

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple Un But Une Foi

**UNIVERSITÉ DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET
DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO**



U.S.T.T-B

**FACULTE DE FACULTE
DE PHARMACIE**

FAPH



Année universitaire 2022 – 2023

N°.....

THESE

**CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES
FEMMES EN AGE DE PROCREER VUES AU CSREF DE LA
COMMUNE VI EN MATIERE DE PLANIFICATION
FAMILIALE**

**Présentée et soutenue publiquement le 28/12/ 2023
devant la Faculté de Pharmacie par :**

Mme. Fatoumata MAIGA

**Pour obtenir le grade de Docteur en Pharmacie
(Diplôme d'État)**

JURY

Président : Pr Ababacar MAIGA
Membres : Pr Fatou DIAWARA
Dr Mody CISSE
Co-directeur : Dr Bakary DIARRA
Directeur de Thèse : Pr Akory Ag IKNANE

REMERCIEMENTS

Je rends grâce à **ALLAH** Seigneur de l'univers le Tout Miséricordieux, le Très Miséricordieux, créateur des cieux et de la terre et de tous ceux qui ci trouve. Toute la louange appartient à **ALLAH** qui m'a créée alors que je n'y étais pas et m'a facilité le chemin jusqu'à ce jour. Louange à vous de m'avoir permis de réaliser ce travail ; je vous demande de mettre la baraka dans ce travail, de me faciliter le reste et de préserver ma foi dans le milieu professionnel.

Je rends le salut au Prophète Mohammad « que la paix d'ALLAH soit sur lui », le plus grand Homme de toute la création. Mon amour pour vous est plus grand que tout l'univers entier. Louange à ALLAH d'avoir fait de vous un guide et le meilleur exemple à suivre pour toute l'humanité.

À mes frères et sœurs : Aissata Maiga, Abasse Maiga, Hadizatou Maiga, Oummoul Khaira Maiga, Mariam Maiga, Hadiara Maiga, Madina Maiga et Mahamane Maiga

Merci pour tout le soutien physique ou morale que vous m'avez apporté, vous avez toute ma gratitude.

À mon mari Badi Haidara

Merci pour ton soutien, tes conseils et ton aide aussi noble.

À mon fils Mahamane Chidda Haidara

Ta venue en ce monde a été une bénédiction pour moi. Longue vie à toi que le tout puissant t'aide à vaincre tous les obstacles de la vie.

À mes oncles, cousins et cousines

Merci pour le réconfort moral que vous n'avez cessé de m'apporter pendant tant d'années d'étude.

À mes amies de la faculté précisément **Coura Camara, Jamila Walet, Mariam Tessougué, Kadidiatou Coulibaly**

Votre nom qui apparaît quand je pense à ces moments de joies, de folies, je remercie le tout puissant de m'avoir donné des amies comme vous.

À mon collègue et camarade de classe Feu Hawa Kodio

Merci pour la joie que tu m'as apporté pendant ton court séjour sur cette terre. Que ton âme repose en paix.

À Dr Assanatou DOUMBIA

Vos remarques ont été très bénéfiques pour l'amélioration de ce document, recevez toute ma reconnaissance.

Mes remerciements également à l'endroit :

Tout le personnel du CSRef de la commune VI.

Tous mes enseignants du fondamental, du lycée, et de la faculté.

DEDICACES

Je dédie ce travail à :

À mon père Abdou T Maiga

Cher papa une chose est de mettre un enfant au monde, l'éduquer en est une autre. Tu m'as transmis des valeurs, des principes et des règles qui ont forgé mon éducation et ma personnalité au fil des années. Que Dieu t'accorde une longue vie ! Merci.

À ma mère Hamsatou Maiga

Chère mère que puis-je te dire et faire pour te récompenser de tous tes sacrifices, que de nuits blanches à prier pour nous. Trouvez à travers ce travail qui t'est dédié la récompense de tes efforts. Que Dieu t'accorde une longue vie.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

À notre Maître et Président du jury

Professeur Ababacar MAIGA

- ↳ Professeur titulaire de toxicologie à la faculté de pharmacie [FAPH] ;
- ↳ Ancien vice doyen de la faculté de pharmacie ;
- ↳ Ancien directeur adjoint de la direction de la pharmacie et du médicament ;
- ↳ Directeur général adjoint de l'Institut National de Santé Publique [INSP].

Cher maître

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse, malgré vos occupations.

Tout au long de ce travail nous avons été touchés par votre simplicité et votre disponibilité pour la formation des étudiants.

Soyez-en rassurez de notre respect et de notre profonde reconnaissance !

À notre Maître et Juge

Professeur Fatou DIAWARA

- ↳ Maître de conférences en épidémiologie à la Faculté de Pharmacie ;
- ↳ Chef du département des Etudes et Recherches de l'Institut National de Santé Publique (INSP) ;
- ↳ Ancienne cheffe de la Division Surveillance Epidémiologique à l'Agence Nationale de la Sécurité Sanitaire des Aliments (ANSSA);
- ↳ Ancienne point focal des activités de nutrition à la Direction Régionale de la Santé de Bamako (DRS).

Cher maître

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de siéger à ce jury.

Votre courtoisie et votre disponibilité font de vous un exemple.

Recevez ici cher maître l'expression de notre profond respect !

À notre Maître et Juge

Dr Mody CISSE

- ↪ Titulaire d'un Master en sciences du médicament option Chimie Thérapeutique à l'UCAD ;
- ↪ Master en Chimie et Biochimie des produits naturels à la faculté de sciences et techniques de l'UCAD ;
- ↪ Détenteur d'un PhD en chimie Appliquée (Chimie organique et des substances naturelles) ;
- ↪ Maitre-assistant en Chimie Thérapeutique ;
- ↪ Membre de la société Ouest Africain de chimie en 2015 ;
- ↪ Chargé des stages et encadrement des étudiants au LNS en 2019 ;
- ↪ Responsable de la scolarité et des inscriptions à la FAPH ;

Cher maître

Nous sommes touchés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger à ce jury.

Votre abord facile et votre grande simplicité font de vous un exemple.

Trouvez ici cher maître, l'expression de notre profonde gratitude !

À notre Maître et Co-directeur de thèse

Docteur Bakary DIARRA

- ↳ Médecin de Santé Publique, Spécialiste en Assurance Qualité des Soins et Gestion des Services de Santé ;
- ↳ Chef du Département Nutrition et Sécurité Sanitaire des Aliments de L'institut National de Santé Publique ;
- ↳ Maître Assistant en Santé Publique au DER Santé Publique FMOS/FAPH ;
- ↳ Ancien Secrétaire Général du Ministère de le Santé et de L'hygiène Publique ;
- ↳ Ancien Directeur Général de L'agence National D'évaluation des Hôpitaux (ANEH) ;
- ↳ Ancien Médecin Directeur du Centre de Santé Communautaire de Seyla, District Sanitaire de Dioila, Région de Koulikoro ;
- ↳ Ancien Médecin Chef des Districts de Tominian et Niono, Région de Segou ;
- ↳ Médaillé du Mérite National avec Effigie Abeille.

Cher maître

Vous nous avez faites un grand honneur en acceptant de codiriger ce travail.

Tout au long de ce travail vous avez forcé notre admiration par vos talents scientifiques, et par votre sens aigu du travail bien fait.

Votre simplicité et votre disponibilité font de vous un exemple à suivre.

Recevez ici cher maître, l'expression de notre profond respect et de nos sincères remerciements.

Que le tout puissant vous accorde santé et longévité !

À notre Maître et Directeur de thèse

Professeur Akory AG IKNANE

- ↪ Professeur Titulaire en Santé Publique/ Nutrition à la Faculté de Médecine et d'odontostomalogie (FMOS) et de la Faculté de Pharmacie (FAPH) ;
- ↪ Consultant OMS sur les Urgences Sanitaires ;
- ↪ Président du Réseaux Malien de Nutrition (REMANUT) ;
- ↪ Secrétaire Général de la Société Malienne de Santé Publique (SOMASAP) ;
- ↪ Ancien Directeur Général de L'agence National D'investissement des Collectivités Territoriales (ANICT) ;
- ↪ Ancien Directeur Général de L'agence National pour la Sécurité Sanitaire des Aliments.

Cher maître

Nous avons beaucoup admiré vos qualités scientifiques et humaines.

Votre disponibilité, la valeur de vos connaissances, votre accueil toujours courtois nous ont conquis.

Cher maître, veuillez recevoir en toute modestie l'expression de notre immense gratitude !

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AMPPF :	Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille
ASACOCY :	Association de Santé Communautaire du Cité des logements sociaux 1008
ASACOFA :	Association de Santé Communautaire de Faladié
ASACOMA :	Association de Santé Communautaire de Magnamboubougou
ASACONIA :	Association de Santé Communautaire de Niamakoro 2
ASACOSE :	Association de Santé Communautaire de Senou
ASACOSO :	Association de Santé Communautaire de Sogoniko
ASACOSODIA :	Association de Santé Communautaire de Sokorodji- Dianéguéla
ASACOYIR :	Association de Santé Communautaire de Yirimandio
ANIASCO :	Association de Santé Communautaire de Niamakoro
ASACOBABA :	Association de Santé Communautaire de Banankabougou
CSRef :	Centre de Santé de Référence
DIU :	Dispositif Intra Utérin
EDS :	Enquête Démographique de Santé
IST :	Infection Sexuellement Transmissible
MAMA :	Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
ORL :	Otorhinolaryngologie
PF :	Planification Familiale
SIDA :	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
USAID:	United States Agency for International Development
UNICEF :	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH :	Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI selon la tranche d'âge.	34
Tableau II : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI selon la profession.	35
Tableau III : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI selon la résidence.	35
Tableau IV : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI selon le statut matrimonial.	36
Tableau V : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI en matière de la PF en 2023 selon le revenu moyen mensuel.	37
Tableau VI : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI en matière de la PF en 2023 selon le nombre d'enfants vivant.	38
Tableau VII : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI en matière de la PF en 2023 selon le nombre d'enfants souhaité y compris l'existant.	39
Tableau VIII : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI selon l'objectif cité de la PF.	40
Tableau IX : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI selon les méthodes contraceptives citées.	41
Tableau X : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI selon les conséquences de la non pratique de la PF.	42
Tableau XI : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI selon leur connaissance des effets secondaires dû aux produits de la PF.	43
Tableau XII : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI selon la source d'information sur la PF.	44
Tableau XIII : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI par rapport à la prise de décision de la méthode de la PF.	46
Tableau XIV : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI selon l'utilisation d'une méthode contraceptive.	46
Tableau XV : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI selon la contraception utilisée.	46
Tableau XVI : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI selon les raisons de la non utilisation des méthodes contraceptives.	47
Tableau XVII : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI selon la tranche d'âge et l'objectif de la PF.	47
Tableau XVIII : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI en 2023 selon l'âge et la connaissance des méthodes contraceptives.	48
Tableau XIX : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI en 2023 selon le niveau d'étude et la connaissance de l'objectif de la PF.	48
Tableau XX : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI en 2023 selon la tranche d'âge et l'attitude.	49
Tableau XXI : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI en 2023 selon le niveau d'étude et l'attitude.	49
Tableau XXII : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI en 2023 selon la tranche d'âges et la méthode de contraception utilisé.	50
Tableau XXIII : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI en 2023 selon le niveau d'étude et l'utilisation d'une méthode contraceptive.	50

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Structures chimiques de levonorgestrel d'éthinylestradiol.....	18
Figure 2 : Structure chimique d'acétate de médroxy-progesterone.....	19
Figure3 : Structures chimique d'acétate d'ulipristal.....	22
Figure 4 : Carte de la commune VI (Source : Agence de développement régionale ADR). ...	26
Figure 5 : Organigramme du CSRef de la commune VI (Source : Administration du CSRef de la commune VI).....	27
Figure 6 : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI selon le niveau d'étude.	33
Figure 7 : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CS Ref de la commune VI selon celles qui sont dans un foyer polygamique.....	35
Figure 8 : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI selon l'activité génératrice de revenu réalisé.....	36
Figure 9 : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI selon la distance du centre de santé CsRef de la commune VI.	37
Figure 10 : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI selon la définition de la PF.....	38
Figure 11 : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI selon leur connaissance de l'objectif de la PF.....	39
Figure 12 : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI selon leur Connaissance des méthodes contraceptives.	40
Figure 13 : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI selon leur connaissance des conséquences de la non pratique de la PF.....	41
Figure 14 : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI selon leur connaissance sur l'effet secondaire de la PF.	42
Figure 15 : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI selon leur pensée de l'espacement des naissances.	43
Figure 16 : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI selon celles qui sont favorable à la PF.	44
Figure 17 : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI selon la promotion de la PF.....	44

TABLE DES MATIÈRES

I. INTRODUCTION	1
PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE.....	4
QUESTIONS DE RECHERCHE	7
II. OBJECTIFS.....	9
1. Objectif général	9
2. Objectifs spécifiques	9
III. GENERALITES	11
1. Historique de la planification familiale dans le monde et au Mali.....	11
2. Définitions	11
3. diverses activités de la Planification Familiale.....	13
4. Différentes méthodes contraceptives.....	13
4.1. Méthodes naturelles	13
4.2. Méthodes de barrières : méthodes chimiques	16
4.3. Contraception hormonale combinée	18
4.4. Méthodes chirurgicales	Erreur ! Signet non défini.
4.5. Méthodes traditionnelles	Erreur ! Signet non défini.
IV. METHODOLOGIE	24
1. Cadre et lieu d'étude.....	25
2. Type d'étude	25
3. Période d'étude	26
5. Échantillonnage	26
6. Variables d'étude	27
7. Collecte des données	28
8. Considérations administratives et éthiques.....	30
V. RESULTATS	32
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	50
VII. CONCLUSION.....	55

VIII. RECOMMANDATIONS	57
IX. REFERENCES.....	58
ANNEXES.....	64

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

La planification familiale est l'un des quatre piliers de l'initiative en faveur d'une maternité sans risques qui vise à réduire la mortalité maternelle, néonatale et infantile dans les pays en développement [1].

