

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE

République du Mali  
**Un Peuple – Un But – Une Foi**



**U.S.T.T-B**

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



**FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE**

**ANNEE UNIVERSITAIRE : 2020 – 2021**

**THESE**

N° .... /

**FEMMES UTILISATRICES  
DES METHODES DE PLANIFICATION  
FAMILIALE ET MOBILISATION  
DES PAIRES A KOUTIALA (MALI)**

**Par : M. Moumouni DEMBELE**

Présentée et soutenue publiquement, le 01/12/2021  
Devant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Pour l'obtention du grade de Docteur en MEDECINE  
(Diplôme d'Etat)

**JURY :**

**Président :** Pr Boubacar MAIGA  
**Membres :** Dr Lalla Fatoumata TRAORE  
Dr Niéllé Hawa DIARRA  
**Co-Directeur :** Dr Ntian MAGASSA  
**Directeur :** Pr Samba DIOP



---

THESE DE MEDECINE

---

FEMMES UTILISATRICES DES  
METHODES DE PLANIFICATION  
FAMILIALE ET MOBILISATION DES  
PAIRES A KOUTIALA (MALI)



**DIRECTEUR DE THESE** : Professeur Samba Diop

**DOCTORANT** : Mr Moumouni Dembélé

# DEDICACE

Dédicace

Je dédie cette thèse à mon père **Kafa DEMBELE**

Cher père, mes premiers pas à l'école c'est toi qui les guidas à travers ta bravoure et ta bienveillance. C'est grâce à toi que mes sœurs et moi avons appris le goût des études et du travail bien fait. Tu as toujours été présent pour moi malgré les contraintes. Ce travail n'est que le fruit de ta bravoure et de ton amour pour tes enfants. Père exemplaire, je ne saurais te remercier pour tout ce que tu fis pour moi.

Merci, puisse Dieu te donner la sante et une longue vie pour bénéficier du fruit de la graine que tu as semé.

# REMERCIEMENTS

## **Remerciements**

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

AU NOM DE DIEU (*CLEMENT ET MISERICORDIEUX*)

LOUANGE A ALLAH

LE SOUVERAIN DU MONDE QUE NOUS ADORONS ET QUE NOUS IMPLORONS

SALUT SUR SONT PROPHETE MOHAMED(*PSL*)

ALLAH qui nous assiste de la naissance au jour dernier ; Toi qui par ta grâce ce travail a pu être réalisé. Merci de m'avoir donné la force et le courage d'arriver jusqu'ici et pour tout ce qui est à venir, car «seul toi sais et fais » nous ne sommes que les exécutants de ta volonté.

Que ta bénédiction et ta protection soient sur nous tous.

### **A ma mère**

Source de ma vie, pionnière de mon éducation, femme de cœur, femme forte, je suis fier d'être issue de toi. Ce travail est le fruit de tous les efforts et sacrifices que tu as consentis. Puisse ce jour être pour toi non seulement, une occasion de réjouissance, de fierté mais aussi le témoignage de toute mon affection et de mon attachement profond Mère ! Que Dieu te garde longtemps auprès de nous et que l'avenir soit pour toi, soulagement et satisfaction, Amen !

**A ma fille adorée :** Massaran, ta venue au monde a été une réelle source de bonheur et de motivation pour moi, je tacherai de te donner toutes l'affection et l'éducation que j'ai reçu de mes parents. Je t'aime fort.

**A ma fiancée Nathalie Fatoumata Sogoba :** Merci pour la patience et l'amour que tu portes à mon égard. Ce travail est aussi le vôtre.

**A mes tantes :** Mamouné Koné, Wouri djigandé et feu Tary Koné

Merci pour l'accompagnement, le soutien et la considération que vous me portez et ce, durant tout mon parcours scolaire. Je suis fière d'être votre fils.

**A mes oncles :** Massa Berthé et Modibo Djigandé

Je ne saurais vous remercier assez pour tout ce que vous aviez fait et continuez à faire pour moi. Puisse Dieu vous donner longue vie dans la santé, je tacherai être digne de vous.

**A mes frères :** Bocar Berthe, Mohamed berthe, Nouhoum Djigandé, Guida Djigandé, Abdourahamane Cissé, Oumar Djigandé.

Vous étiez toujours présent quand j'avais besoin de vous. Recevez par ce travail, la preuve de ma grande affection. Que Dieu vous bénisse !

**A mes sœurs :** Massaran Berthé, Fatoumata Sissoko, Sanata Dembélé, Fanta Berthé, Adjratou Berthé, Mawa Berthé, Mariam Koné Et Maimouna Koné.

Merci pour tout le soutien et le respect que vous me témoignez.

**A mes amis :** Lamissa Dissa, Amadou Diarra, Seydou Diakité, Oudy, Adama Diallo, Adama Kané. Merci pour votre l'accompagnement.

**A mes collègues :** Ismail Diarra, Moussa Goïta, Abdoulaye Koné, Sidiki, Amidou, Yalkoué.

Merci pour les moments de joie passée ensemble, ce travail est aussi le vôtre.

Que ceux ou celles qui n'ont pas été cité par oubli dans ces lignes trouvent ici l'expression de ma profonde gratitude.

**Aux Docteurs : Gaoussou Kamissoko, Sanachi Traoré, Seydou Traoré**

Merci pour votre disponibilité, votre soutien pour la réalisation de ce travail et pour tous les enseignements rendus, que Dieu vous récompense et qu'il vous bénisse !

**A tous le personnel du Csref de Koutiala**

Merci de m'avoir accepté, de m'avoir fait confiance et d'avoir contribué également de façon active à ma formation.

## **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

### **A notre maitre et président de jury**

#### **Professeur BOUBACAR MAIGA**

- **PhD en immunologie à l'université de Stockholm en suède;**
- **Maitre de conférences en immunologie à la FMOS;**
- **Médecin chercheur au centre de recherche et de formation du paludisme (MRTC) ;**
- **Chef du département recherche et formation au centre national de transfusion sanguine (CNTS) ;**
- **Modérateur de PROMED- Francophone pour les maladies infectieuses.**

Honorable Maître, vous nous faites un réel plaisir en acceptant de présider ce travail malgré vos multiples occupations. Votre rigueur scientifique, la qualité de votre enseignement, votre abord facile font de vous un exemple à suivre, trouvez ici cher Maître, l'expression de notre gratitude et notre profonde reconnaissance. Qu'ALLAH vous donne longue vie. Amen !



**A notre maître et co-directeur de thèse**

**Docteur NTIAN MAGASSA**

- **Diplômé de l'université de Guangxi, république populaire de chine ;**
- **Gynécologue obstétricien au CSRéf de Koutiala ;**
- **Chef de service de la maternité de CSRéf de Koutiala.**

Votre présence ici témoigne de l'intérêt que vous accordez à ce travail .votre maîtrise du métier, votre humour, votre sens élevé du travail bien fait et votre sens de responsabilité mérite une admiration. Nous vous remercions sincèrement puisse Dieu vous combler de bonheur ici et dans l'au-delà.

**A notre maître et juge**

**Dr LALLA FATOUMA TRAORE**

- **Docteur en médecine, PhD en santé publique**
- **Maitre-assistante a la FMOS**
- **Enseignante chercheur**

Votre sens de l'humour, votre qualité d'écoute, votre souci permanent de formation et la qualité du travail bien fait ont forcé l'estime et l'admiration de tous. Nous avons été séduits par l'élégance et la vigueur de votre raisonnement scientifique ; Votre dévouement et votre sens d'humanisme font de vous un maître respecté et respectable. Acceptez mes sincères reconnaissances.

**A notre maître et juge**

**Docteur NIELE HAWA DIARRA**

- **Docteur en médecine**
- **Spécialiste en Santé Publique, option santé de la reproduction, DERSP/FMOS**
- **Point focal de l'observatoire en Santé de la Reproduction des adolescents en commune de Bamako (USSTB/NUFFIC)**

**Cher maître,**

Vous nous faites honneur en acceptant de siéger dans ce jury.

Votre simplicité, votre disponibilité et votre amour du travail bien fait nous donnent entière satisfaction. Trouvez ici l'expression de notre profond respect.

**A notre Maitre et Directeur de thèse**

**Professeur Samba DIOP**

- **Professeur titulaire d'anthropologie médicale et d'éthique à la FMOS ;**
- **Enseignant-chercheur spécialisé en Ecologie humaine, anthropologie et éthique en santé au DER de sante publique de la FMOS ;**
- **Responsable de l'unité de recherche formative en sciences humaines, sociales et éthique SEREFO-VIH-SIDA FMOS**
- **Membre du comité d'éthique institutionnel et national du Mali.**

**Chère maitre,**

Nous tenons à vous dire toute notre reconnaissance pour avoir accepté et diriger ce travail malgré vos multiples occupations. Formateur émérite, votre générosité, votre modestie, votre rigueur et votre désir permanent de perfectionnement dans tout travail scientifique font de vous un maitre exemplaire et reconnu de tous. Nous vous remercions et vous assurons de notre sincère gratitude et de notre plus profond respect

**LISTE DES SIGLES, SYMBOLES ET ABREVIATIONS**

**CSCom** : Centre de santé communautaire

**CSref**: Centre de santé de référence

**DIU** : Dispositif intra utérin

**EDSM VI** : Enquête démographique et de santé du mali, sixième édition

**FMOS** : Faculté de médecine et d'odontostomatologie

**MAMA** : Méthode d'allaitement maternel et d'aménorrhée

**MMC** : Méthode moderne de contraception

**OMS** : Organisation mondiale de la santé

**PF** : Planification familiale

**SIDA** : Syndrome immunodéficience acquise

**USAID**: Agence des Etats-Unis pour le développement international

**VIH** : Virus de l'immunodéficience humain

**ONG** : Organisation non gouvernementale

**%** : Pourcentage

LISTE DES TABLEAUX

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

Tableau II : Répartition de l'échantillon en fonction du niveau d'instruction

Tableau III : Répartition de l'échantillon en fonction de la profession :

Tableau IV : Répartition de l'échantillon en fonction du statut matrimoniale

Tableau V : Répartition de l'échantillon en fonction de l'âge et du niveau d'instruction

Tableau VI : Répartition de l'échantillon en fonction de l'âge et de la profession

Tableau VII : Répartition de l'échantillon en fonction de l'âge et du statut matrimoniale

Tableau VIII : Répartition de l'échantillon selon le nombre d'enfants vivants

Tableau IX : Répartition de l'échantillon en fonction de l'âge et le statut de la personne qui oriente

Tableau X : Répartitions de l'échantillon en fonction de la causerie avec d'autres femmes sur les méthodes de PF (amies ou parents)

Tableau XI : Répartition de l'échantillon en fonction de l'âge et de la causerie avec d'autres femmes sur les méthodes de PF.

Tableau XII : Répartition de l'échantillon en fonction de la causerie avec d'autres femmes sur les méthodes de PF et la sensibilisation d'autres femmes sur les bienfaits de la PF.

Tableau XIII : Répartition de l'échantillon en fonction de la sensibilisation d'autres femmes sur les bienfaits de la PF et de l'adhésion d'autres femmes à la pratique de l'utilisation des méthodes de PF.

Tableau X : Répartition de l'échantillon en fonction de l'adhésion à la pratique de l'utilisation des services de PF suite à l'influence d'une autre femme (amie ou parent).

Tableau XIV: Répartition de l'échantillon en fonction de l'adhésion d'autres femmes à l'utilisation des méthodes de PF et des arguments utilisés pour influencer

Tableau XV : Age et adhésion d'autres femmes à la pratique de l'utilisation des services de PF.

Tableau XVI : Statut matrimonial et adhésion d'autres femmes à la pratique de l'utilisation des services de PF.

Tableau XVII: Adhésion d'autres femmes à l'utilisation des services de PF et niveau d'instruction

Tableau XVIII : Temps d'utilisation et adhésion d'autre femme à la pratique de l'utilisation des services de PF

Tableau XIX : Méthode utilisée et adhésion d'autres femmes à la pratique de l'utilisation des services de PF

Tableau XX : Profession et sensibilisation d'autres femmes sur les bienfaits de l'utilisation des services de PF

Tableau XXI : Caractéristiques sociodémographiques du groupe focus

**Table des matières**

I) INTRODUCTION .....	1
II) CADRE CONCEPTUEL .....	4
1) Synthèse de la revue critique de la littérature : .....	4
III) GENERALITES.....	8
1) Rappel sur la planification familiale.....	8
a) Définition de la planification familiale.....	8
b) La PF comporte diverses activités qui sont : .....	8
c) Histoire de la planification familiale :.....	10
2) Méthodes de contraception.....	12
a) Méthodes naturelles.....	12
b) Les Méthodes modernes .....	15
c) Les méthodes traditionnelles .....	22
3) Aspect religieux .....	23
a) Christianisme et contraception.....	23
b) Islam et contraception .....	24
4) Hypothèses de recherche : .....	5
5) Objectifs :.....	6
a) Objectifs général :.....	6
b) Objectifs spécifiques :.....	6
IV) DEMARCHE METHODOLOGIQUE .....	27
1) Type et période d'étude .....	27
2) Choix et description du cadre d'étude.....	27
3) Présentation de la région de Koutiala .....	27
a) Superficie et limites.....	27
b) ONG et partenaires au développement.....	27



c)	Commerce et industrie .....	27
d)	Tourisme et hôtellerie .....	28
e)	Transport et Communication.....	28
4)	Présentation du Centre de Santé de Référence de Koutiala .....	28
5)	Organigramme du Csref .....	28
a)	Infrastructures.....	28
b)	Personnels .....	29
6)	Population d'étude .....	30
a)	Critère d'inclusion .....	30
b)	Critère de non inclusion.....	30
c)	Technique d'échantillonnage :.....	30
d)	Tailles de l'échantillon.....	30
7)	Collecte des données .....	31
a)	Technique : .....	31
b)	Outils de collecte : .....	31
8)	traitement et analyse des données.....	31
9)	Bénéfices de l'étude .....	31
10)	Difficulté probables au cours de l'étude .....	32
11)	Produits attendus .....	32
12)	Considération éthique de l'étude .....	32
13)	Définitions opérationnelles.....	33
V)	RESULTATS .....	35
1)	Résultat quantitatif.....	35
a)	Profil sociaux démographiques des femmes enquêtées .....	35
b)	Identification de l'existence d'une influence sur les autres femmes	

c) les arguments pour influencer.....	49
2) Résultat qualitative .....	56
a) Entretien individuel approfondis .....	56
b) Focus groupe.....	58
VI) COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :.....	62
1) Approche méthodologique :.....	62
2) Influence : .....	62
3) Arguments pour influencer.....	63
4) Caractéristiques sociodémographiques :.....	63
a) Age des participantes : .....	63
b) Statut matrimonial des participantes : .....	63
c) Profession : .....	64
d) Niveau d’instruction des participantes :.....	64
e) Nombre d’enfants vivants .....	65
f) Les personnes qui orientent .....	65
VII) CONCLUSION.....	67
VIII) RECOMMANDATIONS .....	69
IX) REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE.....	71
X) ANNEXES .....	75
1) Informations pour obtenir le consentement des participantes .....	75
2) Fiche d’enquête.....	78
Questionnaire .....	78

# **INTRODUCTION**

## **I) INTRODUCTION**

Lors de la Conférence du Caire en 1994 et celle de Beijing en 1995, les États ont adopté des déclarations précisant que les hommes et les femmes de tous âges avaient « le droit de décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances, de disposer des informations nécessaires pour ce faire et du droit de tous à accéder à une meilleure santé en matière de sexualité et de reproduction» [1].

Depuis cette déclaration, la planification familiale figure parmi les priorités de santé mondiale. De nos jours, la planification familiale constitue l'une des méthodes modernes pour prévenir les maladies sexuellement transmissibles. Elle contribue ainsi à réduire les grossesses rapprochées et non désirées, les avortements provoqués qui menacent dangereusement la santé de la femme. Les risques d'une grossesse, surtout chez une jeune femme sont nombreux : prématurité, insuffisance pondérale, hémorragie (saignement), infection, éclampsie, et les obstructions du travail.

Selon l'OMS, environ 830 femmes meurent chaque jour dans le monde du fait des complications liées à la grossesse ou à l'accouchement. Egalement 26 à 53 millions d'avortements sont pratiqués chaque année dans le monde entier, ces avortements à risque sont effectués par un personnel non qualifié et dans de mauvaises conditions d'hygiène [2].

Les grossesses multiples et rapprochées, ou encore non désirées ont également des répercussions graves sur la santé et le bien-être des enfants.

En 2016 2,6 millions d'enfants dans le monde sont morts durant leurs premiers mois de vie [3]. Cette situation attire de plus en plus l'attention des pouvoirs publics.

A travers les efforts fournis par les gouvernements et les organismes internationaux, l'utilisation des services de PF a augmenté au niveau mondiale passant de 54% à 57,4%. Entre 1990 et 2010, l'Afrique a réduit la mortalité maternelle de 41 %. Au cours de la même période, elle a aussi réduit la mortalité des moins de cinq ans de 33%. Malgré les progrès accomplis, 57% de tous les décès maternels surviennent sur le continent, ce qui fait de l'Afrique la région du monde où le ratio de mortalité maternelle est le plus élevé. Les taux de mortalité maternelle varient de pays à pays. Alors qu'une femme sur 4700 court le risque de mourir des complications liées à la grossesse dans le monde industrialisé, une femme africaine sur 39 court ce même risque [4].

