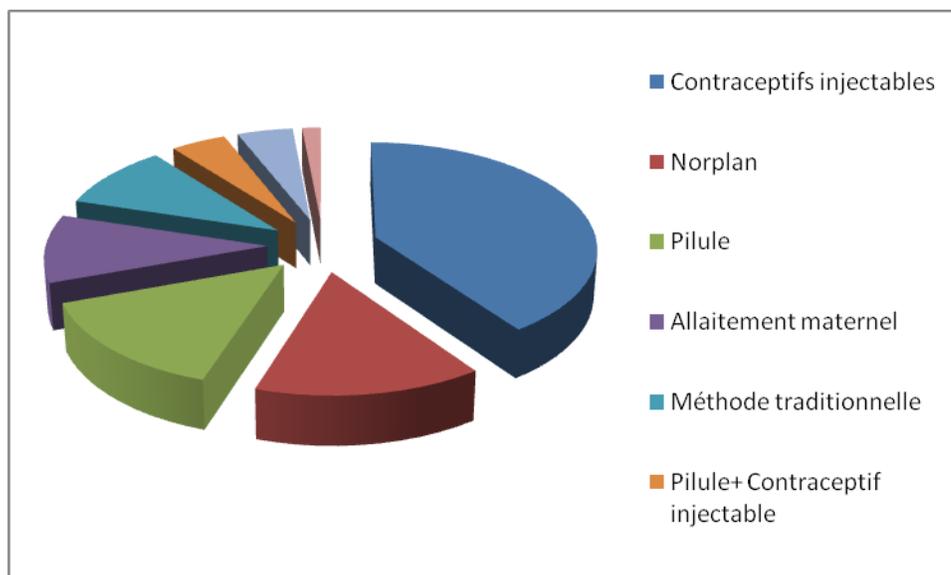
Réponse	Fréquence	Pourcentage
Oui	331	66,2
Non	169	33,8
Total	500	100,0

Dans notre échantillon 66,2% des femmes avaient déjà utilisé une méthode contraceptive.

Tableau XVIII: Répartition des femmes selon la méthode contraceptive utilisée.

Méthodes de contraception	Fréquence	Pourcentage
Contraceptifs injectables	133	40,18
Norplan	49	14,80
Pilule	48	14,50
Allaitement maternel	34	10,27
Méthode traditionnelle	32	9,67
Pilule+ Contraceptif injectable	15	4,53
Autres	15	4,53
Allaite+Meth tradit	5	1,52

Les contraceptifs injectables étaient plus utilisés avec 40,18%.



VIII. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Il s'agissait d'une étude transversale visant à évaluer les connaissances, les attitudes, et les pratiques comportementales des femmes de BAGUINEDA en matière de planification familiale.

L'enquête fut menée à BAGUINEDA.

La population concernée était constituée de femmes âgées de 15 à 45ans.

Sur 600 femmes approchées, 500 ont accepté de participer à notre étude correspondant à la taille de notre échantillon soit 64.82%.

Les difficultés rencontrées étaient surtout liées à notre technique d'enquête (enquête par interview). Certaines personnes se gênaient de répondre directement à des questions, d'autres étaient pressées pour aller à leurs préoccupations. Malgré ces difficultés ; cette étude a apporté un éclairage à la problématique qu'on s'est posée avant de la commencer ; c'est-à-dire le faible niveau conséquent des femmes de BAGUINEDA en matière de planification familiale.

La tranche d'âge la plus représentée était celle située entre 20 à 30 avec 55,4%.

Les femmes mariées représentaient 87,2% contre 12,2% pour les femmes célibataires et 0,6 pour les divorcées. Ces résultats sont différents de ceux de Faye à Guédiawaye [22] au Sénégal qui avait 92% de célibataire ; 3,2% mariées et 4,4% sans réponse.

Les musulmanes représentaient 97,4% contre 2,6% pour les chrétiens et cela parce que le Mali est un pays laïque à prédominance musulmane.

La plupart de ces femmes possédaient une radio ; une télévision et de

l'électricité.

Durant notre enquête 99,6% des femmes ont affirmé avoir entendu parler de la planification familiale. Ces résultats sont similaires à ceux Sangaré.A[1] en 2003 dans une étude menée dans 3 lycées (Commune III et Commune IV) à Bamako où 99,3 % affirmaient avoir entendu parler de la planification familiale et ceux de Guindo.N en 2009 dans une étude menée à la FMPOS où 97,4% affirmaient avoir entendu parler de la planification familiale [25] sur 341 étudiants.

De même en Côte d'Ivoire selon EDS, 94,6% ont affirmé avoir entendu parler de la planification familiale sur une population de femmes et d'hommes en l'âge de procréer en 1999 [9].