C'est lors de la conférence internationale sur la population et le développement, tenue au Caire en 1994, que le recours à la planification familiale a été consacré en langage de droit au niveau international. Pour l'OMS, la planification familiale permet aux populations d'atteindre le nombre souhaité d'enfants et de déterminer quel sera l'espacement de naissances. Elle consiste à utiliser des méthodes contraceptives et à traiter l'infécondité [2].

Au Mali, le concept de Planification Familiale (PF) comprend un ensemble de mesures et de moyens de régulation de la fécondité, d'éducation et de prise en charge d'affections de la sphère génitale, mis à la disposition des individus et des couples afin de contribuer à réduire la mortalité et la morbidité maternelles, infantiles et juvéniles notamment celles liées aux IST-VIH/SIDA, aux grossesses non désirées, aux avortements et assurer ainsi le bien-être familial et individuel [2].

La planification familiale, en Afrique et au Mali spécifiquement, a bravé plusieurs restrictions afin que le service soit effectif. Cela en raison de la sensibilité du sujet dans les sociétés africaines où parler de sexualité ou de planification familiale n'est pas évident.[3]

Selon l'Organisation des nations unies en 2019, dans le monde ,842 millions de femmes utilisent des méthodes modernes de contraception et 80 millions utilisent des méthodes traditionnelles de contraception. De plus 76% des femmes sont satisfaites des méthodes de contraception [4].

En 2022, en matière de planification familiale, le Mali connaît un retard considérable par rapport à d'autres pays africains en termes d'utilisation des services. Cette faible utilisation des services de santé de la reproduction en général et de la Planification Familiale (PF) contribue pour beaucoup aux maladies et aux décès des femmes en travail et/ou des enfants de moins d'un an [5].

En 2021, dans le monde chaque minute qui passe, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) une femme meurt suite à des complications liées à la grossesse ou à l'accouchement, 26 à 53 millions d'avortements sont pratiqués chaque année [6].

Selon l'OMS en 2015, le taux de mortalité maternelle en Afrique est de 940 pour 100000 naissances vivantes. Au Mali, selon l'EDS VI en 2018 le taux de décès maternel est de 325 pour 100 000 naissances vivantes [7].

La planification familiale est un moyen essentiel pour maintenir la santé de la femme, de l'enfant et de la famille.

La garantie d'un accès de la population aux méthodes de contraception permet de renforcer plusieurs droits humains tels que le maintien de la santé [7].

L'utilisation des méthodes contraceptives a augmenté dans de nombreuses régions du monde, en particulier en Asie et en Amérique latine, mais reste faible en Afrique subsaharienne. Au niveau mondial, elle est passée de 54% en 1990 à 57,4% en 2014. En Afrique, elle est passée de 23,6% à 27,6 entre 2008 et 2014. Au Togo, sa prévalence est passée de 15,2% en 2012 à 24,3% en 2017. Au Mali, la prévalence contraceptive qui était de 10% en 2013 est passée à 17 % en 2018 [7].

La lenteur de cette augmentation s'explique entre autres, par : le choix limité des méthodes, l'accès limité aux services, en particulier par les jeunes filles, la crainte d'effets secondaires les barrières culturelles ou religieuses, le manque d'information, le niveau d'instruction encore faible des femmes.

Au Mali malgré les actions entreprises, le niveau de la fécondité reste parmi les plus élevés du monde (6,3 enfants /femme) [8].

Dans le souci d'une augmentation du taux de prévalence contraceptive, nous avons entrepris de réaliser une étude sur la Planification Familiale chez les femmes reçues au CSRef de la commune VI.

PROBLEMATIQUE

PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE

La PF est l'une des interventions les plus bénéfiques pour la santé maternelle et la survie des enfants.

En taux de croissance annuelle (hors migration), la moyenne africaine est actuellement deux fois plus forte que la moyenne mondiale : 2,5 % contre 1,2 %. Onze pays affichent une croissance dépassant 3 %, le Niger détenant encore le record avec 3,8 %. Certes les taux sont appelés à baisser au cours des prochaines décennies, mais la croissance pourrait encore dépasser 3 % en 2050 au Niger, et 2 % dans dix autres pays. Ces taux de croissance élevés résultent d'une très forte fécondité [9]. La moyenne en Afrique subsaharienne se situe aujourd'hui à 5,4 enfants par femme, contre 2,5 en moyenne mondiale. Avec 2,5 enfants on est au niveau de remplacement des générations en Afrique (compte tenu de la mortalité actuelle), ce qui entraîne à terme une population stationnaire, mais avec 5,4 on en est encore très loin. Le Niger se distingue toujours avec 7,6 enfants actuellement, devant la Somalie (7,1) puis le Mali et le Tchad (6,8) [9].

En effet, selon un rapport conjoint de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID), le statut des femmes ne peut être amélioré que si elles peuvent accéder à la PF. En outre, certaines recherches menées dans des pays en développement ont prouvé que la baisse de la fécondité pouvait générer des avantages économiques, tant au niveau des ménages qu'au niveau national à travers la capture du dividende démographique. De façon plus précise, la baisse de la fécondité serait de nature à diminuer le volume des investissements démographiques [10].

En 2019, sur 1,9 milliard de femmes en âge de procréer (15-49 ans) dans le monde, elles sont 1,1 milliard à avoir besoin de planification familiale ; parmi celles-ci, 842 millions utilisent des méthodes de contraception, et 270 millions n'ont pas accès à la contraception dont elles ont besoin. La proportion de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) utilisant des méthodes modernes de planification familiale l'indicateur 3.7.1 des objectifs de développement durable était de 75,7 % à l'échelle mondiale en 2019 [11].

Au Mali, les premiers programmes consacrés à la planification familiale datent du début des années 1970. Depuis cette période, les initiatives se sont multipliées pour obtenir une plus grande adhésion des populations locales tant dans le secteur étatique que dans le secteur des ONG. Malgré le dispositif institutionnel mis en place pour atteindre cet objectif, la relativement bonne disponibilité des produits contraceptifs et les nombreuses campagnes de

communication, le taux de prévalence contraceptive reste l'un des plus faibles du continent. Pour les méthodes modernes, il est 9,9 % chez les femmes en union (CPS 2013) [11].

Au Mali, en 2017, le taux de consultation dans un service de PF était de 6,1 % et que 60 % des femmes n'avaient aucune information concernant la planification familiale [1].

Face à cette situation nous nous sommes intéressés à ce sujet, pour savoir les raisons principales du taux faible de l'usage des méthodes contraceptives.

QUESTION DE RECHERCHE

QUESTION DE RECHERCHE

- Les femmes vues en consultation au CSRef de la commune VI du district de Bamako ont-elles une bonne connaissance sur la planification familiale ?

OBJECTIFS

II. OBJECTIFS

1. Objectif général

Évaluer les connaissances, attitudes et pratiques des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI en matière de planification familiale.

2. Objectifs spécifiques

- Décrire les caractéristiques socio démographiques et économiques des femmes utilisatrices de méthodes de planification familiale ;
- Déterminer les connaissances, attitudes et pratiques des femmes vues en consultation au CSRef de la commune VI en matière de planification familial ;
- Identifier les facteurs qui influencent les connaissances, attitudes et pratiques des femmes vues en consultation au CSRef de la commune VI à propos de la planification familial.

GENERALITES

III. GENERALITES

1. Historique de la planification familiale dans le monde et au Mali

Depuis 1970 le gouvernement Malien est préoccupé par les différents problèmes de santé de la mère et de l'enfant. Malgré les activités menées le taux de mortalités et de morbidité reste élevé.

En août 1971, une délégation malienne, pour la première fois, assiste à un séminaire organisé par le Centre de Recherche pour le Développement International (CRDI) à Montréal. À la suite de ce séminaire, le gouvernement a élaboré un projet d'ordonnance modifiant les articles 1 et 2 de la loi du 31 juillet 1920 [12].

Au début de l'année 1972, est ouvert un centre pilote de PF à Bamako. Le centre est créé pour l'Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille (AMPPF) ; ses activités étaient fondées sur les soins, la recherche, des informations et des formations du personnel en PF [12].

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

En 1991 le Mali a fait une déclaration de politique nationale de population. Le 8 mars 1991, le gouvernement conscient de l'impact des problèmes de population sur le développement socio-économique du pays, a adopté une politique nationale de population révisée en 2001 [12].

En 1994 avec la conférence internationale sur la population et le développement au Caire (Egypte), le gouvernement du Mali s'est engagé à agir dans le domaine de la santé de la reproduction, engagement réitéré lors de la 4ème conférence mondiale sur les femmes à Beijing (Chine) en septembre 1995.

En juin 1995 a été organisé un atelier de révision des normes et procédures de santé maternelle, infantile et planning familial.

Du 14 au 18 mars 2005 le Mali a organisé sur toute l'étendue du territoire national, une 1ère campagne de sensibilisation concernant les enjeux liés au planning familial avec comme thème l'espace des naissances pour une meilleure qualité de vie[12].

2. Définitions

2.1. Contraception

La contraception est définie comme une méthode visant à éviter, de façon réversible et temporaire, la fécondation d'un ovule par un spermatozoïde ou, s'il y a fécondation, la nidation de l'œuf fécondé [13].

2.2. Planification familiale

La planification Familiale (PF) est l'ensemble des moyens et techniques médicaux ou non mis à la disposition des individus et des couples pour leur permettre d'assurer leur sexualité de façon responsable, de manière à éviter les grossesses non désirées, espacer les naissances, avoir le nombre désiré d'enfants au moment voulu [8].

2.3. Connaissances en matière de la PF

C'est la manière dont les individus apprennent les méthodes contraceptives, y compris leurs risques et avantages, ainsi que la façon de les utiliser, à partir d'une grande variété de sources : amis et famille, les médias électroniques et imprimés, les professionnels de la santé et le matériel éducatif qu'ils distribuent, des institutions telles que écoles et collèges et de nombreuses ressources communautaires [14].

2.4. Attitudes en matière de la PF

L'attitude fait référence aux sentiments ou tendances positifs ou négatifs d'un individu à l'égard d'une idée, d'un objet ou d'un symbole. Selon Bohner, l'attitude est tout ce qu'une personne possède réellement et qu'elle réalise plus tard [14].

2.5. Pratique en matière de la PF

C'est l'utilisation par les femmes ainsi que les hommes des diverses activités de la PF, tel que la contraception, la consultation prénuptiale. Etc....

3. Diverses activités de la Planification Familiale

- l'information et conseil en matière de santé et de la famille ;
- l'éducation sexuelle et familiale ;
- la prévention et traitement de la stérilité conjugale ;
- la contraception ;
- la consultation prénuptiale ;
- la recherche etc....

4. Différentes méthodes contraceptives

4.1. Méthodes naturelles

- **Abstinence sexuelle**

Elle est une méthode où l'homme et la femme n'entretiennent aucune relation sexuelle [15].

- Avantages

Dans un premier temps, il n'y a aucune possibilité de grossesse et dans le second temps ne requiert pas de prise de médicaments contraceptifs [15].

