

MINISTERE DES ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRESUPERIEUR ET DE
LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

Année 1996

N°.....52.....

**CONTRIBUTION A L'ETUDE DU PLANNING
FAMILIAL AUPRES DES UTILISATEURS DU
CENTRE DE SANTE DE LA COMMUNE VI**

THESE

Présentée et soutenue publiquement Le.....Juillet 1996

Devant

L'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie

Par :

Mr: Sadio MAIGA

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

Jury :

Président : Professeur Abdou A TOURE

Membres : Docteur Ibrehim MAIGA

Docteur Malamine KONE

Professeur Sidi Yaya SIMAGA

Directeur de THESE : Professeur Sidi Yaya SIMAGA

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI
ANNEE UNIVERSITAIRE 1995-1996

ADMINISTRATION

DOYEN : ISSA TRAORE - PROFESSEUR
1er ASSESSEUR: BOUBACAR S.CISSE - PROFESSEUR
2ème ASSESSEUR : AMADOU DOLO - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE
SECRETAIRE GENERAL: BAKARY CISSE - MAITRE DE CONFERENCES
ECONOME: MAMADOU DIANE CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Aliou BA	Ophthalmologie
Mr Bocar SALL	Ortho-Traumato.Sécourisme
Mr Souléyman SANGARE	Pneumo-physiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L.TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie

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

D.E.R.CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

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

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale

3. MAITRE DE CONFERENCES

Mme SY Aissata SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif Diakité	Gynéco-Obstétrique

4. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie
Mr Alhousseïni Ag MOHAMED	O.R.L.
Mme DIALLO Fatimata.S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesth.-Réanimation
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Générale

Mr Sékou SIDIBE
Mr Abdoulaye K.DIALLO
Mr Mamadou TRAORE
Mr Filifing SISSOKO
Mr Tiéman COULIBALY
Mme TRAORE J.THOMAS
Mr Nouhoum ONGOIBA

Ortho.Traumatologie
Anesthésie-Réanimation
Gynéco-Obstétrique
Chirurgie Générale
Ortho.Traumatologie
Ophtalmologie
Anatomie & Chirurgie Générale

5. ASSISTANTS

Mr Ibrahim ALWATA
Mr Sadio YENA

Ortho.Traumatologie
Chirurgie Générale

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

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

Bactériologie-Virologie
Anatomie-Path.Histoembryologie
Chimie analytique
Biologie
Biologie Chef de D.E.R.
Chimie Organique

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Ogobara DOUMBO
Mr Anatole TOUNKARA

Parasitologie
Immunologie

3. MAITRE DE CONFERENCES

Mr Yénimégué A.DEMBELE
Mr Massa SANOGO
Mr Bakary M.CISSE
Mr Abdrahamane S.MAIGA
Mr Adama DIARRA

Chimie Organique
Chimie Analytique
Biochimie
Parasitologie
Physiologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou CISSE
Mr Sekou F.M.TRAORE
Mr Abdoulaye DABO
Mr N'yenique Simon KOITA
Mr Abdrahamane TOUNKARA
Mr Flabou BOUGOUDOGO
Mr Amadou TOURE
Mr Ibrahim I.MAIGA

Biologie
Entomologie médicale
Malacologie, Biologie Animale
Chimie organique
Biochimie
Bactériologie
Histoembryologie
Bactériologie

5. ASSISTANTS

Mr Benoît KOUMARE

Chimie Analytique

D.E.R.DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY	Med.Int. Chef D E R MEDECINE
Mr Aly GUINDO	Gastro-Enterologie
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamamdou M. KEITA	Pédiatrie

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtysiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie

3. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Abdel Kader TRAORE	Med.Interne
Mr Moussa Y.MAIGA	Gastroenterologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Leprologie
Mr Hamar A. TRAORE	Medecine Interne
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastroenterologie
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie

3. ASSISTANTS

Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Adama D.KEITA	Radiologie
Mme Tatiana KEITA	Pédiatrie

D E R de SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1.PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
--------------------------	-------------

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Arouna KEITA	Matière Médicale
-----------------	------------------

3. MAITRE DE CONFERENCES

Mr Boukassoum HAIDARA	Législation
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharm.Chim. (Chef de D.E.R.)
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie

3. MAITRE ASSISTANT

Mr Drissa DIALLO
Mr Alou KEITA
Matières Médicales
Galénique

4. ASSISTANT

Mr Ababacar I.MAIGA
Toxicologie

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sidi Yaya SIMAGA
Santé Publique (chef D.E.R.)

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Moussa A.MAIGA
Santé Publique

3. MAITRE DE CONFERENCES

Mr Yanick JAFFRE
Mr Sanoussi KONATE
Anthropologie
Santé Publique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G.TOURE
Mr Sory I.KABA
Santé Publique
Santé Publique

5. ASSISTANT

Mr Massambou SACKO
Santé Publique

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr Mamadou KONE	Physiologie
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale et Min.
Mr Bakary I.SACKO	Biochimie
Mr Sidiki DIABATE	Bibliographie
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souléymanne GUINDO	Gestion
Mme Sira DEMBELE	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Nyamanton DIARRA	Mathématiques
Mr Moussa I.DIARRA	Biophysique
Mr Mamadou Bakary DIARRA	Cardiologie
Mme SIDIBE Aissata TRAORE	Endocrinologie
Mr Siaka SIDIBE	Médecine Nucléaire

PERSONNEL D' ENCADREMENT (STAGES & TP)

Docteur Madani TOURE

H.G.T.

Docteur Tahirou BA	H.G.T.
Docteur Amadou MARIKO	H.G.T.
Docteur Baidi KEITA	H.G.T.
Docteur Antoine NIANTAO	H.G.T.
Docteur Kassim SANOGO	H.G.T.
Docteur Yéya I.MAIGA	I.N.R.S.P.
Docteur Chompere KONE	I.N.R.S.P.
Docteur Almahdy DICKO	P.M.I.SOGONINKO
Docteur Mohamed TRAORE	KATI
Docteur Reznikoff	IOTA
Docteur N'DIAYE F. N'DIAYE	IOTA
Docteur Hamidou B.SACKO	HGT
Docteur Hubert BALIQUE	C.T. MSSPA
Docteur Sidi Yéhiya TOURE	HGT
Docteur Youssouf SOW	HGT

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr F.S.DANO	HYDROLOGIE
Pr M.L.SOW	MED.LEGALE
Pr S.S.GASSAMA	BIOPHYSIQUE
Pr D. BA	BROMATOLOGIE
Pr M.BADIANE	PHARMACIE CHIMIQUE
Pr B.FAYE	PHARMACODYNAMIE
Pr Eric PICHARD	PATHOLOGIE INFECTIEUSE
Dr G.FARNARIER	PHYSIOLOGIE

DEDICACES ET REMERCIEMENTS.

DEDICACES

Je dédie ce travail

A mon père Arbouna MAIGA

Tes efforts pour faire de moi un homme de science, un homme respectueux, honnête n'ont pas été vains.

Que ce travail t'apporte le bonheur.

A ma mère Fanta DICKO

Bintou BORE

Nabou DIOP

Ama DICKO

On ne saurait remercier une mère

Que ce travail vous apporte bonheur, santé et longévité.

A mes frères et soeurs

Que vous trouvez à travers cette thèse l'expression de ma totale reconnaissance, votre soutien tant moral que physique n'a jamais manqué.

A mes oncles, tantes, beaux frères, belles soeurs, cousins et cousine

Que le bon Dieu puisse vous donner santé et longévité.

A mes nièces et neveux.

Que ce travail puisse vous servir d'exemple.

REMERCIEMENTS

Je remercie tous ceux qui ont oeuvré pour la réussite de ce travail.

Qu'ils trouvent ici l'expression de ma profonde gratitude.

Mes remerciements vont:

A tout le personnel de MALI PLUS notamment son P.D.G. Boubou BATHYLI

Au professeur Djibril SANGARE pour votre humanisme et votre enseignement.

Au Dr Yannick JAFFRE pour vos conseils et votre disponibilité.

A monsieur Nouhoun TEMINE informaticien à l'I.O.T.A

Merci pour l'immense service rendu.

A tout le personnel du Centre de Santé de la Commune VI, principalement au médecin chef et les agents de santé de l'unité P.F pour votre disponibilité et votre bonne collaboration.

A tout le personnel de l'A.M.P.P.F notamment au Dr TOURE.

Aux personnels du C.E.R.P.O.D principalement ceux de la documentation.

Aux personnel de la D.S.F.C

Aux personnel de la D.R.S.P

Pour votre accueil et disponibilité constants.

A tout le corps professoral depuis l'école primaire jusqu'à l'école de médecine.

A tous mes ami(e) d'enfance et de promotion.

A mes cadets courage et persévérance.

A tous ceux qui n'ont pas été cité dans ce modeste cadre

Veillez accepter l'expression de ma profonde considération.

AUX MEMBRES DU JURY:

AU PRESIDENT DU JURY

PROFESSEUR ABDOU A. TOURE

chef de service de traumatologie orthopédie de l'hôpital Gabriel TOURE

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Cela ne nous surprend guère car nous savons l'intérêt que vous accordez à la formation des étudiants de cette école et aux problèmes de santé de ce pays.

Vos qualités d'homme compétent, intègre et sympathique font de vous une référence et un recours des étudiants en médecine.

Cher maître, trouvez ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

DOCTEUR IBREHIM MAIGA

Médecin chef de la maternité du quartier Mali.

Nous nous réjouissons de la présence d'un éminent gynéco-obstétricien .

Vous êtes très indiqué pour apprécier ce travail.

Aussi, vos prise de position en faveur de la mère et de l'enfant sont connues et appréciées de tous

Veillez accepter ici l'expression de notre admiration pour vous et profonde reconnaissance.

DOCTEUR MALAMINE KONE

Médecin conseillé à la recherche de la prévention et de lutte contre les maladies au bureau de l'O.M.S.

Vous êtes de ceux qui ont activement participé à l'élaboration de ce travail.

Votre disponibilité et votre concours ont été très importants dans la mesure où ce travail a commencé quant vous étiez médecin chef du Centre de Santé de la Commune VI

Trouvez ici le témoignage de notre profonde gratitude et de notre respectueux attachement.

PROFESSEUR SIDI YAYA SIMAGA

Maître de thèse, chef de D.E.R de santé publique à l'E.N.M.P

Cher maître, vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de diriger ce travail, en répondant spontanément à notre demande. Cela ne nous pas surprit, car c'est vous qui malgré vos multiples préoccupations arrangez volontiers toutes les thèses qui vous sont présentées fut elles cliniques, chirurgicales ou autres.

A ceux qui vous approchent vous inspirez le respect par vos immenses qualités humaines, intellectuelles.

Le travail bien fait est une valeur constante de votre enseignement.

Vous demeurez pour nous un maître admirable.

Soyez assuré de notre profonde gratitude.

SIGLES ET ABREVIATIONS.

A.M.P.P.F

- Association Malienne pour la Promotion et la Protection de la Famille.

C.E.R.P.O.D

- Centre de recherche sur la population pour le développement

C.N.I.E.C.S

- Centre National pour l'Information, l'Education et la Communication en matière de Santé.

C.S.C. VI

- Centre de Santé de la Commune VI

D.B.C.

- Distribution à Base Communautaire.

D.N.S

- Direction Nationale de la Santé.

D.N.S.I

- Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique.

D.R.S.P

- Direction Régionale de la Santé Publique.

D.S.F.C

- Division Santé Familiale et Communautaire.

F.H.I

- Family Health International.

J.H.U

- Université John Hopskins.

M.S.T

- Maladie Sexuellement Transmissible.

O.M.S.

- Organisation Mondiale de la Santé.

P.F - Le planning familial ou la planification familiale.

SOMMAIRE.

CHAPITRE I- INTRODUCTION ET OBJECTIFS

**CHAPITRE II- EVOLUTION ET LES GRANDES DATES DE LA POLITIQUE
MALIENNE EN MATIERE DE PLANNING FAMILIAL**

CHAPITRE III- RAPPEL DES METHODES CONTRACEPTIVES

CHAPITRE IV- MATERIEL ET METHODE D'ETUDE

CHAPITRE V- RESULTATS

CHAPITRE VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

CHAPITRE VII- CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

CHAPITRE VIII- BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

CHAPITRE I

INTRODUCTION ET OBJECTIFS.

A- INTRODUCTION.

« Lorsque l'enfant paraît, le cercle de la famille applaudit... »

Cette expression de Victor HUGO interprète bien ce que doit être l'image, l'impression ressentie après la venue au monde d'un enfant dans un foyer.