Dans notre enquête toutes les femmes assimilent la planification familiale à un espacement des naissances soit 100%, la santé de l'enfant 99,8%, la santé de la mère 100%, meilleure éducation des enfants 99,6%, une famille heureuse 99,6% ; une minorité signalait d'autres sens entre autres : développement du pays, bonne croissance des enfants, moins de dépenses.

Ces Résultats sont identiques à ceux de Guindo.N où 97,4% des enquêtés du pays associent la planification familiale à l'espacement des naissances suivi de 89,4% pour la santé de l'enfant ;88,9% pour la santé de la mère ;85,3% pour une meilleure éducation des enfants ;76,5% pour une famille heureuse [25]. Ces résultats sont similaires à ceux Sangaré.A où 85% des enquêtés associent la planification familiale à l'espacement des naissances. De même Lys H L et A L [21] trouvaient 93% pour un espacement des naissances, 32% pour la santé de la mère, et 31% pour celle de l'enfant.

Au sujet du sens de la planification familiale certaines réponses données par un certain nombre de femmes même si c'est minime (telles que prévention d'avortement, IST) démontrent quelque part que ces femmes n'ont pas de notions de bases élémentaires sur le sujet pouvant les aider

à répondre en cas de besoins.

Quant à la connaissance des méthodes de planification familiale, le contraceptif injectable vient en premier avec 71,0%, 65,6% pour la pilule; les méthodes traditionnelles 48,4%; l'allaitement maternel 47,8%; Norplan 41,6%; dispositif intra-utérin 28,0%; préservatif 10,6%. Le spermicide était moins utilisé avec 0,8%.

Nos résultats observés par rapport, aux injectables, à l'allaitement maternel et aux méthodes traditionnelles comme méthodes de planification sont similaires à ceux de Sangaré.A au Mali qui a trouvé 82,8% pour le préservatif, 87,7% pour la pilule **[1]**. Kané dans son travail a trouvé que 3/4des femmes de son échantillon avaient plus connaissance de la pilule et du préservatif à Banjul **[14]**.

Dans notre étude nous avons remarqué que le dispositif intra-utérin, le préservatif et le spermicide sont les moins connus par les femmes de Baguinéda par rapport aux autres méthodes contraceptives.

Durant notre enquête les sources d'informations les plus citées furent : les media (96,6); les centres de santé (94,4%); les amis (86,0%); Conférence (16,4%) les écoles (7,2%). Les sources les moins citées étaient : la mère (0,8%); le père (0,5%); les frères (0,3%). Cela s'explique par le fait que le sujet de sexualité dans nos familles au Mali demeure un tabou.

Boubacar Moussa au Mali a rapporté la Radio-Télé comme source d'information dans 64,1%; 40,3% agent de santé; 29,6% amis (es), 19,9% voisins; 19,4% parents **[3]**.

Guindo.N a trouvé dans son étude : 97% pour les medias; 94,4% pour l'école; 91,2% pour les conférences; 54,5% pour les centres de santé (hopital) **[25]**.

Faye a aussi obtenu dans son étude des sources d'informations suivantes :école 54%,centre de conseils des adolescents 23% camarades d'âge 9,1%,poste de santé 7,9%,radio 3,2%,sans réponse 10,3%

,internet 4,4%,journaux 2,8% **[22]**.

Quant à la connaissance de l'existence des services de prestation de planification familiale 98% des femmes enquêtées ont affirmé connaître contre 2% qui ont affirmé ne pas connaître. Sangaré.A [23] a trouvé 74,5% des élèves connaissaient l'existence des services de planification familiale **[1]**.

Guindo.N a trouvé que 90% des étudiants connaissaient l'existence des services de planification familiale **[25]**.

Cependant, malgré leur connaissance de l'existence de ces services 49,0% des femmes les ont fréquentés; 41,2% ne l'ont pas fait et 10,0% n'ont pas donné de réponse précise.

Sangaré.A dans son étude sur les lycéens à Bamako a rapporté que 74,5% connaissaient l'existence des services de planification familiale, et seulement 10% des lycéens ont fréquenté ces services **[1]**.

Guindo.N a trouvé que 90% des étudiants connaissaient l'existence des services de planification familiale, et seulement 7% ont fréquenté ces services **[25]**

Dans notre étude 25,2% des femmes n'ayant pas fréquenté ces services ont évoqué qu'ils n'en ont pas besoin; 15,6% pour raisons de pauvreté ; 0,2% ont dit que leur religion ne les autorisait d'y faire recours ; 0,2% des raisons de coutume ; et 10,0 % ont évoqué d'autres choses comme le manque de volonté, absence d'objectif, le moment n'est pas venu, le fait d'être célibataire.