- Inconvénients

-Elle est complexe, délicate et difficile à supporter ;

- entraîne des dysfonctionnements érectiles chez l'homme ;

-après une longue période d'abstinence, le désir sexuel peut être long à se remettre en marche [15].

- **Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)**

C'est une méthode de contraception temporaire pour les mères qui n'ont pas encore eu leur retour de couches, la mère doit pratiquer l'allaitement exclusif jour et nuit, et son bébé doit avoir moins de 6 mois. Cette méthode empêche la libération des ovules des ovaires (ovulation) [15].

- **Avantage**

Cette méthode est simple, gratuit, pas d'effets secondaires pour la femme et ne nécessite pas de prise de médicaments.

Elle favorise la pratique de l'allaitement maternel.

- **Inconvénients**

L'allaitement maternel à la demande est une tâche délicate pour certaine mère et n'est valable que 6 mois au moins. L'allaitement maternel exclusif n'est pas encore accepté par tous car une ovulation peut subvenir à l'insu de la mère qui pourrait tomber enceinte. Cela ne protège pas contre les IST/SIDA et n'est pas conseillée aux femmes qui présentent une maladie immunodéprimée telles que le VIH, le SIDA, la tuberculose, le cancer, la cardiopathie sévère, etc. [15].

- **Coït interrompu**

Cette pratique amène l'homme à retirer son pénis du vagin de sa partenaire pour éjaculer à l'extérieur évitant du même coup que le sperme n'entre en contact avec les parties génitales extérieures de la femme. C'est une méthode qui empêche le sperme de pénétrer dans le corps de la femme [15].

- **Avantages**

Cette méthode est simple, gratuit et sans effets secondaires et nécessite pas de prise de médicaments ;

Pratiqué correctement elle procure une protection contre les grossesses non désirée.

- **Inconvénients**

L'inconvénient principal à cette méthode est son taux d'échec (27%).

Très difficile à pratiquer, l'homme ne parvient pas toujours à se retirer à temps, ou ne se rend pas compte qu'il a éjaculé [16].

- **Méthode de la température**

Elle est basée sur l'hyperthermie provoquée par la progestérone secrétée par le corps jaune. La température augmente de 0,2 à 0,5° au moment de l'ovulation. Elle suppose qu'il n'y a qu'une seule ovulation par cycle [15].

- **Avantage**

Elle ne nécessite pas de prise de médicaments et elle n'a pas d'effets secondaires pour la femme.

- **Inconvénients**

Certains couples l'acceptent mal à cause d'une période d'abstinence plus ou moins longue, difficile à utiliser pour une femme non scolarisée et s'applique difficilement chez une femme qui travaille la nuit. De même si la femme fait de la fièvre pour motif de maladie (infection, etc...) [15].

- **Méthode de la glaire cervicale ou méthode BILLINGS**

Elle est basée sur les modifications cycliques de la glaire cervicale. La glaire cervicale est peu abondante avant l'ovulation et très abondante, filante et gluante au moment de l'ovulation [15].

- **Avantages**

Cette méthode ne nécessite pas de prise de médicaments. Elle n'a pas d'effets indésirables pour la femme.

- **Inconvénients**

Elle a un taux d'échec accru car elle nécessite une longue période d'apprentissage, exige une période d'abstinence plus ou moins longue, et expose à un risque d'infection [15].

- **Méthode d'OGINO-KNAUS**

Elle est largement la plus connue et cependant la moins efficace. Elle est basée sur le calcul de la période fertile (ovulation), considérant les autres périodes du cycle comme non à risque de grossesse. Le manque de fiabilité de cette méthode est dû à l'imprévisibilité de la date de l'ovulation qui peut être décalé et ce, même si les cycles sont réguliers et de nombreux

facteurs peuvent perturber le cycle. Tout rapport sexuel présente un risque de grossesse, quel que soit le jour du cycle [16].

- **Avantages**

Cette méthode est gratuite, et sans effets secondaires pour la femme.

- **Inconvénient**

Le manque de fiabilité dû à l'imprévisibilité de la date de l'ovulation.

- **Le tafo** : cordelettes avec des nœuds d'incantation et attachée autour du bassin de la femme [15].
- **La toile d'araignée** : se place dans le vagin de façon à obstruer l'orifice externe du col empêchant ainsi le passage des spermatozoïdes [15].
- **Le miel** : on le place dans le vagin avant le rapport sexuel, il entraîne une immobilisation des spermatozoïdes [15].

4.2. Méthodes de barrières : méthodes chimiques

- **Préservatif masculin (condom)**

Le préservatif masculin est un capuchon en caoutchouc, très fin et souple destiné à être adapté au pénis, qui sert de contraceptif et de moyen de protection contre le VIH/SIDA et les autres maladies sexuellement transmissibles [16].

Il existe des condoms en polyuréthane, en silicone et en membrane d'agneau.

- **Préservatif féminin**

Tout comme le préservatif masculin, le préservatif féminin est un dispositif utilisé lors des rapports sexuels pour empêcher le passage des spermatozoïdes dans le vagin [16].

- **Avantages des deux préservatifs**

Moins cher et peu d'effets secondaires. Elle protège contre les maladies sexuellement transmissibles et les grossesses non désirées.

- **Inconvénients**

Il faut noter que certaines personnes sont allergiques au latex et donc ne le supporte pas

Parmi les autres inconvénients, on trouve :

- La nécessité de s'entraîner à insérer le dispositif et de l'utiliser plusieurs fois avant de se sentir à l'aise avec cette méthode ;
- L'anneau interne peut causer de l'inconfort et du bruit pendant le coït.
- L'interférence avec l'acte sexuel. [16].

• **Diaphragme**

Le diaphragme est une méthode de contraception intra vaginale utilisée conjointement avec un spermicide. C'est un dôme de latex dont le pourtour contient un anneau d'acier flexible. Il s'insère dans le vagin afin de recouvrir le col utérin [12].

Il existe trois types de diaphragme :

- le diaphragme à ressort à boudin adapté pour les femmes qui ont déjà eu des enfants ;
- le diaphragme à ressort à arceau convient aux femmes qui n'ont jamais eu d'enfants ;
- le diaphragme à ressort à lame fait de silicone pour les femmes allergiques au latex.

• **Cape cervicale**

À utiliser conjointement avec un spermicide (gelée ou crème) ; la cape cervicale est indiquée chez les femmes allaitantes, celles ne souhaitant pas avoir recours à la contraception hormonale ou chez celles pour qui cette dernière est contre indiquée [12].

- **Avantages du diaphragme et de la cape cervicale**

Ils sont réutilisables, ce qui fait d'eux des moyens de contraception économiques.

- **Inconvénient du diaphragme et de la cape cervicale**

Ils doivent être soigneusement lavés entre chaque rapport, pour éviter les risques d'infections. Le risque de syndrome de choc toxique est accru. Il est possible que la cape cause plus d'odeurs et d'écoulements vaginaux que le diaphragme ; de plus, elle peut être déplacée au cours du coït [12].

4.3. Contraception hormonale combinée

La contraception hormonale combinée est constituée d'hormones synthétiquement obtenues à partir des hormones non combinées.

- **Les contraceptifs oraux combinés (COC)**

Il existe trois types :

- monophasiques, contenant une quantité fixe d'œstrogène et de progestatif ;
- biphasiques, la quantité d'œstrogène est fixe, alors que celle de progestatif augmente au cours de la seconde moitié du cycle ;
- triphasiques dont la quantité d'œstrogènes est fixe ou variable, tandis que la quantité de progestatif augmente en trois phases égales

Deux types d'œstrogènes sont utilisés : l'éthinylœstradiol et le mestranol qui est « pro-médicament » converti in vivo en éthinylœstradiol.

En fonction de leur structure chimique, les progestatifs peuvent être répartis en deux groupes :

- Les estranes (norethindrone, di acétate d'ethynodiol).
- Les gonanes (lévonorgestrel, desogestrel, norgestimate) [17].

Exemple : Adepal (biphasique) : constitué de Levonorgestrel et d'éthinylœstradiol

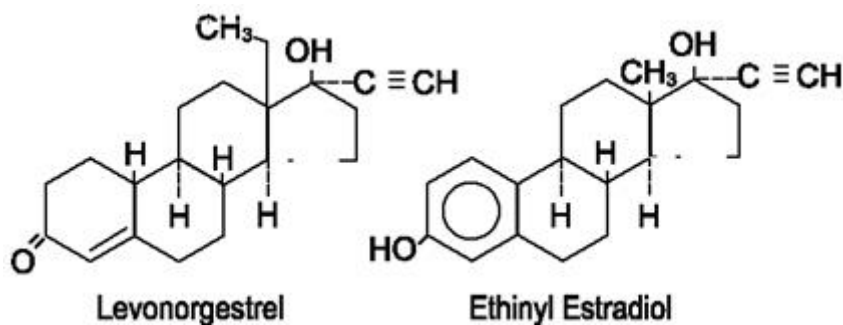


Figure1 : structures chimiques [18].

- **Avantage**

C'est un moyen de contraception très efficace.

- **Inconvénients**

Ils doivent être pris quotidiennement ce qui peut être problématique.

Survenant la plupart du temps au cours des trois premiers cycles, la présence de saignements menstruels anormaux constitue la raison la plus couramment citée par les patientes.

Parmi les autres raisons courantes, on trouve la nausée, le gain pondéral, les sautes d'humeur, la sensibilité des seins et les céphalées, une tension mammaire, des maux de têtes, des acnés, une prise de poids, des douleurs à la poitrine, une élévation de la tension artérielle, etc. [16].

- **Le timbre transdermique**

Le timbre contraceptif diffuse du norelgestromine (principal métabolite actif du norgestimate) et d'éthinylœstradiol quotidiennement dans la circulation générale [12].

- **Avantage**

Il est très efficace, il suffit de se rappeler de le mettre une fois par semaine.

- **Inconvénients**

A l'exception des réactions sur le site d'application, les effets indésirables qui affectent les utilisatrices de timbres contraceptifs sont semblables à ceux que connaissent les utilisatrices de COC mais le timbre cause rarement l'aménorrhée [12].

Il doit être appliqué sur la peau pendant sept jours consécutifs, trois semaines par mois [12].

- **Contraception hormonale à base de progestatifs**

Elle peut être sous forme de comprimé oral, d'implants ou de solution injectable.

- **Progestatifs injectables**

L'acétate de médroxyprogestérone retard (AMPR) est utilisé à titre de contraceptif par les millions de femmes à travers le monde [12].

Il est injecté par pique intramusculaire tous les trois mois pendant douze semaines, il assure une contraception constante.

Exemple : Depot provera

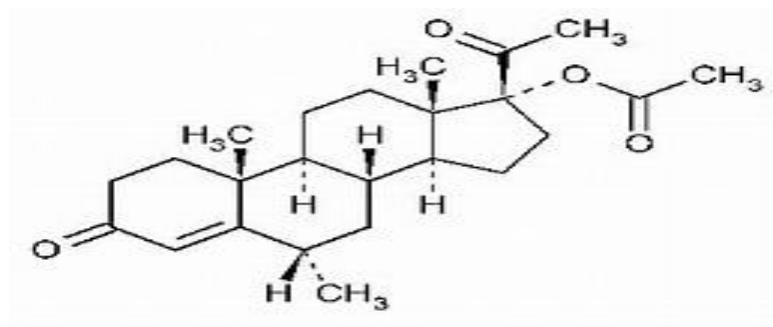


Figure 2 : Structure d'acétate de médroxyprogestérone [18].

- **Avantages des contraceptifs injectables**

Leur utilisation est discrète, la prise est suffisamment espacée et plus supportable. Il ne provoque pas d'infection génitale et ne gêne pas la production de lait chez la femme [16].

- **Inconvénients**

Les effets indésirables associés à l'AMPR sont :

- La perturbation du cycle menstruel (le plus courant),
- la prise de poids,
- les effets indésirables de nature hormonale (céphalée, acné, baisse de la libido, nausée et sensibilité des seins),
- des variations de l'humeur ont également été signalées,
- retour tardif de la fécondité (neuf mois en moyenne),
- baisse de la densité minérale osseuse sans ostéoporose notamment au niveau de la colonne lombaire [16].

• **Progestatifs oraux**

Les pilules progestatives utilisées selon son indication sont très efficaces.

- **Avantages**

Elles peuvent être utilisées par les femmes qui nécessitent un moyen de contraception exempt d'œstrogènes ou chez qui les COC entraînent des effets particulièrement indésirables, ainsi que celles qui présentent des migraines accompagnées de symptômes neurologiques ou qui allaitent. [16].