Au MALI depuis les deux dernières décennies, les données des enquêtes démographique et de santé du Mali (EDSM) attestent que l'utilisation des méthodes modernes de PF par les femmes

en union n'a évoluée que lentement, passant de 6% en 2001 à 17% en 2018. Cette faible utilisation des services de PF par les femmes les expose à de nombreux problèmes liés à la grossesse et à l'accouchement. Le rapport de mortalité maternelle est à 325 décès maternels pour 100000 naissances vivantes au cours des sept dernières années selon EDSM 2018 [5].

Tous ceux-ci met clairement en évidence l'impact que le faible taux d'utilisation des services de planification familial a sur la santé et le bien être des femmes dans le monde en générale et plus particulièrement dans les pays d'Afrique.

Et le Mali figure parmi les pays d'Afrique les plus touchés par ce problème.

Cette situation pourrait s'expliquée par le manque d'informations fiable en matière de PF.

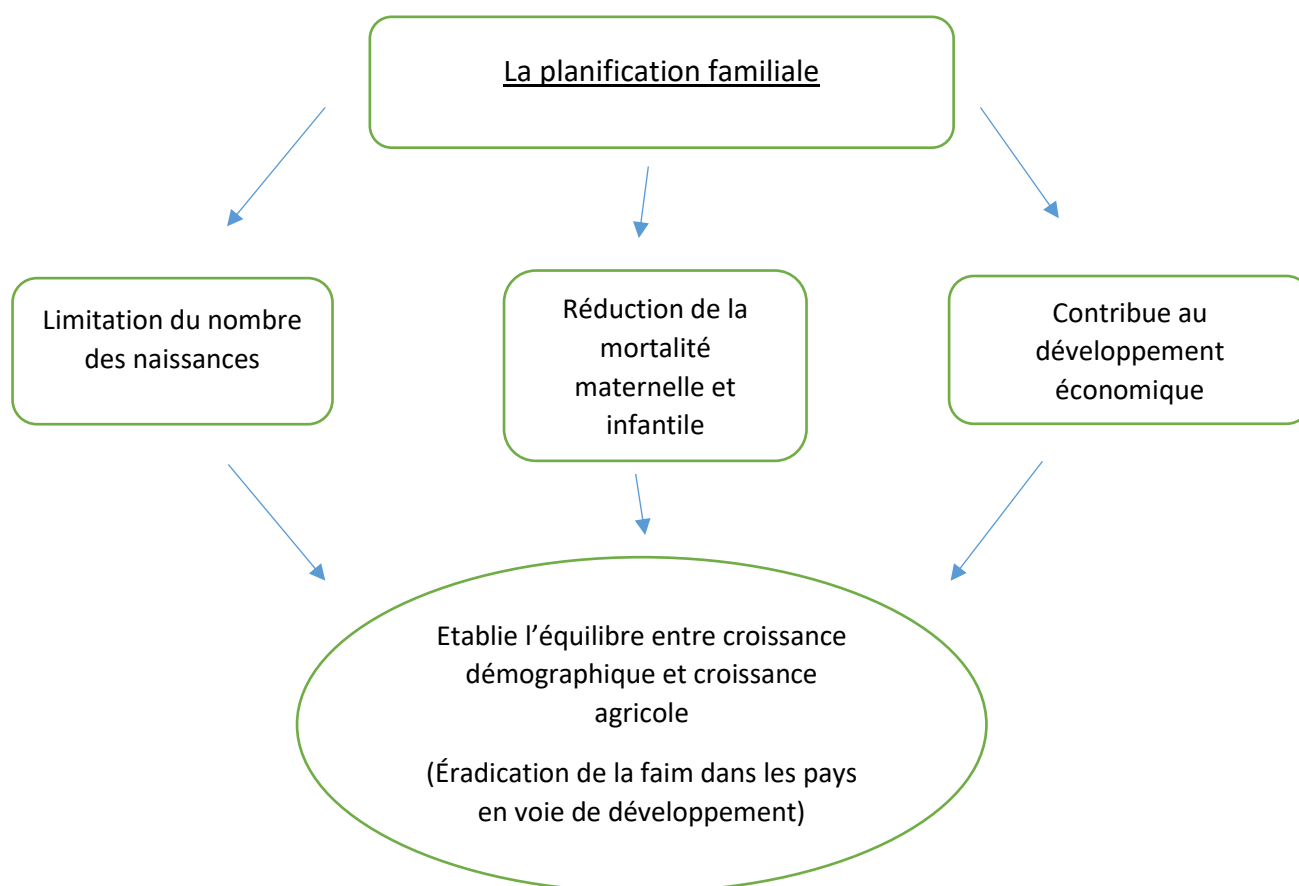
En effet dans notre pays 60% des femmes de 15 à 49 ans n'ont aucun message sur la PF ni à la radio, ni à la télévision, ni dans les journaux/magasines, ni à travers le téléphone portable et 66% d'entre elles n'ont aucun niveau d'instruction [5].

La tradition de la transmission de l'information de bouche à oreille étant encore conservée dans notre pays, les femmes adhérentes à la pratique de la PF pourraient avoir une certaine influence sur les autres femmes non pratiquante, à travers les causeries et les interactions sociales.

Cette étude aura donc pour but de faire plus d'éclaircissements sur l'influence des femmes utilisatrices de méthodes modernes de PF dans l'adhésion d'autres femmes à la pratique dans la commune urbaine de Koutiala.

# **CADRE CONCEPTUEL**

## II) CADRE CONCEPTUEL



### 1) Synthèse de la revue critique de la littérature :

Depuis la Conférence internationale de 1994 à Caire, la planification familiale est considérée comme une priorité des gouvernements du monde en générale et des pays en voies de développement en particulier.

Aujourd'hui, un des vrais moyens pour relever le niveau de vie est de maintenir l'équilibre entre la croissance démographique et la croissance économique. Convaincu de cela, du niveau national ainsi que familial, on tente des solutions. Il semble montrer que le vécu quotidien de beaucoup de famille (mauvaise condition) les pousse à expérimenter les mesures qui leur sont proposées.

A cet effet, la contraception contribue beaucoup en favorisant la réduction du taux de natalité, en favorisant un bien-être familial par la santé de la mère et de l'enfant, et la réduction de la charge familiale. Vu l'importance du sujet, plusieurs études ont été menées et dont les résultats quel que soit les thèmes concourent à la maîtrise de la contraception dans tous ces paramètres et faire d'elle un moyen sûr et efficace qui pourra être accepté de tous.

La planification familiale peut ainsi résoudre un des grands problèmes du monde : la faim par sa capacité de maintenir l'équilibre entre croissance démographique et croissance agricole. A travers la revue littéraire, la remarque pesante qui ressort est le bien-fondé de la contraception malgré quelques critiques [6].

De nombreuses campagnes de sensibilisation et de propagation de l'information sur les bienfaits de la PF ont été réalisées partout dans le monde.

A travers les différents efforts des gouvernements, des ONG et des organisations internationales nous pouvons observer de nos jours une légère augmentation de l'utilisation des méthodes de PF au niveau mondiale en générale et en particulier en Asie et en Amérique Latine.

Par contre en Afrique cette évolution reste encore à désirer.

En Afrique la prévalence de l'utilisation des méthodes de PF restent encore faibles de nos jours et les taux de mortalités maternelles, infantiles et néonatales sont toujours considérables.

Cette faible utilisation de la PF par les pays africains pourrait s'expliquer en partie par :

- Le manque d'informations fiables sur l'utilisation des sévices de PF.
- Le niveau d'instruction encore faibles des femmes.
- Le faible revenu de la population.
- La propagation de fausses informations sur les effets secondaires de la PF.
- Le manque de services de PF et de personnel qualifiés dans certaines localités. [5]

Le Mali figure parmi les pays qui pressentent les taux les plus faibles d'utilisation des méthodes de PF ; et dont les taux de mortalité maternelle et infantile suite à des complications liées à la grossesse ou à l'accouchement sont les plus élevés dans le monde. [5]

Cette situation critique doit interpeler notre gouvernement qui devrait continuer à mettre en œuvre tous les moyens nécessaires pour améliorer au maximum l'utilisation des méthodes de PF, limitant ainsi les taux de mortalités maternelles et infantiles lies à la grossesse et à l'accouchement.

## **2) Hypothèses de recherche :**



Dans la pratique de la PF, les femmes utilisatrices des méthodes de planification familiale pourraient avoir une influence positive sur les autres femmes quant à leurs adhésions à la pratique.

**3) Objectifs :**

**a) Objectifs général :**

Evaluer l'existence d'une influence des femmes utilisatrices des méthodes de PF dans l'adhésion d'autres femmes à la pratique de la PF.

**b) Objectifs spécifiques :**

- Déterminer le profil sociodémographique des femmes utilisatrices des méthodes de PF.
- Identifier l'existence d'une influence des femmes utilisatrices des méthodes de PF dans l'adhésion d'autres femmes à la pratique.
- Identifier les arguments utilisés pour influencer d'autres femmes.

# **GENERALITES**

### **III) GENERALITES**

#### **1) Rappel sur la planification familiale**

##### **a) Définition de la planification familiale**

Selon l'OMS la planification familiale est l'ensemble des mesures et méthodes que les hommes et les femmes prennent ou utilisent pour éviter des grossesses non désirées et organiser la venue des enfants quand ils le désirent.

Elle permet d'avoir des enfants au moment où ils le décident ; d'avoir juste le nombre d'enfant qu'ils désirent et dont ils peuvent prendre soins ; d'espacer convenablement la naissance de leurs enfants.

##### **b) La PF comporte diverses activités qui sont :**

- L'information et le conseil en matière de santé de la famille;
- L'éducation sexuelle et familiale;
- La prévention et le traitement de la stérilité conjugale ;
- La consultation pré-nuptiale ;
- La contraception ;
- La lutte contre le VIH/SIDA ;
- La formation, la supervision et l'évaluation du personnel ;
- La recherche.

De nos jours le concept de la planification familiale se couple en celui de la santé de reproduction (SR). Selon la définition adoptée à la conférence internationale sur la population et le développement en 1994 au Caire, la SR est le « bien être générale, 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 seulement l'absence de maladie ou d'infirmité ».

Les dispensateurs de planning familial peuvent être fiers de leur travail, parce que le planning familial aide tout le monde; en particulier :

### **Les femmes :**

Le planning familial permet à la femme de se protéger contre les grossesses non souhaitées. Depuis les années 1960, les programmes de planning familial ont aidé les femmes du monde entier à éviter 400 millions de grossesses non souhaitées et de nombreux dangers de grossesses à haut risques ou d'avortement pratiqués dans les mauvaises conditions.

Si toutes les femmes pouvaient éviter les grossesses à hauts risques, le nombre de mortalités maternelles pourrait diminuer d'un quart. En outre beaucoup de méthodes hormonales aident à empêcher certains cancers et les préservatifs aident à empêcher les maladies sexuellement transmissibles dont le VIH-SIDA [7].

La planification familiale permet aussi à l'organisme de la femme de se reposer de récupérer et de mieux supporter les aléas de la nature qui sont, la maladie le stress les efforts physiques [8].

La planification familiale permet à la femme de limiter les abandons d'enfants et les cas d'infanticides. La planification familiale contribue à la disponibilité de la mère pour son enfant, son mari et pour toute la famille [8].

### **L'enfant :**

Le planning familial sauve les vies des enfants en aidant les femmes à espacer les naissances. Entre 13 et 15 millions d'enfants âgés de moins de 5 ans meurent chaque année, si tous les enfants naissent à intervalle d'au moins 2 ans 3 à 4 millions de ces morts croient évitées [7].

La planification familiale permet à l'enfant de prendre le sein plus longtemps, de bénéficier de l'affection maternelle.

Tous ceux-ci contribueront au développement immunitaire de l'enfant pour faire face aux infections respiratoires, aux diarrhées et autres maladies infectieuses et virales [9].

### **Les hommes:**

Le planning familial aide les hommes et les femmes à prendre soin de leur famille. Dans le monde entier, les hommes disent que la planification familiale aide à leur assurer une meilleure existence [8].

### **La famille :**

La planification familiale améliore le bien être familiale. Les couples qui ont moins d'enfants sont mieux en mesure de leur donner suffisamment de nourriture et de vêtement, de leur assurer un logement et de les scolariser [7].

#### **La nation :**

La planification familiale aide la nation à se développer dans les pays où les femmes ont beaucoup moins d'enfants que leur propre mère, la population voit s'améliorer sa situation économique plus rapidement qu'ailleurs [10].

### **c) Histoire de la planification familiale :**

#### **Dans le monde**

La question du planning familial n'est pas une pratique récente. Elle existait dans le monde bien fort longtemps, mais n'était pas connu de tous. Sa valorisation remonte aux années 1974 ou l'accent particulier a été mis sur les actions en faveur des femmes.

Dans la genèse du planning familiale, on retient que c'est le fruit de plusieurs conférences et rencontres à travers le monde. Parmi ces différentes rencontres, Mexico en 1975 avait abouti à la proclamation de l'année interna et de la décennie de la femme ; c'est surtout la réunion tenue à ALMAATA (URSS) en septembre 1978 qui peut être considérée comme le point de départ de toutes les autres actions futures en l'endroit des femmes. Elle aboutit à partir des années 1980 à la multiplication des rencontres dans différents pays du monde. Ces rencontres pour la plupart étaient basées sur la santé de la femme et de la famille ; beaucoup d'association de planning familial qui existaient déjà à travers le monde étaient affiliées à des ONG et à la fédération internationale pour la planification familiale. A travers ces différents regroupements et associations de femmes à travers le monde, la planification familiale se diffusa pour être accessible à toutes les femmes. C'est dans ce sens que l'organisation mondiale de la santé a eu la ferme volonté de promouvoir la planification familiale en mettant à disposition une gamme variée de produits contraceptifs tout en veillant sur leur qualité [7].

#### **En Afrique**

Les réalités démographiques, économiques et socioculturelles différent selon les continents, cela s'explique par le fait que la planification familiale soit bien connue ou peu connue selon

les continents. C'est ainsi qu'un continent comme l'Afrique, malgré les exigences de ses caractéristiques sociodémographiques va s'introduire.

C'est ainsi qu'à travers tout le continent seront organisées des rencontres ; une des plus importantes réunions au Mali(Bamako) avait regroupé presque tous les responsables de la santé du continent.

Après une série de rencontre basée sur la femme et l'enfant et la réunion de l'IB (initiative de Bamako), la question du planning familial commença à se dessiner à travers le continent, ces rencontres témoignaient de l'intérêt que les leaders africains portaient sur le planning familial.

Ainsi dans les années 80, les associations pour la planification familiale étaient encouragées, et dans les années 90 ont été celles de symposium sur la santé de la reproduction, la santé génésique, la santé sexuelle des individus, des couples et des familles [7].

### **Au Mali**

Comme tout pays soucieux de son développement, le Mali n'est pas resté en marge de la politique de la planification familiale. C'est ainsi que très tôt les autorités avaient adopté une attitude encourageant l'initiative.

En témoignant de cette attitude, une délégation malienne avait pris part à un séminaire sur la planification familiale en 1971 au Canada(Montréal).

Vu l'importance et les bienfaits, le Mali avait seulement signé un accord avec des organisations mais aussi avait soumis pour un projet d'assistance en planification familiale pour 4 ans lors de la déclaration de Bucarest (Roumanie) en 1974. Après la création de l'association malienne pour la protection et la promotion de la femme (AMPPF) le 7 Juin 1971, un centre pilote fut créé à Bamako par cette association et visait à espacer les naissances. Au tout début, la pratique n'était pas libre mais conditionnée à une autorisation du mari pour les femmes et des parents pour les célibataires.

Après deux séminaires organisés au Mali sur l'éducation sexuelle et le planning familial et en Roumanie sur le droit au planning familial, l'année 1978 voit le Mali prendre un envol prodigieux en souscrivant à la déclaration d'Alama Ata (URSS) [7].

## **2) Méthodes de contraception**

### **a) Méthodes naturelles**

#### **✚ L'abstinence**

Elle est une méthode où l'homme et la femme n'entretiennent aucun rapport sexuel [11].

Les avantages

Ils sont nombreux :

Dans un premier temps, il n'y a aucune possibilité de grossesse et dans le second temps ne requiert aucune prise de médicaments contraceptifs [11].

Les Inconvénients

Elle est complexe, délicate et difficile à supporter car elle entraîne très souvent l'infidélité dans certains couples et est source de mécontentement dans le foyer [11].

#### **✚ La méthode de température**

Vu que la température du corps varie au moment de l'ovulation, qu'elle diminue de 0,5°C avant l'ovulation et augmente de 0,2 à 0,5°C au moment de l'ovulation, la femme doit se montrer méthodique en prenant sa température chaque matin au réveil à la même heure et la noter sur une courbe.