Malheureusement à côté de cette expression combien merveilleuse, se cache pas mal de souffrances, de désespoirs, de pleurs, de tristesses, de peurs... derrière certaines grossesses et leur suite (accouchement , post partum).

En effet la grossesse en elle même, et son déroulement représentent une menace pour la santé, même pour la vie de la mère, et de l'enfant qu'elle porte. L'O.M.S. a estimé qu'en 1990 14 millions d'enfants de moins de 5 ans et ½ millions de femmes en âge de procréer ont succombé suite à des causes liées à la grossesse ou à l'accouchement à travers le monde (43).

Les risques liés à la grossesse existent partout dans le monde, mais c'est surtout les pays en voie de développement qui payent les plus lourds tributs . Par exemple au Mali du fait d'un taux de croissance élevé 3% , de la faiblesse de la couverture socio-sanitaire 30% , de la précarité des conditions socio-économiques de la population , des grossesses rapprochées, tardives et précoces... on a un taux de mortalité maternelle et infantile très élevé, respectivement de 700 pour 100.000 et de 108 pour 1000 (55).

On peut rapprocher de ces problèmes de mortalité maternelle et infantile un autre problème socialement plus dramatique : Les conséquences de la sexualité des adolescents comme les grossesses indésirées, les grossesses précoces et leurs cortèges de fille-mères, les avortements clandestins, les infanticides, les infections M.S.T. / S.I.D.A., les infertilités liées aux avortements et infections...

Une étude de l'Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille

(A.M.P.P.F.) portant sur 2131 élèves et étudiantes a montré que:

- Sur 1404 élèves de la fondamentale totalise 766 accouchements et 347 avortements
- Sur 727 élèves et étudiantes du secondaire et du supérieur totalisent 323 accouchements et 170 avortements pour le secondaire, contre 102 accouchements et 40 avortements pour le supérieur dans la même population pendant la même période (46).

D'après les études de SAKO A.(47) six pour cent (6%) des femmes sont touchées par le problème de stérilité et IBEM K.(20) trouve que 58,33% des stérilisés féminines ont comme cause l'infection surtout post avortum et post partum.

Face à ces problèmes très préoccupants le planning familial qui a été défini par l'O.M.S. comme : « L'ensemble des techniques médico-sociales mises à la disposition du couple pour avoir des enfants voulus, au moment voulu ensemble permettant un plein épanouissement sexuel et un développement économique rationnel et devant ainsi lutter contre la stérilité du couple et les M.S.T. / S.I.D.A. .» est paru au vue des spécialistes de tous genres comme la solution de l'heure. Pour cela d'après l'O.M.S. (43) le planning familial peut prévenir 25 à 40% des décès maternels en espaçant simplement les grossesses de 2 ans.

Le meilleur cadre de prise en charge des opérations de la planification familiale semble être les structures de prestation socio-sanitaire car composées de personnels qualifiés et compétents qui ont souvent reçu des formations sur le planning familial, et aussi par ce que les services socio-sanitaires sont dotés de matériels et équipements adéquats.

Au Mali, d'une part si le taux de prévalence de la contraception moderne augmente en général de 1,2% pour les femmes et 1% pour les hommes en 1987 (55), à 14,6% et 6,6% dans le même ordre en 1995 (11). Nous constatons une baisse du taux de prévalence de la contraception dans les services socio-sanitaires de Bamako de 7,3% en 1994 à 5% en 1995 d'après la Direction Régionale de la Santé.

D'autre part, on a un manque d'information approfondie sur les utilisateurs de la planification familiale des services socio-sanitaires (source d'information et de sensibilisation sur le planning familial, l'état de connaissance et attitude pratique des utilisateurs, les problèmes et difficultés liés à la pratique de la planification familiale dans les services socio-sanitaires, les souhaits et suggestions des utilisateurs et agents de santé desdits services concernant le planning familial surtout le planning familial dans les services socio-sanitaires) (18).

C'est pour combler en partie ce manque d'information sur les utilisateurs du planning familiale et rechercher des solutions pour l'augmentation du taux de prévalence de la pratique du planning familial et particulièrement dans les services socio-sanitaires que cette étude a été initiée.

B- LES OBJECTIFS.

Nôtre étude vise à:

- Dégager le profil des utilisateurs de la contraception du Centre de Santé de la Commune VI (C.S.C. VI).
- Recenser les différentes sources d'informations et de sensibilisations des utilisateurs du planning familial du Centre de Santé de la Commune VI.
- Evaluer la connaissance et les attitudes pratique des utilisateurs sur le planning familial.
- Etablir une enquête connaissance attitude pratique (C.A.P.) auprès du personnel de l'unité planning familial du Centre de Santé de la Commune VI.
- Suggérer quelques recommandations.

CHAPITRE II

APERCU SUR LA POLITIQUE MALIENNE EN MATIERE DE PLANNING FAMILIAL.

1- HISTORIQUE

Les sociétés traditionnelles au Mali ont toujours été fortement pronatalistes, cela pour des raisons d'ordre économique, avoir le maximum de bras travailleurs pour augmenter la production. La fécondité confère une valeur sociale, et l'infécondité est toujours mal vécue. Une femme doit avoir des enfants, mais il n'en demeure pas moins vrai que la venue d'une grossesse au cours de la période d'allaitement (2 ans en moyenne) soit sujet de moquerie. En milieu Bambara par exemple, il existe des expressions consacrées pour désigner ces situations « séré mouso » pour la femme et « séré den » pour l'enfant. Malgré le comportement pronataliste, les maliens ont une tradition très ancienne d'espacement des naissances. C'est ainsi qu'après un accouchement il est de coutume de séparer le couple pendant deux à trois ans ceci permettant la femme de récupérer et à l'enfant de se développer normalement. On peut mentionner l'existence d'autres méthodes traditionnelles d'espacement de naissance telles que l'emploi de certaines herbes ou dispositifs occlusifs, de tafo... La fréquence de ces pratiques serait en diminution surtout dans le milieu urbain (32).

2- EVOLUTION ET LES GRANDES DATES DE LA POLITIQUE DU PLANNING FAMILIAL AU MALI .

Le Mali a été l'un des premiers pays sub-sahariens à adopter une attitude tolérante vis à vis des activités du planning familial (32) . En effet depuis 1971 une délégation malienne s'est rendue à Montréal (Canada) pour participer à un séminaire sur la planification familiale. De retour le Mali a signé un accord avec les organisateurs de ce séminaire (C.R.D.I) pour un projet d'assistance en planning familial pour quatre ans. A ce moment entre l'approche démographique et sanitaire du planning familial c'est l'approche sanitaire qui à été choisi en absence de paramètres démographiques suffisamment maîtrisés de l'époque (49) .

C'est dans cet élan que l'Association Malienne pour la Promotion et la Protection de la Famille A.M.P.P.F. a été créée le 7 JUIN 1971.

- En 1972 le Mali abrogeât la loi du 31 JUILLET 1920 dans ces articles 3 et 4 qui interdisaient la propagande anticonceptionnelle (32). Un centre pilote du planning familial a été crée à Bamako par l'A.M.P.P.F dont l'objectif était l'espacement des naissances et non une limitation des naissances . La pratique du planning familial était conditionné à l'autorisation maritale pour les femmes mariées et parentale pour les célibataires (34).

- En 1973 deux séminaires dont un inter africain sur l'éducation sexuelle et l'autre inter syndical sur le planning familial ont été organisés à Bamako (49).

- En 1974 le Mali a souscrit à la déclaration de Bucarest (Roumanie) sur le droit du planning familial.

- En 1978 le Mali a souscrit à la déclaration d'Alma-Ata (URSS) sur les soins de santé primaires dont une des composantes demeure le planning familial dans le but d'améliorer la santé de la mère et de l'enfant à travers un espacement judicieux des naissances.

- En 1980 la Division Santé Familial (D.S.F) a été créée au sein du Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales (M.S.P- A.S) pour élargir et coordonner les activités de la santé maternelle et infantile et en y intégrant le planning familial (32).

- En 1990 deux séminaires nationaux ont été organisés à Bamako pour l'ébauche d'une politique de population, femme et développement. Un an plus tard en 1991 le Mali a fait une déclaration de politique nationale de population (33).

- En 1994 avec la conférence internationale sur la population et le développement au Caire (Egypte) les gouvernements dont celui du Mali se sont engagés à agir dans le domaine de santé de la reproduction engagement réitéré lors de la 4ème conférence mondiale sur les femmes à Beijing (Chine) en septembre 1995 (34).

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

- En Juin 1995 a été organisé un atelier de révision des normes et procédures de santé maternelle infantile et planning familial S.M.I / P..F (31).

- Avec le temps le concept Malien en matière de planning familial a évolué allant de l'espacement des naissances dont la pratique était conditionnée à l'autorisation maritale ou parentale en 1971 au concept actuel qui définit le planning familial comme: « L'ensemble de mesures et moyens de régulation de la fécondité d'éducation et de prise en charge d'affection de la sphère génitale mis à la disposition des individus et des couples afin de contribuer à réduire la mortalité et la morbidité maternelles, infantiles et juvéniles notamment celles liées

aux M.S.T / S.I.D.A, aux grossesses non désirées et aux avortements et assurer ainsi le bien-être familial et individuel.

Ceci implique la liberté, la responsabilité, et le droit à l'information de chaque individu ou couple pour l'aider à choisir la mesure ou le moyen de régulation de la fécondité. » (34).

IL s'agit des méthodes modernes, naturelles et traditionnelles.

CHAPITRE III

RAPPEL DES METHODES CONTRACEPTIVES.

A- LES METHODES MODERNES.

Dans le groupe des méthodes modernes on retrouve :

1- LES CONTRACEPTIFS HORMONAUX.

Ce sont des méthodes qui utilisent les hormones synthétiques par plusieurs voies.

MECANISME D'ACTION: Ils entraînent un état d'infécondité temporaire grâce à des produits synthétiques. Cet état est dû surtout à l'inhibition de l'ovulation, mais aussi à des modifications de la glaire cervicale, de l'endomètre et de la physiologie tubaire.

Comme contraceptif hormonal on a :

a- LES PILULES: Ce sont des méthodes contraceptives orales. Elles sont soit combinées (composées d'oestrogène et de progestérone) à des doses différentes d'où les mini-dosés, les normo-dosés, et les fortement dosés, soit à un seul hormone (les contraceptifs oraux progestatifs).

Ce sont des méthodes contraceptives très efficaces (83 à 99,9% de succès) lorsqu'elles sont correctement utilisées, réversibles, prévention de certaines affections inflammatoires du pelvis telles que les kystes de l'ovaire, les dysménorrhées...

En plus de leur avantage, ces méthodes ont des inconvénients qui sont:

Elles doivent être prises tous les jours, présentent des effets secondaires et troubles plus ou moins fréquents dus aux hormones (prise de poids, nausée, aménorrhée...)

Elles sont aussi contre-indication chez les personnes avec HTA sévère, un grand risque d'accident thrombophlébite...).

b- LES INJECTABLES : On a 2 sortes : le depo-provera et le noresterat.

Méthodes très efficaces (99,9% de succès), discrètes, réversibles, longue durée d'action, une injection chaque 2 à 3 mois selon les produits, protègent contre certaines maladies inflammatoires du pelvis telles que les kystes de l'ovaires, les dysménorrhées...

En plus de leur avantage ces méthodes ont des inconvénients qui sont :

Il peuvent entraîner un retard du retour de la fécondité, présenter des effets secondaires

même que les pilules. Il sont contre-indications en cas de saignement important non diagnostiqué.

2- Le D.I.U: Il s'agit de petit dispositif qu'on place dans la cavité utérine . Il y a plusieurs sortes de D.I.U. (en cuivre, en caoutchouc inerte, et ceux diffusants des hormones); et plusieurs formes (en Boucle, en T, en 7, ou spirale).

MECANISME D'ACTION : Les mécanismes d'actions des D.I.U. ne sont pas très bien connus, et s'appuierait sur les actions suivantes isolées ou de façon concomitante :

- Action toxique sur l'oeuf en développement (quant - il s'agit de D.I.U en cuivre).
- Réponse inflammatoire locale aux corps étrangers causant la lyse du blastocyste et/ou l'empêchement de la nidation.
- Action directe ou indirecte sur la transformation sécrétoire de l'endomètre .
- Déplacement mécanique du blastocyste ayant déjà opéré sa nidation dans l'endomètre.

Ce sont des méthodes contraceptives très efficaces (94 - 99% de succès), réversibles dès retrait, méthodes longue durée (peut aller à 10 ans), discrètes.