- **Inconvénients**

Ils doivent être pris chaque jour, à la même heure, ce qui demande une très grande constance dans la prise.

L'utilisation des progestatifs oraux est associée à des saignements irréguliers et des pertes vaginales légères. Les effets indésirables de nature hormonale (tels que les céphalées, le ballonnement, l'acné et la sensibilité des seins) ne surviennent que peu fréquemment [12].

- **Implants progestatifs**

Ce sont de petits bâtonnets ou capsules souples qui sont placés sous la peau dans la partie supérieure du bras ; ils contiennent uniquement un progestatif. Les implants épaississent la glaire cervicale ce qui empêche les spermatozoïdes et l'ovule de se rencontrer, et empêche aussi l'ovulation [18].

- **Avantages**

C'est une méthode contraceptive est réversible et de longue durée allant jusqu'à 05ans. Elle ne nécessite pas de prise quotidienne de médicaments contraceptifs.

- **Inconvénients**

La présence de saignements vaginaux prolongés ou irréguliers constitue le principal effet secondaire [12].

- **Dispositifs intra utérin DUI**

Il existe deux types :

- le DUI qui libère du lévonorgestrel,
- deux DUI en cuivre : NOVA T et Flexi-T 300

Les DIU en cuivre

Il s'agit d'une petite armature flexible en plastique, partiellement recouverte d'un fil ou de manchons en cuivre qui est insérée dans l'utérus. Le composant en cuivre endommage les spermatozoïdes et empêche la rencontre avec l'ovule [16].

Le DIU au lévonorgestrel

Il s'agit d'un moyen de contraception qui se place dans l'utérus (par un professionnel de santé). Il est en forme de "T", mesure 3.5 cm de long et libère de petites quantités de lévonorgestrel quotidiennement. Il se termine par un fil qui est coupé très court au moment de la pose [16].

- **Avantages des deux DIU**

Leurs effets durent longtemps et réversibles.

- **Inconvénients**

Les effets indésirables associés à l'utilisation d'un DIU sont :

- les saignements menstruels irréguliers et l'augmentation du volume des menstrues, mais leur diminution est constatée avec le SIU-LING ;

- la dysménorrhée avec le DIU en cuivre mais le SIU-LING est plutôt associée à une diminution des douleurs menstruelles ;

- la dépression, l'acné, les céphalées et la sensibilité des seins ; □ kystes ovariens fonctionnels chez certaines utilisatrices de SIU-LING [12].

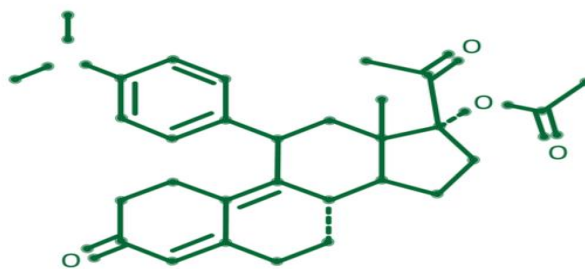
- **Contraception d'urgence**

Elle fait référence aux moyens utilisables après une relation sexuelle, mais dont l'action se fait avant l'implantation.

Il en existe deux types :

- les méthodes hormonales, aussi appelées contraception orale d'urgence (COU),
- l'insertion post-coïtale d'un stérilet au cuivre [12].

Exemple : Ella One



ULIPRISTAL ACETATE

Figure 3 : Structure chimique d'Acétate d'ulipristal [18].

- **Avantages**

C'est une méthode très efficace.

- **Inconvénients**

Elle ne peut pas être utilisée si une grossesse est confirmée.

Le traitement comportant deux doses de lévonorgestrel entraîne une incidence inférieure de nausée, de vomissements, d'étourdissements et de fatigue.

Quant au stérilet au cuivre post-coïtal, les complications possibles sont des douleurs pelviennes, des saignements anormaux, une infection pelvienne, une perforation utérine et l'expulsion [15].

- **Ligature des trompes** : Chez la femme

Parfois appelé Tubectomie est une procédure chirurgicale de stérilisation qui offre une contraception permanente, irréversible et fiable. Elle consiste à sectionner et fermer les trompes de Fallope [19].

- **Vasectomie : chez l'homme**

La vasectomie est une méthode de stérilisation masculine. C'est une opération qui consiste à couper et bloquer les canaux déférents qui transportent les spermatozoïdes à partir des testicules [12].

- **Avantages de la vasectomie et la ligature des trompes**

Ces deux méthodes sont très efficaces et durable.

- **Effets indésirables de la vasectomie et la ligature des trompes**

- Douleurs ou crampes dans la partie inférieure de l'abdomen pour la ligature ;
 - Ecchymoses et saignements au niveau des incisions ;
 - Nausée et étourdissement post-opératoires ;
 - Infection au niveau de l'incision [20].

METHODOLOGIE

V. METHODOLOGIE

1. Cadre et lieu d'étude

Cette étude a été réalisée au CSRef de la commune VI du District de Bamako.

1.1. Présentation de la commune VI et de son CSRef

Créée par l'ordonnance n ° 78-32 / CMLN du 18 août 1978, la commune VI est limitée :

- À l'Est de la limite de l'Est du district comprennent son extrémité Sud-Est et le fleuve Niger ;
- Au Nord par la partie du fleuve comprennent entre les limites Est de la commune V ;
- A Ouest par la limite Est de la commune V ;
- Au sud de la limite sud du district comprend les limites Est et Ouest de la commune V.

La Commune VI de Bamako est l'une des six communes que compte le district. Elle se subdivise en plusieurs grands quartiers qui sont au nombre de dix. Ce sont : Sogoniko, Magnambougou, Sokorodji, Missabougou, Faladjè, Niamakoro, Djandjiguila, Banankabougou, Sénou, Yirimadio [21].

- **Les aires de santé de la commune VI [21]**

Le centre de santé de référence de la commune VI est situé à Sogoniko.

Les autres structures sanitaires de la commune sont :

ASACOMIS, ASACOMAIL, ASACOFA, ASACOFAIL, ASACOFYIR, ASACOMAI, ASACOBABA, ASACOSODIA, ASACO CITE UNICEF, ASACOSE, ANIASCO, ASACONIA, ASACOCY, ASACOSO.



Figure 4 : Carte de la commune VI [21] (Source : Agence de développement régionale ADR).

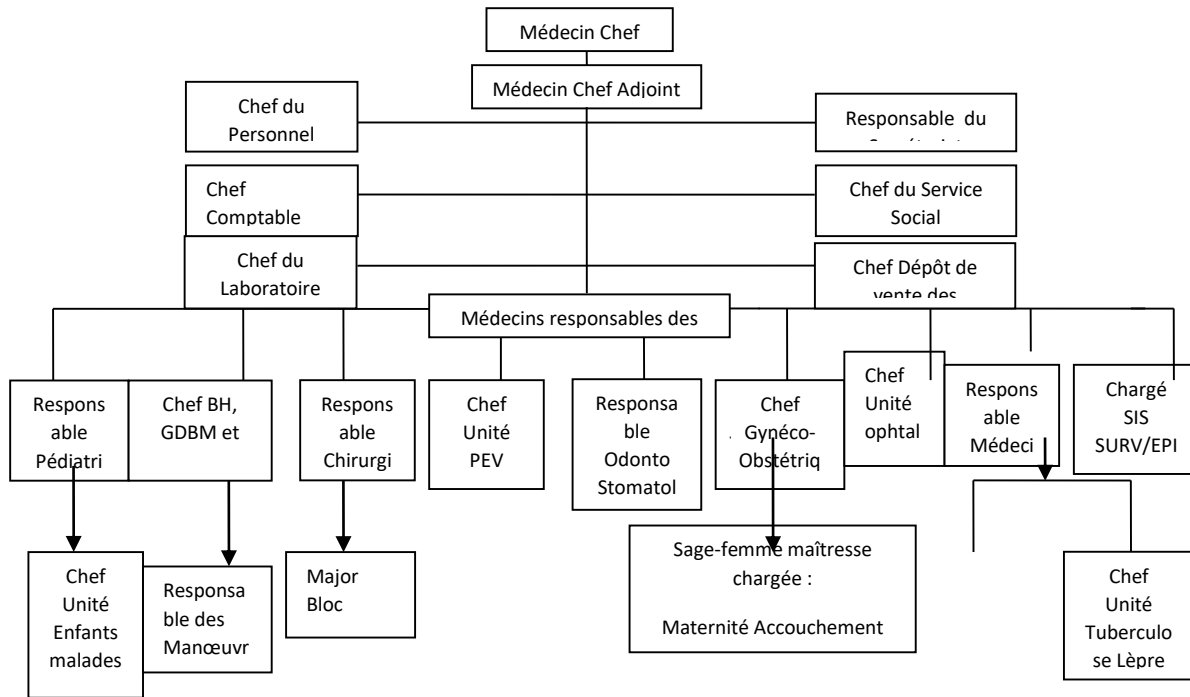


Figure 5 : Organigramme du CSRef de la commune VI [22] (Source : Administration du CSRef de la commune VI).

- **Situation du personnel du CSRef de la commune VI [21].**

Le CSRef de la commune VI est constitué de :

- Trente un (31) médecins généralistes,
- Six (6) médecins gynécologues,
- Quatre (4) médecins chirurgiens,
- Deux (2) médecins pharmaciens,
- Trois (3) médecins pédiatres,
- Un (1) médecin dermatologue,
- Un (1) médecin cardiologue,
- Un (1) médecin rhumatologue,
- Un (1) médecin endocrinologue,
- Deux (2) médecins anesthésie-réanimation,
- Un (1) médecin épidémiologiste,
- Un (1) médecin en santé publique,
- Un (1) médecin ophtalmologiste,
- Un (1) médecin ORL,
- Deux (2) médecins dentiste,
- Un (1) médecin communautaire,

- Deux (2) ingénieurs sanitaires,
- Quarante-cinq (45) assistants médicaux,
- Deux (2) gestionnaires R-H,
- Quatorze (14) comptables,
- Dix-neuf (19) infirmiers d'Etat,
- Neuf (9) biologistes,
- Deux (2) techniciens supérieurs d'hygiène,
- Cinquante-un (51) sages-femmes,
- Trente-un (31) infirmiers santé publique,
- Neuf (9) obstétriciens,
- Un (1) technicien d'hygiène,
- Onze (11) agents d'hygiène,
- Dix (10) aides-soignants,
- Deux (2) matrones,
- Dix (10) secrétaires,
- Trente-huit (38) personnels d'appui,
- Deux (2) administrateurs sociaux,
- Un (1) documentaliste.

2. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive, qualitative et transversale qui a ciblé les femmes fréquentant le CSRef de la commune VI de Bamako.

3. Période d'étude

L'étude s'est déroulée sur une période de 14 mois allant de Novembre 2022 à Décembre 2023.

4. Population d'étude

Notre étude avait ciblé les femmes en âge de procréer (15 à 49ans) fréquentant le CSRef de la commune VI du district de Bamako.

Critères d'inclusion

Ont été incluses dans notre étude toutes les femmes en âge de procréer, vues au CSRef de la commune VI et ayant consentie à participer à l'étude.

Critères de non inclusion

N'ont pas été incluses dans notre étude :

- les femmes en ménopause;
- les femmes ayant refusé de participer à l'étude;
- les femmes qui étaient absentes pendant la période de l'étude.

5. Échantillonnage

5.1. Méthodes et Techniques d'échantillonnage

Dans tous les cas la méthode d'identification était non probabiliste.

Le choix raisonné était la technique d'identification du site de l'étude.

5.2. Taille de l'échantillon

Pour la détermination de la taille de l'échantillon, la formule de Schwartz était utilisée. Ainsi

$$N = \frac{t^2 \times p(1 - P)}{m^2}$$

$$N = \frac{t^2 \times p(1 - P)}{m^2} = 1,96^2 \times 0,5(1 - 0,5) / 0,05^2 = 385$$

N est la taille de l'échantillon

t est le niveau de confiance à 95%

p est la prévalence estimative de la population

m est la marge d'erreur à 5%

t = 1,96

p = 50%

m = 5%

La taille de l'échantillon calculée n= 385 a été majoré de 4% en prévision d'éventuels problèmes liés à la collecte des données. La taille de l'échantillon de notre cible est alors 400 femmes.

6. Variables d'étude

6.1. Variables principales

• Connaissances

Une femme a une bonne connaissance sur la planification familiale si :

- elle donne la définition du PF ;
- elle cite au moins un but du PF ;
- elle cite au moins trois méthodes contraceptives ;
- elle cite au moins un risque et ou conséquences de la non pratique du PF ;

- elle cite au moins un effet secondaire lié à une méthode de planification familiale.