Les variations de températures ainsi observées pendant un cycle sont dépendantes de celles du taux de progestérone durant le cycle.

Elle doit être à l'affût du jour où la température va dépasser 37°C pour savoir qu'elle est dans une période d'ovulation et donc de fécondité. Cette période féconde s'étale sur une durée de trois jours après l'ovulation. Avec cette méthode, la femme se doit de s'abstenir de tout rapport sexuel du premier au troisième jour après la montée de la température [11].

#### **Les avantages**

Les avantages sont multiples, non seulement elle ne nécessite pas la prise de médicament et ne coûte pas cher, mais aussi est d'une efficacité dont le taux varie de (94% à 97%) et surtout elle est acceptée par les religions. Elle est aussi réversible pour couronner le tout [11].

#### **Les 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.) et ne protège pas contre les IST/SIDA [11].

### **La méthode de la glaire cervicale**

Peu abondante avant l'ovulation, cependant elle est très abondante dans le vagin durant la période féconde du cycle menstruel. Elle est filante et gluante pendant la période féconde, la glaire devient peu abondante après l'ovulation, épaisse et collante. Pour la bonne application de cette méthode, la femme se doit de tâter sa glaire chaque matin au réveil et éviter tout rapport sexuel dès qu'elle constate que la glaire est abondante et filante c'est-à-dire qu'elle est gluante et élastique.

Elle peut reprendre les rapports sexuels quand cette glaire redeviendra peu abondante et collante [11].

#### **Les avantages**

Elle ne sollicite aucun médicament, ne coûte pas cher, permet à la femme de mieux connaître et comprendre le fonctionnement de son corps. Elle n'a point d'effets secondaires indésirables sur la femme et de surcroît est réversible [11].

#### **Les 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, ne protège pas contre les IST/SIDA et expose à un risque d'infection [11].

### **La sympto-thermique**

Elle associe la glaire cervicale et la température [11].

### **La méthode des jours fixes ou méthode du collier du cycle**

C'est une méthode basique et surtout naturel qui est basée sur la connaissance du cycle menstruel. Il s'agit d'un collier de perle à différentes couleurs représentant chaque jour du cycle menstruel de la femme qui peut aider la femme à savoir quand elle peut tomber enceinte suite à de rapports sexuels non protégés.

Chacune de ses perles à couleur a une signification qui lui est propre ; les perles blanches marquent les jours où la femme peut tomber enceinte, les perles marronnes marquent les jours où il est peu probable de tomber enceinte durant les jours de règles et quant au cylindre noir avec une flèche, il indique dans quel sens il faut déplacer l'anneau. Cette méthode est plus appréciée par les femmes qui privilégient une méthode naturelle et efficace de planification familiale ainsi que celles qui ont des cycles compris entre 26 à 32 jours [11].

Pour une bonne utilisation du collier du cycle, certaines précautions sont à prendre : Dès le premier jour de vos règles, mettre l'anneau sur la perle rouge et marquer le premier jour de vos règles sur votre calendrier. Il est primordial de connaître ce jour au cas où on oubliera de



déplacer l'anneau. Chaque matin, déplacer l'anneau dans la direction de la flèche sur le cylindre d'une perle à l'autre et ce, même les jours où vous avez les règles. Le jour où les règles viennent, mettre de nouveau l'anneau sur la perle rouge. Au cas où il reste des perles marronnes, quand l'anneau est sur une perle blanche, vous pouvez tomber enceinte à la suite de rapports sexuels non protégés.

### **Les avantages**

C'est une méthode simple facile à enseigner, à utiliser, efficace à 95%(quand elle est utilisée correctement) elle réduit de manière considérable la probabilité d'une grossesse non désirée, faible cout, elle fait participer les deux partenaires en offrant les possibilités d'améliorer la communication au sein du couple [11].

### **Les inconvénients**

C'est une méthode qui expose aux IST/SIDA, nécessite une abstinence durant les jours de fécondité et requiert (demande) l'utilisation d'une méthode de barrière efficace telle que l'usage du préservatif [11].

### **🚦 La méthode d'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) [11].

### **Les avantages**

Elle favorise la pratique de l'allaitement maternel, n'a pas d'effet secondaire et de plus est réversible [11].

### **Les 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. [11].

### **✚ Le Retrait (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 et donc la fécondation à hauteur de 96% moyennant un usage correct et régulier, 73% dans la pratique courante [11].

### **✚ La méthode Ogino et Knauss**

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 [12].

## **b) Les Méthodes modernes**

### **✚ Préservatif masculin**

Il s'agit d'un capuchon en caoutchouc, très fin et très souple, destiné à être adapté au pénis et servant de contraceptif ou de moyen de protection contre les maladies transmissibles sexuellement [12].

#### **Les avantages**

Très abordable, disponible partout sur le marché, il a peu d'effets secondaires, protège contre les IST/SIDA et convient aux rapports sexuels occasionnels. Aucun besoin d'ordonnance, elle fait de l'homme, un acteur de la planification familiale, efficace immédiatement, elle est utilisable en plus d'autres méthodes [12].

#### **Les inconvénients**

L'efficacité est liée à notre ferme volonté à écouter, suivre et appliquer les conseils à savoir utiliser un préservatif par rapport sexuel [12].

#### **Les effets secondaires**

Il faut noter que certaines personnes sont allergiques au latex et donc ne le supporte pas [12].

- **Le 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 [12].

#### **Les avantages**

Ses avantages sont multiples :

Le préservatif féminin présente de nombreux avantages :

- ✚ Contrôler par la femme,
- ✚ Plus confortable pour l'homme, sensation moins atténuée qu'avec le préservatif masculin en latex;
- ✚ Meilleure protection (recouvrant les parties génitales internes et externes) ;
- ✚ Plus pratique (insertion possible avant l'acte sexuel) ;
- ✚ Plus résistant (résistance du polyuréthane supérieure de 40% à celle du latex) ;
- ✚ Conçu pour empêcher les MST et la grossesse ;
- ✚ prolonge l'intimité, pas nécessaire de le retirer aussi tôt après éjaculation ;
- ✚ Pas d'effet secondaire apparent, aucune réaction allergique ;
- ✚ Efficacité analogue à celle des préservatifs masculins

### **Les inconvénients**

Son coût est élevé comparativement à celui du préservatif masculin, ajouté à cela la difficulté d'insertion lors de la première utilisation. Il n'est utilisable qu'une seule fois lors de chaque rapport sexuel et son efficacité dépend de la volonté des partenaires à suivre les instructions.

Les couples sont parfois ennuyés par l'aspect du préservatif féminin du fait de :

- ✚ Certaines difficultés liées à son insertion dans le vagin ;
- ✚ Il est nécessaire de le tenir au moment de la pénétration ;
- ✚ Peut-être bruyant, cela peut dépendre du mouvement du pénis dans le vagin ou de la position adoptée ;
- ✚ Son coût relatif élevé ;

Ces points expliquent le succès limité de cette méthode de contraception

### **• Les spermicides**

Les spermicides se trouvent sous différentes formes : crèmes, gels, ovules, éponges, comprimés, suppositoires, tampons... Ces substances spermicides neutralisent les spermatozoïdes, les empêchent de continuer leur progression vers l'ovocyte, pour le féconder. Ils doivent être introduits profondément dans le vagin avant un rapport sexuel et est composé de chlorure de benzalkonium [12].

### **Les avantages**

Très discret et facilement accessibles, les spermicides peuvent être achetés sans ordonnance et présentent l'avantage de ne pas interférer avec le système hormonal ni la durée du cycle. Ils peuvent également servir de lubrifiants vaginaux lors des rapports [12].

### **Les inconvénients**

Il y'a beaucoup d'échecs, le spermicide peut provoquer des lésions sur le pénis ou dans le vagin. Sa présence dans le vagin gêne le rapport sexuel (sensation de brûlure, de picotement, de flottement, inflammation du vagin etc.), ne protège pas contre les IST/SIDA.

Les spermicides sont peu choisis par les femmes, et peu conseillés par les médecins, car ils présentent plus d'inconvénients que d'avantages :

- ✚ Ils sont couteux, pas toujours facile à utilisés, peu efficaces seul ;
- ✚ Ils doivent être associé à un préservatif, a un diaphragme ou une cape cervicale ;
- ✚ L'usage de spermicides affecte la spontanéité des rapports sexuels.

#### ✚ **La Pilule combinée**

Elle contient deux hormones à savoir un œstrogène et un progestatif d'où l'expression combinée et a pour but d'empêcher la libération des ovocytes des ovaires (ovulation) [12].

### **Les avantages**

La pilule combinée soulage non seulement certaines maladies, mais aussi régularise les cycles irréguliers et surtout n'entraîne pas d'infections génitales chez la femme tout en étant réversible [9].

### **Les inconvénients**

- ✚ La pilule combinée n'est pas efficace comme méthode contraceptive pour chacun ;
- ✚ Elle peut ne pas être efficace si utilisé conjointement avec d'autres médicaments ;
- ✚ Elle doit être prise quotidiennement ce qui peut être problématique ;
- ✚ Elle ne protège pas contre les IST/SIDA [12].

### **Les effets secondaires**

Elle provoque entre-autre des saignements vaginaux, une tension mammaire, des maux de têtes, une aménorrhée, des nausées, des acnés, une prise de poids, une hypo galaxie, des douleurs à la poitrine, une élévation de la tension artérielle, etc. [12].

- **La Pilule progestatif ou pilule minidosée**

Contrairement aux pilules combinées, les pilules progestatives ne contiennent qu'un progestatif de synthèse (le désogestrel ou le lévonorgestrel) et donc pas d'œstrogène. Elle épaisit la glaire

cervicale empêchant par la même occasion les spermatozoïdes et l'ovule de se rencontrer et du coup rend impossible l'ovulation [12].

### **Les avantages**

Prise à la même heure chaque matin, elle est très efficace avec très peu de contre-indications. Avec très peu d'effets secondaires, elle soigne certaines maladies, n'entraîne pas d'infections génitales chez la femme et est réversible [12].

### **Les effets secondaires**

Aménorrhée, saignements, prise ou perte de poids [12].

### **Les inconvénients**

Elle nécessite une surveillance médicale, sa prise est très contraignante (le fait d'avaler un comprimé chaque jour et à la même heure) ; elle ne protège pas contre les IST/SIDA. L'oubli augmente l'échec de la méthode et l'efficacité peut être diminuée par la prise de certains médicaments [12].

### **Les contre-indications des deux pilules**

Hypercholestérolémie, hypertension artérielle, antécédent d'accident thromboembolique, certains cancers, le tabagisme chez les femmes de plus de 35 ans [12].

- **Les Contraceptifs injectables à progestatifs seuls**

Une injection intramusculaire tous les 2 ou 3 mois, selon le produit. Elle empêche la libération des ovocytes des ovaires (l'ovulation) [12].

- **Les contraceptifs injectables mensuels ou contraceptifs combinés**

Administrés par injection intramusculaire mensuel, ils contiennent un œstrogène et un progestatif. Ils épaississent la glaire cervicale, ce qui empêche les spermatozoïdes et l'ovule de se rencontrer et empêche l'ovulation [12].

### **Les avantages des deux contraceptifs injectables**

Leur utilisation est discrète, la prise est suffisamment espacée et plus supportable, ils ne provoquent pas d'infection génitale et ne gêne pas la production de lait chez la femme allaitante [12].

### **Les effets secondaires des deux contraceptifs injectables**

Ils peuvent occasionner une prise de poids, aménorrhée, des saignements vaginaux, nausées, vertiges, vomissement, et, une, tension, artérielle élevée. Les inconvénients Leur utilisation nécessite un personnel qualifié, aussi un suivi médical [12].

### **Les contre-indications**

L'existence d'une grossesse ou soupçonnée, les cancers du sein, du col, de l'endomètre ou soupçonné des saignements vaginaux inexplicables [12].

- **Les implants (Jadelle, Implanon)**

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 [13].

### **Les avantages**

- ✚ Les implants préviennent la grossesse pendant un maximum de cinq ans.
- ✚ Ils ne sont pas liés aux rapports sexuels
- ✚ Ne présente pas de danger pour l'allaitement et le bébé
- ✚ Pas de prise quotidienne

### **Les effets secondaires**

Saignement, absence de règles (aménorrhée), nausées, vertiges, nervosité, expulsion de capsule, infection du site d'intervention, prise ou perte de poids, tension mammaire [12].

### **Les inconvénients**

- ✚ Les implants (Jadelle, implanon) ne protègent pas contre l'infection à VIH et d'autres maladies sexuellement transmissibles.
- ✚ Ils requièrent une petite incision sur l'avant bras, l'incision qui laisse une petite cicatrice
- ✚ Ils provoquent chez la plus part des femmes des règles irrégulières et des saignements durant les six premiers mois. Vos règles peuvent ensuite redevenir normales. Il se peut aussi que vous n'ayez pas du tout de règles.
- ✚ Un médecin ou un agent de santé qualifié doit insérer et retirer les implants
- ✚ Vous devez penser à faire retirer les implants après cinq ans [12].

### **Les contre-indications**

Thrombose évolutive, affection hépatique sévère [12].

- **Le dispositif intra-utérine (DIU) (ou stérilet) au 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 [12].

- **Le dispositif intra-utérin (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 [12].

#### **Les avantages des deux DIU**

Pour ce qui est du « DIU » au cuivre, son efficacité atteint les 99%, discret, il n'a pas cependant les effets secondaires de la pilule. Son effet peut durer jusqu'à 10 ans et a pour avantage d'être réversible dès son retrait [12].

#### **Les effets secondaires**

Saignement abondant, douleur au bas ventre, perte des fils, infection génitale [12].

Les inconvénients

Sa pose et son retrait sont un peu problématiques car demandent l'intervention d'un personnel qualifié. Il est impossible de placer le DIU chez une femme qui n'a pas accouché, ne protège pas contre les IST/SIDA et son examen est parfois nécessaire car il peut s'expulser spontanément [12].

#### **Les contre-indications des deux DIU**

Infection récente de l'utérus ou des trompes, antécédent de grossesse extra-utérine (dans certains cas), les malformations utérines importantes, les maladies hémorragiques (sauf stérilet au progestatif) certains fibromes, les femmes n'ayant jamais eu d'enfants [12].

- **La stérilisation féminine : ligature ou obturation des trompes**

Elle est une technique de stérilisation féminine à visée contraceptive. Elle est principalement destinée aux femmes ne désirant pas ou plus avoir d'enfant.

Elle consiste à occlure les trompes de Fallope (ces petits conduits qui transportent les spermatozoïdes vers l'ovule et l'ovule vers l'utérus), soit en :

Les ligaturant et en les sectionnant ;

Les électro coagulants

Les pinçant avec un anneau ou un clip.

Cela empêche le fonctionnement normal des trompes et évite ainsi tout risque de grossesse [12].

- **La stérilisation masculine : vasectomie**

Il s'agit d'une contraception permanente qui consiste à obturer ou couper les canaux déférents qui transportent les spermatozoïdes jusqu'au pénis. La vasectomie empêche les spermatozoïdes de se mêler au sperme éjaculé [12].

### **Les avantages des deux méthodes chirurgicales (ligature des trompes et vasectomie)**

Leur action est durable, elles sont discrètes, possèdent peu de contre-indications et peu d'effets secondaires. Elles conservent les capacités sexuelles de l'homme et de la femme [12].

### **Les inconvénients et les effets secondaires des deux méthodes chirurgicales**

L'intervention nécessite un personnel qualifié avec un risque d'infection de la plaie opératoire. Ces deux méthodes sont irréversibles et ne protègent pas contre les IST/SIDA [12].

- **La contraception d'urgence**

Il s'agit d'une contraception d'exception qu'on utilise en cas de rapport sexuel non ou mal protégé sans tenir compte du moment du cycle. A prendre très tôt, si possible dans les 12h et au plus tard jusqu'à 5 jours en ce qui est du stérilet.

Dans un premier temps elle retarderait ou la perturberait lorsqu'elle est sur le point de se produire, dans un second temps elle modifierait l'endomètre de façon à ce qu'il soit dans l'incapacité d'accueillir un œuf [12].

Les différents types de contraception d'urgence : La pilule (le plus connu est le Norlevo) et le stérilet (dispositif intra-utérine).

Le Norlevo pour être plus efficace doit être pris le plus tôt possible pendant le repas afin d'éviter les nausées dans les 72 heures après le rapport sexuel.

### **Les avantages**

C'est une méthode efficace à 97%, le DIU inséré reste comme une méthode de longue durée [7].

### **Les inconvénients**

Ne protège pas contre les IST/SIDA, le DIU nécessite un personnel formé, la contraception d'urgence ne peut pas être utilisée si une grossesse est confirmée ou suspectée [7].

Le Stérilet ne peut pas, dans certains cas, être posé chez des femmes n'ayant pas eu d'enfants [12].