Guindo.N a trouvé que 68,6% des étudiants n'avaient pas besoin des méthodes de planification familiale; 6,2% disaient que leur religion ne les permettait pas ; 3,2% pour des raisons de coutumes ; 1,5% pour raison de pauvreté et 19,1% ont évoqué autre chose **[25]**. Sangaré.A a obtenu chez les jeunes lycéens 90% n'ayant pas fréquenté, 19,4% n'ayant pas l'âge et 17,2 n'en avait pas besoin **[1]**.

Quant aux intervalles de temps qu'une femme qui a un bébé devrait attendre pour avoir un autre, les enquêtées ont cité des intervalles différents ; tous situés entre 1 et 10 ans. Les intervalles les plus cités étaient 3 et 4 ans (44% ensuite 1 et 2 ans avec 32,6% ; 24,4% ont donné l'intervalle de 5 à 6 ans).

En ce qui concerne la connaissance des dangers liés aux relations sexuelles précoces ; 99,8% reconnaissent l'existence de ces dangers ; 0,2% n'ont pas donné de réponse précise.

Faye a trouvé 16% des adolescentes qui disaient ne pas savoir de dangers , 1,2% disaient qu'il n'en existe pas et 82,8% affirmaient qu'il existe des dangers et les ont énumérés .Les dangers cités sont les suivants : grossesses précoces 35%, grossesses indésirées 25%, échec scolaire 3,2%, perte de virginité 5,2%, changement de comportement 9%, accouchement difficile 2,4%, IST-SIDA 20,0% .

Ces résultats sont similaires à ceux de Faye à l'Université Cheick A Diop qui dans son étude sur une population d'adolescentes à Guédiawaye a trouvé que 32% des enquêtées parlaient de grossesses précoces ; 2,8% de grossesses non désirées ; 1,07% de perte de virginité ; 1% d'échec scolaire ; 12% d'IST-SIDA ;10% d'accouchement à risque **[22]** et identiques de ceux de Guindo.N qui dans son étude sur 341 étudiants à la FMPOS a trouvé que 40,2% des enquêtées parlaient d'infections ; 25,8% de déchirure ; 24% de grossesses précoces ;14,4% d'accouchement difficile ; trouble psychologique 7% ; stérilité 4,1% ;cancer 2,3% ; inhibition de la croissance 2% et autres risques (punition divine, vagabondage sexuel) : 10,3%. **[25]**

Parmi les femmes enquêtées ; 99,8% affirmaient qu'il existe des dangers liés à l'avortement provoqué ; 0,2% n'ont pas donné de réponse précise.

Ces résultats sont similaires à ceux de Sangaré.A**[1]** qui dans son étude sur les jeunes lycéens a trouvé que 94,4% des enquêtés percevaient l'existence des dangers liés à l'avortement provoqué contre 5,6 % qui ne

les reconnaissaient pas et de Guindo.N chez qui 94,5% des étudiants affirmaient qu'il existe des dangers liés à l'avortement provoqué, 3% n'ont pas donné de réponse précise **[25]**.

Parmi les risques d'avortement cités au cours de notre enquête vient en première place la stérilité associée à la mort maternelle (30,4%) ; la stérilité (29,2%) ; la mort (7,6%) ; les infections (7,4%). D'autres risques énumérés par des enquêtés (9,2%) concernaient la condamnation religieuse, punition divine, marginalisation, échec dans la vie. Ces résultats sont similaires à ceux de Guindo.N chez qui la stérilité vient en première place avec 55,1% ; la mort 54,8% ; les infections 14,7% ; hémorragies 12,9% ; cancer 5,3% et d'autres risques 7,3% **[25]**. Sur la question de l'avortement provoqué, 99,8% des femmes désapprouvaient cette pratique ; 0,2% n'ont pas donné de réponse à la question.

Sangaré.A a trouvé 97,6% des élèves désapprouvaient l'avortement provoqué contre 2,3% qui l'approuvaient, 0,1% n'avait pas donné de réponse **[1]**.

Quant à la planification familiale ; 99,6% des femmes enquêtées approuvent ; 0,4% ne l'approuvent pas. Les raisons citées sont : la religion ; les effets secondaires ; la coutume.

Ces résultats sont identiques à ceux de l'étude réalisée par Sangaré.A qui a révélé que 91,7% des élèves des trois lycées approuvaient la pratique **[1]**.

Sur nos 99,6% de femmes approuvant la planification familiale, la majorité avait des connaissances sur le sujet. Cependant 66,2% affirmaient avoir utilisé une méthode contraceptive ; 31,0% affirment ne l'avoir pas utilisée ; 2,8% n'ont pas donné de réponse. Ces résultats sont identiques à ceux de Guindo.N chez qui 73,6% affirmaient avoir utilisés une méthode contraceptive ; 23,5% affirment ne l'avoir pas utilisés ; 2,9% n'ont pas donné de réponses **[25]**.