Si non, sa connaissance est jugée insuffisante en planification familiale.

- **Attitudes**

Une femme est considérée comme ayant une bonne attitude si au moins une des situations suivantes est réalisée :

- elle pense que l'espacement des naissances est une bonne chose pour la famille ;
- elle est favorable à la planification familiale ;
- elle fait la promotion de la planification familiale (elle conseillerait le planning familial à d'autres personnes).

Si non elle a une attitude non favorable à la planification familiale.

- **Pratiques**

Une femme est considérée comme ayant une bonne pratique en matière de planification familiale si :

- elle a pratiqué au moins une méthode contraceptive avant la dernière grossesse ;
- la durée de l'intervalle inter gésésique entre les deux dernières grossesses est supérieure à 03 ans suite à l'utilisation d'une méthode contraceptive.

6.2. Variables indépendantes

- Age ;
- Principale profession ;
- Niveau d'instruction ;
- Niveau de revenu ;
- Résidence ;
- Statut matrimonial ;
- Distance du centre de premier recours ;
- Sources d'information sur le PF ;
- Niveau de décision d'adopter une méthode contraceptive ;
- Nombre d'enfants souhaités ;
- Nombre d'enfants vivants ;
- Nombre de grossesse ;
- Intervalle inter gésésique entre les deux derniers enfants.

7. Collecte des données

Outil de collecte

Les données nécessaires à la réalisation de l'étude ont été collectées au moyen d'une fiche d'enquête.

Technique de collecte

Les données ont été recueillies à travers des entretiens individuels en face à face avec les femmes vues en consultation au CSRef de la commune VI.

Traitement et analyses des données

Les données ont été saisies avec le logiciel « Microsoft Excel » version 2010 et analysées avec le logiciel « SPSS » version 2.6, le traitement de texte a été fait avec le logiciel « Microsoft Office Word » version 2010 et le logiciel « Zotero » a été utilisé pour la gestion des références bibliographiques.

Le test statistique Khi2 a été utilisé pour comparer les résultats qui ont été significatifs pour une valeur $p < 0,05$.

8. Considérations administratives et éthiques

Dans cette étude, avant toute collecte, nous avons demandé :

- L'autorisation du doyen de la Faculté de Pharmacie,
- L'accord des autorités du CSRef de la commune VI.

Les aspects éthiques pris en compte étaient :

- Respect de la femme,
- L'anonymat était garanti,
- Le consentement verbal de chaque participante.

RESULTATS

VI. RESULTATS

Nous avons colligé au total 400 femmes qui répondaient aux critères d'inclusion.

Ces 400 femmes se répartissent en fonction des objectifs spécifiques :

1. Caractéristiques sociodémographiques et économiques

Tableau I : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI selon la tranche d'âge.

Tranche d'âges	Effectif (n)	Pourcentage (%)
[15 - 19 ans]	28	7,0
[20 - 30 ans]	271	67,8
[31 - 40 ans]	90	22,5
[41 - 49 ans]	11	2,7
Total	400	100

La tranche d'âge de 20 à 30 ans était majoritaire soit 67,8% avec une moyenne de 27,20 ans, des extrêmes de 15 à 48 ans et un écart type de 6,209.

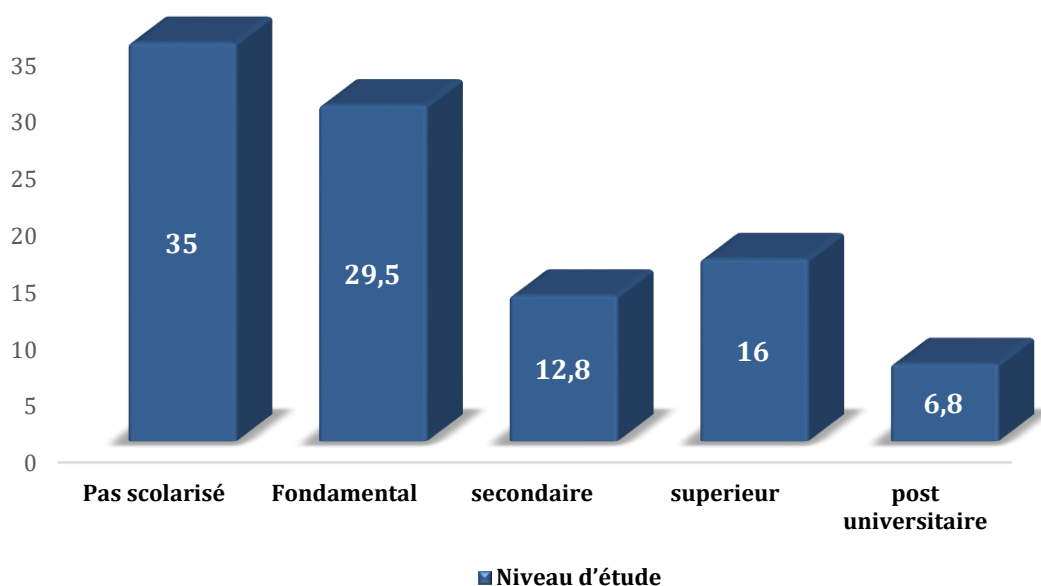


Figure 6 : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI selon le niveau d'étude.

Dans notre étude plus de 35% des femmes n'étaient pas scolarisées.

Tableau II : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI selon la profession.

Principal profession	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Ménagère	265	66,3
Fonctionnaire	100	25,0
Commerçantes	15	3,75
Etudiants	5	1,25
Autres	15	3,7
Total	400	100,0

La majorité des femmes (66,3%) était des ménagères.

Parmi les femmes fonctionnaires il y'avait : 26 agents de santé, 16 secrétaires, 19 enseignantes, 4 géographes, 4 ingénieurs, 3 juristes, 2 topographes, 23 comptables et 3 gestionnaires.

Parmi la catégorie Autres il y'avait : 12 couturières et 3 coiffeuses.

Tableau III : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI selon la résidence.

Résidence Commune VI	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Yirimadio	92	23
Niamakoro	57	14,3
Magnabougou	48	12,0
Banankabougou	30	7,5
Djandjiguila	25	6,3
Sénou	25	6,3
Sokorodji	22	5,5
Faladjè	20	5,0
Missabougou	19	4,8
Sogoniko	19	4,8
Kalaban coura	18	4,5
Badalabougou	15	3,75
Garantibougou	10	2,25
Total	400	100,0

La majorité des femmes (23%) résidait à Yirimadio.

Tableau IV : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI selon le statut matrimonial.

Statut matrimonial	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Marié(e)	390	97,6
Célibataire	7	1,7
Divorcée	1	0,2
Veuve	2	0,5
Total	400	100

La majorité des femmes (97,6%) était mariée.

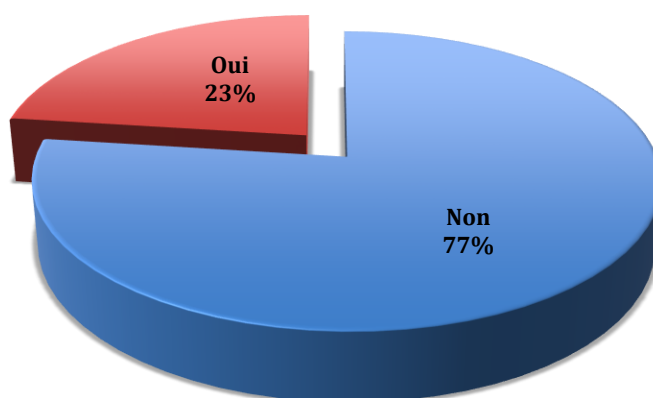


Figure 7 : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI selon celles qui sont dans un foyer polygamique.

Dans notre étude 23% des femmes enquêtées mariées étaient dans un foyer polygamique.

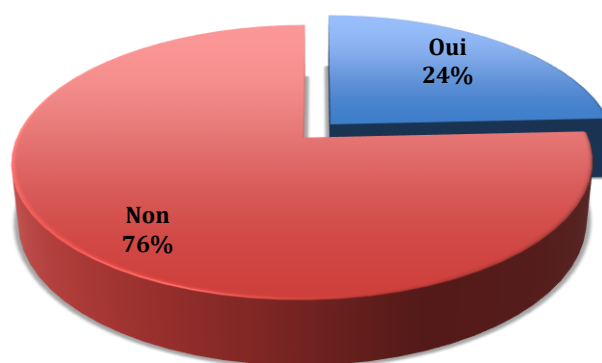


Figure 8 : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI selon l'activité génératrice de revenu réalisé.

Dans notre étude, 24% des femmes avaient répondues oui comme menant une activité génératrice de revenu.

Tableau V : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI en matière de la PF en 2023 selon le revenu moyen mensuel.

Revenu mensuel (FCFA)	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Inférieur à 30 000	46	47,9
[30 000 - 150 000]	34	35,4
Supérieur à 150 000	16	16,7

Dans notre étude, 47,9% des femmes avaient un revenu mensuel inférieur à 30 000 Franc CFA.

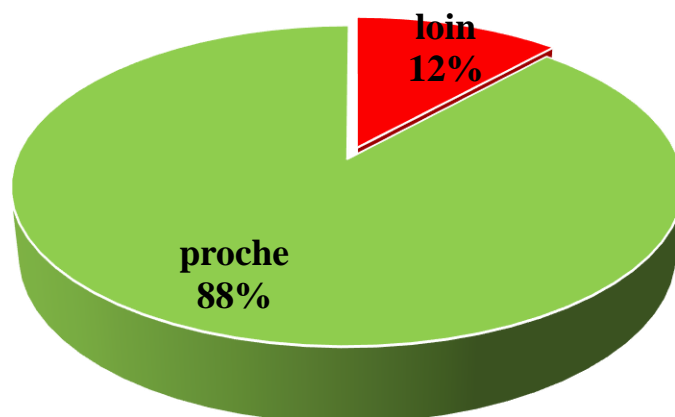


Figure 9 : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI selon la distance du centre de santé CsRef de la commune VI.

La majorité des femmes (88%) disait être proche du centre de santé.

Tableau VI : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI en matière de la PF en 2023 selon le nombre d'enfants vivant.

Nombre d'enfants vivant	Effectif (n)	Pourcentage (%)
0	57	14,2
1	111	27,8
2	80	20,0
3	56	14,0
4	43	10,7
5	28	7,0
6	12	3,0
7	4	1,0
8	6	1,5
10	3	0,8
Total	400	100

La majorité des femmes (27,8%) avait un (01) vivant enfant.

Les femmes (14,2%) n'avaient pas d'enfants.

Tableau VII : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI en matière de la PF en 2023 selon le nombre d'enfants souhaité y compris l'existant.

Nombre d'enfants souhaité	Effectif (n)	Pourcentage (%)
3	5	1,2
4	30	7,5
5	80	20,0
6	206	51,5
7	36	9,0
8	31	7,8
9	4	1,0
10	6	1,5
12	2	0,5
Total	400	100

La majorité des femmes (51,5%) souhaitait avoir six (06) enfants.

4.1. Connaissances des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI en matière de la Planification Familiale en 2023.

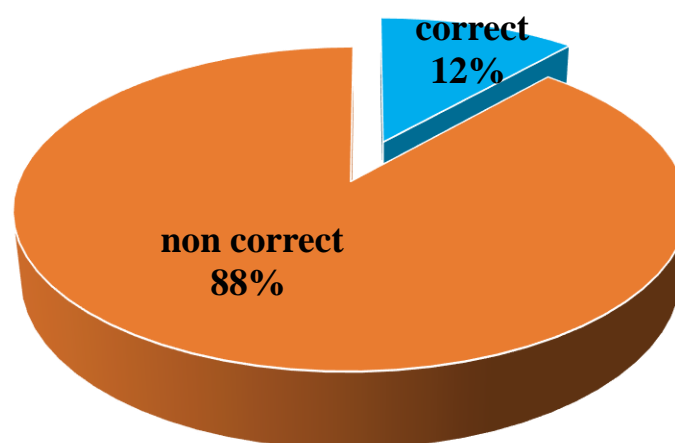


Figure 10 : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI selon la définition de la PF.

Dans notre étude, 12% des femmes ont défini correctement la PF.