- **Le patch(EVRA)**

C'est un patch de 20 cm<sup>2</sup> qui délivre une association oestro-progestative, comme la pilule, en bloquant l'ovulation et en modifiant la glaire cervicale. Le patch est utilisé par semaine pendant 3 semaines, arrêt d'une semaine (comme avec la pilule les règles arrivent pendant la semaine sans patch). Les 4 sites d'application possibles sont : la face externe du bras, le bas ventre, le tronc, les fesses, ne pas appliquer sur les seins. Le patch est très efficace à condition d'être bien utilisé [12].



### **Les avantages**

Meilleure observance qu'avec la pilule, moins de risque d'oubli, très bien toléré et réversible dès l'arrêt, il permet d'avoir des cycles réguliers, des règles moins abondantes, moins longues et moins douloureuses [12].

### **Les inconvénients**

Il est visible et peut se décoller dans 2 à 3% des cas. Comme pour toute contraception hormonale on peut observer : des céphalées, nausées, prise de poids et une tension mammaire [12].

### **Les contre-indications**

Comme la pilule oestro-progestatif ; hypercholestérolémie hypertension artérielle, antécédent d'accident thromboembolique, certains cancers, le tabagisme chez les femmes de plus de 35 ans [12].

- **L'anneau vaginal (Nuvaring)**

L'anneau Nuvaring (diamètre=54mm et section=4mm) délivre une association oestro-progestatif, comme une pilule à 15 microgrammes.

Il agit comme la pilule, en bloquant l'ovulation et en modifiant la glaire cervicale. Utiliser un anneau par cycle trois semaines et faire une semaine sans l'utiliser. Les règles auront lieu pendant la semaine sans anneau, comme avec la pilule. L'insertion et le retrait sont simples. Comme la pilule oestro-progestatif, il est efficace à condition d'être bien utilisé. Efficace dès la pose du premier anneau et aussi pendant la semaine d'arrêt [12].

### **Les avantages**

La mise en place et le retrait sont faciles, meilleure observance qu'avec la pilule, moins de risque d'oublis. La mise en place ainsi que le retrait demeure relativement faciles, on constate une meilleure observance qu'avec la pilule avec de plus moins de risque d'oubli [12].

### **Les inconvénients**

Comme toute contraception hormonale, on peut observer : des nausées, céphalées, prise de poids, tension mammaire [12].

### **Les contre-indications**

Hypercholestérolémie, hypertension artérielle, antécédent d'accident thromboembolique, certains cancers, le tabagisme chez les femmes de 35 ans [12].

### **c) Les méthodes traditionnelles**

Elles sont fonction de la réalité socioculturelle des différents peuples au Mali [13].

- **Le Tafo**

C'est une petite corde munie de nœuds imprégnés d'incantation que la femme attache autour de son bassin [13].

- **La toile d'araignée**

Elle se place dans le vagin de façon à fermer l'orifice externe du col, et empêchant ainsi la montée des spermatozoïdes [13].

- **Le miel et le jus de citron**

Ils sont placés dans le vagin avant les rapports sexuels, ils peuvent immobiliser les spermatozoïdes (miel) ou détruire les spermatozoïdes (citron) [13].

- **Les solutions buvables**

Elles peuvent concerner les écorces d'arbres des plantes, des graines à avaler ou des solutions préparées soit par des marabouts ou des charlatans [13].

- **La séparation du couple après accouchement**

Dans cette pratique, le couple est séparé après accouchement permettant ainsi à la femme de récupérer et un développement normal de l'enfant [13].

Aucune étude scientifique n'a jusqu'ici confirmé l'efficacité de ces méthodes traditionnelles. Quel que soit leur valeur, elles sont souvent facteurs d'infection régulière, d'infertilité et des algies pelviennes [13].

### **3) Aspect religieux**

#### **a) Christianisme et contraception**

L'Eglise n'est pas contre la pratique et opte à 100% pour l'amour et la vie. Elle bannit tout moyen qui fait obstacle à la procréation et limite le sexe à un simple moyen de plaisir [11].

Certains moyens contraceptifs comme les pilules, injectables, implants etc... n'empêchent pas l'ovulation à 100%. A cet effet un enfant conçu malgré la pilule sera avorté parce que cette même pilule a aussi pour effet de rendre l'utérus inhospitalier empêchant la nidation. Il devient ainsi inacceptable de risquer la vie d'un enfant pour toute personne qui respecte la vie humaine [13].

Du point de vue de la santé, ces produits favorisent l'éclosion de certains cancers. Les stérilets peuvent être aussi considérés comme des abortifs car ils rendent l'utérus inhospitalier et peuvent favoriser par la même occasion de nombreuses infections utérines [14].

Le préservatif masculin introduit un obstacle de latex dans ce qui devrait être l'union amoureuse de deux corps.

Il ne protège qu'à 90% contre les IST/SIDA, information qui délibérément n'est jamais donnée dans les campagnes de prévention (chiffre de l'académie nationale de médecine) [14].

Face à cette situation, l'Eglise propose aux couples une méthode de régulation des naissances se basant sur l'observation du cycle menstruel de la femme et épanouissant pour le couple et par la même occasion invite le mari à connaître et respecter le rythme naturel de sa femme [14].

Une des grandes raisons pour lesquelles l'Eglise condamne les méthodes artificielles est d'ordre spirituel. Pour l'Eglise à travers l'utilisation des méthodes artificielles, l'homme et la femme brisent le lien établi par Dieu entre amour et fécondité. Ils cessent ainsi de s'accepter et de se donner l'un à l'autre selon la vérité de leur être, à la fois physique et spirituel (ont tous promis devant Dieu et les hommes de se donner l'un à l'autre le jour de leur mariage) [14].

Dans les méthodes naturelles l'homme et la femme choisissent de s'unir lorsque le lien entre amour et fécondité est inopérant. Ce faisant, ils respectent l'ordre sacré par Dieu. Dieu aurait tout aussi bien pu rendre la femme féconde chaque jour du mois, mais il a au contraire prévue des périodes infécondes pour permettre l'union de sa procréation. De nos jours les méthodes naturelles sont rejetées par les média et le corps médical [14].

Cette vision de l'Eglise sur la contraception est inspirée par la Bible qui ne condamne pas la pratique temporaire de la contraception. Tous les couples mariés doivent rechercher la volonté du Seigneur concernant le moment, ou tenter d'avoir des enfants et le nombre d'enfants qu'ils doivent avoir [15].

#### **b) Islam et contraception**

La planification familiale n'est pas quelque chose de nouveau pour la religion Islamique. Elle était pratiquée par les compagnons du prophète, qui discutaient beaucoup avec lui à ce sujet. Si la contraception était prohibée par les textes coraniques, elle serait strictement interdite aux musulmans, ce qui n'est pas le cas [16].

La définition de la planification familiale adoptée à la conférence Islamique internationale de Rabat 1971 est la suivante : la planification familiale est l'utilisation par les deux conjoints, consentants sans contraintes, d'une méthode sûre pour retarder ou avancer le moment de la grossesse selon ce qui convient le mieux aux couples en fonction des facteurs sociaux, économiques ou de santé de la famille [17].

Le musulman garde comme objectif de mettre au monde le nombre possible d'enfants, et l'Islam n'est pas cependant contre les moyens de recours des couples leur permettant de

maitriser cette procréation. Il revient aux musulmans à cet effet de faire leur choix de méthode de contraception en tenant compte des exigences de l'Islam [18].

## DEMARCHE METHODOLOGIQUE

## **IV) DEMARCHE METHODOLOGIQUE**

### **1) Type et période d'étude**

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive mixte, avec un volet quantitatif et un volet qualitatif. Cette étude s'est déroulée de Décembre 2020 à Aout 2021.

### **2) Choix et description du cadre d'étude**

L'enquête a été réalisée dans le centre de sante de référence de Koutiala, et au sein des associations des femmes (tontine) dans deux quartiers de la commune urbaine de Koutiala (Koulikoro et Medinacoura).

### **3) Présentation de la région de Koutiala**

#### **a) Superficie et limites**

Créé en 1903, la région de Koutiala est située à la partie Nord de la région de Sikasso. Elle couvre une superficie de 18 000 km<sup>2</sup>, la population actuelle de la région s'élève à 639 644 habitants (2014), soit une densité de 44 habitants/km<sup>2</sup> repartis entre 265 villages, 35 communes rurales et une commune urbaine.

#### **b) ONG et partenaires au développement**

Les ONG et partenaires au développement du cercle sont : les collectifs des ONG, le Corps de la paix, le Jumelage Koutiala – Alençon (France), le comité Raoul Follereau, la croix rouge internationale et la croix rouge malienne, le collectif de lutte contre le VIH/SIDA, médecin sans frontière(MSF), le royaume des pays bas, World-Vision, l'USAID, les associations villageoises, les organisations féminines, la jeune chambre internationale (J C I).

Dans ce cadre des relations inter communales, Koutiala est jumelé à la ville Alençon (France).

#### **c) Commerce et industrie**

De par sa situation géographique « carrefour », la commune de Koutiala constitue un centre important d'échanges. Les échanges s'effectuent entre la commune urbaine et les autres communes rurales, mais aussi avec le Burkina Faso, et la Côte d'Ivoire.

#### **d) Tourisme et hôtellerie**

Le tourisme est très peu développé dans la commune.

Comme site touristique, nous avons :

- Le palais de l'ex chef de canton de Koutiala feu Sidiki Ouattara
- Les caïmans sacrés d'Ouolobougou.

Le reste des sites touristiques est dispersé à travers tout le cercle.

Quant aux hôtels, ils sont au nombre de huit à Koutiala à savoir : les hôtels Flasso I et II, la Poule verte, le Phénix, le Moulin, le Banbéledougou, Hôtel Diallobougou et la Chaumière.

#### **e) Transport et Communication**

Les voies de communication sont la voie routière et les pistes rurales. La voie routière est constituée par deux grands axes goudronnés :

- Axe Ségou-Koutiala-Bobo-Dioulasso
- Axe Mopti-Koutiala-Sikasso

#### **4) Présentation du Centre de Santé de Référence de Koutiala**

Koutiala compte quarante-deux (42) aires de santé théoriques toutes fonctionnelles.

#### **5) Organigramme du CSref**

##### **a) Infrastructures**

- Une unité de coordination des activités du centre,
- Des bureaux de consultation pour médecin,
- Un bloc opératoire,
- Des salles d'hospitalisations de médecine et de chirurgie,
- Une unité de consultation externe et de soins,
- Une unité de maternité pour CPN, accouchements et planification familiale
- Une unité de prise en charge des personnes vivant avec le VIH (USAC),
- Une unité de prise en charge des enfants,  
Des unités de dépôt de médicaments (jour et nuit),
- Un laboratoire pour les examens biologiques,

- Une unité d'imagerie médicale,
- Une unité ORL,
- Une unité pour la prise en charge des tuberculeux,
- Une unité d'ophtalmologie,
- Une unité d'odontostomatologie,
- Un bureau local PEV,
- Une unité de psychiatrie,
- Une unité d'hygiène,
- La morgue,
- Un dépôt répartiteur du cercle (DRC).

#### **b) Personnels**

- Huit (8) médecins généralistes,
- Deux (2) médecin gynéco-obstétricien,
- Un (1) médecin chirurgien généraliste,
- Un (1) médecin pédiatre,
- Un (1) médecin urologue,
- Un (1) médecin psychiatre,
- Un (1) pharmacien,
- Une (1) technicienne de laboratoire,
- Treize (13) assistants médicaux,
- Dix (10) sages-femmes,
- Onze (11) infirmières obstétriciennes,
- Cinq (5) chauffeurs,
- Dix (10) techniciens de surface,
- Deux (2) gardiens,
- Huit (8) comptables,
- Neuf (9) techniciens supérieurs de santé (TSS),
- Vingt (20) techniciens de santé (TS),
- Et une (1) secrétaire d'administration



## **6) Population d'étude**

Notre étude a porté sur les femmes de 15 à 49 ans utilisatrices d'une méthode de PF.

### **a) Critère d'inclusion**

Toute femme âgée de 15 à 49 ans ayant utilisé une méthode de PF à Koutiala.

### **b) Critère de non inclusion**

Toute femme non utilisatrices d'une méthode de PF.

Toute femme utilisatrice d'une méthode de planification ayant refusé de participer à l'étude.

Toute femme ne se trouvant pas dans la tranche d'âge de 15 à 49 ans.

### **c) Technique d'échantillonnage :**

L'échantillonnage a été fait par des choix raisonnés basés sur les critères suivants : le consentement libre de participation à l'étude, les femmes de 15 à 49 ans pratiquant une méthode moderne de PF.

### **d) Tailles de l'échantillon**

La taille de l'échantillon a été obtenue par la formule suivante :

$$n = \frac{Z^2 (p.q)}{i^2}$$

*n* : Taille minimum de l'échantillon.

*p* : Prévalence de l'utilisation des méthodes de planification familiale 19% selon EDSM 6.

$Q = 1 - p ; q = 0,81$

*i* : Précision de la prévalence *p*,  $i = 5\%$

*Z* :  $Z = 1,96$

La taille de l'échantillon  $n = 237$

*Les femmes ont été sélectionnées de façon raisonnée nous avons pris n= 240*

## **7) Collecte des données**

### **a) Technique :**

La collecte des données a été faite par une interview directe entre l'enquêteur et les participantes.

### **b) Outils de collecte :**

- **Les données quantitatives**

La collecte des informations a été faite avec un questionnaire sur les caractéristiques sociodémographiques, l'identification d'une influence sur les autres femmes, et les arguments pour influencer.

- **Les données qualitatives**

La collecte des informations a été faite à l'aide d'un guide d'entretien individuel approfondi, et d'un guide d'entretien focus groupe.

## **8) Traitement et analyse des données**

Les données recueillies lors de la collecte ont été stockées et bien gardées dans un endroit sécurisé jusqu'à la fin de l'enquête.

A la fin de l'enquête les données ont été exportées sur un masque de saisie préalablement créé sur le logiciel d'analyse SPSS version 25. Elles ont également été analysées par le même logiciel. Le test statistique de  $\chi^2$  nous a permis de juger la relation entre les variables.

Les tableaux et le traitement des textes ont été réalisés par le logiciel Word 2013.

## **9) Bénéfices de l'étude**

Cette étude permettra de comprendre l'influence que les femmes déjà utilisatrice des méthodes de PF ont sur les autres femmes quant à l'adhésion à la pratique de la planification familiale.

## **10) Difficulté probables au cours de l'étude**

Le refus de participation de certaines femmes.

Difficultés financières lors de la collecte, l'analyse des données et la confection du document final.

## **11) Produits attendus**

Cette étude nous permettra de procéder à un état des lieux de l'influence que les femmes utilisatrices des méthodes de PF ont sur les autres femmes dans le cadre de la pratique de la planification familiale.

Cet état des lieux permettra aux autorités sanitaires d'entreprendre de nouvelles perspectives, de déterminer les cibles privilégiées dans le cadre de la propagation des messages de sensibilisation pour la pratique de la PF.

### **1) Considération éthique de l'étude**

Une fois le protocole validé nous avons approché le décanat pour une demande de recherche, puis nous avons cherché l'accord du médecin chef du CSref de Koutiala.

Pour le consentement libre, éclairé et verbal des participantes. Un formulaire a été élaboré à l'intention des participantes dans ce sens

Dans le cadre de l'obtention du processus de consentement éclairé, nous avons approché les femmes en leur fournissant toutes les informations relatives à la recherche, ses objectifs, la méthodologie adoptée et le devenir des résultats de l'étude.

La recherche a été décrite, les risques qu'il est raisonnable de prévoir ainsi que les bénéfices escomptés.

En compensation de leur temps pour répondre à notre questionnaire, nous avons offert une collation à nos participantes, qui ne sont pas un achat de leur avis.

Les participantes avaient le droit d'abandonner à tout moment, de se retirer sans encourir aucune pénalité.

Le principe et le degré de confidentialité, le caractère volontariste ont été mis en relief ; les noms des participantes ne figurent dans aucun document relatif aux résultats de ce travail, un formulaire de consentement a été présenté aux participantes avant le début de l'enquête. En outre, les noms des personnes à contacter pour des informations relatives à la recherche ont été révélés aux participantes.

Les autorités administratives ont été informées de l'enquête pour leur accord.

## **2) Définitions opérationnelles**

### **• La contraception**

Selon l'OMS (organisation mondiale de la santé), la contraception se définit comme l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter [19].

Elle est également une méthode visant à éviter de façon réversible et temporaire tout phénomène de fécondation ou de reproduction chez une femme [20].

- **Influence** : Action généralement continue qu'exerce une personne ou une chose sur quelqu'un d'autre ou sur quelque chose [21].
- **Adhésion** : Action d'adhérer à un projet, une idée, une doctrine [22].
- **Utilisatrices** : personne, groupe qui fait usage de quelque chose, qui utilise un appareil, un service [23].

# **RESULTATS**

## V) RESULTATS

### 1) Résultat quantitatif

Notre étude réalisée dans la commune urbaine de Koutiala a porté sur 240 femmes.

#### a) Profil sociaux démographiques des femmes enquêtées

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

Age	Fréquences	Pourcentages
15-19	33	14
20-24	75	31
25-29	68	28
30-34	35	15
35-39	17	7,08
40-44	10	4,16
45-49	2	0,83
Total	240	100

La majorité des femmes enquêtées sont âgées de 20 à 24 ans avec 31% de l'échantillon, la moyenne d'âge est de 26,23 ans.