Ces résultats sont similaires à ceux de Sangaré.A chez qui 69% des enquêtées affirmaient n'avoir jamais utilisé une méthode contraceptive **[1]**.

D'autres études attestent cette faible utilisation qu'à celle de Sangaré.A. Selon les données réunies par la Population Référence Bureau (PRB) en Afrique, 34% des adolescents sexuellement actifs utilisent des méthodes contraceptives alors que dans le Sud-est Asiatique 28% des adolescents célibataires utilisent les méthodes de planification familiale **[29]**.

Egalement les résultats des études effectuées à Hanoï et au Vietnam confirment la faible utilisation des contraceptifs.

Sur 78% de jeunes filles ayant entendu parler de la planification familiale, seulement 26% avaient utilisé une méthode contraceptive, principalement le préservatif **[29]**.

La différence de nos résultats avec celle des études ci-dessus citées s'explique par les cibles.

Cependant parmi les méthodes utilisées, le contraceptif injectable vient en première position avec 40,18%; le Norplan en deuxième position avec 14,80%; la pilule en troisième avec 14,50% ; l'allaitement maternel en quatrième avec 10,27%.

Les méthodes traditionnelles sont utilisées à 9,67%.

Les autres méthodes (spermicide, dispositif intra-utérin, collier contraceptif, calendrier) représentaient 4,53%.

Il faut noter que l'utilisation du contraceptif injectable à un taux élevé par les femmes a eu un impact sur le résultat des méthodes contraceptives utilisées. Mais en réalité sans le contraceptif injectable les autres méthodes sont très peu utilisées.

Notre étude démontre qu'en se référant sur nos résultats, nous pouvons affirmer que le niveau de connaissance des femmes, leur perception, leur attitude, et leur taux d'utilisation des méthodes contraceptives sont très représentatifs d'une façon générale. Cela peut s'expliquer par le

fait que les femmes sont les premières concernées sur le sujet.

Au cours de notre enquête la majorité des femmes étaient ravies de participer à l'étude et ont fait des suggestions (50%) ; 30% ont trouvé le sujet très intéressant ; 7% se gênaient dans les réponses ; 6% avaient un très faible niveau d'information ; 4% avaient beaucoup d'information sur le thème ; 3% souhaitaient avoir plus d'information.

IX . CONCLUSION

Sur un échantillon de 500 femmes 99,6% des enquêtées ont entendu parler de la planification familiale, la majorité l'assimilait à un espacement des naissances (100%) suivi de la santé maternelle (100%) ; la santé de l'enfant (99,8%), une meilleure éducation des enfants (99,6%) ; famille heureuse (99,6%). D'autres sens étaient évoqués par certaines femmes démontrant leur manque d'information conséquent sur le sujet.

Comme méthodes de planification familiale connues, le contraceptif injectable fut le plus dominant avec 71,0% ; la pilule 65,6% ; les méthodes traditionnelles 48,4% ; l'allaitement maternel 47,8%. Les autres méthodes étaient moins citées. Les principales sources d'information étaient les médias (96,6%), les centres de santé (94,4%), les amis (86,0%), les conférences (16,4%) et l'école (7,2%).

Presque la majorité des femmes soit 44% pensent qu'il faut 3 à 4 ans d'intervalle entre 2 naissances. Ils affirmaient à 99,8% qu'il existe des risques liés à l'avortement provoqué et 100% désapprouvaient cette pratique.

Les femmes enquêtées approuvaient la planification familiale à

99,6% et 66,2% ont utilisé au moins une méthode. Le contraceptif injectable était la méthode la plus utilisée.

X. RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude nous adressons les recommandations suivantes :

1. Aux autorités de Baguinéda

1.1 Créer un environnement de travail propice à l'offre et à la demande des services en matière de PF.

1.2 Organiser des séminaires de formation avec des prestataires des services de santé de la reproduction pour renforcer le niveau de connaissance des femmes de Baguinéda en matière de PF et actualiser les informations.

2. Aux associations féminines:

2.1 Faire des recherches mais aussi des causeries débats pour assurer une mise à niveau des connaissances sur la PF et toute la santé de reproduction en général.

2.2 Mettre en place un réseau des femmes de partage et de recherche d'information sur la planification familiale.

3. Au Ministère de tutelle

3.1 Mobiliser des ressources financières aidant à la création des centres de conseil pour les jeunes filles et femmes de Baguinéda en santé de reproduction pour informer, sensibiliser, éduquer et offrir des services de qualité de PF, ouverts aux femmes.