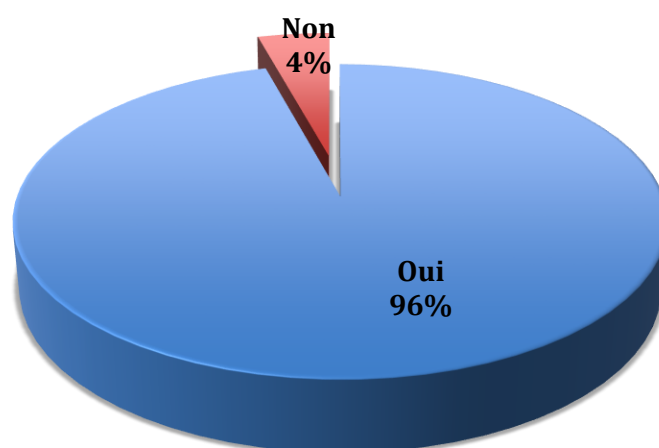


Figure 11 : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI selon leur connaissance de l'objectif de la PF.

La majorité des femmes (96%) connaissait au moins un objectif de la PF.

Tableau VIII : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI selon l'objectif cité de la PF.

Femmes enquêtées (Oui)	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Espacement des naissances	321	83,6
Bien être de la famille	22	5,7
Bien être de la femme	10	2,6
Autonomisation des femmes	10	2,6
Prévenir la mortalité maternelle	13	3,4
Prévenir les maladies sexuellement transmissibles	8	2,1

La majorité des femmes (83,6%) connaissait espacement des naissances comme objectif de la PF.

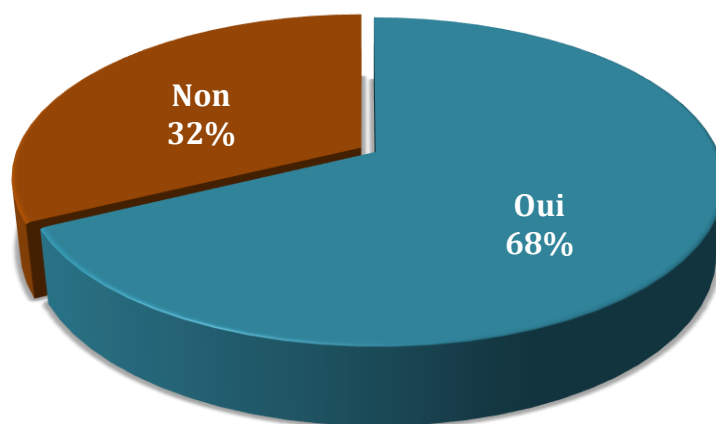


Figure 12 : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI selon leur Connaissance des méthodes contraceptives.

La majorité des femmes (68%) connaissait au moins trois méthodes contraceptives.

Tableau IX : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI selon les méthodes contraceptives citées.

Méthodes contraceptives	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Implant	224	31,8
Pilule	219	31,1
Contraception injectable	122	17,3
DIU	114	16,2
Préservatif	24	3,4
MAMA	1	0,1

La majorité des femmes (31,8%) connaissait la méthode contraceptive suivante : Implant.

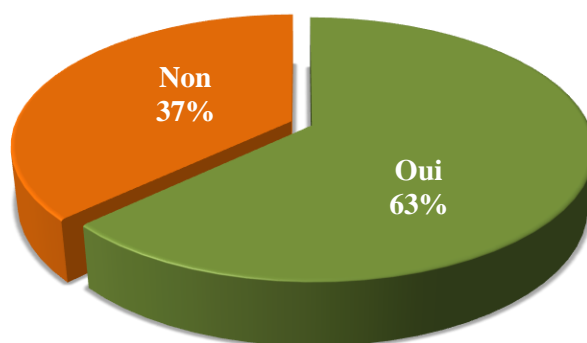


Figure 13 : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI selon leur connaissance des conséquences de la non pratique de la PF.

La majorité des femmes (63%) connaissait les conséquences de la non pratique de la PF.

Tableau X : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI selon les conséquences de la non pratique de la PF.

Conséquences de la non pratique du PF	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Grossesses rapprochées	165	65,5
Grossesses non désirées	81	32
Non épanouissement de la femme	2	0,8
Mortalité maternelle et infantile	3	1,3
Risque de complications au cours de la grossesse	1	0,4

La majorité des femmes (65,5%) connaissait la grossesse rapprochée comme conséquence de la non pratique de la PF.

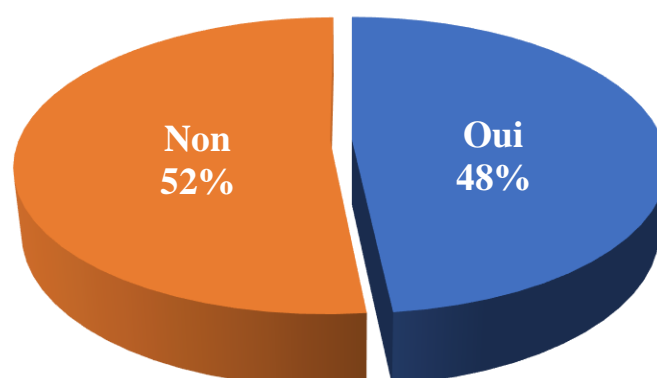


Figure 14 : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI selon leur connaissance sur l'effet secondaire de la PF.

La majorité des femmes (48%) connaissait les effets secondaires dû aux produits de la PF.

Tableau XI : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI selon leur connaissance des effets secondaires dû aux produits de la PF.

Effets secondaires	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Abondance des règles	132	68,7
Difficulté à enfanter après	8	4,2
Disparition des règles	32	16,7
Infection génitale	3	1,6
Maux de ventre	4	2,1
Prise de poids	12	6,3
Vertige	1	0,5

La majorité des femmes (68,7%) avait cité la règle abondante comme effets secondaires dû aux produits de la PF.

Tableau XII : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI selon la source d'information sur la PF.

Source d'information sur le PF	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Animateur d'ONG	6	1,2
Centre de santé	367	71,5
TV	54	10,5
Ecole formation courte	32	6,2
Relais communautaire	23	4,5
Réseaux sociaux numérique	18	3,5
Radio	13	2,5

La majorité des femmes (71,5%) avait eu l'information sur la PF à travers les agents de santé.

4.2. Attitudes des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI en 2023 par rapport à la planification familiale

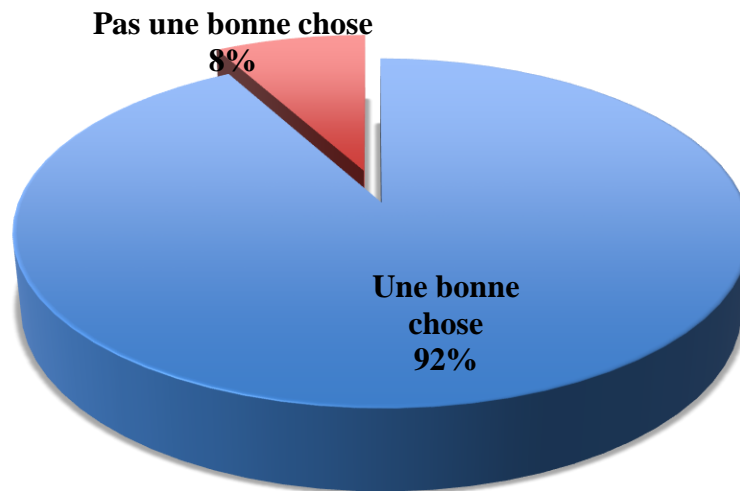


Figure 15 : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI selon leur pensée de l'espacement des naissances.

La majorité des femmes (92%) trouvait une bonne chose l'espacement des naissances pour la Famille.

Seulement 8% des femmes ne trouvait pas l'espacement des naissances comme une bonne chose pour la famille.

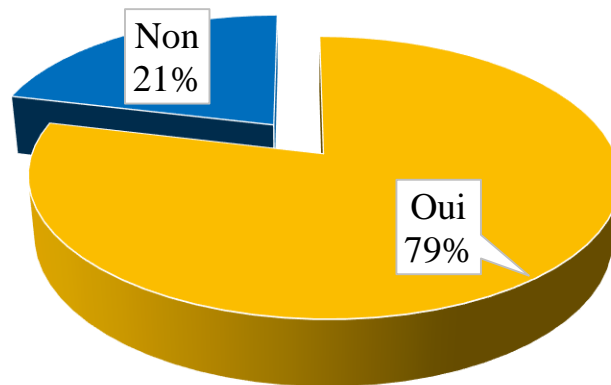


Figure 16 : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI selon celles qui sont favorable à la PF.

La majorité des femmes (79%) trouvait la PF favorable.

Seulement 21% des femmes n'était pas favorable à l'utilisation de la PF.

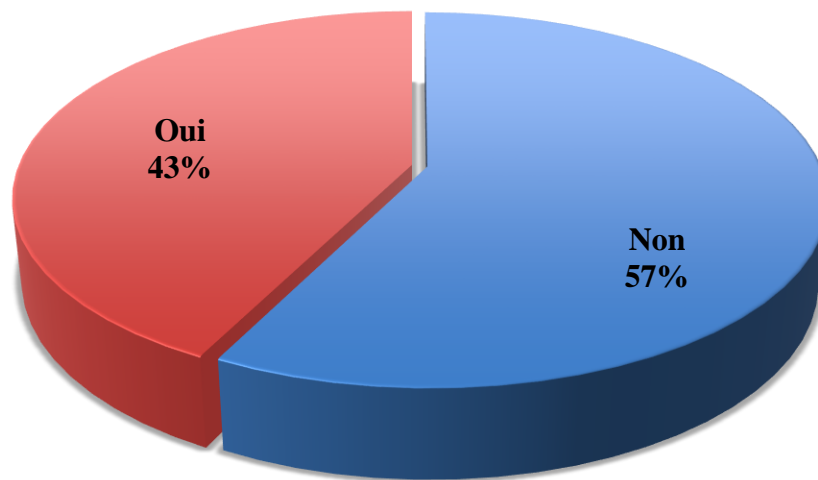


Figure 17 : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI selon la promotion de la PF.

La majorité des femmes n'était pas prête à faire la promotion de la PF.

Tableau XIII : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI par rapport à la prise de décision de la méthode de la PF.

Prise de décision	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Elle même	46	11,5
Elle-même en accord avec le conjoint	302	75,5
Elle-même en accord avec les beaux parents	1	0,25
Le conjoint	51	12,75
Total	400	100

La majorité des femmes (75,5%) souhaitait prendre la décision de la méthode de PF en accord avec leur conjoint.

4.3. Pratiques des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI en 2023 par rapport à la PF

Tableau XIV : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI selon l'utilisation d'une méthode contraceptive.

Utilisation du PF	Effectif (n)	Pourcentage%
Oui	211	52,8
Non	189	47,2
Total	400	100

La majorité des femmes (52,8%) utilisait une méthode contraceptive.

Tableau XV : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI selon la contraception utilisée.

Femmes (Oui)	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Contraception injectable	32	15
Diu	18	8,4
Implant	112	53,1
Pilule	48	23
Préservatif	1	0,5

La majorité des femmes (53,1%) utilisait ou ont déjà utilisé la méthode contraceptive d'implant.

Aucune femme de notre étude n'utilisait de méthode traditionnelle.

Tableau XVI : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI selon les raisons de la non utilisation des méthodes contraceptives.

Raison de non utilisation d'une méthode de contraception	Effectif	Pourcentage
Manque d'information	47	24,9
Virginité	2	1,1
Religions	46	24,3
Partenaire	75	39,7
Amis	19	10
Total	189	100

Les raisons de la non utilisation des méthodes contraceptives citées par les femmes : le désaccord du partenaire (39,7%), le manque d'information (24,9%) et la religion (24,3%).

4.4. Facteurs associés :

4.4.1. Connaissance des femmes

Tableau XVII : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI selon la tranche d'âge et l'objectif de la PF.

Tranche d'âge	Connaissance de l'objectif de la PF		Total
	Non	Oui	
15-19	6(1,5%)	22(5,5%)	28(7%)
20-30	10(2,5%)	261(65,25%)	271(67,75%)
31-40	1(0,25%)	89(22,5%)	90(22,75%)
41-49	0(0%)	11(2,75%)	11(2,75%)
Total	17(4,25%)	383(95,75%)	400(100%)

Khi²= 23,18 ddl= 3 p= 0,001

Il existe un lien statistiquement significatif entre l'âge et la connaissance de l'objectif de la PF car $P < 0,05$.

Tableau XVIII : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI en 2023 selon l'âge et la connaissance des méthodes contraceptives.