**Tableau II : Répartition de l'échantillon en fonction du niveau d'instruction**

<b>Niveau d'instruction</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Non scolarisée	43	17,9
Primaire	21	8,8
Secondaire ou plus	176	73,4
Total	240	100

La plus grande partie des femmes ont un niveau d'étude secondaire ou plus avec 73,4% de l'échantillon.

**Tableau III : Répartition de l'échantillon en fonction de la profession :**

<b>Profession</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Ménagère	58	24,2
Commerçante	16	6,7
Élève	45	18,8
Étudiante	75	31,3
Fonctionnaire	14	5,8
Agent de santé	32	13,3
Autre	1	0,4
Total	240	100

Les étudiantes et les ménagères sont majoritairement représentées dans notre échantillon avec respectivement 31,3% et 24,2%.



**Tableau IV : Répartition de l'échantillon en fonction du statut matrimoniale**

<b>Statut matrimoniale</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Mariée	143	59,6
Célibataire	81	33,8
Divorcée	6	2,5
En couple	10	4,2
Total	240	100

La majorité des femmes de notre échantillon sont mariées avec 59,6%.

Les célibataires représentent 33,8%, 2,5% sont divorcées et 4,2% sont en couple.

**Tableau V : Répartition de l'échantillon en fonction de l'âge et du niveau d'instruction**

Age	Niveau d'instruction			Total
	Non scolarisées	Primaires	Secondaire et plus	
15-19	1 (0,4)	1 (0,4)	31 (12,9)	33 (14)
20-24	7 (2,9)	1 (0,4)	67 (27,9)	75 (31)
25-29	7 (2,9)	11 (4,6)	50 (20,9)	68 (28)
30-34	12 (5)	4 (1,7)	19 (7,9)	35 (15)
35-39	8 (3,3)	3 (1,3)	6 (2,6)	17 (7,08)
40-44	7 (2,9)	1 (0,4)	2 (0,8)	10 (4,16)
45-49	1 (0,9)	0 (0,00)	1 (0,4)	2 (0,83)
Total	43 (17,9)	21(8,8)	176 (73,4)	240 (100)

Les femmes âgées de 20 à 24 ans utilisent plus les méthodes de PF avec 31% de l'échantillon, 28% des femmes sont âgées de 25 à 29 ans, 15% des femmes de 30 à 34 ans, 14% de 15 à 19 ans, La moyenne d'âge passe de 26,23 ans.

Les femmes enquêtées qui ont un niveau d'instruction secondaire ou plus sont les plus représentées soit 73,4% de l'échantillon, 17,9% sont non scolarisées, 8,8% ont un niveau d'étude primaire.

**Tableau VI : Répartition de l'échantillon en fonction de l'âge et de la profession**

Age	Profession						Total
	Ménagère	Commerçante	élève	étudiante	fonctionnaire	Agent de sante	
15-19	1 (0,4)	0	24 (10)	8 (3,3)	0	0	33 (14)
20-24	6 (2,5)	2 (0,4)	15 (6,3)	41 (17,1)	1 (0,4)	10 (4,9)	75 (31)
25-29	12 (5)	10 (4,2)	6 (2,5)	23 (9,6)	1 (0,4)	16 (6,7)	68 (28)
30-34	19 (7,9)	2 (0,4)	0	2 (0,8)	8 (3,3)	4 (1,7)	35 (15)
35-39	12 (5)	2 (0,4)	0	1 (0,4)	1 (0,4)	1 (0,4)	17 (7,08)
40-44	7 (2,9)	0	0	0	2 (0,8)	1 (0,4)	10 (4,16)
45-49	1 (0,4)	0	0	0	1 (0,4)	0	2 (0,83)
<b>Total</b>	<b>58 (24,2)</b>	<b>16 (6,7)</b>	<b>45 (18,8)</b>	<b>75 (31,3)</b>	<b>14 (5,8)</b>	<b>32 (13,3)</b>	<b>240 (100)</b>

Selon notre enquête, 24,2% des femmes sont ménagères, 6,7% de l'échantillon sont des commerçantes, 18,8% des élevés, 31,3% des étudiantes, 5,8% fonctionnaires et 13,3% sont des agents de santés.

**Tableau VII : Répartition de l'échantillon en fonction de l'âge et du statut matrimoniale**

âge	Statut matrimonial				Total
	Mariée	Célibataire	Divorcée	En couple	
15-19	2 (0,8)	30 (12,5)	0	1 (0,4)	33 (14)
20-24	40 (16,7)	29 (12,1)	1 (0,4)	5 (2,1)	75 (31)
25-29	42 (17,5)	21 (8,8)	1 (0,4)	4 (1,7)	68 (28)
30-34	33 (13,8)	1 (0,4)	1 (0,4)	0	35 (15)
35-39	14 (5,8)	0	3 (1,3)	0	17 (7,08)
40-44	10 (4,2)	0	0	0	10 (4,16)
45-49	2 (0,8)	0	0	0	2 (0,83)
Total	143 (56,6)	81 (33,8)	6 (2,5)	10 (4,2)	240 (100)

La majorité des femmes enquêtées sont mariées soit 56,6% de l'échantillon, 33,8% sont célibataires, 2,5% divorcées et 4,2% en couple.

**Tableau VIII : Répartition de l'échantillon selon le nombre d'enfants vivants**

Nombre d'enfant	fréquence	Pourcentage
0	85	35,4
1	48	20,0
2	45	18,8
3	22	9,2
4	18	7,5
5	9	3,8
6	7	2,9
7	3	1,3
8	1	0,4
10	1	0,4
12	1	0,4
Total	240	100

Dans notre échantillon 35,4% des femmes n'ont pas d'enfants, 20% ont 1 enfant, 18,8% ont 2 enfants, 9,2% ont 3 enfants, 7,5% ont 4 enfants, 3,8% ont 5 enfants, 2,9% ont 6 enfants, 1,3% ont 7 enfants et 0,4% ont entre 8 et 12 enfants.

**Tableau IX : Répartition de l'échantillon en fonction de l'âge et le statut de la personne qui oriente vers les services de PF.**

Age	Statut de la personne qui oriente vers les services de PF					Total
	Agent de santé	Automédication	partenaire	Amie déjà utilisatrice de PF	Parent	
15-19	8 (3,3)	5 (2,1)	1 (0,4)	7 (2,9)	12 (5)	33 (14)
20-24	41 (17,1)	14 (5,8)	5 (2,1)	8 (3,3)	7 (2,9)	75 (31)
25-29	23 (9,6)	29 (12,1)	6 (2,5)	8 (3,3)	2 (0,8)	68 (28)
30-34	17 (7,1)	11(4,6)	0	6 (2,5)	1 (0,4)	35 (15)
35-39	10 (4,2)	2 (0,8)	0	4 (1,6)	1 (0,4)	17 (7,08)
40-44	8 (3,3)	1 (0,4)	1 (0,4)	0	0	10 (4,16)
45-49	1 (0,4)	1 (0,4)	0	0	0	2 (0,83)
Total	108 (45)	63 (26,3)	13 (5,4)	33 (13,7)	23 (9,6)	240 (100)

Dans notre étude la majorité des femmes ont été orientées par un agent de santé soit 45% des femmes, 26,3% ont fait l'auto médication, 5,4% ont été orientées par leur partenaires, 12,9% par une amie déjà utilisatrice de méthode moderne de contraception, et 9,6% ont été orientées par un parent.

**b) Identification de l'existence d'une influence sur les autres femmes**

**Tableau X : Repartitions de l'échantillon en fonction de la causerie avec d'autres femmes sur les méthodes de PF (amies ou parents)**

Causeries avec d'autres femmes	Fréquence	Pourcentage
Oui	200	83,3
Non	40	16,7
Total	240	100

La plus part des femmes de l'échantillon ont des causeries avec d'autres femmes sur les méthodes de PF soit 83% des femmes

**Tableau XI : Répartition de l'échantillon en fonction de l'âge et de la causerie avec d'autres femmes sur les méthodes de PF.**

Age	Causerie avec d'autres femmes sur les méthodes de PF		
	Oui	Non	Total
15-19	28 (11,7)	5 (2,3)	33 (14)
20-24	65 (27,1)	10 (3,9)	75 (31)
25-29	56 (23,3)	12 (4,7)	68 (28)
30-34	29 (12,1)	6 (2,9)	35 (15)
35-39	12 (5)	5 (2,08)	17 (7,08)
40-44	9 (3,8)	1 (0,4)	10 (4,16)
45-49	1 (0,4)	1 (0,4)	2 (0,83)
Total	200 (83,3)	40 (16,7)	240 (100)

Khi<sup>2</sup>= 37,717 ; P=0,082 ; il n'y a pas de relation statistiquement significative entre l'âge et la causerie avec d'autres femmes sur les méthodes de PF.

Parmi les 83,3% des femmes qui ont eu à causer avec d'autres femmes sur les méthodes de PF, 11,7% sont âgées de 15 à 19 ans, 27,1% de 20 à 24 ans, 23,3% de 25 à 29 ans, 12,1% de 30 à 34 ans, 5% de 35 à 39 ans, 3,8% de 40 à 44 ans, et 0,4% de 45 à 49 ans.



**Tableau XII : Répartition de l'échantillon en fonction de la causerie avec d'autres femmes sur les méthodes de PF et la sensibilisation d'autres femmes sur les bienfaits de la PF.**

Sensibilisation d'autres femmes	Causerie avec d'autres femmes sur les méthodes de PF		
	oui	Non	Total
oui	136 (57,5)	2 (0,8)	138 (57,5)
Non	64 (26,7)	38 (15,8)	102 (42,5)
Total	200 (83,3)	40 (16,7)	240 (100)

Khi<sup>2</sup>=54,138 ; P=0,000 ; il y a une relation statistiquement significative entre la causerie avec d'autres femmes sur les méthodes de PF et la sensibilisation d'autres femmes sur les bienfaits de la PF.

Parmi les 83,3% des femmes qui ont eu à causer avec d'autres femmes sur les méthodes de PF, 57,5% ont sensibilisé d'autres femmes sur les bienfaits de la PF et seulement 26,7% non pas fait de sensibilisation sur les bienfaits de la PF.

**Tableau XIII : Répartition de l'échantillon en fonction de la sensibilisation d'autres femmes sur les bienfaits de la PF et de l'adhésion d'autres femmes à la pratique de l'utilisation des méthodes de PF.**

Sensibilisation d'autres femmes	Adhésion d'autres femmes à la pratique de l'utilisation des méthodes PF		
	Oui	Non	Total
Oui	109 (45,4)	29 (12,1)	138 (57,5)
Non	2 (0,75)	100 (41,65)	102 (42,5)
Total	111(46,25)	129 (53,75)	240 (100)

Khi<sup>2</sup>=139,971 ; P=0,000 ; il y a une relation statistiquement significative entre la sensibilisation d'autres femmes sur les bienfaits de la PF et l'adhésion d'autres femmes à la pratique de l'utilisation des méthodes de PF.

Parmi les 57,5% des femmes qui ont eu a sensibilise d'autres femmes sur les biens faits de la PF, 45,4% on fait adhérer d'autres femmes à la pratique de la PF et seulement 0,75% non pas fait adhérer de femme.

**Tableau XIV : Répartition de l'échantillon en fonction de l'adhésion à la pratique de l'utilisation des services de PF suite à l'influence d'une autre femme (amie ou parent).**

	Fréquence	Pourcentage
<b>Oui</b>	134	55,8
<b>Non</b>	106	44,2
<b>Total</b>	<b>240</b>	<b>100</b>

La plus grande partie des femmes de l'échantillon ont adhéré à la pratique de l'utilisation des méthodes de PF suite à l'influence d'autres femmes soit 55,8% des cas.

**c) les arguments pour influencer**

**Tableau XV : Répartition de l'échantillon en fonction de l'adhésion d'autres femmes à l'utilisation des méthodes de PF et des arguments utilisés pour influencer**

	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Leur parler des biens faits de la PF(1)	39	16,3
Expliquer les différents MMC (2)	3	1,3
Parler de l'importance de l'espacement des naissances (3)	7	2,9
Les trois	62	25,9
<b>Total</b>	<b>111</b>	<b>46,3</b>

Parmi les 45,4% des femmes qui ont fait adhérer d'autres femmes à l'utilisation des services de PF, 25,9% utilisent les 3 types d'arguments pour influencer d'autres femmes à savoir : leur parler des biens faits de la PF, leur expliquer les différents types de MMC et parler de l'importance de l'espacement des naissances, 16,3% parlais des biens faits de la PF pour influencer ; 2,9% parlais de importances de l'espacement des naissances et seulement 1,3% leurs expliquaient les différents MMC comme argument pour influencer d'autres femmes.

**Résultats du croisement des tableaux :**

**Tableau XVI : Age et adhésion d'autres femmes à la pratique de l'utilisation des services de PF, donne les résultats suivants :**

Age	Adhésion d'autres femmes		Total
	Oui	Non	
15 à 19 ans	8 (3,3)	25 (10,7)	33 (14)
20 à 24 ans	44 (18,23)	31 (12,77)	75 (31)
25 à 29 ans	36 (11,67)	32 (16,33)	68 (28)
30 à 34 ans	16 (6,63)	19 (8,37)	35 (15)
35 à 39 ans	4 (1,66)	13 (5,42)	17 (7,08)
40 à 44 ans	2 (0,8)	8 (3,3)	10 (4,16)
45 à 49 ans	1 (0,45)	1 (0,4)	2 (0,83)
<b>Total</b>	<b>111 (45,4)</b>	<b>129 (54,6)</b>	<b>240 (100)</b>

Khi<sup>2</sup>=3,369 ; P=0,186 ; l'âge n'a pas l'influence statistiquement significative sur l'adhésion d'autres femmes à la pratique de l'utilisation des méthodes de PF.

Parmi les 45,4% des femmes qui ont fait adhérer d'autres femmes à la pratique de l'utilisation de méthode de PF; 18,23% sont âgées de 20 à 24 ans, 11,67% de 25 à 29 ans, 6,63% ont un âge compris entre 30 et 34 ans et seulement 0,41% ont 45 ans ou plus.

**Tableau XVII : Statut matrimonial et adhésion d'autres femmes à la pratique de l'utilisation des services de PF, donne les résultats suivant**

Statu matrimonial	Adhésion d'autres femmes		Total
	Oui	Non	
<b>Mariée</b>	68 (28,18)	75 (31,42)	143 (59,6)
<b>Célibataire</b>	34 (14,1)	47 (19,7)	81 (33,8)
<b>Divorcée</b>	3 (1,24)	3 (1,26)	6 (2,5)
<b>En couple</b>	6 (2,48)	4 (1,72)	10 (4,2)
<b>Total</b>	<b>111 (45,4)</b>	<b>129 (54,6)</b>	<b>240 (100)</b>

Khi<sup>2</sup>=1,487 ; P=0,685 ; Le statut matrimoniale n'a pas d'influence statistiquement significative sur l'adhésion d'autres femmes à la pratique de l'utilisation des méthodes de PF.

Parmi les 45,4% des femmes qui ont fait adhérer d'autres femmes à la pratique de l'utilisation des méthodes de PF, 28,18% sont mariées, 14,1% sont célibataires, 1,24% sont divorcées et 2,48% sont en couple.

**Tableau XVIII : Adhésion d'autres femmes à l'utilisation des services de PF et niveau d'instruction, donne les résultats suivant.**

Niveau d'instruction	Adhésion d'autres femmes		
	Oui	Non	Total
Non scolarisée	10 (4,14)	33 (13,76)	43 (17,9)
Primaire	7 (2,9)	14(5,9)	21 (8,8)
<b>Secondaire ou plus</b>	<b>94 (38,94)</b>	<b>82 (34,46)</b>	<b>176(73,4)</b>
<b>Total</b>	<b>111 (45,4)</b>	<b>129 (54,6)</b>	<b>240 (100)</b>

Khi<sup>2</sup>=14,473 ; P=0,002 ; le niveau d'instruction a une influence statistiquement significative sur l'adhésion d'autres femmes à la pratique de l'utilisation des méthodes de PF.

Parmi les 45,4% des femmes qui ont fait adhérer d'autres femmes à la pratique de l'utilisation de méthode de PF ; la majorité a un niveau d'étude secondaire ou plus avec 38,94%, 4,14% sont non scolarisées, et 2,9% ont un niveau d'étude primaire.

**Tableau XIX : Temps d'utilisation et adhésion d'autre femme à la pratique de l'utilisation des services de PF, donne les résultats suivant :**

<b>Temps d'utilisation</b>	<b>Adhésion d'autres femmes</b>		
	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Total</b>
1 à 6 Mois	29 (12,01)	36 (9,69)	65 (21,7)
6 à 12 Mois	27 (11,18)	48 (20,12)	75 (31,3)
Plus de 12 Mois	55 (22,8)	45 (18,5)	100 (41,3)
<b>Total</b>	<b>111 (45,4)</b>	<b>129 (54,6)</b>	<b>240 (100)</b>

Khi<sup>2</sup>=6,319 ; P=0,042 ; il y a une relation statistiquement significative entre le temps d'utilisation de la méthode de PF et l'adhésion d'autres femmes à la pratique de l'utilisation des méthodes de PF.