3.2 Associer les femmes aux actions menées pour lever les préjugés qui pèsent sur la PF par des messages, d'information et de sensibilisation à

travers les médias sur la nature des produits contraceptifs, leur mécanisme de fonctionnement et leur innocuité en vue d'augmenter la prévalence contraceptive chez les femmes de Baguinéda en particulier et celles du monde en général.

4. Aux ONG qui interviennent dans le domaine de PF

Associer les femmes dans les actions d'éducation, de sensibilisation et de formation pour mieux vulgariser les informations sur le sujet afin d'obtenir un impact positif sur les attitudes et pratiques comportementales.

XI . REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1-Abdoul .K. Sangaré :Connaissances ,attitudes et comportements des adolescents des trois lycées de Bamako sur les IST-SIDA et la planification familiale .Références ?

2-Amasar .Analyse de la situation .Document technique et association maternité sans risque (Amasar)1996 ;1 :2-24

3-Boubacar Moussa :étude epidemio-clinique du planning familial :Enquête auprès de 206 utilisatrices au csref de commune I du district de Bamako d'Avril à Juin 2003.
Thèse de médecine ,2005 N 05M183

4-Comité préparatoire de l'initiative de Bamako. Document national de renforcement de soins de santé primaires au Burkina (projet de démarrage de l'initiative de Bamako 1923 ; 73 pages).

5-Direction nationale de la santé du Mali DSR ; politiques ; normes ; et procédures des services de santé de la reproduction, Mars 2005.

6-Direction nationale de la santé, atelier de repositionnement de la planification familiale -Situation de la planification au Mali, Mars 2004.

7-Enquête démographique et de santé (EDSIII)
Rapport préliminaire 2001 ; Ministère de la santé Mali 2001.

8-Ekra-welefens C.Introduction .Forum régional sur l'enseignement de la santé de reproduction dans les facultés et écoles d'Afrique

centrale et Occidentale 1996 ; 1 :2 .a

9-EDS-1999

10-Focus encyclopédie de la sexualité 1974 ; Editions Universitaires .Bordas-Paris .PP5491ISBN2 .04005888 ,5.

11-HATCHER ET COL : Eléments de la technologie de la contraception. Programme d'information sur la population Université Johns Hopkins Octobre 2000

12-Hervé LL Tokindang I : Connaissances et attitudes des étudiants de la FMPOS en matière de planification familiale.

13-IPPFRA. Initiatives .Impliquer les hommes dans les programmes de santé reproductive ; Africa Link 1996 :8-7

14-Kané T.T Buysscher R, Tundett: Grossesse de l'adolescente et contraception dans l'agglomération de Banjul.
Pop Sahel.Aout 1990(2ème edition N 13,pp 28-34) 30-EDS-1999.

15-Kestember E, Lys HL Tokindang Fariah I

16-Mahamane Sani ZALHA :Les obstacles à l' utilisation des services de planification familiale à OUAGADOUGOU au Burkina Faso
Population Council-1997 ; Mali

17-Microsoft Encarta 2006

18-Ministère de la santé publique, des affaires sociales et de la de la promotion féminine.

Déclaration nationale de la politique de population.

Bamako-Mali Aout 1991.

19-Ministère de la santé des personnes âgées et de la solidarité
DNSP/DSFC

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

Bamako-Mali Juin 1993

20-Ministère de la santé publique et affaires sociales.

Projet de développement sanitaire ; stratégie nationale en Planification Familiale et en IEC. Bamako-Mali 1987

21-Ministère de l'économie des finances et du plan Sénégal.

Enquête sur la planification familiale en milieu urbain

Dakar -Sénégal 1994.

22-Moustaphe. Faye : Connaissances, attitudes et pratiques comportementales en matière de la santé de reproduction des adolescents (es) du centre de dépistage volontaire anonyme et gratuit (CDVAA) de Pekiné-Guédiwaye.

23-Network en français Family Heath International

Santé sexuelle 2002 ,21(4) ; 1-35

24-Network en français Family Heath International

25-Nouhoum. Guindo : Connaissances, attitudes et pratiques comportementales des étudiants de la FMPOS en matière de la

planification familiale.

26-Network en français family Heath International
Planification Familiale et IST 2001 ,20(4) :1-35.