Comme inconvénients, les D.I.U. peuvent entraîner une sensibilisation aux infections, entraîner des effets secondaires de type de crampe, et/ou douleur pelvienne, de spotting, d'hypermenorrhée...

Ils sont contre indiqués en cas d'infection, de saignement non diagnostiqué.

3- LES SPERMICIDES:

Ce sont des produits qu'on met dans le vagin quelque temps avant l'acte sexuel. Ils contiennent des substances qui soit tuent soit immobilisent les spermatozoïdes.

Méthodes efficaces (79 - 99% de succès) surtout s'ils sont associées aux condoms, contribuent à la lutte contre les infections M.S.T / S.I.D.A.

Comme inconvénients ils peuvent entraîner des irritation vaginale, souvent incommode par l'abondance des mousses (sécrétion vaginale qu'ils entraînent), peuvent diminuer la

spontanéité du couple (nécessite un temps de préparation et de mise en place du produit avant l'acte sexuel)

4- LES PRESERVATIFS:

On a les préservatifs masculins et les préservatifs féminins.

a- LES PRESERVATIFS MASCULINS :

Ce sont des capuchons très fins en caoutchouc qui s'adaptent au pénis en érection, constituant ainsi une barrière contre la transmission du sperme dans le vagin.

Ils sont efficaces surtout s'ils sont associés aux spermicides, assurent une protection contre les M.S.T / S.I.D.A, disponibles (vente libre).

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

b- LES PRESERVATIFS FEMININS :

Comme préservatif féminin on a le diaphragme, le cape... Ce sont des capuchons en caoutchouc qu'on insère au pourtour de l'exocol et qui empêchent la montée des spermatozoïdes pour la fécondation.

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

Ce sont des méthodes complexes ou l'aspect technique est important, son enseignement demande du temps de la patience et des contrôles médicaux réguliers.

5- LE NORPLANT:

C'est un implant sous-cutané de capsules ou de bâtonnets libérant des hormones d'action durable (5 ans) donc méthode hormonale.

Très efficace (99,99% de succès), réversible des retrait, discret, longue durée (5 ans).

Comme inconvénient il présente des effets secondaires types trouble du cycle (aménorrhée, spotting...).

6- LA CONTRACEPTION CHIRURGICALE VOLONTAIRE (C.C.V.).

Méthode permanente, il s'agit de la vasectomie chez l'homme (ligature ou section des canaux déférents), et de la ligature des trompes chez la femme.

Méthode très efficacité (efficacité presque totale), méthode permanente .

Son inconvénient c'est que la méthode est irréversible, des fois quelques complications après l'intervention (douleur, crampe).

B- LES METHODES NATURELLES: Parmi lesquelles on peut citer :

1- L'ABSTINENCE PERIODIQUE:

Elle consiste à s'abstenir pendant un moment du cycle. Comme méthode d'abstinence périodique on a :

a- LA METHODE DE CALENDRIER OU D'OGINO-KNAUSS :

Dans cette méthode, la femme doit observer son cycle pendant au moins 6 mois, elle prend alors le cycle le plus long moins 10 et le cycle le plus court moins 20 ce qui donne la période pendant laquelle le couple doit s'abstenir des rapports .

C'est une méthode toujours disponible et qui n'a pas d'effet secondaire, mais elle n'est pas très sur 30% de taux d'échec, elle entraîne des frustrations (longue période abstinence) .

b- LA METHODE DE TEMPERATURE :

La courbe thermique matinale d'une femme présente une phase d'hypothermie qui s'étend des règles à l'ovulation, et une phase d'hyperthermie qui s'étend de l'ovulation aux règles suivantes. L'ovulation se situe exactement au dernier jour de la température basse avant le décalage thermique ou au 1^{er} et même au 2^{ème} jour de cette montée thermique, lorsque celle-ci s'étale sur plusieurs jours par rapport à cette ovulation, il existe donc une période féconde dont la durée classique de 7 jours est fondée :

1° Sur la survie des spermatozoïdes (4 jours).

2° sur la survie de l'ovule (12 à 24 heures).

La période féconde s'étend donc du 5ème - 4ème jour avant l'ovulation (avant le décalage) jusqu'au 1er ou second jour après elle. Elle sépare 2 périodes stériles : une après les règles ou la stérilité n'est que relative à cause de la survie exceptionnelle, mais possible des spermatozoïdes au delà de 4 jours ; l'autre après l'ovulation ou la stérilité est absolue et va du 2ème jour de température haute, après le décalage, jusqu'aux règles suivantes. Si le couple veut donc exclure de façon absolue le risque de grossesse, il ne doit pas avoir de rapports qu'à partir du second jour du plateau thermique confirmé.

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

c- LA METHODE DU GLAIRE CERVICALE (METHODE DE BILLING).

La glaire subit des changements avant et après l'ovulation. En effet à l'approche de l'ovulation la glaire devient abondante et filante et cela s'accroît jusqu'à l'ovulation. Après l'ovulation la glaire s'épaissit et devient pâteuse. La femme en examinant sa glaire tous les jours peut détecter ces changements et ainsi connaître à peu près son jour d'ovulation. Pour ne pas avoir d'enfant elle doit s'abstenir des rapports jusqu'après l'ovulation qui est la phase de glaire pâteuse.

Méthode efficace, sans effet secondaire, mais a des contraintes comme l'observation quotidienne de la glaire et une longue période d'abstinence.

2- L'ABSTINENCE COMPLETE:

Elle consiste à s'abstenir pendant toute la période où le couple ne veut pas d'enfant.

Elle n'a pas d'effet secondaire, disponible mais difficile à observer (longue période d'abstinence)

3- LE COIT INTERROMPU:

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

Méthode sans effet secondaire, mais pas très efficace car difficile à observer.

4- LA METHODE D'ALLAITEMENT MATERNELLE ET DE L'AMENORRHEE

(M.A.M.A.).

C'est une méthode qui consiste à allaiter l'enfant au sein pendant au moins les 6 premiers mois cela entraîne un retard de retour de couche et donc une période d'anovulatoire. Efficace si l'allaitement est prolongé, exclusif pendant les premiers six mois du post partum et s'il n'y a pas de retour de couche. C est une méthode semblable à d'autres méthodes par blocage de l'ovulation.

Elle est efficace, disponible, renforce le lien mère-enfant, nutritif et assure une protection du nourrisson par les anticorps contenues dans le lait maternel .

L'efficacité contraceptive diminue si une des conditions n'est pas respectée.

C- LES METHODES TRADITIONNELLES:

Ce sont des méthodes qui ont leur source dans nos vécus socioculturels, comme méthode traditionnelle on a :

1- LE TAFO :

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

2- LA TOILE D'ARAIGNEE :

Elle se place dans le vagin de façon à obstruer l'orifice externe du col, empêchant donc la montée des spermatozoïdes . Il s'agit donc d'une méthode de barrière.

3- LE MIEL ET LE JUS DE CITRON :

On les met dans le vagin avant les rapports, ils entraînent soit une immobilisation des spermatozoïdes (miel), soit une destruction (tuent) des spermatozoïdes (citron). Agissent comme les spermicides.

➤ **4- LES SOLUTIONS A BOIRE** : IL peut s'agir de :

D'écorces d'arbre ou de plante, de graine à avaler, ou de « nassi » solution préparé par les marabouts.

CHAPITRE IV

MATERIEL ET METHODE D'ETUDE.

1- CADRE D'ETUDE:

L'enquête s'est déroulée au Centre de Santé de la Commune VI (C.S.C.VI) situé à Sogoniko (un quartier de la commune VI du district de Bamako.).

La commune VI est située derrière le fleuve et représente la partie nord-est du district. Elle a une superficie de 8882 ha (hectares) avec une population de 211000 habitants, elle compte dix quartiers (25).

Sur le plan des infrastructures socio-sanitaires en plus du Centre de Santé de la Commune VI, elle compte sept (7) Centre de Santé Communautaire (C.S Com), un Centre de Santé Secondaire (C.S.S) à Missabougou et deux (2) structures sanitaires privées.

Une carte sanitaire de la commune est portée aux annexes .

Le Centre de Santé de la Commune VI fut créé en 1981, il est le principal centre de santé de la dite commune, les autres formations socio-sanitaires de la commune (sauf les privées) sont sous sa direction lui même sous celle de la Direction Régionale de la Santé.

Sur le plan des infrastructures le centre est constitué d'un bâtiment principal en étage et d'une annexe.

1-Le bâtiment principal comporte :

a- Au rez de chaussée :

Un bureau pour le médecin chef.

Un secrétariat.

Une pharmacie.

Un laboratoire.

Une salle pour les consultations prénatales (unité prénatale).

Une salle pour la consultation des enfants malades (unité enfants malades).

Une salle pour la rehydratation par voie orale (unité R.V.O.).

Une salle pour l'accueil des femmes en travail et d'accouchement.

Une salle pour la consultation d'enfants sains (unité enfants sains).

Une salle d'injection.

Une salle pour le froid.

Une salle de statistique.

Un magasin.

Unité P.E.V. est sous le hangar.

b- Sur l'étage :

4 salles d'hospitalisation avec 15 lits (une salle de 9 lits, une salle de 4 lits, une salle de 2lits et la 4ème salle est non fonctionnelle).

Une salle pour les consultations gynécologiques (unité gyneco).

Une salle pour le planning familial (unité P.F).

Une salle pour l'unité accouchement et suite de couche.

Une salle pour les consultations postnatales (unité postnatale).

Une salle pour les archives.

Un magasin.

2-L'annexe comporte:

Une salle de pansement.

Une salle pour la distribution des produits dans le cadre de la polychimiothérapie de la tuberculose et de la lèpre.

Pour le personnel le Centre de Santé de la Commune VI emploie 124 agents qui se répartissent comme suite :

. 2 Médecins généralistes . Un médecin chef, responsable de la section enfant et chef d'unité enfant malade, l'autre responsable de la section femme et chef d'unité gyneco.

. 8 Infirmiers d'Etat.

. 31 Sages femmes.

. 1 Technicien de laboratoire diplômé de l'E.S.S.

. 2 Techniciens d'hygiène diplômés de l'E.S.S.

- . 6 Techniciens de développement communautaire diplômés du C.N.D.C. (une école secondaire 4 ans après le D.E.F.)
- . 1 Technicien comptabilité avec un diplôme B.T. comptabilité.
- . 10 Infirmiers de santé 1ér cycle.
- . 2 Infirmiers obstétriciens 1ér cycle.
- . 2 Infirmiers de laboratoire 1ér cycle.
- . 1 Adjoint de finance avec un diplôme de C.A.P. finance.
- . 1 Adjoint administratif avec un diplôme de C.A.P. secrétariat.
- . 1 Adjoint secrétariat avec un diplôme de C.A.P. secrétariat.
- . 27 Aide soignants.
- . 13 Agents d'assainissement.
- . 5 Matrones.
- . 1 Couturière.
- . 3 Chauffeurs.
- . 4 Manoeuvres.

Sur le plan des activités le Centre de Santé de la Commune VI réfère ces malades soit à la maternité du quartier Mali qui a un bloc opératoire, soit à l'hôpital Gabriel TOURE, et mène principalement les activités de Santé Maternelle et Infantile et de planning familial S.M.I. / P.F mais aussi certaines activités de prise en charge des lépreux et tuberculeux (distribution des médicaments dans le cadre de la polychimiotherapie). Les principales maladies rencontrées au centre sont : le paludisme, les maladies diarrhéiques, les affections des voies respiratoires, la malnutrition, et les affections dermatologiques.

Au titre de l'année 1995 le centre a fait :

6590 consultations prénatales.

3058 accouchements.

1425 consultations postnatales.

134 évacuations (malades référés)

6084 consultations pour le planning familial.

4188 consultations d'enfants sains.

7467 consultations curatives.