Parmi les 45,4% des femmes qui ont fait adhérer d'autre femme à la pratique de l'utilisation des méthodes de PF; la majorité a utilisé une méthode moderne de contraception pendant une durée de plus de 12 mois avec 22,8%, 12,01% l'ont utilisé pendant une période comprise entre 1 et 6 mois et 11,18% entre 6 et 12 mois.



**Tableau XX : Méthode utilisée et adhésion d'autres femmes à la pratique de l'utilisation des services de PF, donne les résultats suivants :**

Méthodes	Adhésion d'autres femmes		
	Oui	Non	Total
Collier du cycle	0	1 (0,4)	1 (0,4)
pilule	31(12,84)	43 (17,96)	74 (30,8)
injectable	36 (14,91)	44 (18,39)	80 (33,3)
DIU	10 (4,14)	12 (5,06)	22 (9,2)
préservatif	3 (1,24)	1 (0,4)	4 (1,7)
Jadelle	31 (12,84)	28 (11,76)	59 (24,6)
<b>Total</b>	<b>111 (45,4)</b>	<b>129 (54,6)</b>	<b>240 (100)</b>

Khi<sup>2</sup>=3,751 ; P=0,586 ; il n'y a pas de relation statistiquement significative entre la méthode de PF utilisée et l'adhésion d'autres femmes à la pratique de l'utilisation des méthodes de PF.

Parmi les 45,4% des femmes qui ont fait adhérer d'autre femme à la pratique de l'utilisation des méthodes de PF; 14,91% utilisent la méthode injectable, 12,84% utilisent le Jadelle, même chiffre pour la pilule, 4,14% utilisent le DIU et seulement 1,24% utilisent le préservatif comme méthode de contraception.

**Tableau XXI : Profession et sensibilisation d'autres femmes sur les bienfaits de l'utilisation des services de PF, donne les résultats suivant :**

Profession	Sensibilisation d'autres femmes		
	Oui	Non	Total
Ménagère	24 (9,91)	33 (14,29)	57 (24,2)
Commerçante	11 (4,45)	5 (2,25)	16 (6,7)
Elève	21 (8,6)	24 (10,2)	45 (18,8)
Etudiante	41 (16,93)	34(14,37)	75 (31,3)
Fonctionnaire	11 (4,45)	3 (1,35)	14 (5,8)
Agent de sante	30 (12,39)	2 (0,91)	32 (13,3)
Autre	0	1 (0,4)	1 (0,4)
<b>Total</b>	<b>111 (57,5)</b>	<b>129 (45,5)</b>	<b>240(100)</b>

$\text{Khi}^2=39,137$  ;  $P=0,000$  ; il y a une relation statistiquement significative entre la profession et la sensibilisation d'autres femmes sur les bienfaits de la PF.

Parmi les 57,5% des femmes qui ont sensibilisé d'autre femme sur les biens fait de l'utilisation des méthodes de PF; la plus grande partie est représentée par les étudiantes avec 16,93%. 12,39% sont des agents de sante, 9,91% des ménagères, 4,45% des commerçantes, même chiffre pour les fonctionnaires et 8,67% sont des élèves.

De cette analyse nous retenons que dans l'ensemble, parmi les femmes utilisatrices des méthodes de PF dans la commune urbaine de Koutiala, celles qui ont un niveau d'étude secondaire ou plus, un âge compris entre 15 et 25 ans et également celles qui sont mariées ont plus d'influence sur les autres femmes.

## **2) Résultat qualitative**

La collecte des informations a été faite à l'aide d'un guide d'entretien individuel approfondi adressé aux sages-femmes et aux infirmières obstétriciennes du Csref de Koutiala, et d'un focus réalisé avec un groupe de 7 femmes utilisatrices de PF.

### **a) Entretien individuel approfondis**

Un entretien avec 2 sages-femmes et 2 infirmières obstétriciennes du CSref de la commune urbaine de Koutiala a donné les résultats suivants :

#### **1. Que pensez-vous de l'utilisation des services de PF par les femmes ?**

*« Les sages-femmes et les infirmières obstétriciennes trouvent que l'utilisation des méthodes de planifications familiale par les femmes est une bonne chose, car elle favorise l'épanouissement des parents et la bonne santé de l'enfant, en les permettant de bien profiter de leurs mère avec un lien affectif entre mère et enfant plus profond, et en les donnant une bonne éducation, elle permet la réduction des dépenses dans la famille, elle permet aux femmes d'éviter les grossesses non désirées, en cas de viol, la victime une fois sous contraception ne peut pas tomber enceinte, la contraception permet d'éviter les maladies sexuellement transmissibles(préservatifs), elle permet aux femmes d'exercer leur profession, et contribue au développement d'un pays. » sage-femme maîtresse*

#### **2. Quels sont les méthodes de planifications disponibles dans votre centre de santé ?**

*« Les méthodes de planifications disponibles dans le CSref de Koutiala sont : la méthode du collier du cycle, la pilule, la méthode injectable, le DIU, le préservatif (masculin et féminin) et le Jadelle. » sage-femme unité PF*

#### **3. Quelles sont les catégories de femmes qui utilisent le plus les services de PF dans votre structure ?**

*« Toutes les catégories de femmes fréquentent les services de PF, quelles soit mariées, célibataires, instruites ou non instruites. » Sage-femme unité PF*

Selon la sage-femme de l'unité PF cette fréquentation est plus importante chez les femmes instruites qui ont un niveau d'instruction secondaires ou supérieur.

#### **4. Selon vous pourquoi les autres catégories de femme ne l'utilisent pas beaucoup ?**

*« Les autres catégories l'utilisent peut à cause d'un manque d'information fiables sur les méthodes de PF. Beaucoup de femmes non instruites pensent que les méthodes de PF peuvent rendre stériles ou provoquer d'autres maladies chez la femme. » sage-femme maitresse*

**5. A votre avis ces femmes qui utilisent les services PF ont une influence sur les autres femmes non utilisatrices de PF ?**

*« Les femmes qui utilisent les méthodes de PF peuvent influencer les autres femmes non utilisatrices de PF à adhérer à la pratique à travers les interactions sociales, les causeries entre femmes et les associations de femmes. » sage-femme unité PF*

**6. Si oui cette influence est positive ou négative et pourquoi ?**

*« Cette influence peut être positive ou négative du fait que certaines utilisatrices peuvent dissuader leurs amies en leur faisant savoir les effets indésirables qu'elles ont vécus en utilisant les méthodes de PF. » sage-femme unité PF*

**7. Selon vous est-ce une bonne chose que ces femmes arrivent à influencer leurs semblables ?**

*« Cette influence peut être une bonne chose dans le sens où elle permet l'adhésion d'autres femmes à la pratique de l'utilisation des méthodes de PF. » sage-femme unité PF*

**8. A votre avis avec quels types d'arguments ces femmes parviennent à influencer les autres ?**

*« La plus par des femmes utilisatrices des méthodes de PF arrivent à influencer leurs proches en leur parlant des bienfaits que la planification leur a apportés ou au contraire en leur expliquant les effets indésirables qu'elles ont vécus. » sage-femme unité PF*

**9. Quel sont vos recommandations pour améliorer l'accès des services de PF à toutes les femmes ?**

*« Accentuer les efforts sur la sensibilisation des femmes utilisatrices de PF et favoriser la propagation des bonnes informations sur les bienfaits et les effets secondaires possibles des différentes méthodes de PF, pourrai permettre l'adhésion de plus de femmes à utiliser les méthodes de PF. » sage-femme unité PF*

**b) Focus groupe**

**Tableau XVIII** : Caractéristiques sociodémographiques du groupe focus

N° des participantes	Age/ans	Etat matrimonial	Profession	Parité
P1	27	Mariée	Ménagère	Paucipare
P2	32	Mariée	Ménagère	Multipare
P3	19	Célibataire	Elève	Primipare
P4	30	Mariée	Ménagère	Paucipare
P5	27	Mariée	Elève	Paucipare
P6	25	Célibataire	Elève	Paucipare
P7	20	Mariée	Ménagère	Primipare

Une causerie de 30 minutes réalisée avec 7 femmes d'une association de femmes dans le quartier de Koulikoro (commune urbaine de Koutiala) nous a permis d'obtenir les informations suivantes :

**1- Que pensez-vous de l'utilisation des services de PF par les femmes ?**

Beaucoup de femmes pensent que l'utilisation des méthodes de PF est une bonne chose, parce qu'elle permet d'espacer les naissances et permet également aux femmes de s'épanouir et d'entreprendre des activités lucratives pour subvenir à leurs besoins. Elle permet également de préserver la sante de la mère et de l'enfant.

Certaines voient la planification d'un mauvais œil, parce que selon elle « *c'est Dieu qui donne les enfants et un homme ne doit pas interférer dans les décisions de Dieu.* » P2

**2- Selon vous quel est la méthode de PF préférer des femmes? Pourquoi cette méthode ?**

La méthode de PF préférée est le Jadelle et la méthode injectable à cause de leurs discrétions.  
« *Moi j'utilise la méthode injectable parce que ça ne laisse pas de trace et personne ne sait que tu la fais* » P1

« *J'utilise le Jadelle parce que ça dure longtemps et ça ne provoque de saignement chez moi.* » P5

### **3- A votre avis pourquoi les femmes évitent les autres méthodes ?**

Elles évitent les autres méthodes par peur d'être découverte par leurs proches (parents ou conjoint) et des effets secondaires probables.

« *Je n'aime pas le DIU parce que beaucoup de femmes disent que ça provoque des saignements vaginales* » P4

« *Quand on prend la pilule tout le monde sera au courant que tu fais la planification* » P6

### **4- Selon vous qui oriente les femmes vers les services de PF?**

La majorité des femmes ont été orientées par leur amie déjà utilisatrice de méthode de PF.

Certaines femmes ont également été orientées par leurs conjoints.

« *C'est grâce aux conseils de mon amie que j'ai commencé à utiliser les méthodes de PF* » P7

### **5- Selon vous les causeries des femmes portent souvent sur les méthodes de PF?**

« *Les femmes qui utilisent les méthodes de PF peuvent influencer les autres femmes non utilisatrices de PF à adhérer à la pratique à travers les causeries entre femmes.* » P5

D'autres participantes pensent que « *l'adhésion à la PF est volontaire malgré les conseils donnés par une autre femme.* » P2

### **5- Selon vous les causeries des femmes portent souvent sur les méthodes de PF?**

Toutes nos femmes ont des causeries avec d'autres femmes sur la planification familiale.

### **6- Si oui quel sont les objets de ces causeries?**

Ces causeries portent en générales sur les bienfaits de la PF et les effets secondaires probables de différentes méthodes. Chacune raconte les expériences qu'elle a vécues en utilisant les méthodes de PF.

« *Je cause souvent avec mes amies sur les effets secondaires des méthodes de PF* » P7

**7- Au cours de ces causeries il y'a-t-il des sensibilisations d'autres femmes (amie ou un parent) sur les bienfaits de la PF ?**

La sensibilisation sur les bienfaits des méthodes de planification est beaucoup plus aborder que leurs effets secondaires.

Beaucoup de femmes disent avoir déjà sensibilisé leurs amies sur les biens faits de la PF.

« *C'est grâce à moi que mes deux amies pratiquent aujourd'hui la PF.* » P4

**8- Avec quel arguments elles arrivent a influencé les autres femmes ?**

Les arguments les plus utilisés pour sensibiliser les autres femmes étaient de parler de leurs propres expériences vécues en utilisant les méthodes de PF.

« *Quand j'ai expliqué à mon amie les avantages que la PF ma apporter elle a commencé à l'utiliser elle aussi.* »P1

**9- quelles sont vos Recommandations**

Les recommandations étaient de sensibiliser leurs partenaires sur l'utilité et la nécessité de la PF.

## **COMMENTAIRE ET DISCUSSIONS**



## **VI) COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :**

### **1) Approche méthodologique :**

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive, portant sur 240 femmes dans la commune urbaine de Koutiala.

Le but de cette étude était de connaître l'influence que les femmes déjà utilisatrices des méthodes de PF ont sur les autres femmes non utilisatrices quant à leurs adhésions à la pratique.

Ce qui nous a permis de saisir les caractéristiques sociodémographiques, d'identifier l'existence d'une influence sur les autres femmes et de connaître les arguments pour influencer.

### **2) Influence :**

Cette étude a montré que les femmes utilisatrices des méthodes de PF ont une influence positive sur les autres femmes en matière de contraception dans la commune urbaine de Koutiala. Cette influence est plus importante chez les utilisatrices qui ont un niveau d'étude supérieure, un âge compris entre 20 et 24 ans et également celles qui sont mariées avec un taux d'adhésion d'autres femmes qui est respectivement de 25,27%, 18,23% et 28,18%.

Les femmes qui ont pour profession agent de santé et celles qui sont étudiantes ont aussi une influence positive sur les autres femmes avec un pourcentage de sensibilisation de 16,93% pour les étudiantes et 12,39% pour les agents de santé ; également celles qui ont plus de 12 mois d'utilisation des méthodes de PF sont aussi plus influentes avec un pourcentage d'adhésion d'autres femmes de 22,8%.

Globalement près de la moitié des femmes enquêtées soit 45,4% ont fait adhérer d'autres femmes à la pratique de l'utilisation des méthodes de PF et plus de la moitié des femmes enquêtées soit 55,8% ont adhérées à l'utilisation des méthodes de PF suite à l'influence d'une autre femme. Cela explique que dans l'ensemble les femmes utilisatrices de méthode de PF ont une influence significative sur les autres femmes.

### **3) Arguments pour influencer**

Dans notre étude, parler de l'importance de l'espacement des naissances, des bienfaits de la PF et d'expliquer les différentes méthodes de contraceptions étaient les arguments les plus utilisés pour influencer d'autres femmes avec un pourcentage de 20,9%.

Ceci explique que la plus part des femmes enquêtées avaient une bonne connaissance de l'importance de l'utilisation des méthodes de PF et dotaient des arguments nécessaires pour parvenir à convaincre d'autres femmes d'adhérer à l'utilisation des méthodes modernes de contraception.

### **4) Caractéristiques sociodémographiques :**

#### **a) Age des participantes :**

Au cours de notre étude la tranche d'âge la plus représentée a été de 20 à 24 ans, représentant une fréquence de 31% de l'échantillon et l'âge moyen est de 26,23 ans ; ce résultat est différent de celui de l'EDS VI qui montre que la prévalence contraceptive est plus augmenter chez les femmes âgées de 35-39 ans.

KODJOGBE N au Bénin en 2001[24] avaient trouvé un âge supérieur à 30 ans avec une fréquence de 74,8%.

**Jean Marie Traoré** en 2010 a montré que la majorité des utilisatrices de la contraception était âgée de moins de 30 ans soit 69,4% [25].

Ainsi nous pouvons en déduire que la tranche d'âge de 15-30 ans est celle qui pratique plus la contraception, ce qui explique que c'est l'âge de la procréation.

#### **b) Statut matrimonial des participantes :**

Dans notre échantillon, les mariées sont les plus représentées avec 59,6%, les célibataires 33,8%, ces résultats sont identiques à ceux de **Jean Marie Traoré** en 2010 [25] et **Ousmane Bé Sao** [26] en 2008 qui ont trouvé respectivement 80,9% des femmes mariées et 19,1% de célibataires, 85,2% de mariées, et 14,8% de célibataires. Et à ceux de DEMBELE O.B (85,2%) [27]. Cela explique que les femmes mariées sont les plus concernées par la contraception dans ces localités.

Ces différents résultats contredisent ceux de l'EDS VI en 2018 qui montre que les célibataires préfèrent plus la contraception avec 36% de son échantillon par rapport aux mariées avec 17%.

**c) Profession :**

Les étudiantes représentaient 31,3% de l'échantillon contre 23,8% des ménagères. Les fonctionnaires et les commerçantes ont représenté respectivement 5,8% et 6,7% de l'échantillon.

Les fonctionnaires et les commerçantes fréquentent moins les services de PF pour des raisons d'horaires, elles n'ont pas le temps de venir le matin se planifier, elles préfèrent venir dans l'après-midi ou juste à la descente. Elles suggèrent une autre programmation autre que les jours de travail c'est à dire le weekend.

**Ousmane Be Sao** [26] Trouve que 54,3% des femmes étaient des ménagères en 2008 à Bamako en Commune V.

**Zalha Sani M** [28] trouve que 16,1% des femmes étaient des ménagères au Burkina en 2004.

**d) Niveau d'instruction des participantes :**

Les femmes enquêtées qui ont un niveau d'instruction secondaire ou plus sont les plus représentées soit 73,4% de notre échantillon, ce résultat est différent de celui de l'EDS VI en 2018 qui a trouvé 29% des femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou supérieur.

La fréquentation des services de PF par les femmes instruites témoigne de leur occupation autre que de faire des enfants.