27-OMS-Alma-ATA, Le début d'Alma Ata à l'an 2000 : Réflexion à
la mi-parcours 1990 : 3-12

28-Ouédraogo. Turkson R .Introduction

Recherche portant sur l'examen et l'analyse de toutes les
législations ,règlements et politiques administratives ayant une
incidence sur le statut juridique de la femme, les questions
liées à l'avortement ;l'accessibilité aux informations et services
de Planification familiale Burkina 1995 ;1 :2-69

29-Population-Reference-Bureau

30-Sanogo.S

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

XII. ANNEXES

MINISTRE DE L'EDUCATION
DE BASE,
DE L'ALPHABETISATION ET
DES LANGUES
NATIONALES

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

DIRECTION NATIONALE DE
L'EDUCATION DE BASE



ATTESTATION DE STAGE N° 10961

Je soussigné, Le Directeur National de l'Education de Base

atteste que M. Diouma Koussaye
Né(e) le 02 mars 1984 à Sikasso
a régulièrement suivi le stage d'Initiation à la Lecture et à la
Transcription ainsi que la Méthodologie de l'enseignement de la
Langue Nationale Bamanankan
du 17 août au 11 septembre 2009
à Bamako

En foi de quoi, je lui délivre la présente ATTESTATION pour
servir et valoir ce que de droit.

Bamako, le 11 septembre 2009

SIGNATURE DU TITULAIRE

PAR LE DIRECTEUR DE L'EDUCATION DE BASE
par LE CHEF DE LA DIVISION ALPHABETISATION



27 Octobre 2009

Xininkalisqbnw

I ni s\g\ma - I ni wula

ne t\g\ ye juma kansaye , ne ye sanfq kalandeye kqnq ya taabolo la min t\g\ ye **FMPOS**

Nb na kalam d\ kq d\nniyaw , kqwalenw ani kqcogow kan bangqk\silifqrqw la togodaw la kqrqnkqrqnnyala baginda sigida la.

I nindonin an fq bq kq nafa ba de ye xinimbaara in na.

Nba faaw ya ka gqlyya ko nin xininkali bq kq gundo la ani subura la.

I bq s\n k'I nin don nin kalan na wa?

: ns\nna /___/

1-sqbn n° /___/ ; 2-don: /___/___/___/; 3-kan /___/

▫ Tubabukan ; 2- bamanankan

A- bugunnatigqli ; hadamadenya ani m\g\ begun lahalaya

4- cq /___/ muso /___/ ; 5 - sihakq /___/ ; 6- furuko /___/
1= a furulen; 2= a furusalen don; 3- a furulen tq; 4- u bq kanu na ten
x\g\n kan; d\ wqrqw.....

7-dùnq /___/ ; 1-silamq; 2- keretiyen; do wqrqw.....

8- s\ r\ cogoya aw\= 1 ayi= 2

Kuran /___/ ; arajo /___/ ; diabaranin /___/; firizidqri
/___/; orobinq /___/ ; luwanse /___/ ; robili /___/ ; k\ \n /___/

Tubabuxqqn /___/ ; farafinwqqn /___/; d\wqrqw.....

9- kalan kundama aw\=1 ayi=2

Kalan kun f\lo /___/; cqmancq kalan /___/; sanfq kalan /___/; morikalan /___/
Fasokalan /___/; fosi /___/

B-d\ nniya bangq kqcgogo xuman kan

10- I delika bangqk\ \sili kuma men wa?

Awo=1 ; ayi=2

11-ni awo, a k\ r\ ye mun ye ? aw\= 1 ; ayi= 2

Ka furancq don denw x\g\cq /___/

Ba ka kqnqya /___/ ; den ka kqnqya /___/ ; bangq hakq d\g\ya /___/
:denbaya ka hqrq /___/ ; denmisqnninw ka lam\cogo xuman /___/ ; d\
wqrqw

12- I bq kunnafoni s\ r\ y\ r\ jumen ka caya bangqk\ \osili kan ? /___/ awo
= 1 ; ayi =2

Fa /___/ ; ba /___/ ; balimancq /___/ ; kalanso /___/ ; jqkakumakqy\ r\
/___/ ;

Kunnafoni sow /___/ ; teriw /___/ kqnqyaso /___/ ; d\ wqrqw.....

13- I bq bangqkolosilifqqrq jumen don ? /___/ ; awo=1 ; ayi=2

Furakisqnin /___/ ; sindili /___/ ; mananin /___/ ; ladafqqrq /___/
lawajifagafura /___/ ; kalosabanin /___/ ; alimetinin (n\ripilan) /___/
min bq bila wolnugu k\ n\ /___/ ; d\ wqrqw.....

14-i ba kalamoko y\ r\ kqrqnkqrqnnen bq yen bangak\ \sitaabolo kan wa ?
/___/

Awo=1 ayi=2

15-ni awo ; I delilaka se cakqda ninnu na wa ? /___/ awo =1 ; ayi = 2

16- ni ayi ; i munna ? awo = 1 ; ayi = 2

Lada /___/ ; dùnq /___/ ; o kun tq /___/ ; faantanya /___/ ; d\
wqrqw.....