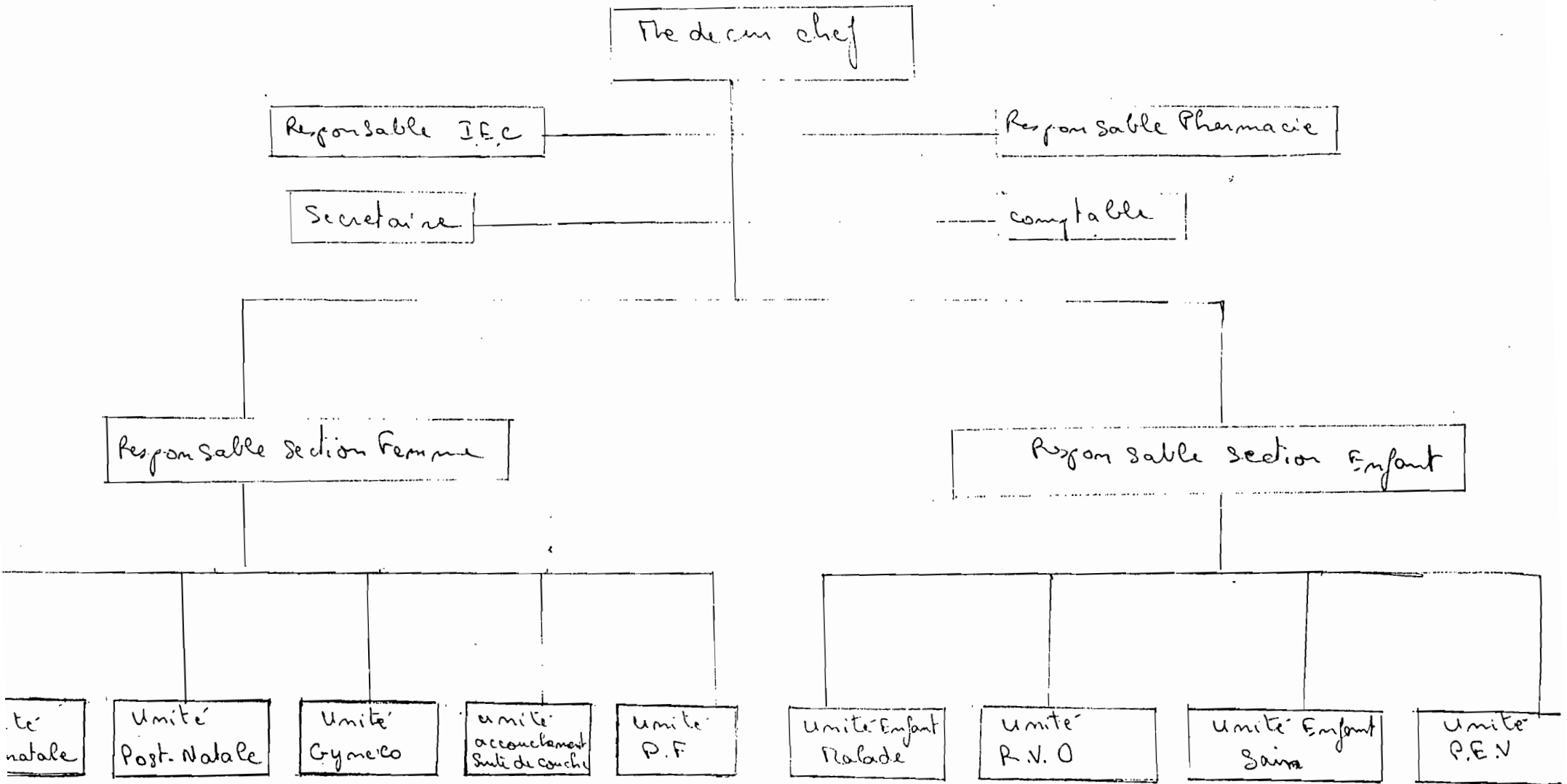
31.634 doses de vaccin des maladies du P.E.V. ont été administré aux enfants mais aussi le vaccin antitétanique aux femmes en âge de procréer.

Les analyses effectuées par le laboratoire du centre sont:

Le groupage sanguin, le B.W, le test d'emmell, la N.F.S., l'E.C.B.U., les selles P.O.K., le frottis et goutte épaisse, le frottis vaginal, la recherche d'albumine sucre dans les urines

Le fonctionnement du centre est donné par l'organigramme de fonction suivant:

Organigramme de fonction



Le responsable de la section enfant est le médecin chef. Il s'occupe de l'unité Enfant Malade
 Le responsable de la section Femme est le second médecin. Il s'occupe de l'unité gyneco
 Les autres unités sont sous la responsabilité soit d'un Sogo Femme soit d'une infirmière d'état.
 Chaque unité est autonome par rapport aux autres unités.

L'unité P.F. du centre de Sogoniko est composé d'une salle unique pour tous les activités du planning familial (consultations, distribution, enregistrement...)

5 personnes y travaillent, elles sont toutes des femmes dont 4 sages femmes et une aide soignante. Une des sages femmes est nommée responsable de l'unité.

Les sages femmes sont chargées de l'accueil, de l'interrogatoire, de l'enregistrement, de l'examen physique, de la pose et retrait du D.I.U., de la distribution des produits, et de l'I.E.C. à tour de rôle.

La sage femme responsable de l'unité coordonne les activités de l'unité, fait les commandes, les statistiques en fin de mois, et en fin de trimestre, en cas d'absence d'un agent, elle veille à son remplacement, supervise et rend compte au médecin chef du centre des activités de l'unité.

L'aide soignante est chargée de la sortie et placement des dossiers, de l'accueil et de l'entretien du matériel.

L'entretien (nettoyage) des locaux est assuré par les manoeuvres du centre.

2- METHODOLOGIE:

L'unité statistique de base de notre étude est toutes personnes âgées de 15 à 50 ans se présentant à l'unité planning familial pour des raisons de planning familial en évitant de prendre la même personne 2 fois. De cela sont exclus les personnes venues pour autres problèmes que le planning familial, et les personnes répondant aux critères mais refusant de se soumettre aux questionnaires.

Pour fixer la taille minimale n de notre échantillon nous nous sommes basé sur la formule: $n = e^2.p.q / i^2$ ce qui a abouti à $n = 292$

n = taille minimum

e = écart - réduit = 1,96 pour α = risque d'erreur = 5%.

i = intervalle de confiance ou précision = 2%.

p = hypothèse de prévalence d'utilisation de la contraception au centre = 3,15%.

$q = 1 - p. = 0,9685$.

Les 45 jours de l'enquête nous a permis de trouver 338 échantillons ce qui ne fera que renforcer les données

RECUEIL DES DONNEES:

Il s'agit d'une enquête épidémiologique et CAP (connaissance, attitude, pratique) commencée le 26-3-1996 et terminée le 12-5-1996 soit 45 jours au Centre de Santé de la Commune VI.

Pour le recueil des données on a trouvé comme support des questionnaires (voir annexe 1 et 2)

Le 1^{er} questionnaire administré aux patients et le 2^{ème} sous forme d'enquête C.A.P. administré aux personnels chargés du planning familial.

Au cours de l'enquête quelques difficultés sont apparues relatives soit au refus de certaines patientes de répondre aux questions soit à la difficulté de communication entre certaines patientes et l'enquêteur par manque d'interprète chaque fois que la patiente ne parlait pas bambara ou français.

Parallèlement nous avons exploré les supports existant du centre (registre; cahier de rapport d'activité mensuel...).

Pour la saisie des données on a utilisé le logiciel word 6.0 de l'école de médecine.

CHAPITRE V

RESULTATS.

A- RESULTATS POUR LES UTILISATEURS

1- PROFIL ET SOURCES D'INFORMATION DES UTILISATEURS DU PLANNING FAMILIAL DU CENTRE DE SANTE DE LA COMMUNE VI.

La totalité de notre échantillon pendant toute la durée de l'enquête était des femmes.

Tableau 1: Répartition selon l'âge

Age (en année)	Nombre	%
≤ 15	0	0
16-20	63	18,63
21-25	96	28,40
26-30	89	26,33
31-35	32	9,46
36-40	36	10,64
41-45	9	2,66
46 et plus	3	0,88
Indéterminé	10	3
Total	338	100

La moyenne d'âge des utilisatrices est de 25 ans.

La limite d'âge inférieure est de 16 ans ..

La limite d'âge supérieur est de 48 ans.

Les classes d'âge 21-25 et 26-30 représentent respectivement 28,40%, 26,33% soit 54,73% entre 21-30.

Tableau 2: Répartition selon le lieu de résidence:

Résidence	Nombre	%
Magnambougou	76	22,48
Sogoninko	71	21,01
Daoudabougou	48	14,20
Faladiè	46	13,61
Niamakoro	37	10,95
Banankabougou	12	3,55
Sokorodji	12	3,55
Sirakoro	8	2,37
Sénou	6	1,77
Kalaban	4	1,18
Djikoroni	4	1,18
Djanéguela	4	1,18
Badala Sema	1	0,29
Missabougou	1	0,29
Torokorobougou	1	0,29
Banankoro	1	0,29
Quartier Mali	1	0,29
Médina coura	1	0,29
Total	338	100

Dans notre échantillon, 265 soit 78,40% des utilisatrices viennent des quartiers de la commune VI, principalement du quartier d'implantation du centre et des quartiers qui sont proches de ce quartier (60% pour Sogoninko; Faladiè; Magnambougou).

Tableau 3: Répartition selon la profession:

profession	Nombre	%
Ménagère	203	60,06
Commerçante	82	24,26
Artisane	20	5,92
Sans emploi	20	5,92
Elève et étudiante	7	2,07
Fonctionnaire d'Etat	3	0,88
Autres	3	0,88
Total	338	100

Il ressort de ce tableau que 203 soit 60,06% des utilisatrices de notre échantillon sont des ménagères.

Les élèves et étudiantes et les fonctionnaires sont très peu représentées avec respectivement 2,07% et 0,88%

Commerçante = toute vendeuse ambulante ou fixe dans une boutique ou sur un étalage, dans le quartier ou au marché.

Artisane = Teinturière, Couturière, Coiffeuse, Potière;

Autres = Serveuse d'hôtel, Evangéliste.

Tableau 4: Répartition selon l'ethnie:

Ethnie	Nombre	%
Bambara	126	37,28
Peul	58	17,16
Sarakolé	39	11,54
Malinké	22	6,51
Sonrhäi	17	5,03
Sénoufo	12	3,55
Minianga	11	3,25
Kassouga	9	2,66
Maure	8	2,37
Dogon	7	2,07
Djogaramè	7	2,07
Bobo	6	1,77
Kogorogo	4	1,18
Mossi	3	0,89
Bozo	3	0,89
Tamacheick	2	0,59
Autres	4	1,18
Total	338	100

Autres = Kagolo; Somono; Woloff; Aoussa.

Les Bambara représentent 36,68%; les Peul 17,16%

Tableau 5: Répartition selon le niveau d'alphabétisation:

Niveau d'alphabétisation	Nombre	%
Primaire	138	40,82
Secondaire	25	7,39
Supérieur	4	1,18
Ecole coranique ou médersa	102	30,17
Aucun	69	20,41
Total	338	100

Dans notre échantillon 40,82% des utilisatrices ont le niveau primaire, 7,39% ont le niveau secondaire, 1,18% ont le niveau supérieur, 30,17% ont été dans une école coranique ou médersa et 20,41% n'ont été à aucune école.

Tableau 6: Répartition selon l'état matrimonial

Etat matrimonial	Nombre	%
Mariée	276	81,65
Célibataire	56	16,57
Divorcée	6	1,77
Total	338	100

Sur les 338 utilisatrices interrogées, 276 soit 81,65% sont des femmes mariées.

71,38% des mariées sont dans un régime de monogamie et 28,62% des mariées sont dans un régime de polygamie. 75% des célibataires ont au moins un enfant.

Les célibataires ont une moyenne d'âge de 22 ans avec 16 ans comme limite inférieur et 30 ans comme limite supérieur.

Tableau 7 : Répartition selon le nombre de parité

Nombre de grossesse	Nombre	%
0	14	4,14
1	60	17,75
[2 - 3]	93	27,51
[4 - 5]	75	22,18
6 et plus	96	28,40
Total	338	100

Dans notre échantillon 324 soit 95,86% des utilisatrices ont déjà contracté au moins une grossesse

Tableau 8: Répartition selon le nombre de gestation.

Nombre d'accouchement	Nombre	%
0	14	4,14
1	66	19,52
[2 - 3]	101	29,87
[4 - 5]	67	19,82
6 et plus	90	26,63
Total	338	100

Seulement 14 utilisatrices de notre échantillon soit 4,14% n'ont pas eu à accoucher.

Tableau 9: Répartition selon nombre d'enfant vivant par utilisatrice.

Nombre d'enfant vivant	Nombre	%
0	18	5,32
[1- 3]	179	52,96
[4 - 6]	111	32,84
Plus de 6	30	8,88
Total	338	100

Il ressort de ce tableau que 320 soit 94,67% utilisatrices de notre échantillon ont au moins un enfant vivant , avec une moyenne de 3 enfants par utilisatrice.

Les utilisatrices sans enfant ont une moyenne d'âge de 19 ans avec 16 ans comme limite inférieur et 24 ans comme limite supérieur.