**Sango S** [29]. Trouve que 69,5% des femmes ont au moins un niveau d'étude fondamental en 1996 en commune IV

**Moussa S Dembélé** en 2009 [30] et **Bakary Tounkara** en 2011 [31] ont trouvé respectivement 29,6% et 79,5% des femmes non scolarisées.

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.

### **e) Nombre d'enfants vivants**

Le taux de prévalence est faible chez les femmes sans enfant (35,4%) contre 64,3% des clientes qui avaient au moins un enfant vivant. On constate un écart selon le nombre d'enfant. Les proportions varient de 35,5% pour les femmes qui ont 2 à 4 enfants, 20,0% pour les femmes qui ont un enfant, 8,0% pour les femmes qui ont 5 à 7 enfants, et 1,2% pour celles qui ont 8 ou plus d'enfants.

**SANGO S** [29] trouve que 83,1% des femmes avaient au moins un enfant vivant contre 16,1% qui n'avaient pas d'enfant vivant en 1996 à Bamako en commune IV.

**ZALHA Sani M** [28] trouve que 78,2% des femmes avaient au moins un enfant vivant contre 21,8% des femmes qui n'avaient pas d'enfant vivant.

### **f) Les personnes qui orientent**

Dans notre étude, la majorité des femmes enquêtées ont été orienté dans leur choix par un agent de santé avec 45% de l'échantillon, ce résultat est identique que celui de **Mme DENA Juliette MOUNKORO** [19] en 2018-2019 et de **Jean Marie Traoré** en 2010 [25] qui ont trouvé respectivement 44,4% et 58% comme majorité de leur échantillon des femmes qui ont été orientées par un agent de santé.

Cette source est la plus officielle et la plus crédible.

## **CONCLUSION**

## **VII) CONCLUSION**

Cette étude qui a eu lieu dans la commune urbaine de Koutiala du 1er décembre 2020 au 30 juillet 2021 nous permet de dire que : La tranche d'âge la plus représentée est celle de 15 à 19 ans parmi les femmes enquêtées. L'enquête a montré que les femmes scolarisées et non scolarisées, mariées et célibataires pratiquent toutes la planification.

Parmi les femmes enquêtées 45,4% ont fait adhérer d'autres femmes à la pratique de l'utilisation des méthodes de PF et plus de la moitié des femmes enquêtées soit 55,8% ont adhéré à l'utilisation de méthode de PF suite à l'influence d'une autre femme déjà utilisatrice. Ce qui nous permet de dire que dans l'ensemble les femmes utilisatrices des méthodes de PF ont une influence positive sur les autres femmes.

Le degré de cette influence est plus important chez les femmes qui sont mariées, qui ont un niveau d'étude supérieure, qui ont une tranche d'âge compris entre 15 et 25 ans et ayant plus de 12 mois d'utilisation des méthodes modernes de contraception. Parler des biens fait de l'utilisation des méthode modernes de contraception, parler de l'importance de l'espacement des naissances et expliquer les différents méthodes de contraception étaient les arguments les plus utilisées pour influencer d'autres femmes.

La sensibilisation des femmes déjà utilisatrices des méthodes de PF contribuerait plus pour promouvoir la planification familiale.

## **RECOMMANDATIONS**

## **VIII) RECOMMANDATIONS**

### **Recommandations**

Au terme de cette étude, nous formulons les recommandations ci-après :

#### **A. AUX AUTORITES**

- Sensibiliser la population sur les avantages liés à la contraception.
- Créer un espace d'information uniquement sur la contraception et plus accessible aux femmes.
- Promouvoir la scolarisation des filles.

#### **B. AUX PRESTATAIRES DE SERVICE DE PF**

- Renforcer les séances de counseling à l'endroit des clientes.
- Prévoir des séances de counseling à l'endroit des conjoints des clientes.
- Rendre disponible des moyens de contraception a des couts abordables.

#### **C. AUX FEMMES ET AUX HOMMES :**

- Faire recourt aux structures de santé pour la contraception.
- Mettre en pratique les conseils donnés par les agents de santé sur la méthode choisie.
- Eviter l'automédication.



## **REFERENCES**

## **IX) REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE**

1. Valérie Delaunay, Agnès G. Sante de la reproduction et fécondité dans les pays du sud. Nouveaux contextes et nouveaux comportements ; Louvain - La-Neuve, Academia-bruyant, 215-267, 2017. [En ligne] [http:// scholar.google.com](http://scholar.google.com). Consulter le 12 Mars 2020.
2. OMS, Organisation Mondiale de la Sante. Mortalité maternelle [Internet]:<https://www.who.int/fr/newsroom/factsheets/detail/maternal-mortality>. Consulter le 15 Avril 2020.
3. OMS, Enfants: faire reculer la mortalité [Internet]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>. Consulter le 20 août 2020.
4. UNFPA, Fonds des Nations Unies pour la Population. Sante maternelle en Afrique\_factsheet. [Internet]: [WWW.unfpa.org](http://WWW.unfpa.org). 2013. Consulter le 14 Mars 2020.
5. EDSM, Mali enquête démographique et de sante 2018 Rapport de synthèse SR261.pdf. [Internet], <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/SR261/SR261.pdf>. Consulter le 15 avril 2020.
6. Dena Juliette Mounkoro. Préférences des femmes âgées de 14 à 45 ans en matière de contraception dans la commune urbaine de Bamako. Thèse de médecine. USTTB, Université des Science des Technologie de Bamako;2018-2019, 98p. [En ligne] <https://scholar.google.com>. Consulter le 07 Mars 2020.
7. Accroissement de l'accès au service de planning familial dans les régions rurales du mali grâce à la distribution communautaire des produits contraceptifs par Karen R. Katz, n° spécial de 1999, PP, 4-10 et 25 consulter le 5 Décembre 2021.
8. AMPPF : situation de la planification familiale au Mali, consulté le 5 Décembre 2021.
9. Centre français sur la population et le développement (CFPD) : groupement d'intérêt scientifique EHESS-INED-INSEE-ORSTOMPARIS6 20 ans de planification familiale en Afrique subsaharienne/Thérèse Loco, consulter le 5 décembre 2021-P n°19.
10. Boubacar Moussa, étude épidémio-clinique du planning familial : enquête auprès de 206 utilisatrices au CSREF CI du District de Bamako, d'Avril à Juin 2003, thèse de médecine 2005 n°5-M-183. Consulter le 5 Décembre 2021.

**11-**Penda Sangaré : connaissances, attitudes et pratiques en matière de contraception chez les adolescentes en milieu scolaire cas du lycée Ba Aminata Diallo. Thèse de médecine, Bamako 2016. Consulté le 5 Decembre 2021.

**12-**Yasmine Sandrine Chanou : logiques d'utilisation de la contraception d'urgence chez les étudiantes (cas de la faculté de médecine et d'odontostomatologie de la pharmacie au Mali et de la faculté des sciences et de santé au Bénin, thèse de médecine, Bamako 2014. Pages : 28 à 37 ; consulté le 5 Decembre 2021.

**13-** Diarra Tenin Sinayoko : 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, Bamako 2015. Pages : 30, 31. Consulté le 4 Decembre 2021.

**14--** [http : // qe. Catholique. Org](http://qe.catholique.org)>, consulté le 5 decembre 2021.

**15-** [http : // www. Got question.org](http://www.gotquestion.org) > Français, consulté le 5 decembre2021.

**16-**Sountoura Fatoumata Fabé : Etude de la connaissance des attitudes et des pratiques des adolescentes sur la contraception à Mopti : cas du lycée Hammadoun Dicko de sévaré. Thèse Pharmacie, Bamako 2010-2011 ; page 41, consulté le 5 Decembre 2021.

**17-** Mamadou Boité : Connaissance, attitudes et pratiques des jeunes en matière de contraception au niveau des grins. Thèse médecine, Bamako 2009-2010 ; page 39. Consulté le 6 decembre 2021.

**18-** [www. Islam. Com](http://www.islam.com) > articles, consulté le 5 Novembre 2021.

**19-**OMS/ planification familiale/ contraception, [WWW.Who.int](http://WWW.Who.int)>media centre>factsheet, consulté le 14 Aout 2021

**20-**Sidy Coulibaly : Etude des connaissances, des attitudes et des pratiques comportementales des adolescentes du lycée Mamadou Abdoulaye Bah et de l'Institut de Formation Professionnel de Macina sur la contraception (Macina Ségou Mali). Thèse de médecine, Bamako 2012. Page : 22 ; consulté le 14 Aout 2021.

**21.** <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/adhesion/1069>. Internet,

Consulté le 25 juillet 2021

22. <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/influence/1069>. Internet,

Consulté le 25 juillet 2021

23. <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/utilisatrices/1069>.

Internet, consulté le 25 juillet 2021

24. **KODJOGBE N**, Enquête démographique sur la santé au Benin 2ème édition, 2003.

Consulté le 25 Juillet 2021

25. Jean Marie Traoré : Connaissances et utilisations de la contraception au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako chez 188 patientes colligées. Thèse de médecine, Bamako 2010 ; pages : 70, 71, 73. Consulté le 14 Aout 2021.

26. Monsieur Ousmane Bé Sao, 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, Bamako 2008, page 91, 92. Consulté le 22 Aout 2021

27. DEMBELE O B, contribution à l'étude, Les causes de la sous-utilisation du DIU dans le District de Bamako, thèse de médecine, Bamako 1992, n°91-M-20, consulté le 16 Aout 2021

28. ZALHA SANI M. les obstacles à l'utilisation des services de planification familiale à Ouagadougou au Burkina Faso, Thèse de Médecine, Bamako 2004, consulté le 16 Aout 2021

29. Sango SANOUSSI, contribution à l'étude de la planification familiale dans la commune IV du District de Bamako, Thèse de Médecine, Bamako 1996, Consulte le 20 Aout 2021.

30. Moussa Sounkoutou Dembélé : Problématique de la planification familiale en commune V du district de Bamako à propos de 199 cas. Thèse de médecine, Bamako 2009 ; pages : 74, 75. Consulté le 20 Aout 2021.

31. Bakary Tounkara : Etude des connaissances, attitudes et pratiques des femmes sur la contraception dans le centre de santé de Diéma. Thèse de médecine, Bamako 2011 ; pages : 61, 62. Consulté le 20 Aout 2021.

# **ANNEXS**

## ANNEXES

### **1) Informations pour obtenir le consentement des participantes**

#### ***Pour quoi cette étude est-elle conduite ?***

Votre structure de sante a été choisie pour participer à cette étude d'enquête. Je vais vous poser des questions sur divers aspects des services de santés de la reproduction dispensés par votre établissement, notamment la planification familiale.

Les informations obtenues auprès de vous et d'autres femmes permettront au ministère chargé de la sante et à d'autres partenaires de mieux comprendre la situation des femmes en matière de planification familiale et de mieux planifier les campagnes de sensibilisations de la planification afin d'améliorer la santé des femmes en générale.

Vous êtes rassurés que votre nom ne sera pas mentionné ou inclus dans les données ou rapports de cette enquête, votre anonymat est garanti.

#### ***Qui conduit cette étude ?***

Le Département d'Enseignement et de Recherche en Santé Publique (DERSP) de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

#### ***Qui est susceptible de participer à cette étude ?***

Toutes femmes âgées de 15 à 49 ans pratiquant une méthode moderne de PF dans la région de Koutiala

#### ***Comment se déroule l'étude ?***

L'étude se déroulera au sein de la ville de Koutiala, si vous êtes une cliente des services de planification familiale du Csref ou d'autres structures de santé de Koutiala vous êtes donc invitées à participer à l'étude.

Si vous acceptez de participer, vous devriez répondre à une série de questions qui vous sera posées par un enquêteur formé à cet effet. Des choses intimes seront abordées dans ce questionnaire, mais rien ne permettra de vous identifier. Vos réponses ne seront accessibles qu'aux membres de l'équipe de recherche. Seuls les résultats globaux de l'étude seront publiés. L'étude se déroulera en toute confidentialité et l'anonymat sera respecté.



***Quels sont vos droits ?***

Votre participation à l'étude est libre et volontaire, vous avez le droit de refuser d'y prendre part sans vous justifier. Même si vous avez accepté d'y participer, vous avez la possibilité de vous rétracter secondairement, avant ou au cours du remplissage du questionnaire et jusqu'à sa validation. Les modalités de recueil des données assurant un total anonymat, vous ne pourrez rectifier vos réponses après validation du questionnaire. Cependant, vous aurez la possibilité d'être informés personnellement des résultats globaux de l'étude.

Les données enregistrées à l'occasion de cette étude feront l'objet d'un traitement informatisé.

Tous les professionnels impliqués dans cette étude sont soumis au secret professionnel. L'anonymat de vos réponses est garanti.

***Qui contacter en cas de besoin ?***

Après avoir lu cette notice, n'hésitez pas à poser toutes les questions que vous souhaitez au personnel de votre établissement, ou en écrivant par courrier ou mail à l'enquêteur de cette étude :

**Mr. Moumouni Dembélé**

**Faculté de médecine et d'Odontostomatologie.**

**Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako.**

**Tél : 76875915** Email : [dembelemoumouni2@gmail.com](mailto:dembelemoumouni2@gmail.com)

**NB** : Cette étude vous est destinée, elle ne peut être réalisée sans votre aide. Nous vous remercions d'y participer.



## 2) Fiche d'enquête

### Questionnaire

#### A. Identification :

- . Numéro de la fiche : \_\_\_\_\_
- . Date de l'enquête : \_\_\_\_\_
- . Nom de l'enquêteur : \_\_\_\_\_
- . Accord de participation à l'étude : **1**= oui , **2**= non

#### B. Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des femmes enquêtées :

1. Age (année) : .....

2. Profession :

- a.** Ménagère , **b.** Commerçante , **c.** Elève , **d.** Etudiante ,
- e.** Fonctionnaire , **f.** Agent de sante  **g.** Autre

3. Niveau d'instruction :

- a.** Non scolarisée , **b.** Primaire , **c.** Secondaire , **d.** Supérieure , **e.** élève

4. Statut matrimonial :

- a.** Mariée , **b.** Célibataire , **c.** divorcée , **d.** Veuves  **e.** en couple

5. Nombre d'enfants : .....

#### C. Identification de l'existence d'une influence sur les autres femmes

6. Avez-vous déjà utilisé une méthode moderne de PF ?

- a. Oui  b. Non

7 Si oui la quelle ?

- a.** Méthode de collier du cycle , **b.** Pilule , **c.** Injectable , **d.** DIU
- e.** Préservatif , **f.** Jadelle , **g.** Autres

8. Durant combien de temps utilisez-vous cette méthode

**a.** 1 a 5 mois , **b.** 6 a 12 mois , **c.** Plus de 12 mois

9. Par qui avez-vous été orienté ?

**a.** Agent de santé  **b.** Par automédication  **c.** Partenaire,

**d.** Ami(e) déjà utilisatrice d'une méthode de contraception,

**e.** Parent,  **f.** Autre

10. Discutez-vous avec d'autres femmes (amies ou parent) sur les méthodes de contraception modernes ?

**a.** Oui  **b.** Non

11. Recommanderiez-vous à d'autres femmes (amies ou parents) d'adhérer à utilisation de méthodes modernes de contraception ?

**a.** Oui  **b.** Non

12. Avez-vous déjà été sensibilisé par une autre femme utilisatrice d'une méthode moderne de contraception (amie ou parent) sur les biens faits de la PF ?

**a.** Oui  **b.** Non

13 Si oui par combien de femmes avez-vous été sensibilisé ?

**a.** 1 a 5 , **b.** 6 à 10 , **c.** Plus de 10

14. Avez-vous déjà sensibilisé d'autres femmes (amie ou un parent) sur les bienfaits de la PF ?

**a.** Oui  **b.** Non

15. Si oui combien de femmes avez-vous sensibilisé ?

**a.** 1 a 5 , **b.** 6 a 10 , **c.** Plus de 10

16. Avez-vous adhérer à la pratique de l'utilisation de méthodes modernes de contraception suite à l'influence d'une autre femme (amies ou parents) ?

**a.** Oui  **b.** Non

17. Avez-vous fait adhérer d'autres femmes (amie ou parent) à pratiquer une méthode moderne de contraception ?

**a.** Oui  **b.** Non

18. Si oui combien de femme avez-vous fait adhérer ?

**a.** 1 à 5 , **b.** 6 à 10 , **c.** Plus de 10

19. Avec quels arguments êtes-vous parvenu à influencer ces femmes

**a.** Leur parler des biens fait de la PF

**b.** Leur expliquer les différentes méthodes de contraception moderne

**c.** Leur parler de l'importance de l'espacement des naissances

**d.** les trois , **e.** a et b , **f.** a et c  **g.** b et c , **h.** pas d'arguments

20. Quelles recommandations avez-vous pour améliorer l'accès des femmes aux services de planifications familiales

**a.** plus de sensibilisation sur les biens faits de la PF,

**b.** Facilite l'accès des services de PF aux femmes,

**c.** Rendre gratuits les services PF,

**d.** Plus de sensibilisation des hommes sur les biens faits de la PF,

**e.** Pas de recommandations.

## **Guide d'entretien individuel approfondi**

1. Que pensez-vous de l'utilisation des services de PF par les femmes ?

.....

a. Si oui c'est une bonne chose, pourquoi ?

.....

b. Si non ce n'est pas une bonne chose, pourquoi ?

.....

2- Quels sont les méthodes de contraception disponibles dans votre centre de santé ?

a. Méthode de collier du cycle

b. Pilule

c. Injectable

d. DIU

e. Préservatif

f. Jadelle

g. Calcul du cycle menstruel

h. Implanon

i. Autres

3- Quelles sont les catégories de femmes qui utilisent le plus les services de PF dans votre structure ?

.....

4- Selon vous pourquoi les autres catégories de femme ne l'utilisent pas beaucoup ?

.....

5- A votre avis ces femmes qui utilisent les services PF ont une influence sur les autres femmes non utilisatrices de PF ?

6- Si oui cette influence est positive ou négative et pourquoi ?

.....

7- Selon vous est-ce une bonne chose que ces femmes arrivent à influencer leurs semblables ?

Si oui pourquoi ?

.....

Si non pourquoi ?

.....

8- A votre avis avec quels types d'arguments ces femmes parviennent à influencer les autres ?

.....

9- Quel sont vos recommandations pour améliorer l'accès des services de PF à toutes les femmes ?

.....

**Guide d’entretien focus groupe**

1- Que pensez-vous de l’utilisation des services de PF par les femmes ?

a. Si oui c’est une bonne chose, pourquoi ?

.....  
.....

b. Si non ce n’est pas une bonne chose, pourquoi ?

.....  
.....

2- Selon vous quel est la méthode de PF préférée des femmes? Pourquoi cette méthode ?

.....  
.....

3- A votre avis pourquoi les femmes évitent les autres méthodes ?

.....  
.....

4- Selon vous qui oriente les femmes vers les services de PF?

.....  
.....

5- Selon vous les causeries des femmes portent souvent sur les méthodes de PF?

.....  
.....

6- Si oui quel sont les objets de ces causeries?

.....  
.....

7- Au cours de ces causeries il y'a-t-il des sensibilisations d'autres femmes (amie ou un parent) sur les bienfaits de la PF ?

.....  
.....

8- Avec quel arguments elles arrivent a influencé les autres femmes ?

.....  
.....

9- Quel sont vos recommandations ?

.....  
.....

## FICHE SIGNALETIQUE

### Fiche signalétique

**Nom :** DEMBELE

**Prénom :** MOUMOUNI

**Tel :** 76875915

**Email :** [dembelemoumouni2@gmail.com](mailto:dembelemoumouni2@gmail.com)

**Titre :** Femmes utilisatrices des méthodes de planification familiale et mobilisation des paires à Koutiala (MALI)

**Période d'étude :** Décembre 2020 à Août 2021

**Année universitaire :** 2020-2021

**Ville de soutenance :** Bamako

**Pays d'origine :** Mali

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la FMOS

**Secteur d'intérêt :** Santé Publique / Santé de la reproduction

### **Résumé :**

Notre étude transversale descriptive sur 240 femmes âgées de 15 à 49 ans, s'est déroulée dans la commune urbaine de Koutiala du 21 décembre 2020 au 31 Aout 2021.

- L'objectif visé était d'évaluer l'existence d'une influence des femmes utilisatrices de méthodes de PF dans l'adhésion d'autres femmes à la pratique de la PF, de déterminer le profil sociodémographique des femmes utilisatrices des méthodes de PF et de déterminer les arguments utilisés pour influencer d'autres femmes.
- Parmi les femmes enquêtées 45,4% ont fait adhérer d'autres femmes à la pratique de l'utilisation des méthodes de PF et plus de la moitié des femmes enquêtés soit 55,8% ont adhérer à l'utilisation de méthode de PF suite à l'influence d'une autre femme déjà utilisatrice.



Parler des biens fait de l'utilisation des méthodes modernes de contraception, de l'importance de l'espacement des naissances et expliquer les différents méthodes de contraception étaient les arguments les plus utilisés pour influencer d'autres femmes.

La tranche d'âge la plus représentée était de 20-24 ans avec 31% de l'échantillon, ce qui montre qu'elles sont les plus concernées par la contraception, de même que les femmes mariées avec 59,6% de l'échantillon.

Les femmes scolarisées et non scolarisées pratiquent toutes la contraception, mais elle est plus pratiquée par les femmes scolarisées avec 82,1% de l'échantillon.

- **MOTS CLES :** Influence, Femmes 15 à 49 ans, planification familiale, Commune urbaine de Koutiala

## **Data sheet**

**Name :** DEMBELE

**First name :** MOUMOUNI

**Email :** [dembelemoumouni2@gmail.com](mailto:dembelemoumouni2@gmail.com)

**Title :** women using family planning methods and peer mobilization in Koutiala (MALI)

**Study period :** December 2020 to August 2021

**Academic year :** 2020-2021

**City of defense :** Bamako

**Country of origin :** Mali

**Place of deposit :** FMOS Library

**Sector of interest :** Public Health

### **Summary :**

Our transversal study of the airparts on 240 women aged 15 to 49, took place in the urban municipality of Koutiala from December 21, 2020 to August 31, 2021.

The objective was to assess the existence of and influence of women users of FP methods in the adhesion of other women to the practice of FP, to determine the socio-demographic profile of women users of FP methods and to determine the arguments users to influence other women.

Among the women surveyed, 45,4% made other women adhere to the practice of using FP methods and more than more than half of the women surveyed, 55,8%, adhered to the use of FP method following to the influence of another woman who is already a user.

Talk about the good things about using modern contraceptives methods, talk about the importance of birth spacing, and explain the different contraceptive methods and the most common arguments used to influence other women.

The most represented age group was 20-24 years old with 31% of the sample, which shows that they are the most concerned by contraception, as are married women with 59,6% of the population sample. Both educated and non- educated women all practice contraception, but it is more practiced by educated women with 82,1% of the sample.

**KEYWORDS :** influence, women 15 to 49 years old, family planning, urban municipality of Koutiala.

## Nefolisɛben

**Jamu :** DEMBELE

**Tɔgɔ:** Moumouni

**Ɛntɛrinɛti adɛrɛsi :** [dembelemoumouni2@gmail.com](mailto:dembelemoumouni2@gmail.com)

**Nɛgɛjuru sira :** 76875915

**Gafe tɔgɔ :** Muso minuw bɛ bangekɔlɔsi fɛrɛw kɛ djɔyɔrɔ muso wɛrɛw ladoni la bangekɔlɔsili la.

**Uniwersite kalasan :** 2018-2019

**Kalan kuncɛdugu tɔgɔ :** Bamako

**Jamana tɔgɔ :** Mali

**Sɛbenwɓilayɔrɔ :** Dɔgɔtɔrɔyakalansobagafemarayɔrɔ

**Kalan hokumu :** forobakɛneyako

### **Bakuruba fɔli :**

- An ka ni kalan mi kela muso 240 kan, minuw sisan baa ta san 24 na ka ta bila san 49 na, kela kutiala dugu kɔnɔ. kaata desambourou kalo tilɛ 21 na ka ta bila utu kalo tilɛ 31 na.

Kalan ni kunba tun ye ka don muso minuw bɛ bangekɔlɔsi fɛrɛw kɛ djɔyɔrɔ ye mi ye muso wɛrɛw ladonila bangekɔlɔsi la, ka don fana muso sugu minuw bɛ bangekɔlɔsi kɛ kutiala dugu kɔnɔ, ani ka don ubɛ kuma minuw fɔ walasa ka muso wɛrɛw la don bangekɔlɔsili la.

- Muso minuw sɛgɛsɛgɛ la kɛmɛ kɛmɛ sara la 45,4% ye muso wɛrɛw lado bangekɔlɔsi la, ani fana kɛmɛ sara la 55,8% dona bangekɔlɔsi la muso wɛrɛw sababoula minuw tun bɛ bangekɔlɔsi kɛ ka kɔrɔ.




Ka bangekɔlɔsi fɛrɛw ka jumaw fɔ, ka furanɔɛ do dɛnw ni jɔkɔn ɔɛ nafaw fɔ ani ka bangekɔlɔsi fɛrɛw farafansiya, tuw ye kumakanw ye minuw tun bɛ fɔ walasa ka muso wɛrɛw lado bangekɔlɔsili la.

Muso minuw sisan baa ta san 20 na ka ta bila san 24 na de tun ka tiya ni tɔw bɛ ye kɛmɛ kɛmɛ sara la oluw tun ye 31 % ye. O kɔrɔ ba djira ko oluw de mako bɛ bangekɔlɔsi fɛrɛw la kɔsɛbɛ, ani fana muso minuw furule do, kɛmɛ kɛmɛ sara la oluw tun ye 59,6% ye.

Muso minuw kalan ne do ani minun kalan le tɛ bɛɛ bɛ bangekɔlɔsi fɛrɛw kɛ, nga minunw kalan le do de ba kɛ kɔsɔbɛ, kɛmɛ kɛmɛ sara la oluw ye 82,1% ye.

- **DAÑE KOLOMAW :** Djɔyɔrɔ, muso minuw sisan ba ta san 14 na ka ta bila san 49 na, kutiala komini.

Femmes utilisatrices des méthodes de planification familiale et mobilisation des paires à Koutiala (Mali)

<p>MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE DIRECTION NATIONALE DE L'ÉDUCATION NON FORMELLE ET DES LANGUES NATIONALES</p> <p>REPUBLIQUE DU MALI UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI</p> <p>ATTESTATION N° <u>157419</u> MENDINENF-LN</p> <p>Je soussigné, le Directeur National de l'Éducation non Formelle et des Langues Nationales atteste que :</p> <p>M : <u>Moumouni Dembele</u> né (e) le <u>29 février 1995</u> à <u>Ba</u> a régulièrement suivi la formation d'initiation à la lecture, à la transcription et à la méthodologie d'enseignement de la langue nationale : <u>Damanan</u> du <u>10-06</u> au <u>13-07 2020</u> à <u>Bamako</u> En foi de quoi, je lui délivre la présente attestation pour servir et valoir ce que de droit.</p> <p>Signature du titulaire <u>Bamako, le 29 juillet 2020</u> Le Directeur National,  Dr Gouro DIALL</p> <p></p>	<p>KALANKO MINISRISO</p> <p>Fasokannakalan ni Fasokanw Yirivai Nemggo</p> <p>MALI JAMANA Fasogama kelen-kunlienna kelen-Daniya kelen</p> <p>Fasokannakalan ni Fasokanw yirivai Nemggo</p> <p>SEEREYASSBEN N° <u>157419</u> KM/FFYJ</p> <p>Ne Fasokannakalan ni Fasokanw Yirivai Nemggo, b'a seereya ko: <u>Mumuni Janbele</u> min bangera. <u>Bila, februarykalo tile 23, san 1995</u> ye kalandi, sebenni ani karamgokalan ke bamanankkan na. ka bo. <u>Zuuzenkala tile 15/10</u> ka taa se. <u>Zuluyekala tile 13/10, san 2020</u> O kama, n be nin seereyasben in d'a ma. <u>Bamako, Zuluyekala tile 29 san 2020</u> Seereyasben tigi bolono Baarada nemggo</p> <p> Dr Gouro JAL</p> <p></p>
---	---



**Zertifikat**  
**Certificat**

**Certificado**  
**Certificate**

Promouvoir les plus hauts standards éthiques dans la protection des participants à la recherche biomédicale  
Promoting the highest ethical standards in the protection of biomedical research participants

**Certificat de formation - Training Certificate**  
Ce document atteste que - this document certifies that

**Moumouni Dembele**  
a complété avec succès - has successfully completed  
**Introduction to Research Ethics**

du programme de formation TRREE en évaluation éthique de la recherche  
of the TRREE training programme in research ethics evaluation

Release Date: 2020/04/14  
CID: q0w02qurTe

Professeur Dominique Sprumont  
Coordinateur TRREE Coordinator



PREV : 20170310J

Ce programme est soutenu par - This program is supported by :  
European and Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTP) (www.edctp.org), Swiss National Science Foundation (www.snf.ch), Chinese Academy of Medical Sciences (CAMSC) (www.camsc.org.cn), Commission for Research Partnership with Developing Countries (www.cprdc.ch)



**Zertifikat**  
**Certificat**

**Certificado**  
**Certificate**

Promouvoir les plus hauts standards éthiques dans la protection des participants à la recherche biomédicale  
Promoting the highest ethical standards in the protection of biomedical research participants

**Certificat de formation - Training Certificate**  
Ce document atteste que - this document certifies that

**Moumouni Dembele**  
a complété avec succès - has successfully completed  
**Introduction to Research Ethics**

du programme de formation TRREE en évaluation éthique de la recherche  
of the TRREE training programme in research ethics evaluation

Release Date: 2020/04/14  
CID: q0w02qurTe



Professeur Dominique Sprumont  
Coordinateur TRREE Coordinator

PREV : 20170310J

Ce programme est soutenu par - This program is supported by :  
European and Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTP) (www.edctp.org), Swiss National Science Foundation (www.snf.ch), Chinese Academy of Medical Sciences (CAMSAC) (www.cam.ac.uk), Commission for Research Partnership with Developing Countries (www.cprdc.org)





**Zertifikat**      **Certificado**

**Certificat**      **Certificate**

Promouvoir les plus hauts standards éthiques dans la protection des participants à la recherche biomédicale  
Promoting the highest ethical standards in the protection of biomedical research participants

**Certificat de formation - Training Certificate**  
Ce document atteste que - this document certifies that  
**Moumouni Dembele**  
a complété avec succès - has successfully completed  
**Informed Consent**

du programme de formation TRREE en évaluation éthique de la recherche  
of the TRREE training programme in research ethics evaluation

Release Date: 2020/04/20  
CID : Hgaw/114p



Professeur Dominique Sprumont  
Coordinateur TRREE Coordinator

**FMH** Continuing Education Program (5 Credits)  
Programme de Formation continue (5 Credits)

**FPH** Continuing Education Program  
Programmes de formation continue

Ce programme est soutenu par - This program is supported by :  
European and Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTP) (www.edcp.org) - Swiss National Science Foundation (www.snf.ch) - Canadian Institutes of Health Research (http://www.cihr-sc.gc.ca/299.html) -  
Swiss Academy of Medical Science (SAMS/SSM/SAW) (www.sams.ch) - Commission for Research Partnerships with Developing Countries (www.kpdc.ch)

REV : 201703101



  
**TRREE**

  
**Clinical Trials Centre**  
The University of Hong Kong

# Zertifikat

# Certificat

# Certificado

Promouvoir les plus hauts standards éthiques dans la protection des participants à la recherche biomédicale  
Promoting the highest ethical standards in the protection of biomedical research participants

## Certificat de formation - Training Certificate

Ce document atteste que - this document certifies that

## Moumouni Dembele

a complété avec succès - has successfully completed

## Good Clinical Practice (GCP-E6(R2) 2016)

du programme de formation TRREE en évaluation éthique de la recherche  
of the TRREE training programme in research ethics evaluation

2020/04/22

UCID : 11WKLJBC

  
Professeur Dominique Sprumont  
Coordonnateur TRREE Coordinator

  
**FMH**  
Continuing Education Program & Credits  
Programme de Formation Continue (Credits)

  
**FPH**  
Fédération Française des Sociétés de Formation Continue  
Continuing Education Programs

Ce programme est soutenu par - This program is supported by :

European and Developing Countries Clinical Trial Partnership (EDCTP) ([www.edctp.org](http://www.edctp.org)) - Swiss National Science Foundation (Research.ch) - Canadian Institutes of Health Research (<http://www.cihr-irsc.gc.ca/2591.html>) - Swiss Academy of Medical Science (SAMSW/SAAMW) ([www.samw.ch](http://www.samw.ch)) - Commission for Research Partnerships with Developing Countries ([www.kfpc.ch](http://www.kfpc.ch))

REV : 20181124SL



**TRREE**

**Zertifikat**

**Certificado**

# Certificat

# Certificate

Promouvoir les plus hauts standards éthiques dans la protection des participants à la recherche biomédicale  
Promoting the highest ethical standards in the protection of biomedical research participants

**Certificat de formation - Training Certificate**  
Ce document atteste que - this document certifies that

**Moumouni Dembele**

a complété avec succès - has successfully completed

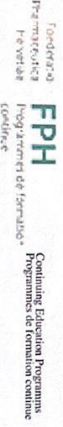
**Research Ethics Evaluation**

du programme de formation TRREE en évaluation éthique de la recherche  
of the TRREE training programme in research ethics evaluation

Release Date: 2020/04/17  
CD : p01UMDbab



Professeur Dominique Sprumont  
Coordinateur TRREE Coordinator



REV : 201703101

Ce programme est soutenu par - This program is supported by :

European and Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTP) - Swiss National Science Foundation (www.snf.ch) - Canadian Institutes of Health Research (http://www.cihr-irsc.ca/csr/1891.html) - Swiss Academy of Medical Science (SAMSWAS/MW) (www.samw.ch) - Commission for Research Partnerships with Developing Countries (www.kfrc.ch)

### **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.

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

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

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

Je le jure.