17- I yqrq bolo ; waati jumen kan don banjq fila ni x\g\n cq

Furancq /___/___/

18- xagata bq kafox\g\ nya kqlila kas\ r\ a tuma ma se wa ? /___/ ; awo
=1. ayi= 2

19- ni awo ; jumqnw don ?

20- I ba d\n xagata min bq bogotiginin ka k\n\tixqla wa ? /___/ ;awo=1 ;
ayi=2

21- ni awo ,xagata d\w fl ?

C .hakilinaw (kqcogo)

22- i ka hakilinata ye mun ye k\n\tixq laxininen kan ?

Nbq s\n a ma /___/ ; ntq s\n a ma /___/ ; a ma faabi /___/

23-i yqrrq fq l s\nna bangqk\n\sili ma wa ? awo = 1 ; ayi = 2

24 -ni ayi ; a kun kunbabaw ye mun ye ?

Lada /___/ ; d\nq /___/ ; k\nlol\w /___/ ; d\ wqrrq.....

D- kqwalenw

25- I delila ka bangqk\n\sifqrrq d\ kq wa ? /___/

Awo = 1 ; ayi = 2

26- ni awo ; jumen -jumenw don ?

Furakisqnin /___/ ; sindili /___/ ; manani /___/ ; lada fqrrq /___/

Lawajifagafura /___/ ; kalosabani /___/ ; alimqtinin /___/ ; min bq bila

wolonugu k\n\ /___/ ; bangqk\n\silik\n\nin /___/ ; d\ wqrrq.....

E- i yqrrq hakilinaw

Bonjour / Bonsoir,

Je me nomme Djouma KANSAYE, étudiante à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS), je suis chargée de faire une étude sur les connaissances, attitudes et pratiques comportementales en matière de planification familiale en milieu rural particulièrement à Baguinéda.

Votre participation sera d'un grand apport pour l'amélioration de ce travail.

Je vous informe surtout que l'enquête est anonyme et toutes les informations qui seront recueillies sont confidentielles.

Accord de participation à l'étude j'accepte /___/ **OUI=1 ; NON=2**

1. Fiche N° /___/ ; 2. Date /___//___//___/ ; 3. Langue /___/

3.1 =français ; 3.2 =bambara ;

A. Identification et caractéristiques sociodémographiques

4. Sexe /___/ ; 5. Age /___/ ; 6. Statut matrimonial /___/ 1=marié ; 2=divorcé ; 3=célibataire ; 4=vivant en concubinage ; autres à préciser.....

7. Religion /___/ 1=musulman ; 2=chrétien ; autres à préciser.....

8. Niveau de vie : **OUI=1 ; NON=2**

Electricité /___/ ; Radio /___/ ; Télévision /___/ ; Réfrigérateur /___/ ; Robinet /___/ ; Location /___/ ; Voiture /___/ ; Puits /___/ ; Campus /___/ ; WC /___/ ; Latrine /___/ ; autres à préciser.....

9. Niveau d'alphabétisation : **OUI=1 ; NON=2**

Primaire /___/ ; Secondaire /___/ ; Supérieur /___/ ; Ecole coranique ou Médersa /___/ ; Langue nationale /___/ ; aucun /___/ ; autres à préciser.....

B. Connaissances en matière de santé de la reproduction

10. Avez-vous déjà entendu parler de PF ? /___/ **OUI=1 ; NON=2**

11. Si OUI quel est son sens ? **OUI=1 ; NON=2**

Espacement de naissance /___/ ; Santé de la mère /___/ ; Santé de l'enfant /___/ ;
Moins de naissances /___/ ; Moins de dépenses /___/ ; Famille heureuse /___/ ;
Meilleure éducation des enfants /___/ ; autres à préciser.....

12. Quelles sont vos principales sources d'information sur la planification familiale ?
/___/ **OUI=1 ; NON=2**

Père/___/ ; Mère/___/ ; Frère/___/ ; Ecole/___/ ; Conférence/___/ ; Médias/___/ ;
Amis (es) /___/ ; Centre de santé (hôpital)/___/ ; Autres à préciser.....

13. Quelles sont les méthodes contraceptives que vous connaissez ? /___/

OUI=1 ; NON=2 Pilule/___/ ;

Allaitement maternel /___/ ; Préservatif/___/ ; Méthode traditionnelle/___/ ;
Spermicide/___/ ; Contraceptifs injectables/___/ ; Norplan/___/ ; Dispositif intra-
utérin/___/ ; Autres à préciser.....