Tableau 10: Répartition selon le nombre d'année séparant les 2 derniers enfants des utilisatrices (intervalle inter-génésique).

intervalle inter-génésique (an)	Nombre	%
[0 - 2 [49	19,68
[2 - 4 [143	57,43
Plus de 4	57	22,89
Total	249	100

La moyenne de l'intervalle inter-génésique est de 2,6 ans.

Dans notre échantillon, 57,43% des utilisatrices ont un intervalle inter-génésique de [2 - 4 [ans.

Tableau 11: Répartition selon la source d'information.

Source d'information	Nombre	%
Radio-Télé	155	45,86
Agent de santé	88	26,04
Ami(e) Voisin	55	16,27
Parent	39	11,54
Ecole	1	0,29
Total	338	100

Dans notre étude pour les sources d'informations la radio-télé vient en première position avec 45,86%, ensuite viennent les agents de santé avec 26,04%, l'école vient en dernière position avec seulement 0,29%.

Les utilisatrices avec enfant sont les plus atteintes par les agents de santé avec 26,25% contre 14,28% pour les utilisatrices sans enfant.

2- EN FONCTION DE LA CONNAISSANCE DU PLANNING FAMILIAL.

Tableau 12: Répartition selon la connaissance du but (objectif) du planning familial.

Objectif (but) du P.F	Nombre	%
Espacement	338	100
Arrêt total de grossesse	48	14,20
Eviter grossesse indésirée	62	18,34
Eviter avortement	2	0,59
Eviter infanticide	1	0,29
Correction des troubles du cycle	3	0,89

Une personne pouvait donner plus d'un objectif.

Dans notre étude l'espacement des naissances est l'objectif le plus donné 100% des utilisatrices la connaissent. Les autres n'atteignent pas les 20%.

60,47% des utilisatrices de notre échantillon avec un niveau d'instruction élevé (secondaire ou plus) donnent en plus de l'espacement des naissances au moins 3 autres objectifs comme but du planning familial.

Tableau 13: Répartition selon la connaissance du type de personne à pratiquer le planning familial.

Type de personne	Nombre	%
Tous	266	78,69
Personne mariée	17	5,03
Personne célibataire	1	0,29
Femme mariée	39	11,54
Femme célibataire	0	0
Femme	13	3,84
Sans avis	2	0,59
Total	338	100

Dans notre échantillon, 266 soit 78,69% des utilisatrices pensent que le planning familial est pour tous.

Les utilisatrices avec un niveau d'instruction élevé connaissent à 100% le type de personne à pratiquer le planning familial (tous).

On dit qu'une utilisatrice connaît le type de personne à pratiquer le P.F quant il pense que le P.F est pour tous.

Tous = homme et femme, marié ou célibataire.

Tableau 14: Répartition selon la connaissance de l'âge de la pratique du planning familial.

L'âge de pratique	Nombre	%
Sans avis	76	22,48
Après la puberté	77	22,78
Entre 15 et 50 ans	185	54,74
Total	338	100

Seulement 77 soit 22,78% utilisatrices de notre échantillon pensent qu'on peut commencer la pratique du planning familial dès la puberté avec les activités sexuelles.

Parmi les utilisatrices de niveau d'instruction élevé 72,41% connaissent l'âge de la pratique du planning familial (dès la puberté avec les activités sexuelles).

on dit qu'une utilisatrice connaît l'âge de la pratique du P.F s'il pense qu'on peut commencer dès la puberté avec les activités sexuelles.

Tableau 15: Répartition selon la connaissance des méthodes modernes de la contraception.

Méthode moderne du centre	Nombre	%
Connaît les 5 méthodes du centre	320	94,67
Pilule	338	100
Injectable	324	95,85
D.I.U.	329	97,34
Condom	326	96,45
Spermicide	322	95,26

Une personne pouvait connaître plusieurs méthodes à la fois.

La méthode la plus connue dans notre étude est la pilule, mais les 5 méthodes du centre sont toutes connues par plus de 95% des 338 utilisatrices interrogées du centre.

Tableau 16: Répartition selon la connaissance des autres méthodes .

Autre méthode	Nombre	%
Tafo ou Baga (gris-gris)	136	40,23
Solution à boire	19	5,62
Autres	51	15,09

Autres correspondent au: Norplan connu par 9,17% des utilisatrices; Abstinence périodique 2,66%; Abstinence complète 1,77%; Coït interrompu 1,18%; toile d'araignée 0,29%.

Aucune autre méthode n'est connue par 50% des enquêtes.

Tableau 17: Répartition selon la connaissance du lien entre MST/SIDA et P.F.

Connaissance lien MST/SIDA et P.F.	Nombre	%
Oui	263	77,81
Non	75	22,19
Total	338	100

Dans notre échantillon, 263 soit 77,83% des utilisatrices font le lien entre MST/SIDA et le planning familial, 261 soit 77,22% pensent que le condom est la méthode contraceptive de lutte (prévention) contre les MST/SIDA.

Les niveaux d'alphabétisation secondaire et supérieur font également à 100% ce lien.

Tableau 18: répartition selon la connaissance du mécanisme d'action des produits du centre:

Connaissance mécanisme d'action	Nombre	%
Oui	16	4,73
Non	322	95,27
Total	338	100

Une personne pouvait donner plus d'un mécanisme d'action.

Les mécanismes d'action d'une manière générale sont méconnues par les utilisatrices. Seulement 4,73% des utilisatrices prétendent les connaître.

Liste des mécanismes d'action cités: Barrière, tue les spermatozoïdes, empêche la montée des spermatozoïdes, obstruction tubaire, empêche l'ovulation.

Fréquence des méthodes citée: Condoms 10 fois, pilule 12 fois, injectable 1 fois, spermicide 4 fois, D.I.U. 1 fois.

Tableau 19: Répartition selon la connaissance des effets secondaires des produits contraceptifs.

Connaissance des effets secondaires	Nombre	%
Oui	242	71,59
Non	96	28,41
Total	338	100

Il ressort de ce tableau que 71,59% des utilisatrices de notre échantillon ont entendu parler des effets secondaires liés aux produits contraceptifs.

Tableau 20: Répartition selon la connaissance des effets secondaires en fonction des méthodes:

Méthode	Nombre	%
Pilule	238	98,34
Injectable	19	5,62
D.I.U.	74	30,58
Condom	3	1,24
Spermicide	5	2,06

Une personne pouvait citer plus d'un effets secondaire et par plus d'une méthode.

Parmi les effets secondaires cités, 98,34% sont liés a la pilule.

Les effets secondaires suivants ont été cités: trouble du cycle 191 fois, nausée 92 fois, vomissement 46 fois, stérilité 13 fois, cervicite 34 fois, se perdre dans le ventre 19 fois, vertige 57 fois, maux de ventre 103 fois, prise de poids 72 fois, grossesse multiple 8 fois, HTA 16 fois, cardiopathie 15 fois, hypersalivation 6 fois, maux de tête 11 foi, prurit 3 fois, hypotension 2 fois, mort-né 1 fois, infection 4 fois, obstruction tubaire 16 fois, grossesse sur D.I.U. 2 fois, accumulation de sang dans le ventre 1 fois, les malformations congénitales 3 fois.

Tableau 21: Répartition selon la connaissance des contres indications:

Connaissance des contres indications	Nombre	%
Oui	94	27,81
Non	244	72,19
Total	338	100

Les contres indications des méthodes sont mal connues, seulement 27,81% prétendent les connaître.

Liste et fréquence des contres indications données: Asthme 14 fois, cardiopathie 30 fois, HTA 39 fois, maux de tête 3 fois, ulcère 36 fois, vertige 5 fois, maux de ventre 12 fois, ouverture large du col 1 fois, infection 4 fois, cervicite 10 fois, paludisme chronique 1 fois, toux 1 fois, avortement 1 fois, hépatite 6 fois, diabète 11 fois, stérilité 4 fois, hypotension 4 fois, goitre 1 fois.

Une personne pouvait donner plus d'une contre indication.

Parmi les contres indications citées, 98,94% sont en rapport avec la pilule.

3- EN FONCTION DE LA PRATIQUE

Tableau 22: Répartition selon la méthode utilisée:

Méthode utilisée	Nombre	%
Pilule	268	79,29
Injectable	45	13,31
D.I.U.	22	6,51
Spermicide	3	0,88
Total	338	100

Dans notre échantillon, 79,29% des enquêtés utilisent les pilules, les spermicides et les condoms sont peu ou pas utilisés avec respectivement 0,88% et 0%.

La moyenne d'âge pour les utilisatrices des injectables est de 35 ans, elles sont toutes mariées.

Parmi les utilisatrices de l'injectable 31 soit 68,89% veulent 1 arrêt total de grossesse.

Tableau 23: Répartition selon la source qui a poussée à la décision de pratiquer le planning familial (guide vers le P.F).

Source de guide vers le P.F	Nombre	%
Choix personnel	190	56,21
Mari	95	28,10
Agent de santé	16	4,73
Ami(e) voisin	19	5,62
Parent	18	5,32
Total	338	100

Sur les 338 utilisatrices interrogées, 56,21% sont venues au P.F par choix personnel.

Seulement 4,73% des utilisatrices ont été poussées à la décision par des agents de santé.

Tableau 24: Répartition selon le but du pratique du planning familial.

But de la pratique du P.F.	Nombre	%
Espacement	242	71,59
Arrêt total de grossesse	34	10,06
Eviter grossesse indésirée	62	18,34
Total	338	100

Il ressort de ce tableau que 242 soit 71,59% des utilisatrices de notre échantillon pratiquent le planning familial pour l'espacement des naissances, 62 soit 18,34% le pratiquent pour éviter les grossesses indésirées (hors du mariage) et 34 soit 10,06% pour arrêt total de maternité.

Seules les femmes mariées pratiquent le planning familial pour espacer les naissances et arrêt total de grossesse.

Pour celles qui pratiquent le planning familial pour arrêt total de grossesse 32 soit 94,12% ont 6 ou plus de 6 enfants vivants.

Eviter les grossesses indésirées est le but pour les célibataires et divorcées (100%).

Tableau 25: Répartition selon le fait de subir une consultation avant la distribution du produit contraceptif.

Subit consultation	Nombre	%
Oui	304	89,94
Non	34	10,06
Total	338	100

Dans notre échantillon, 89,94% des utilisatrices ont subi une consultation avant d'être mise sous produit.

Tableau 26: Répartition selon les effets secondaires constatés:

Effets secondaire	Nombre	%
Oui	119	35,21
Non	219	64,79
Total	338	100

Sur les 338 utilisatrices de notre échantillon, 119 soit 35,21% disent avoir eu des effets secondaires après la prise des produits de la contraception.

99 soit 36,94% des utilisatrices de la pilule ont présenté des effets secondaires.

12 soit 26,66% des utilisatrices de l'injectable ont présenté des effets secondaires

8 soit 36,36% des utilisatrices du D.I.U. ont présenté des effets secondaires.

Liste des effets secondaires ressentis cités: trouble du cycle 42 fois, vertige 18 fois, maux de ventre 16 fois, tremblement 27 fois, nausée 25 fois, prise de poids 10 fois, cardiopathie 4 fois, vomissement 4 fois, palpitation 4 fois, somnolence 4 fois, maux de tête 1 fois, cervicite 3 fois.

Une personne pouvait citer plus d'un effet secondaire ressenti.

Attitude des utilisatrices du planning familial du centre de Sogoniko après avoir ressentir des effets secondaires

Parmi les utilisatrices qui ont présenté des effets secondaires, 57,14% sont retournées au centre pour demander une explication, 28,57% sont retournées au centre et ont changé de méthode, 8,40% n'ont rien fait, 3,36% ont demandé conseil à d'autre personne, 0,84% ont abandonné et changées d'elles mêmes de méthode et 1,68% ont essayé de se faire traiter traditionnellement.

85,71% de celles qui ont eu des effets secondaires ont eu une bonne attitude (se présenter au centre pour explication).

Dans notre échantillon, 333 soit 98,53% des utilisatrices ont déclaré être satisfaites de la prestation des agents de santé du centre.

Sur les 338 utilisatrices de l'enquête, 82 soit 24,26% prétendent rencontrer des difficultés dans la pratique du planning familial au centre.

Tableau 28: répartition selon le type de problème rencontré

Type de problème	Nombre	%
Longue attente	73	89,02
Rupture de stock	16	19,51
Problème de communication	3	3,66
Autres	6	7,32

Une personne pouvait citer plus d'une difficulté rencontrée au centre.

Parmi les difficultés citées par les utilisatrices de notre échantillon, 82,02% sont liés à l'attente.

Autres = Enervement des agents, Fermeture du centre les après midi, souvent le désordre (non respect du rang) .

4- LES PROPOSITIONS FAITES PAR LES UTILISATRICES .

Dans notre échantillon, 250 soit 73,93% des utilisatrices pensent qu'il faut continuer sur la même lancée ou laissent le soins aux agents de santé de faire des réflexions en ce sens.

Des propositions ont été faites par 88 soit 26,04% des utilisatrices de notre échantillon.

Liste des propositions faites par les utilisatrices: Informer davantage les gens sans s'énerver, problème de temps, (commencer tôt ou travailler l'après midi), sensibiliser plus les gens, assurer la qualité des produits, donner plus d'explication et avoir beaucoup de patience, éviter les longs discours et aller plus vite, multiplication des centres dans chaque quartier (approcher les utilisateurs du centre), informer davantage les gens sur le planning familial, sensibiliser davantage surtout les maris, adapter les produits aux utilisateurs, faire des consultations et distribution à domicile, prendre les anciennes utilisatrices en première position pour éviter les longues attentes liées à la consultation des nouvelles.

B- RESULTATS SUR LES AGENTS DU CENTRE.

1- LE PROFIL ET LE NOMBRE DES AGENTS DE L'UNITE P.F.

L'unité P.F emploie 5 agents, elles sont toutes des femmes dont 4 sages femmes et une aide soignante. Les agents de santé de l'unité P.F. ont une moyenne d'âge de 42 ans.

Parmi ces agents, 3 sages femmes ont reçu une formation initiale sur le planning familial, 2 de ces 3 ont reçu des formations de recyclages.

2 agents (une sage femme et l'aide soignante) n'ont pas reçu de formation initiale ni de formation en cours d'emploi.

2- CONNAISSANCE DU PLANNING FAMILIAL PAR LE PERSONNEL.

a- POUR LA CONNAISSANCE DE L'OBJECTIF DU P.F:

Parmi les agents 5 de l'unité P.F, 4 soit 80% donnent l'espacement de naissance comme objectif du planning familial.

Une sage femme soit 20% (la responsable de l'unité) l'a défini comme un moyen d'espacement et de limitation des naissances mais aussi pour éviter les grossesses indésirées.

b- POUR LA CONNAISSANCE DES METHODES MODERNES DU PLANNING FAMILIAL.

En plus des 5 méthodes de contraception disponibles au centre, 100% des agents de l'unité P.F connaissent le norplan et la contraception chirurgicale volontaire.

c- POUR LA CONNAISSANCE D'AUTRES METHODES DE PLANNING FAMILIAL (naturelle, traditionnelle, permanente...).

Tous les 5 agents de santé de l'unité P.F. du centre connaissent bien ces autres méthodes du planning familial. Chaque agent en a cité au moins 2.

d- POUR LA CONNAISSANCE DES MECANISMES D' ACTIONS DES PRODUITS DE LA CONTRACEPTION DISPONIBLES AU CENTRE.

Le mécanisme d'action de la pilule et D.I.U. est connu par 3 sages femmes soit 60% du personnel. Il s'agit de celles qui ont reçu une formation initiale. Le mécanisme d'action des préservatifs et spermicides est connu par 100% des agents de l'unité P.F.

e- POUR LA CONNAISSANCE DES CONTRES INDICATIONS DES PRODUITS CONTRACEPTIFS DISPONIBLES AU CENTRE.

Les 3 agents qui ont reçu une formation initiale sur le planning familial soit 60% du personnel connaissent les contre-indications absolues des différents produits disponibles au centre. Ce qu'elles ont d'ailleurs appris au cours de leur formation.

f- POUR LA CONNAISSANCE DES EFFETS SECONDAIRES DES PRODUITS CONTRACEPTIFS DISPONIBLES AU CENTRE.

Tous les agents soit 100% du personnel de l'unité P.F connaissent bien les effets secondaires des produits disponibles au centre.

g- CONNAISSANCE DE LIEN ENTRE LES MST/SIDA ET LE PLANNING FAMILIAL ET LES METHODES CONTRACEPTIFS DE LUTTE CONTRE LES MST/SIDA.

Les 5 agents soit 100% du personnel de l'unité P.F connaissent le lien entre les MST/SIDA et le planning familial et donnent comme méthode de lutte (prévention) les préservatifs, en particulier le condom. 40% du personnel soit 2 sages femmes (celles qui ont reçu une formation initiale) évoquent le rôle des spermicides dans la lutte contre les MST/SIDA.

3- PRATIQUE DES ACTIVITES DU PLANNING FAMILIAL PAR LE PERSONNEL.

Il n'y a pas de calendrier de recyclage pour les agents de santé sur le planning familial.

Pour la pratique des activités du planning familial dans le centre, de l'accueil à la distribution des produits aux utilisateurs, de la première visite aux visites de suivis on retrouve que 100% agents de l'unité P.F connaissent bien la procédure à suivre défini par les responsables de la santé(35).

Ces procédures comportent les étapes suivantes:

- L'accueil du client.
- L'interrogatoire sur ses antécédents médicaux et gynéco - obstétricaux.
- L'explication de toutes ces méthodes contraceptives disponibles au centre.
- Le libre choix à la cliente.
- L'exigence d'un examen clinique de la cliente (examen médical et gynécologique).
- La fournir la méthode choisi quant celui la n'a pas contre indication pour elle.
- La donner un rendez - vous.

4- LES PROBLEMES RENCONTRES PAR LES AGENTS DE SANTE AU COURS DE LA PRATIQUE DES ACTIVITES DU PLANNING FAMILIAL AU CENTRE.

tous les 5 agents de l'unité P.F. trouvent qu'il existe des difficultés dans la pratique des activités du planning familial au Centre de Santé de la Commune VI.

Certaines difficultés semblent lier aux utilisateurs: Il s'agit de:

- La différence d'âge entre utilisateurs très Jeunes et agents de santé assez âgé. Ce qui entraîne souvent des gênes pour l'utilisateurs.
- La faible fréquentation des hommes pour divers raisons (centre pour femmes, refus de contacts direct avec les femmes, honte, discrétion...).
- La réticence de certains maris, ce qui est actuellement assez rare.
- Les problèmes de communication entre utilisatrice et agent de santé . Ce qui est aussi rare.

D'autres difficultés sont liées au fonctionnement même du centre: Il s'agit de :

- L'existence d'une salle unique pour tous les 5 agents et pour les activités de P.F.
- La rupture de carte ou de fiche pour les nouveaux utilisateurs.
- La pénurie matériel et leur état défectueux.
- La rupture très rate de produits.

5- LES SUGGESTIONS FAITES PAR LES AGENTS DE SANTE DE L'UNITE P.F DU CENTRE.

- Rechercher un local plus adéquat pour les activités du P.F.
- Chercher des solutions aux problèmes de matériel et de leur échange en cas de détérioration .
- Eviter les ruptures des produits surtout des fiches pour nouveaux(cela entraîne certains utilisateurs nouveaux à aller ailleurs.).
- Motiver les utilisateurs et le personnel.
- Multiplier les centres, surtout construire des centres ou unités pour jeunes filles et pour les hommes.
- Faire plus de sensibilisation à travers d'autres structures telles que les écoles.

CHAPITRE VI

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.

NOS COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS PORTERONT SUR LES POINTS SUIVANTS:

A- PROFIL DES UTILISATRICES.

1- L'AGE:

Dans notre étude, 73,36% des utilisatrices ont au plus 30 ans, avec une moyenne d'âge de 25 ans. Ce qui est comparable à la conclusion de SANGO (49) qui trouve que 66,95% d'utilisatrices du planning familial ont de moins de 30 ans avec une moyenne d'âge de 26 ans.

Les tranches d'âge 16-20 ans et 36 ans et plus sont sous représentées avec respectivement 18,63% et 14,18%. La sous représentation de la tranche d'âge 16-20 ans (considérée comme très jeune) est due aux multiples pressions et préjugés qu'elle fait l'objet dans nos sociétés quant à la sexualité.

2- LE SEXE:

Pendant la durée de l'enquête, la totalité des utilisatrices de notre échantillon était des femmes. Cela s'explique d'une part par la faible fréquentation des services socio-sanitaires par les hommes surtout pour le planning familial pour des raisons de honte et de discrétion, d'autre part le fait que les hommes ne sont pas très bien informés sur la possibilité d'obtention des préservatifs dans les centres de santés.

Le rapport d'activité de l'année 1995 du C.S.C VI(6) trouve que le taux de fréquentation des services socio-sanitaires par les hommes pour le planning familial est de 1,77%. C'est à l'A.M.P.P.F qu'est trouvé le taux de fréquentation le plus élevé des hommes avec 12,29% d'après le rapport d'analyse des données statistiques de SMI/ P.F 91(36). Cela est dû au fait que cette structure est la plus vieille, la mieux connue et en centre ville.

3- LA PROFESSION:

Notre étude montre que 60,06% des utilisatrices de la contraception du C.S.C VI sont des ménagères, Les fonctionnaires et les élèves et étudiantes sont très peu représentées avec respectivement 0,88% et 2,07%. L'explication qu'on peut donner à cela est que les élèves, étudiantes sont souvent jeunes et non mariées donc sous la pression des préjugés de la société.

Nos résultats sont peu différents de ceux de SANGO(49) qui trouve un taux de représentation de 3,39% pour les fonctionnaires et 11,44% pour les élèves et étudiantes.

4- LE NIVEAU D'ALPHABETISATION:

Notre étude montre que 49,39% des utilisatrices de la contraception du C.S.C VI ont été à l'école moderne et 40,82% ont atteint le niveau primaire. Les niveaux secondaires et plus sont très peu représentés avec seulement 8,57%.

Les utilisatrices qui ont fait l'école coranique ou medersa représentent 30,18% et les utilisatrices qui n'ont été à aucune école représentent 20,42%.

Nos résultats sont inférieurs à l'enquête CNI ECS/CERPOD(11) qui trouve que 36,4% d'utilisatrices de la contraception ont le niveau secondaire et plus.

Elles connaissent d'autres sources de distribution des produits contraceptifs comme les pharmacies.

5- L'ETAT MATRIMONIAL:

Les femmes mariées représentent 81,65% des utilisatrices de la contraception de notre étude contre 16,57% de célibataires et 1,77% de divorcées. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les mariées sont concernées en premier lieu par le planning familial puisque disposées socialement à contracter des grossesses, mais aussi par les pressions et préjugés de la société sur les non mariées en ce qui concerne la sexualité.

Ces résultats se rapprochent des études de SANGO(49), et de COULIBALY P.(13) qui trouvent respectivement 71% et 67,07% de mariées comme utilisatrices de la contraception .

C- CONNAISSANCE DU PLANNING FAMILIALE PAR LES UTILISATEURS DE LA CONTRACEPTION DU C.S.C VI:

1- CONNAISSANCE DE L'OBJECTIF DU PLANNING FAMILIAL:

L'objectif le plus connu du planning familial par les utilisatrices de la contraception de notre étude est l'espacement des naissances 100%. Les autres objectifs: éviter les grossesses indésirées (hors du mariage) , arrêt total de grossesses, la lutte contre les M.S.T./ S.I.D.A. et l'infécondité sont peu connus ou totalement méconnus par les utilisatrices de la contraception . Cela dénote un manque d'information mais aussi un manque d'intégration ou de coordination sur le plan pratique des différentes activités du planning familial.

2- CONNAISSANCE DU TYPE DE PERSONNE ET L'AGE POUR L'UTILISATION D'UNE METHODE CONTRACEPTIVE MODERNE:

Dans notre étude, 78,06% des utilisatrices du centre connaissent le type de personne apte à pratiquer la planification familiale. L'âge pour la pratique du planning familial est mal connu. Seulement 22,78% des utilisatrices de la contraception du C.S.C VI savent qu'on peut commencer la pratique du P.F dès la puberté.

3- CONNAISSANCE DES METHODES:

Sur les 338 utilisatrices interrogées, 94,67% connaissent les 5 méthodes disponibles au centre, et seule la pilule est connue par 100% des utilisatrices . Cela est due aux nombreuses publicités faites sur la pilule en général donc à sa plus grande vulgarisation mais aussi au fait que certaines utilisatrices ne passent pas par les voies normales de consiling, consultation.

Les méthodes traditionnelles naturelles et autres sont connues de peu d'utilisatrices du planning familial .

4- CONNAISSANCE DES MECANISMES D'ACTION, DES EFFETS SECONDAIRES ET DES CONTRES INDICATIONS DES 5 METHODES DU CENTRE:

Les mécanismes d'action sont très mal connus: seulement 4,74% des utilisatrices de la contraception de notre étude disent les connaître avec un accent sur ceux du condom. Quant aux effets secondaires 71,59% des utilisatrices ont entendu parler toute sorte de rumeurs à ce sujet. Ainsi il semble pour certaines que l'arrêt de la pilule enterrerait des grossesses multiples et que le D.I.U pourrait porter des lésions au niveau du tube digestif.

Dans notre étude, 27,81% des utilisatrices du C.S.C VI prétendent connaître les contres indications des produits. Là aussi il s'agit d'informations non justes ou non comprises. Ces faits dénotent un manque d'information ou d'explication plus approfondie sur les différents produits de la contraceptions par le personnel de la santé à l'intention des utilisatrices. .

5- CONNAISSANCE DU LIEN ENTRE LE PLANNING FAMILIAL ET LES M.S.T/S.I.D.A:

Notre étude montre que 77,81% des utilisatrices du C.S.C VI font le lien entre le planning familial et les M.S.T/ S.I.D.A et donnent le préservatif comme moyen de prévention des M.S.T/ S.I.D.A. Cela est le résultat des multiples campagnes de sensibilisation sur les M.S.T\ S.I.D.A et la promotion des préservatifs.

6- CONNAISSANCE DU PLANNING FAMILIAL EN FONCTION DU NIVEAU D'ALPHABETISATION:

Parmi les utilisatrices avec un niveau d'alphabétisation élevé secondaire et plus , 60,47% donnent en plus de l'espacement des naissances au moins 3 objectifs du planning familial. Elles connaissent à 100% le type de personne apte à pratiquer le planning familial et 72,41% connaissent l'âge de la pratique du planning familial. 100% font le lien entre le planning familial et les M.S.T/ S.I.D.A et donnent le préservatif comme moyen de prévention.

C- PRATIQUE:

1- FREQUENCE DES METHODES UTILISEES:

Parmi les méthodes disponibles au centre la pilule est utilisée par 79,29% des utilisatrices de notre échantillon contre 13,31% pour l'injectable, 6,51% pour le D.I.U et 0,88% pour les spermicides. Cela est dû au fait de la disponibilité et aussi des nombreuses campagnes de publicité sur la pilule par rapport aux autres méthodes et surtout à son utilisation facile.

SANGHO (49) trouve 74,15% utilisatrices de la pilule, 10,16% pour les D.I.U, 7,6% pour l'injectable et 1,2% pour les spermicides.

Le rapport d'analyse des données statistiques de SMI/ P.F 91 (36) trouve 74,15% utilisatrices de la pilule, 8,78% pour les spermicides, 7,15% pour l'injectable et 4,74% pour les DIU au niveau national.

2- BUT DE LA PRATIQUE DU PLANNING FAMILIAL PAR LES UTILISATRICES DU CENTRE:

Au C.S.C VI notre étude montre que 71,59% des utilisatrices pratiquent le planning familial pour l'espacement des naissances (toutes mariées) 18,34% pour éviter les grossesses indésirées, hors mariage (toutes des célibataires et divorcées) et 10,06% pour arrêt total de maternité (toutes mariées, grandes multipares).

Le rapport final sur l'introduction de la pilule dans le projet DBC (37) trouve que 69% des utilisatrices pratiquent la contraception pour l'espacement des naissances et 20% pour arrêt total des naissances. L'explication est que l'espacement des naissances semble être l'objectif du planning familial le mieux accepté par la société.

3- QUE LA FEMME A ETE OUI OU NON CONSULTEE A LA PREMIERE VISITE:

Dans notre échantillon 89,94% des utilisatrices du C.S.C VI ont affirmé avoir subi une consultation, 10,06% déclarent n'ayant pas été consultées.

Cela s'explique par le fait que certaines utilisatrices du planning familial du centre ne passent pas par les voies normales de consultation du centre.

Ce résultat se rapproche du rapport d'analyse des données statistiques de SMI/ P.F 1991 (36) qui trouve que 91,06% de utilisatrices dans les Centres de Santé du District sont consultées contre 8,94% de non consultées.

CHAPITRE VII

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS.

A- LES CONCLUSIONS

Au terme de notre étude portant sur 338 utilisatrices du planning familial du Centre de Santé de la Commune VI et 5 agents de l'unité P.F, interrogés sur leur profil et leur connaissance, attitude et pratique sur le planning familial , on a abouti aux conclusions suivantes:

La fréquentation des services socio-sanitaires pour le planning familial reste une affaire des femmes d'âge relativement jeunes, 73,36% des utilisatrices ont au plus 30 ans, mariées 81,65% avec au moins un enfant vivant 94,78% et de niveau d'alphabétisation faible. Ces femmes sont en majorité des ménagères 60,06%.

La source d'information première des utilisatrices en général est la radio et la télé avec 45,56%. Les utilisatrices qui n'ont pas d'enfant ont comme source d'information première la communication interpersonnelle avec 42,86%.

Si les utilisatrices du C.S.C VI savent qu'elles ont plusieurs méthodes à leur choix (5 méthodes au moins), l'âge de la pratique du planning familial reste peu connu, seulement 22,78% pensent qu'on peut commencer le planning familial dès la puberté.

L'espacement des naissances reste le but principal de la pratique du planning familial avec 71,56% et la pilule la méthode la plus utilisée avec 79,29% même si elle donne le plus grand pourcentage d'effet secondaire par rapport aux autres méthodes plus de 36%.

Il nous paraît opportun de suggérer quelques recommandations.

B- RECOMMANDATIONS:

1- POUR LES UTILISATRICES.

La pratique du planning familial dans les services socio-sanitaires, cela pour leur propre santé et celle de toute leur famille, mais aussi pour l'amélioration de leurs conditions de vie.

2- POUR LES AGENTS DU CENTRE.

Il leur faut une plus grande disponibilité à mieux informer les utilisatrices sur tous les aspects du planning familial et à mettre tout en oeuvre pour leur auto formation continue.

3- POUR LES AUTORITES.

a- Un accent particulier doit être mis sur la formation et le recyclage des agents à tous les niveaux et si possible d'introduire des cours de formation sur le planning familial dans le cursus des écoles de santé là où cela ne se fait pas encore.

b- Une plus grande information des populations sur le planning familial et plus particulièrement les hommes car le planning familial reste l'affaire de tous.

d- Les parents doivent être sensibiliser quant aux rôles et responsabilités qu'ils ont à jouer dans l'éducation sexuelle des enfants afin de les aider à faire le meilleur choix dans la vie.

e- La création des centres de planning familial pour adolescent avec des agents de santé plus jeunes et des centres pour homme avec des agents de santé hommes pourrait surmonter en partie le problème de discrétion et de honte.

f- Un accent particulier doit être mis sur l'information des populations concernant les M.S.T/ S.I.D.A (leur évolution et ampleur) et encourager aussi bien les hommes que les femmes à utiliser ou à faire utiliser les préservatifs comme méthode de contraception et de lutte contre les M.S.T/ S.I.D.A.

g- La tendance à plus de recrutement dans les écoles doit être maintenue et renforcée et introduire dans les écoles dès le second cycle l'éducation sexuelle car l'école constitue le milieu idéal pour atteindre le maximum d'adolescents, leur donner le plus d'information sur le planning familial et l'éducation sexuelle.

h- Les souhaits des utilisateurs et des agents de santé doivent être rapidement pris en compte chaque fois que cela est possible, pour éviter des frustrations et une diminution des fréquentations des services pour le planning familial.

CHAPITRE VII
BIBLIOGRAPHIE

LES REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUE

1- AÏDIDE Y.

- Les oestroprogestatifs et leur complication en contraception

Thèse Médecine. Dakar 1981

2- ALIHONOU E. & COLL.

- Adolescente et contraception. Enquête CAP au Bénin.

Rapport 1988- 1993.

3- AMPPF & FHI.

- Connaissance et attitude pratique en matière de planning familial des professionnels de la santé au Mali.

Rapport d'étude Juin 1989.

4- AMPPF & JHU.

- Ce que les Maliens disent de la planification familiale.

Résultats des interviews de groupe.

Bamako Mali Mars 1986.

5- BANQUE MONDIALE .

- Le planning familial: Une réussite de développement.

Washington (US) 1994.

6- CENTRE DE SANTE COMMUNE VI .

- Rapport d'activité mensuel sur le planning familial 1995.

7- CENTRE POUR LE CONTROLE DES MALADIES TRANSMISSIBLES .

CDC , Atlanta (US)

- Planning familial: Méthodes et pratiques pour L'Afrique.

Atlanta (US) 1985.

8- CERPOD.

- Etude sur la santé reproductive chez les adolescentes dans le Sahel.

Résultat des focus groups; des interviews individuelles.

Cas du Burkina-Fasso Juin 1995.

9- CERPOD.

- Etude sur la santé reproductive chez les adolescentes dans le Sahel.

Résultat des focus groups ; des interviews individuelles.

Cas du Mali Juin 1995.

10- CERPOD. POPULATION ET DEVELOPPEMENT DANS LE SAHEL .

- Les défis de la croissance rapide de la population.

Bamako Mali 1990.

11- CНИЕCS ; CERPOD.

- Enquête de base pour la promotion du logo national de la planification familiale.

Bamako 1996.

12- CONSEIL NATIONAL DE LA RECHERCHE .

- Contraception et reproduction: Conséquences sur la santé des femmes et des enfants dans les pays en voie de développement.

Paris, Economica (FR) 1991.

13- COULIBALY P.

- Contribution à l'étude socio-épidémiologique de la planification familiale dans le cercle de Douentza.

Thèse Médecine. Bamako 1992.

14- DASSIE J.

- Evaluation des perturbations métaboliques induites par anticonceptionnels oraux.

Thèse Pharmacie. Dakar 1983.

15- DEMBELE O.

- Contribution à l'étude de la mortalité féminine liée à la grossesse et à l'accouchement dans les centres de santé de la région de Koulikoro.

Thèse Médecine. Bamako 1992.

16- DJIRE Y.

- Etude de la mortalité infantile à Nyamakoro District de Bamako.

Thèse Médecine. Bamako 1990.

17- DRAVE A. N.

- Etude rétrospective de la mortalité maternelle dans le service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital National du Point ``G``.

Thèse Médecine. Bamako 1996.

18- FISTTER, Andrew A, John E.

- Manuel de recherche opérationnelle en matière de planning familial, 2ème Edit New York, The population council (US)

19- GOITA O.

- Approche épidémiologique de la mortalité maternelle liée à la grossesse et à l'accouchement dans le cercle Douentza (Mopti).

Thèse Médecine. Bamako 1992.

20- IBEM K.

- Contribution à l'étude de la stérilité féminine à Bamako.

Thèse Médecine. Bamako 1979.

21- KABORE I.; THIONBIANO B.; TAPSOBA P.; OUEDRAOGO Y.; ABSF

- Motivation sur la planification familiale et programme de référence impliquant les utilisatrices de contraceptifs satisfaites ainsi que les sages-femmes.

Ouagadougou 1993.

22- KONE D.

- Contribution à l'étude de la stérilité masculine.

Thèse Médecine. Bamako 1989.

23- MAGASSA D.

- Méthodes contraceptives.

AMPPF Bamako.

24- MAIGA M.D.

- Contribution de planification familiale à l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant en milieu rural au Mali.

Thèse Médecine. Bamako 1977;

25- MAIRIE COMMUNE VI .

- Recensement de la population de la commune VI 1995-1996.

26- MASSON.

- Précis de gynécologie 2 édition 1979.

27- MOUKORO R.

- Perception communautaire du planning familial dans le cercle de Tominian.

Thèse Médecine. Bamako 1993.

28- MINISTERE DE L'ECONOMIE DES FINANCES ET DU PLAN DAKAR .

- Enquête sur la planification familiale en milieu urbain 1990.

Dakar 1994.

29- MINISTERE DU PLAN ET DE LA COOPERATION INTERNATIONALE / DNSI.

- Recensement général de l'habitat et de la population 1987.

Analyse: Tome 1 état de la population.

Bureau central de recensement Mali Juin 1991.

30- MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DES AFFAIRES SOCIALES.

- Norme et procédure pour la planification familiale.

Bamako 1990.

31- MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DES AFFAIRES SOCIALES / DSF.

- Plan d'action pour le programme national de planning familial.

Juin 1991.

32- MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DES AFFAIRES SOCIALES , PROJET DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE .

- Stratégie national en P.F. et en I.E.C 1987.

33- MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE DES AFFAIRE SOCIALE & PROMOTION FEMININE.

- Déclaration nationale de politique de population.

Bamako Mali Out 1991.

34- MINISTERE DE LA SANTE DE LA SOLIDARITE ET DES PERSONNES AGEES.

- Politique et Normes des services de santé de la reproduction et planning familial. (2ème version)

Bamako Dec 1995.

35- MINISTERE DE LA SANTE DE LA SOLIDARITE ET DES PERSONNES AGEES .

- Procédures des services de santé de la reproduction et de planning familial. (2ème version)

Bamako dec 1995.

36- MINISTERE DE LA SANTE DE LA SOLIDARITE ET DES PERSONNES AGEES / DNSP / DSFC.

- Rapport d'analyse des données statistiques de SMI/P.F. 91

Bamako Juin 1993.

37- MINISTERE DE LA SANTE DE LA SOLIDARITE ET DES PERSONNES AGEES / DNS / DSFC; PROJET DBC THE POPULATION COUNCIL.

- Rapport final sur l'introduction de la pilule dans le projet DBC au Mali.

Bamako Dec 1993.

38- NEKAM F.

- Facteurs de risque de grossesse chez les adolescentes célibataires de la communes IV du district de Bamako.

Thèse Médecine. Bamako 1995.

39- NET WORK.

- Améliorer l'accès à la contraception.

Vol 2 N°5 Mai 1993.

40- NET WORK.

- Les hommes et le planning familial.

Vol 7 N°3 Oct 1992.

41- NET WORK.

- Planning familial et MST/SIDA.

Vol 5 N°2 Jul 1994.

42- POPULATION COUNCIL .

- Conférence internationale sur la contribution de la planification familiale à l'amélioration de la santé des femmes et des enfants.

New-York (US) 1987.

43- POPULATION REFERENCE BUREAU .

- La planification familiale sauve des vies.

Washington (US) 1991.

44- POPULATION REPORTS.

- La consultation fait toute la différence.

Série J N°35 Dec 1987.

45- POPULATION REPORTS.

- Le condom plus que jamais.

Série H N°8 Sept 1990.

46- ROUAMBA, AMADOU .

- La planification familiale.

Bamako Mali AMPPF 1986.

47- SAKO A.

- Conséquences socioculturelles et économiques de la stérilité féminine au Mali.

Thèse Médecine. Bamako 1989.

48- SAMAKE H.

- Contribution à l'étude de la stérilité féminine à propos de 170 cas à l'hôpital Gabriel TOURE.

Thèse Médecine. Bamako 1988.

49- SANGO S.

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

Thèse Médecine. Bamako 1996.

50- SISSOKO M.

- Approche épidémiologique de la mortalité maternelle liée à la gravido-puerperalité à Bamako.

Thèse Médecine. Bamako 1980.

51- TALL F.

- Contribution à l'étude de la mortalité féminine liée à la grossesse et l'accouchement dans les centres de santé de la région de Koulikoro.

Thèse Médecine. Bamako 1992.

52- TALL M. M.

- Projet pilote d'intervention visant à freiner la propagation des M.S.T/ S.I.D.A dans un groupe à haut risque à Bamako.

Thèse Pharmacie. Bamako 1989.

53- TANGARA H.

- HTA et contraceptifs oraux.

Thèse Médecine. Bamako 1986.

54- TRAORE B.

- Consultation de stérilité masculine à Bamako. Recherche des étiologies.

Thèse Médecine. Bamako 1978.

55- TRAORE B. , KONATE M.K. , STANTON C.

- Enquête démographique et de santé au Mali 1987.

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE POUR LES UTILISATEURS

I- IDENTIFICATION DE LA PERSONNE :

N° :
Nom : Prénom : Profession :
Age : Sexe : Ethnie :
Adresse : Religion :

II- LES CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES :

NIVEAU D'ALPHABETISATION :

Primaire : Ecole coranique ou médersa :
Secondaire : Langue nationale :
Supérieur : Aucun :
Autres (à préciser) : _____

ETAT MATRIMONIAL :

Marié(e) : Polygamie : Monogamie :
Célibataire : Sans enfant : Avec enfant :
Divorcé(e) :
Veuf(ver) :

ANTECEDENTS GYNECO-OBSTETRICAUX :

Nombre de grossesse :
Nombre d'accouchement :
Nombre d'enfant vivant :
Nombre d'année séparant les deux derniers enfants :

III- CONNAISSANCE DU PLANNING FAMILIAL :

1- Par quelle source d'information avez - vous entendu parler du P.F ?

Agent de santé Radio - télé Voisin
Parent Ami(e)
Autres (à préciser) : _____

2- Qu'est ce que le P.F ? (objectif)

Espacement des naissances Lutte contre la stérilité
Limitation des naissances Lutte contre les MST/SIDA
Autres (à préciser) : _____

3- Quelles sont les catégories de personne visées par le P.F ?

Homme : Marié Célibataire
Femme : Mariée Célibataire
Aucune idée :
Autres (à préciser) : _____

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

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

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

Aucune idée :

Autres (à préciser) : _____

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

a- Les méthodes naturelles :

Allaitement maternel prolongé

Abstinence complète

Abstinence périodique

Le coït interrompu

Autres (à préciser) : _____

b- Les méthodes traditionnelles :

Le tafo :

Le miel :

Les toile d'araignées :

Les solution à boire :

Autres (à préciser) : _____

c- Les méthodes modernes :

La pilule :

Les injectables :

Le condom :

Les D.I.U :

Les spermicides :

Autres (à préciser) : _____

d- Les méthodes permanentes :

La ligature des trompes :

La ligature du canal déférent :

Autres (à préciser) : _____

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

Oui

Non

Si oui les quelles : _____

7-Quelles sont les méthodes de P.F dont vous connaissez les mécanismes d'action ?

1- Méthode : _____ Mécanismes d'action : _____

2- Méthode : _____ Mécanismes d'action : _____

3- Méthode : _____ Mécanismes d'action : _____

4- Méthode : _____ Mécanismes d'action : _____

8- Quelles sont les méthodes de P.F dont vous connaissez les contres indications ?

1- Méthode : _____ Contres indications : _____

2- Méthode : _____ Contres indications : _____

3- Méthode : _____ Contres indications : _____

4- Méthode : _____ Contres indications : _____

9- Quelles sont les méthodes de P.F dont vous connaissez les effets secondaires ?

1- Méthode : _____ Effets secondaires : _____

2- Méthode : _____ Effets secondaires : _____

3- Méthode : _____ Effets secondaires : _____

4- Méthode : _____ Effets secondaires : _____

10- Quelle est votre source d'information sur contres indications ?

11- Quelle est votre source d'information sur les mécanismes d'action ?

12- Quelle est votre source d'information sur les effets secondaires ?

IV- LA PRATIQUE DU P.F

1- Utilisez - vous une méthode du P.F?

Oui

Non

Si oui laquelle : _____

2- Qui vous a conseillé de pratiquer le P.F ?

Après réflexion personnelle

Agent de santé

Ami(e) :

Mari :

Parent

Voisin :

Autres (à préciser) : _____

3- Pour quoi pratiquez - vous le P.F ?

Espacement des naissances :

Lutte contre la stérilité :

Limitation des naissances :

Lutte contre les MST/SIDA :

Autres (à préciser) : _____

4- Avez - vous subi une consultation avant utilisation de la méthode ?

Oui

Non

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

Oui

Non

Si oui de quel type ?

Vertige :

Vomissement :

Prise de poids :

Autres (à préciser) : _____

6- Qu'est ce que vous - avez fait après apparition des effets secondaires ?

Rien : Retourner au centre pour explication :

Demander conseil à d'autres personnes :

Abandonner la méthode :

Autres (à préciser) : _____

7- Comment avez - vous trouvé l'accueil au centre ?

Très satisfaisant : Satisfaisant : Peu satisfaisant :

8- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez au centre ?

Longue attente : Problème de communication :

Rupture de stock : Aucun :

Autres (à préciser) : _____

9- Le P.F a t - il comblé vos attentes depuis que vous la pratiquez ?

Oui : Non :

Justifier votre réponse : _____

10- Quels sont vos suggestions pour l'amélioration du centre en matière de P.F ?

FICHE D'ENQUETE POUR LE PERSONNEL

I- IDENTIFICATION DE L'AGENT :

N° :

Nom :

Prénom :

Grade :

Age :

Sexe :

Poste occupé actuellement :

II- CONNAISSANCE DU P.F :

1- Qu'est ce que le P.F ? (objectif)

Espacement des naissances : Lutte contre la stérilité :
Limitation des naissances : Lutte contre les MST/SIDA :
Autres (à préciser) : _____

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

2-1- Les méthodes temporaires :

a- Les méthodes naturelles :

L'allaitement prolongé : L'abstinence complète :
L'abstinence périodique : Le coït interrompu :
Autres (à préciser) : _____

b- Les méthodes traditionnelles :

Toile d'araignée : Miel :
Tafo : Solution à boire :
Autres (à préciser) : _____

c- Les méthodes modernes :

La pilule : L'injectable : Le condom :
Les spermicides : Le D.I.U : Le diaphragme :
Autres (à préciser) : _____

2- 2- Les méthodes permanentes :

La ligature des trompes :
La ligature du canal déférent :

3- Quelles sont les méthodes de P.F dont vous connaissez les mécanismes d'action ?

1- Méthode : _____ Mécanismes d'action : _____

2- Méthode : _____ Mécanismes d'action : _____

3- Méthode : _____ Mécanismes d'action : _____

4- Méthode : _____ Mécanismes d'action : _____

4- Quelles sont les méthodes de P.F dont vous connaissez les contres indications ?

1- Méthode : _____ Contres indications : _____

2- Méthode : _____ Contres indications : _____

3- Méthode : _____ Contres indications : _____

4- Méthode : _____ Contres indications : _____

5- Quelles sont les méthodes de P.F dont vous connaissez les effets secondaires ?

1- Méthode : _____ Effets secondaires : _____

2- Méthode : _____ Effets secondaires : _____

3- Méthode : _____ Effets secondaires : _____

4- Méthode : _____ Effets secondaires : _____

6- Connaissez - vous des méthodes du P.F qui jouent un rôle dans la lutte contre les MST/SIDA ?

Oui : Non :

Si oui lesquelles ? _____

III- LA PRATIQUE DES ACTIVITES DU P.F :

1- Depuis combien de temps faites vous les activités du P.F ?

Moins d'un an : Entre 1 et 5 ans : Plus de 5 ans :

2- Avez - vous reçu une formation initiale pour ce travail de P.F ?

Oui : Non :

3- Avez - vous reçu des formations de recyclage ?

Oui : Non :

4- Existe t - il un calendrier de recyclage pour les personnels en matière de P.F ?

Oui : Non :

Si oui préciser la périodicité _____

5- Etes vous superviser pour le travail de P.F ?

Oui : Non :

Si oui par qui : _____

6- Que faites vous quant une femme se présente pour la 1ère fois pour P.F ?

7- Que recherchez - vous chez une femme ayant opter pour:

1- Pilule ?

2- Injectable ?

3- D.I.U ?

4- Spermicide ?

5- Autres (à préciser) :

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

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

NOM: MAIGA

PRENOM: SADIO

TITRE DE LA THESE

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU PLANNING FAMILIAL AUPRES DES
UTILISATEURS DU CENTRE DE SANTE DE LA COMMUNE VI.

ANNEE : 1995 - 1996

VILLE DE SOUTENANCE : BAMAKO

PAYS D'ORIGINE : MALI

LIEU DE DEPOTS : BIBLIOTHEQUE DE L'ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE
PHARMACIE

SECTEUR D'INTERET : SANTE PUBLIQUE

RESUME

Notre étude à porter sur 338 utilisatrices du planning familial du C.S.C VI

Il nous a permis d'établir que:

Les utilisatrices des services socio-sanitaires pour planning familial sont surtout des femmes d'âge jeune, 73,36% ont au plus 30 ans

L'espacement des naissances est le but principal de l'utilisation des méthodes contraceptives dans ces services.

Si les utilisatrices savent qu'ils ont plusieurs méthodes à leur choix, la connaissance de ces méthodes reste superficielle

La pilule est la méthode la plus utilisé.

La source d'information principale en générale est la radio-télé.

MOTS CLES

UTILISATEUR

PLANNING FAMILIAL

CENTRE DE SANTE DE LA COMMUNE VI

SERMENT D'HYPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples devant l'effigie d'Hyppocrate, je promets et je jure, au nom de l'être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

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

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui 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'admetrai 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.

SERMENT D'HYPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples devant l'effigie d'HYppocrate, je promets et je jure, au nom de l'être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

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

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

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

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

Même sous la menace, je n'admetrai 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'opprobe et méprisé de mes confrères si j'y manque .