Tranche d'âge	Connaissance de méthodes contraceptives		Total
	Non	Oui	
15-19	17(4,25%)	11(2,75%)	28(7%)
20-30	84(21%)	187(46,75%)	271(67,75%)
31-40	27(6,75%)	63(15,75%)	90(22,5%)
41-49	1(0,25%)	10(2,5%)	11(2,75%)
Total	129(32,25%)	271(67,75%)	400(100%)

Khi²= 13,487 ddl= 3 p= 0,003

Il existe un lien statistiquement significatif entre l'âge et la connaissance des méthodes contraceptives car $P < 0,05$.

Tableau XIX : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI en 2023 selon le niveau d'étude et la connaissance de l'objectif de la PF.

Niveau d'étude	Connaissance de l'objectif de la PF		Total
	Non	Oui	
Post universitaire	0(0%)	27(6,75%)	27(6,75%)
Supérieur	0(0%)	64(16%)	64(16%)
Secondaire	1(0,25%)	50(12,5%)	51(12,75%)
Fondamental	5(1,25%)	113(28,25%)	118(29,5%)
Total	17(4,25%)	383(95,75%)	400(100%)

Khi²= 9,172 ddl= 4 p= 0,57

Il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre le niveau d'étude et la connaissance de l'objectif de la PF car P est supérieur à 0,05.

4.4.2. Attitudes des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI en 2023 face à la PF

Tableau XX : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI en 2023 selon la tranche d'âge et l'attitude

Tranche d'âge	Favorable à la PF		Total
	Non	Oui	
15-19	8(2%)	20(5%)	28(7%)
20-30	53(13,25%)	218(54,5%)	271(67,75%)
31-40	22(5,5%)	68(17%)	90(22,5%)
41-49	2(0,5%)	9(2,25%)	11(2,75%)
Total	85(21,5%)	315(78,75%)	400(100%)

Khi²= 1,972 ddl= 3 p= 0,59

Il n'existe pas de relation statistiquement significative entre l'âge et l'attitude car P est supérieur à 0,05.

Tableau XXI : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI en 2023 selon le niveau d'étude et l'attitude

Niveau d'étude	Favorable à la PF		Total
	Non	Oui	
Post universitaire	5(1,25%)	22(5,5%)	27(6,75%)
Supérieur	9(2,25%)	55(13,75%)	64(16%)
Secondaire	7(1,75%)	44(11%)	51(12,75%)
Fondamental	21(5,25%)	97(24,25%)	118(29,5%)
Non scolarisé	43(10,75%)	97(24,25%)	140(35%)
Total	85(21,5%)	315(78,75%)	400(100%)

Probabilité exacte de Fisher p : 0,022

Il existe une relation statistiquement significative entre le niveau d'étude et l'attitude car $P < 0,05$.

4.4.3. Pratiques des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI en matière de PF.

Tableau XXII : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI en 2023 selon la tranche d'âges et la méthode de contraception utilisé

Tranche d'âge	Méthode de contraception						Total
	Contraception injectable	DIU	Implant	Pilule	Préservatif	Non	
15-19	0(0%)	0(0%)	2(0,5%)	0(0%)	0(0%)	26(6,5%)	28(7%)
20-30	19(4,75%)	13(3,25%)	80(20%)	28(7%)	1(0,25%)	130(32,5%)	271(67,75%)
31-40	12(3%)	4(1%)	28(7%)	16(4%)	0(0%)	30(7,5%)	90(22,5%)
41-49	1(0,25%)	1(0,25%)	2(0,5%)	4(1%)	0(0%)	3(0,75%)	11(2,75%)
Total	32(8%)	18(4,5%)	112(28%)	48(12%)	1(0,25%)	189(47,25%)	400(100%)

Khi2= 42,263 ddl= 15 p= 0,002

Il existe une relation statistiquement significative entre la tranche d'âges et la méthode de contraception utilisée car $P < 0,05$. En effet les femmes dont l'âge était compris entre 20 et 30ans sont celles qui pratiquent plus.

Tableau XXIII : Répartition des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI en 2023 selon le niveau d'étude et l'utilisation d'une méthode contraceptive.

Niveau d'étude	Méthode de contraception						Total
	Contraception injectable	DIU	Implant	Pilule	Préservatif	Non	
Post universitaire	1(0,25%)	5(1,25%)	6(1,5%)	6(1,5%)	0(0%)	9(2,25%)	27(6,75%)
Supérieur	2(0,5%)	3(0,75%)	22(5,5%)	7(1,75%)	0(0%)	30(7,5%)	64(16%)
Secondaire	5(1,25%)	0(0%)	12(3%)	5(1,25%)	0(0%)	29(7,25%)	51(12,75%)
Fondamental	13(3,25%)	7(1,75%)	38(9,5%)	11(2,75%)	0(0%)	49(12,25%)	118(29,5%)
Non scolarisé	11(2,75%)	3(0,75%)	34(8,5%)	19(4,75%)	1(0,25%)	72(18%)	140(35%)
Total	32(8%)	18(4,5%)	112(28%)	48(12%)	1(0,25%)	189(47,25%)	400(100%)

Khi2= 32,393 ddl= 20 p= 0,039

Il existe une relation statistiquement significative entre le niveau d'étude et l'utilisation d'une méthode de contraception car $P < 0,05$.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Nous avons mené une étude descriptive transversale sur la connaissance attitude et pratique de la Planification Familiale dans la commune VI du district sanitaire de Bamako de Novembre 2022 à Décembre 2023 incluant 400 femmes venues en consultation au CsRef de la commune VI.

1. Limite et difficultés rencontrées

Notre étude se limitait seulement aux femmes fréquentant le CSRef de la commune VI donc n'est pas représentatif de toute la commune.

Le refus de participation de certaines femmes.

Barrière de langues certaines femmes ne parlaient ni le Français ni le Bambara.

2. Caractéristiques sociodémographiques

Age

Dans notre étude, la tranche d'âge la plus représentée comprise entre 20 à 30 ans était majoritaire soit 67,8%. La moyenne d'âge était 27,20 ans. Notre résultat était comparable à ceux de Konate A en 2021 [8], de Dembélé S M en 2010 à Bamako [23] et de Sango S en 1996 en commune IV [24] qui trouvent un âge respectivement entre 20 à 34 ans (61,5%), entre 20 à 34 ans (77,9%) et entre 20 à 24 ans (25,65%).

Ainsi nous pouvons en déduire que la tranche d'âge de 20 à 30 ans est celle qui pratique plus la contraception.

Niveau d'instruction

Au cours de notre étude plus de 35% des femmes n'étaient pas scolarisées.

Par contre notre résultat est supérieur à ceux de Dembélé S M en 2010 à Bamako [23] et de Konate A en 2021 [8] qui trouvent respectivement 28,6% et 23,9% de non scolarisée.

Ces résultats montrent que le niveau d'instruction n'a pas d'impact sur l'utilisation de la contraception, puisque instruites non instruites toutes pratiquent la contraception.

Situation matrimoniale

Dans notre étude la majorité des femmes était mariée à 97,6%.

Notre résultat est comparable à ceux de Konate A en 2021 en commune IV [8], Sao B O en 2021 en commune V de Bamako [26] et de Dembélé O.B en 2021 [25] qui trouvent respectivement 74,3%, 80,9% et 85,2% des mariées lors de leurs études.

Ces résultats montrent que les femmes mariées sont plus concernées par la contraception dans notre société.

Profession

Dans notre étude la majorité des femmes était des ménagères soit 66,3%. Notre résultat est comparable à ceux de Sao B O en 2021 en commune V [26] et de Sy M en 2019 à Farako [27] qui trouvent respectivement 74%, 54,3% et 83,2% des ménagères. Cela s'explique par le niveau de scolarisation encore bas des filles.

Lieu de résidence

La majorité des femmes résidait à Yirimadio (commune VI) soit 23%. Ce résultat diffère de celui de Konate A en 2021 en commune IV [8] et de Dembélé S M en 2010 à Bamako [23] qui trouvent respectivement 67% et 79,4% de la commune IV. Ces différences s'expliquent par le fait que les études n'ont pas été réalisées dans la même commune.

3. Connaissances sur la planification familiale

Connaissance en PF

Dans notre étude toutes les femmes pouvaient citer au moins une méthode contraceptive moderne. La majorité des femmes connaissait les méthodes contraceptives soit 68%. Cette observation est faite par Zalha Sani M en 2009 à Ouagadougou [28] et Kodjogbe N en 2010 au Bénin [29]. Ces résultats montrent la connaissance des femmes en matière de PF.

Source d'information

La source d'information la plus citée par nos clientes au cours de notre enquête était le centre de santé avec 71,5%.

Notre résultat était similaire à celui de Dembélé S M et al en 2010 à Bamako [23] et de Djossou R en 2020 à Bamako [14] qui trouvent respectivement 42,2% et 51,2% des centres de santé.

Cette source est la plus officielle et la plus crédible.

4. Attitudes des femmes par rapport à la planification familiale :

Signification de la planification familiale

Le sens donné à la planification familiale était l'espace des naissances pour la majorité des femmes (86,3%).

Notre résultat était comparable à celui d'une étude sur le même sujet menée par Dao N en 2015 à Bamako [30], selon laquelle, les sens donnés à la planification familiale sont surtout d'éviter la grossesse et l'espace des naissances (83,8%).

Notre résultat était différent de celui trouvé par Sidibé I en 2015 [31], une étude réalisée à Yanfolila, selon laquelle, les taux de signification de la planification familiale est 94,5% pour l'espace des naissances, 58% pour la santé de mère et 40 % pour moins de dépense. Ces différences s'expliquent par le jeune âge de notre population d'étude.

Nombre d'enfants vivants

Lors notre étude, la majorité des femmes avait un (01) enfant vivant soit 27,8%. Ce résultat est inférieur à ceux de Dembélé SM en 2010 à Bamako [23] avec 2 à 4 enfants et Doumbia T en 2020 à Kolondieba [1] avec d'au moins 5 enfants qui trouvent respectivement 35,68% et 27,84%.

Cette différence peut être expliquée par le fait de la connaissance et la pratique de la planification familiale dans notre étude.

Opinion des femmes sur la PF

Dans notre étude, 79% des femmes étaient favorable à l'utilisation du PF. Notre résultat est semblable à celui de Djossou R en 2020 à Bamako [14] qui trouve 72,6% d'avis favorable.

Cela s'explique par la compréhension des avantages de l'espace des naissances par les femmes.

5. Utilisation des moyens de PF par les femmes

Utilisation de PF

Dans notre étude la majorité des femmes utilisait la méthode contraceptive d'implant (Norplant) soit 53,1%. Cette observation est faite par Konate A en 2021 [8] avec 49,5% d'implant. Par contre Sango S en 1996 [24] trouve 78,6% des cas de pilule.

"Population report" trouve, lors d'une enquête en Afrique du sud, que 98% des femmes en âge de procréer connaissaient au moins une méthode contraceptive moderne. Au Ghana 94% ;

100% en Tunisie ; 100% en Égypte ; 86% au Sénégal ; 99% en Inde ; 100% aux Etats-Unis et en Ukraine [31].

6. Facteurs qui influencent la connaissance, attitude et pratique des femmes

Au cours de notre étude, plusieurs facteurs ont été décrits et analysés pour comprendre le lien entre les connaissances, attitudes et pratiques des femmes vues au CSRef en matière de Planification Familiale. Il s'agissait de l'âge, le niveau d'étude, statut matrimonial.

Aussi la connaissance des différents aspects du planning familial a été analysée pour apprécier leur influence sur la pratique.

Il ressort de nos résultats les situations suivantes :

- Les femmes dont l'âge était compris entre 20 et 30ans ont une meilleure connaissance et une meilleure pratique.
- Les femmes qui pratiquent au moins une méthode contraceptive sont celles qui ont une bonne connaissance des différents aspects de la PF.
- Les raisons de la non utilisation des méthodes contraceptives par les femmes enquêtées étaient entre autres la religion, la méconnaissance et le partenaire. Notre étude est semblable à celui de Djossou R en 2020 [14] qui trouve que 22,7% des femmes ne pratiquent pas la PF à cause de la religion.

Cela s'explique par la forte influence de la religion dans notre société.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VIII. CONCLUSION

Nous pouvons en déduire que la tranche d'âge la plus représentée est celle de 20 à 30 ans parmi les femmes enquêtées et la majorité de ces femmes étaient des ménagères.

Parmi celles-ci, la majorité déclarent avoir entendu parler de la PF à travers les agents de santé et la télévision donc avaient une certaine connaissance sur la PF.

Les femmes étaient favorables à l'utilisation de la PF dans la majorité, mais très peu étaient prêtes à faire sa promotion.

On retient aussi que les femmes ayant déjà utilisé ou utilisent une méthode contraceptive étaient majoritaire et l'implant étaient la méthode contraceptive la plus utilisée.

Les différentes suggestions faites par les femmes pour augmenter le taux d'utilisation de la PF étaient la gratuité des services et la sensibilisation des hommes sur ces avantages.

Ce qui nous permet de dire que dans l'ensemble les femmes ont une bonne connaissance de la PF et une bonne pratique. Ainsi pour continuer sur cette lancée nous devons poursuivre sans relâche à renforcer les moyens déjà mis en œuvre.

X. RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude, nous adressons les recommandations suivantes :

- Faire une étude sur les raisons de la réticence de certains hommes à propos de la PF.
- Diffuser plus de messages de sensibilisation sur la Planification familiale sur les radios, réseaux sociaux et télévisions pour une hausse du taux d'utilisation ;
- Promouvoir la scolarisation des filles ;
- Rendre gratuits les produits contraceptifs ;
- Faire régulièrement des rencontres et des négociations avec des autorités locales et les Chefs religieux afin de faciliter la collaboration des agents de santé avec la communauté.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

X.I. REFERENCES

1. **Doumbia T.** Connaissances, attitudes et pratiques en matière de la planification familiale dans le district sanitaire de Kolondiéba. Thèse de Médecine. USTTB BAMAKO ; 2020, Pages : 48.
2. **M'Baye R.** Évaluation des connaissances, attitudes et pratiques des femmes utilisatrices des services du centre de santé communautaire de Doumanzana en matière de planification familiale. Mémoire DES USTTB en 2021, pages : 77
3. **Gassamba D.** Mali : 5 choses à savoir sur la planification familiale. Benbere en 2021, page :11. Disponible sur: <https://benbere.org/ladamour/mali-5-choses-savoir-planification-familiale/>
4. **OMS.** World contraceptive use by method 2019. Department of Economic and Social Affairs, Population Divisions; 2019
5. **Ousmane M** : Mali tribune : Planification familiale. Mars 2022. Disponible sur: <https://maliactu.net/planification-familiale-qui-y-va/>
6. **AMPPF** Situation de la planification familiale au Mali, 2004.
7. **Samake T K.** Connaissances, attitudes et pratiques des Hommes de médias en matière de planification familiale dans le district de Bamako. Thèse de Médecine USTTB; 2020 ; Pages : 72.
8. **Konate A.** Problématique de la planification familiale en commune IV du District de Bamako A PROPOS DE 109 CAS. Thèse de Médecine. USTTB Bamako ; 2021, pages :111.
9. **Bongaarts J. et Casterline J.** Fertility transition : Is Sub-Saharan Africa différent, Population and Development Review, 2013 ; 38(1) :153–168a
10. **Mbow F, Diop N, Dweyer SC.** Exploration du rôle potentiel des pharmacies privées dans l'offre de services de planification familiale au Sénégal: Revue documentaire sur les évidences non juridiques. Mai 2018 ; Pages : 35
11. **OMS.** Planification familiale/Contraception 2023. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
12. **Sidibe A.** La Planification Familiale dans quatre Etablissements d'Enseignement Secondaire de la commune IV du District de Bamako. Thèse de Médecine USTTB. Janvier 2023, pages : 89.

13. **Diarra M.** Connaissances, Attitudes et Pratiques des hommes par rapport à la planification familiale en commune IV du district de BAMAKO en juin 2019. [FMOS, Bamako]: USTTB; 2020 pages : 108, N°-181
14. **Djossou R.** Connaissances, Attitudes et Pratiques des élèves du lycée Askia Mohamed de Bamako. Thèse de pharmacie USTTB, 2020 ; Pages : 63.
15. **Dembélé M.** Femmes utilisatrices des méthodes de planification familiale et mobilisation des paires à koutiala. Thèse de Médecine USTTB 2021 ; pages : 96.
16. **Yasmine SC.** Logique d'utilisation de la contraception d'urgence chez les étudiants (cas de la Faculté de médecine d'odontostomatologie de la pharmacie au Mali et de la Faculté des sciences et de santé au Benin). Thèse de médecine, USTTB, Bamako ; 2014 ; Pages : 37.
17. **Black A, Fleming N, Pymar H, Brown T, Smith T.** Consensus Canadien sur la contraception : deuxième partie, Mars 2004, N° 143.
18. **Media.**<https://fr.m.wikipedia.org/media>. consulté le 09/01/2024 à 21h 55.
19. **Sinayoko DT.** Connaissances, attitudes et Pratiques des jeunes de 15 à 24 ans de la commune I et II du district de Bamako en matière de Planification Familiale, thèse de médecine, USTTB Bamako 2015. Pages : 30, 31.
20. **Hamidou K.** Connaissances attitudes et pratiques des hommes sur la planification familiale en commune II du district de Bamako. Thèse Médecine, USTTB 2014 ; Pages : 115.
21. **Agence de développement régionale (ADR) Bamako.** Présentation CVI- ADR BAMAKO 2021. Disponible sur : <https://adrbamako.ml/presentation-cvi/>
22. **Centre de santé de référence (CSRef) de la commune VI.** Organigramme et situation du personnel du CSRef de la commune VI, 2023.
23. **Dembélé. SM.** Problématique de la planification Familiale en commune v du district de Bamako à propos de 199 cas. Thèse de Médecine, USTTB Bamako, N°73, 2009-2010 ; Pages : 93.
24. **Sango S.** Contribution à l'étude de la planification familiale dans la commune IV du district de Bamako. Thèse Médecine, USTTB, Bamako 1996, N°32 ; pages : 93.
25. **Sao BO.** Évaluation de la qualité des soins dans l'unité de planification familiale du centre de sante de référence de la commune V, thèse de médecine, USTTB Bamako 2008, page 91, 92. Consulté le 22 Aout 2021.

26. **Dembélé OB.** Contribution à l'étude, Les causes de la sous-utilisation du DIU dans le District de Bamako, thèse de médecine, USTTB Bamako 1992, N°91-M-20, pages : 54.
27. **Sy M.** L'utilisation des services de Planification Familiale dans l'aire de santé de la commune rurale de Farako du district sanitaire de Ségou du 1er Janvier – 31 Décembre 2018. FMOS, Bamako USTTB ; 2019 ; pages : 82.
28. **Zalha Sani M.** Les obstacles à l'utilisation des services de planification familiale à Ouagadougou au Burkina Faso, Thèse de médecine, USTTB Bamako 2004, N° 4-M-25.
29. **Kodjogbe N.** Enquête démographique sur la santé au Bénin 2ème édition, 2003.
30. **Dao. N :** étude des effets secondaires de la contraception injectable au centre de sante de référence de la commune v du district de Bamako. Thèse Médecine, USTTB Bamako, N°539, 2007-2008 ; pages : 52.
31. **Sidibe I.** Connaissances, attitudes et pratiques comportementales des ménages de la commune urbaine de Yanfolila en matière de la planification familiale. Thèse, médecine, USTTB Bamako, N°157, 2014-2015 ; pages : 72.
32. Population Information Program. Vasectomy: safe and simple. Population Reports, Series D, No. 4, Baltimore, Johns Hopkins University, novembre / décembre 1983.

ANNEXES

ANNEXES

Fiche d'enquête

*Obligatoire

1. Nom * :.....

2. Prénom * :.....

3. Age * :.....ans

4. Votre niveau d'étude ?

Une seule réponse possible.

Pas scolarisé Fondamental Secondaire Supérieur Post universitaire

Autre :.....

5. Quelle est votre principal profession :.....

6. Dans quel quartier habitez-vous :.....

7. Statut matrimonial

Une seule réponse possible.

Célibataire Marié(e) Veuve Divorcé

Autres :.....

8. Quelle est votre ethnie?

Une seule réponse possible.

Bambara Dogon Soninké Bozo Peulh Sonhaï Bobo Mianka Tamasheq

Senoufo Maure

Autres :.....

9. Quelle est votre religion

Une seule réponse possible.

Chrétien Musulman Traditionnel

Autres :.....

10. Aviez-vous un travail en ce moment

Une seule réponse possible.

Oui Non

11. Celles qui travaillent combien gagnez-vous en moyenne par mois?

Une seule réponse possible.

Inférieur à 30000

Entre 30000 et 150000

Supérieur à 150000

12. Etes-vous proche d'un centre de santé?

Plusieurs réponses possibles.

Oui Non

13. Votre mari est-il polygame?

Une seule réponse possible.

Oui Non

14. Si oui combien d'enfants a-t-il :.....

15. Vous avez combien d'enfants :.....

16. Combien d'enfants souhaitez-vous au total :.....

17. Qui prend la décision d'adopter une méthode de PF?

Plusieurs réponses possibles.

Elle-même Le conjoint Les beaux-parents Le guide religieux

Autres :.....

18. CONNAISSANCES :

Où aviez-vous eu connaissance du planning familial?

Plusieurs réponses possibles.

Centre de santé TV

Radio

École, formation courte Agent de santé

Relais communautaire Animateur d'ONG

Réseaux sociaux numérique Autre canal

19. CONNAISSANCES:

Selon vous c'est quoi le PF?

Une seule réponse possible.

Définition correct Définition non correct

20. CONNAISSANCES :

Pouvez-vous citer au moins un but du PF?.....

21. CONNAISSANCES :

Pouvez-vous me citer au moins trois méthodes contraceptives :

22. CONNAISSANCES :

Pouvez-vous citer une conséquence de la non pratique du PF.....

23. CONNAISSANCES:

Pouvez-vous citer au moins un effet secondaire du PF?.....

24. ATTITUDES

Que pensez-vous de l'espacement des naissances pour la famille?.....

25. ATTITUDES *

Etes-vous favorable au PF?

Une seule réponse possible.

Oui Non

26. ATTITUDES *

Etes-vous prête à faire la promotion du PF

Une seule réponse possible.

Oui Non

27. ATTITUDES : *

Pensez-vous que le planning familial soit un sujet tabou de nos jours ?

Une seule réponse possible.

Oui Non

28. PRATIQUES *

Avez-vous déjà pratiqué avant la dernière grossesse une méthode de contraception ?

Une seule réponse possible.

Oui Non

29. SI oui laquelle? pourquoi?

.....

30. Pourquoi n'utilisez-vous pas de méthodes contraceptives ?

.....
.....

31. Avez-vous déjà utilisé une méthode traditionnelle ?

.....

32. Quel est l'intervalle en mois entre vos deux derniers enfants?.....

33. PRATIQUES

Si l'intervalle inter-général entre les deux dernières grossesses est supérieur à trois ans, est-elle dû à une méthode PF?

Une seule réponse possible.

Oui Non

34. Si oui laquelle?.....

35. Pourquoi?.....

36. Si vous deviez donner une suggestion pour améliorer le service de planning familial que proposerez-vous ?

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : MAIGA

Prénom : Fatoumata

Email : fatoumatamaiga035@gmail.com

Titre : Connaissances, attitudes et pratiques des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI en matière de la planification familiale en 2023.

Pays : Mali

Année de Soutenance : 2023

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine d'odontostomatologie et de pharmacie.

Secteur d'intérêts : Épidémiologie, Biologie médicale.

Résumé

La planification familiale est l'un des quatre piliers de l'initiative en faveur d'une maternité sans risques qui vise à réduire la mortalité maternelle, néonatale et infantile dans les pays en développement.

L'objectif visé était d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques des femmes en âge de procréer vues au CSRef de la commune VI, de décrire le profil sociodémographique des femmes en âge de procréer, d'apprécier les connaissances, attitudes et pratiques de ces femmes et d'identifier les facteurs qui l'influencent.

Notre étude descriptive qualitative sur 400 femmes en âge de procréer, s'est déroulée dans la commune VI du district de Bamako du 25 novembre 2022 au 05 décembre 2023.

Au total, nous avons enregistré 400 femmes en s'intéressant à leurs connaissances de la planification familiale. La tranche d'âge la plus représentée était entre 20 et 30ans avec un pourcentage de 67,8%. Au sein de notre population d'étude la majorité était mariée avec un taux estimé à 97,6%. La méthode de contraception la plus connue et la plus utilisée était l'implant avec un taux respectivement estimé à 31,8% et 53,1%. Dans notre étude 79% était favorable à la planification familiale. L'environnement social (39,7%), religieux (24,3%) et le manque d'information concret (24,9%) sur les méthodes contraceptives étaient les principales raisons de la non utilisation de la PF.

MOTS CLES : Espacements des naissances, Femmes en âge de procréer, Planification familiale.

SERMENT DE GALIEN

Je jure en présence des maîtres de cette Faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes chers condisciples.

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer dans l'intérêt de la santé publique ma profession, avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine. En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.

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

Je le jure !!!