14. Savez vous qu'il existe des services de prestation de PF ? /___/ **OUI=1 ;
NON=2**

15. Si OUI, avez-vous déjà fréquenté ces services ? /___/ **OUI=1 ;
NON=2**

16. Si NON pourquoi ? /___/ **OUI=1 ; NON=2**

Coutume /___/ ; Religion/___/ ; Pas besoin/___/ ; Pauvreté/___/ ; Autres à
préciser.....

17. Selon vous, combien de temps une femme qui a un bébé devrait elle attendre
avant den avoir un autre ? /___//___/

18. Il y a-t-il des dangers liés aux relations sexuelles précoces ? /___/ **OUI=1 ;
NON=2**

19. Si OUI lesquels?.....

.....

20. Connaissez-vous les risques encourus par les jeunes filles qui pratiquent
l'avortement ? /___/ **OUI=1 ; NON=2**

21. Si OUI, citez quelques uns de ces risques.....

.....

C. Attitudes (perceptions et représentations)

22. Quelle est votre opinion sur l'avortement provoqué ?

Approuve/___/ ; Désapprouve /___/ ; Pas de réponse /___/

23. Personnellement, êtes-vous favorable à la PF ? /___/

OUI=1 ; NON=2

24. Si NON, quelles sont les principales raisons ?

Coutumes /___/ ; Religion /___/ ; Effets secondaires /___/ ; Autres à préciser.....

D. Pratiques comportementales (utilisation)

25. Avez-vous déjà utilisé une méthode contraceptive ?/___/ **OUI=1 NON=2**

26. Si OUI, la / les quelles ? Pilule /___/ ; Allaitement maternel /___/ ; Préservatif /___/ ; Méthode traditionnelle/___/ ; Spermicide/___/ ; Contraceptifs injectables/___/ ; Norplan/___/ ; Dispositif intra-utérin/___/ ; Collier contraceptif /___/ ; Autres à préciser.....

E. Observations personnelles :

.....

FICHE SIGNALÉTIQUE

NOM : KANSAYE

PRENOM : DIOUMA

ANNEE DE SOUTENANCE : 2009-2010

TITRE DE LA THESE : *Connaissances, attitudes, et pratiques comportementales des femmes de Baguinéda âgées de 15 à 45 ans en matière de la planification familiale.*

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

PAYS D'ORIGINE : MALI

LIEU DE DEPOT : *Bibliothèque de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie*

SECTEURS D'INTERET : Département de *Santé Publique ;*

gynéco-Obstétrique ; Pédiatrie

OBJET : *Déterminer les connaissances, attitudes, et pratiques comportementales des femmes de Baguinéda âgées de 15 à 45 ans en matière de la planification familiale.*

RESUME

Notre étude fournit une vue d'ensemble des connaissances, attitudes et pratiques comportementales des femmes de Baguinéda en matière de planification familiale.

Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive menée de Décembre 2009 en Avril 2010 à Baguinéda sur un échantillon de 500 femmes. La technique utilisée pour collecter nos données fut un questionnaire semi structuré. Malgré les difficultés rencontrées, cette étude nous apporte un éclairage sur la problématique qui nous a motivé de la mener. Les femmes enquêtées ont entendu parler de la PF (99,6%). La majorité l'assimilent à un espacement des naissances 100%, suivi de la santé de l'enfant 99,8% ; la santé de la mère 100%, une meilleure éducation des enfants 99,6%, famille heureuse 99,6%. D'autres sens étaient évoqués par certaines femmes démontrant leur manque d'information conséquent sur le sujet.

Comme méthodes de PF connues, le contraceptif injectable fut le plus dominant avec 40,18%, le Norplan avec 14,80 %, la pilule 14,50%. L'allaitement maternel et les autres méthodes étaient moins cités. Les principales sources d'information étaient les médias (96,6%), les centres de santé (94,4%), les amis (86,0%), les conférences (16,4%) et l'école (7,2%).

La majorité des femmes soit 44% pense qu'il faut 3 à 4 ans d'intervalle entre 2 naissances. Elles affirmaient à 99,8% qu'il existe des risques liés à l'avortement provoqué et 100% désapprouvaient cette pratique.

Les femmes enquêtées approuvaient la PF à 99,6% et 66,2% ont utilisé au moins une méthode. Le contraceptif injectable était la méthode la plus utilisée gonflant le taux d'utilisation qui demeure faible sans cette méthode.

Cette étude nous donne aussi une idée sur les connaissances, perceptions et attitudes de ces femmes sur les rapports sexuels précoces, les grossesses précoces, l'avortement provoqué et leurs risques.

Mots clés : Connaissances, femmes, planification familiale, attitude, comportement, Baguinéda

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni 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.

Respectueuse 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 couverte d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !

