

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

RÉPUBLIQUE DU MALI

Un peuple - Un but - Une foi

Université des Sciences, des
Techniques et des Technologies
De Bamako (U.S.T.T.B)
(FMOS)

Faculté de Médecine
et d'Odonto -
Stomatologie

Année Académique : 2019 – 2020

N° : /.....



U.S.T.T.B



TITRE :

**PERCEPTION, ET PRATIQUES
COMMUNAUTAIRES LIÉES A LA
CONTRACEPTION EN COMMUNE II DU
DISTRICT DE BAMAKO.**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 03 / 02 / 2021 devant la Faculté de Médecine
et d'Odontostomatologie de Bamako

Par **M. SIDIBE RICHARD**

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

JURY

Président du jury : **P^r Hamadoun SANGHO**

Membre : **D^r Sory Ibrahim DIAWARA**

Codirecteur : **D^r Lala Fatouma TRAORE**

Directeur de Thèse : **P^r Samba DIOP**

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACE

➤ **A notre père Georges Michel SIDIBE**

Tu es l'artisan de ce chemin parcouru, ton courage, ta rigueur dans notre éducation ont fait de ton fils ce qu'il est aujourd'hui. Tes peines, tes sacrifices n'ont de mesure à nos yeux. Que Dieu te donne longue vie

➤ **A ma mère Mme Sidibé Fatoumata BAMBA**

Ce travail est le couronnement de ton soutien inconditionnel, pour m'avoir accompagnée et soutenue pendant ces nombreuses années d'étude. Sans toi c'est sûr je n'y serais jamais arrivée. Merci pour votre amour et les valeurs que vous m'avez transmises. Ce travail est dédié à toi chère mère, je te remercierai jamais assez. Puisse Allah te donne satisfaction !

➤ **A ma Défunte Belle-mère Mme SIDIBE feu Safiatou COULIBALY**

Ce travail est le fruit de tes enseignements, tes bénédictions, et de ton amour à notre égard, j'aurais aimé ta présence pour couronner ensemble ce moment, hélas tu es parti très tôt en accomplissant l'appel d'Allah (le Hadj). Chère tante tu as été et resteras toujours notre mère admirable et exemplaire. Que le bon Dieu te réserve le paradis !

➤ **A mon oncle TRAORE Seydina dit Jean** (enseignant au secondaire), merci pour l'encadrement et le soutien depuis mon enfance.

➤ **A mes frères et sœurs** : Paul, Emile, Joseph, Jérôme, Gabriel et Marie

Pour l'esprit de famille que vous avez su privilégier en toute circonstance, vos encouragements et vos conseils. Ce travail vous est dédié entièrement. Merci surtout pour l'amour et le bonheur que vous m'apportez au quotidien. Tous ensembles unis, nous prospérons !

Chère famille rien ne me prédestinait à devenir médecin. Vous avez pensé que ce serait difficile, long et coûteux (surtout mes aînés Paul et Emile), mais vous m'avez soutenu. Voici le résultat !

REMERCIEMENTS

Le Tout-Puissant, Créateur des cieux et de la terre, le très clément. Merci de m'avoir accordé la vie, le savoir et la patience de terminer l'une des tâches importantes de ma vie. Garde nous sous votre protection divine et oriente nous sur le bon chemin. Sois Exalté Seigneur !

Aux femmes qui ont accepté de participer à cette étude. J'ai beaucoup appris de leur expérience et de nos entretiens pour ma pratique future.

Au professeur KEITA Mohamed (orl)

Maitre, le temps de stage passé dans votre service nous a été d'un moment riche d'apprentissage. Merci pour vos précieux conseils et vos encouragements.

Au médecin-chef de Cs réf II Dr DIARRA Mariam DJILLA

Vous m'avez accueilli les bras ouverts dans votre centre. Je ne vous remercierai jamais assez de votre grande disponibilité. Trouvez ici l'expression de toute ma gratitude.

Aux médecin-chefs : ASACOHI, ABOSAC, BONIABA, BENKADI, ASACOGO

Merci pour vos collaborations à notre égard malgré vos préoccupations.

Aux sages-femmes et aux infirmières, ayant contribué à ce travail

Ce travail est également le résultat de vôtres disponibilités et soutiens sans cesses. Sans vous cette tâche ne sera guère facilitée. Mes salutations sincères !

Aux Docteurs : TRAORE Djiby (endocrinologue), KEITA Yamoussa, DIARRA Hélène (orl), TRAORE Daouda, MALLE Mahamadou (Médecine-interne), KEITA Kalilou, BAH Amadou (Chirurgien)

Merci pour vos conseils et encadrements. Cette thèse vous est également dédiée. Que dieu vous donne satisfaction !

A mes aînés Dr CISSAO Chiaka, Dr TRAORE Sanoussi, Dr KANE Abdoulaye

Vous qui êtes engagé activement pour l'hospitalité et l'orientation de vos cadets académiques. Recevez notre sincère remerciement !

A mes camarades de promotion : D^r DOUMBIA Eva, D^r SAMAKE Ibrahima, D^r DRABO Adrien, D^r MAIGA Sidi, D^r KONATE Soumaïlla, D^r KONE Bruno, KAFFUI Gaglo, D^r SANGARE Seydou, D^r TRAORE Ichiaka

L'heure est venue de vous remercier pour tout ce que vous avez fait pour moi au moment opportun. Avec vous j'ai passé mes meilleures années de fac. Trouvez ici l'expression de toute ma gratitude.

A tous les membres de l'ARWES, TAABITAL PULAKU, je vous présente amicalement ce travail qui est le vôtre. Trouvez ici mes salutations sincères !

A mes Co-thésards : BAGAYOKO Zoumana et TRAORE Nassira

A mes amis du quartier **et anciens camarades** au Lycée, votre soutien ne m'ont jamais fait défaut.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Hamadoun SANGHO

- ✓ **Professeur titulaires en santé publique ;**
- ✓ **Chef du Département d'Enseignement et de Recherche en Santé Publique (DERSP) à la FMOS ;**
- ✓ **Directeur général du Centre de Recherche, d'étude et de Documentation pour la survie de l'enfant (CREDOS) ;**

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider le jury de cette thèse malgré vos multiples occupations. Durant nos études nous avons apprécié la qualité de votre enseignement. Nous gardons de vous l'image d'un Maître simple, rigoureux et aimable. Votre compétence et votre rigueur scientifique font de vous un Maître admiré par tous les étudiants que nous sommes.

Veillez accepter honorable maitre, l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Sory Ibrahim DIAWARA

- ✓ MD, MPH, PhD
- ✓ Maitre de Recherche au MRTC/DEAP

Cher maitre,

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations. Votre disponibilité, votre humanisme, votre modestie, votre amour du travail bien fait ont forgé notre admiration.

Recevez ici, le témoignage de notre profonde gratitude et notre sincère respect.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Lalla Fatouma TRAORE

✓ MD, MPH, PhD

Cher Maitre,

Vous avez consenti pour la bonne réalisation de ce travail. Vous nous avez marquées par votre attention quotidienne, votre rigueur, votre honnêteté, votre discernement scientifique et votre souci du travail bien fait.

Trouvez ici dans ce modeste travail, le témoignage de notre profonde gratitude pour l'enseignement agréable et remarquable dont nous avons bénéficié auprès de vous. Puisse le Seigneur donne longue vie et satisfaction !

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Samba DIOP

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

Cher maître,

Nous tenons à vous remercier pour votre grande bonté, la chaleur de votre accueil, et votre discrétion dans le travail. Comme tous ceux qui ont bénéficié de votre enseignement, nous avons été séduits par votre ouverture vers les étudiants. La clarté de votre enseignement, votre souci du travail bien accompli, votre simplicité et votre modestie font de vous un homme admirable. Que Dieu vous garde longtemps pour les générations futures.

Permettez-nous ici cher Maître, de vous réitérer nos sincères remerciements.

SIGLES ET ABBREVIATIONS :

A.M.P.P.F : Association malienne pour la protection et la promotion de la famille

AV : Anneau vaginal

BNS : Besoin non satisfait en contraception

C.C.C : Communication pour le changement de comportement

C.I : Contre-indication

CIC : Contraceptif injectable combiné

CIP : Contraceptif injectable progestatif

CIPD : Conférence internationale sur la population et le développement

CSCOM : Centre de santé communautaire

C.O.C : Contraceptifs oraux combinés

C.O.P : Contraceptifs oraux progestatifs

C.O.U : Contraceptifs oraux d'urgence

CSREF CII : Centre de santé de référence de la commune II

D.S.R : Division santé et reproduction

D.I.U : Dispositif intra utérin

D.N.S : Direction nationale de santé

D.S.F.C : Division santé familiale et communautaire

E.D.S : Enquête démographique et de santé

F.S.H : Follicule stimuline hormone

G.C.H : Gonadotrophine chorionique hormone

G.E.U : Grossesse extra utérine

G.N.R.H : Gonadotropin regulating hormone

I.M : Intra musculaire

I.S.T : Infection sexuellement transmise

Km² : Kilomètre carré

L.H : Hormone lutéinique

L.T : Ligature des trompes.

- M.A.M.A** : Méthode de l'allaitement maternelle et de l'aménorrhée
- M.G.C** : Méthode de la glaire cervicale
- M.J.F** : Méthode des jours fixes
- M.S.T** : Maladie sexuellement transmissible
- O.M.S** : Organisation mondiale de la santé
- ONG** : Organisation non gouvernementale
- PANPF** : Plan d'action nationale de planification familiale du Mali 2014-2018
- PANB** : Plan d'action national budgétisé de 2019-2023
- P.C.U** : Pilule de contraception d'urgence
- PDSEC** : Plan de développement social économique et culturel
- P.M.I** : Protection maternelle et infantile
- PNP** : Populations, normes et procédures
- PNSSR** : Politique et normes des services de santé de la reproduction
- P.F** : Planification familiale
- S.C** : Injection sous cutanée
- S.R** : Santé de la reproduction
- SIDA** : Syndrome d'immunodéficience acquise
- TPC** : Taux de prévalence contraceptive
- V.I.H** : Virus de l'immunodéficience humaine
- V.H.B** : Virus d'hépatite B

Liste des tableaux

TABLEAU I: les critères d'évaluation d'une méthode de contraception. [11]	27
TABLEAU II: les principaux types des contraceptions hormonales[11].	29
TABLEAU III : Les contraceptions locales[11, 12, 13 , 14].	30
TABLEAU IV: Les contraceptions dites naturelles [11,15,16]	32
TABLEAU V: les méthodes traditionnelles[13,15,17].	33
TABLEAU VI: Répartition des utilisatrices selon leur niveau d'instruction.	46
TABLEAU VII: Répartition des utilisatrices selon leur statut matrimonial	47
TABLEAU VIII: Répartition des utilisatrices selon leur Gestité	48
Tableau IX: Répartition des utilisatrices selon leurs gestités et activité professionnelle ...	48
TABLEAU X: Répartition des utilisatrices selon leur parité	49
Tableau XI : La relation entre Parité et activité professionnelle des utilisatrices.	49
TABLEAU XII: Répartition des utilisatrices selon leur perception sur la planification familiale	51
TABLEAU XIII: Répartition des utilisatrices selon leurs sources d'information.	51
TABLEAU XIV: Perception des utilisatrices selon les personnes visées par la contraception	52
TABLEAU XV: Répartition des utilisatrices sur la connaissance descriptive des méthodes modernes.	54
TABLEAU XVI: Répartition des utilisatrices selon le niveau d'instruction et connaissance de la contraception moderne.	55
TABLEAU XVII: Perception des utilisatrices sur la responsabilité de contraception au sein du couple.	56
TABLEAU XVIII: répartition des utilisatrices selon la raison de non pratique antérieure.	58
TABLEAU XIX: Répartition des utilisatrices selon la méthode actuelle pratiquée.	58
TABLEAU XX: Répartition des utilisatrices selon l'accord de mari ou partenaire	60
TABLEAU XXI : Accès de service et pratique contraceptive	60
TABLEAU XXII : Perception des utilisatrices sur le cout de la contraception.	61
TABLEAU XXIII: Répartition des utilisatrices selon leur source de procurement.	61
TABLEAU XXIV: Répartition des utilisatrices selon l'abandon ou changement de méthode.	63
Tableau XXV : Répartition des utilisatrices selon leurs opinions sur la qualité de services	64
TABLEAU XXVI : Le cout des produits de contraception.	65
TABLEAU XXVII: Répartition des prestataires selon leur grade dans le service.	66
TABLEAU XXVIII: Formation des agents et organisation des services selon les prestataires. ...	67
TABLEAU XXIX: Caractéristiques sociodémographiques du group FOCUS 1	69
TABLEAU XXX : Caractéristiques sociodémographiques du group focus 2	70

Liste des figures

Figure 1: La carte sanitaire de la commune II. [23].....	40
Figure 2 : Répartition des utilisatrices selon la tranche d'âge	45
Figure 3 : Répartition des utilisatrices selon leur adresse.....	46
Figure 4 : Répartition des utilisatrices selon leurs professions	47
Figure 5: Répartition des utilisatrices selon l'intervalle entre les naissances.....	50
Figure 6: Répartition des utilisatrices selon la connaissance des méthodes contraceptives.	53
Figure 7: Répartition des utilisatrices selon leur opinion sur l'avantage de la contraception.	56
Figure 8 : Perception sur l'utilisation de la contraception.....	57
Figure 9: Répartition des utilisatrices selon leur utilisation antérieure de la contraception moderne.....	57
Figure 11 : répartition des utilisatrices selon le choix de la méthode.	59
Figure 11 : Répartition des utilisatrices selon leurs motifs.....	59
Figure 12 : Perception des utilisatrices sur leur satisfaction sur la contraception	62
Figure 13 : répartition des utilisatrices selon les raisons d'abandon et ou changement de méthode....	63
Figure 14 : Répartition des utilisatrices selon les difficultés rencontrées.....	65
Figure 15 : Répartition des prestataires selon les difficultés des services.....	68

Tableau de matières :

I.	INTRODUCTION ET ENONCE DU PROBLEME.....	14
II.	APPROCHE CONCEPTUELLE.....	16
2.1.	ANALYSE SITUATIONNELLE :.....	16
2.1.1	Etats des lieux.....	16
2.1.2	Définitions des concept.....	21
2.1.3	Historique de la planification familiale.....	22
2.1.4	Méthodes contraceptives.....	26
2.2.	JUSTIFICATION DE RECHERCHE.....	33
2.3.	QUESTIONS DE RECHERCHE.....	34
2.4.	HYPOTHESE DE RECHERCHE.....	34
III.	OBJECTIFS.....	35
3.1.	OBJECTIF GENERAL.....	36
3.2.	OBJECTIFS SPECIFIQUES.....	36
IV.	DEMARCHE METHODOLOGIQUE.....	37
4.1.	Type d'étude.....	38
4.2.	Choix et choix description des sites d'étude.....	38
4.3.	Population d'étude :	40
4.3.1	Critères d'inclusion.....	40
4.3.2	Critères de non inclusion.....	40
4.3.3	Echantillonnage.....	40
4.4.	Période d'étude.....	41
4.5.	Techniques et collecte des données.....	41
4.6.	Analyse des données.....	42
4.7.	Produit attendu.....	42
4.8.	Budget d'étude.....	42
4.9.	Considérations éthiques.....	42
V.	RESULTATS.....	43
VI.	COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	71
VII.	CONCLUSION ET SUGGESTIONS.....	77
VIII.	REFERNCES ET ANNEXES.....	80
	FICHE SIGNALÉTIQUE.....	92
	SERMENT D'HIPOCRATE.....	94

I. ENONCE DU PROBLEME :

La croissance de la population actuelle et les problèmes qui lui sont liés sont considérés comme un frein au développement socio-économique des pays en développement. Cette situation attire de plus en plus l'attention des pouvoirs publics et la maîtrise du mouvement naturel de la population par la séparation des naissances par des programmes de santé reproductive constitue, depuis quelques années, un enjeu pour la majorité des gouvernements des pays en développement [1].

La contraception est reconnue comme un moyen essentiel pour maintenir la santé et le bien être des femmes ainsi que de leur famille. En effet, son rôle capital dans la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile a été mis en évidence lors de plusieurs études et rencontres internationales notamment lors de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (**CIPD**) tenue en septembre 1994 au Caire[2].

L'introduction des méthodes modernes de contraception est un phénomène non récent au Mali. Elle est consécutive à la création, en 1972, de l'Association Malienne pour la Promotion et la Protection de la Famille (**AMPPF**), une ONG, à la réorientation de la politique de santé maternelle et infantile et à la création, en 1980, de la Division de la Santé Familiale et Communautaire (**DSFC**) transformée en 2001 en Division Santé de la Reproduction (**DSR**) au sein de la Direction Nationale de la Santé [4].

L'évaluation de la connaissance et de l'utilisation de la contraception faite au cours de l'**EDSM-I** de 1987 était la première à couvrir l'ensemble du territoire national, ensuite le gouvernement du Mali conscient de l'impact des problèmes de population sur le développement socio-économique du pays, a adopté le 8 mai 1991 une politique nationale de population révisée en 2001 [3].

La prévalence contraceptive reste faible malgré une évolution positive entre les **EDS** réalisées (1987-2018), en dépit d'une fécondité élevée pourvoyeuse des conséquences diverses d'ordre démographiques, économiques, sociales et sanitaires. Elle est passée de 1,7% (**EDS-I**) à 4,3% lors de l'**EDS-II**, au cours de l'**EDS-III**, le Mali a enregistré un taux de prévalence contraceptive de 5,7% [3]. Les résultats de l'**EDS-IV**, avaient mis en évidence une prévalence de 6.8% chez les femmes en union, avec un besoin globale de 40% dont 30% des **BNS** [4]. Ces résultats ont justifié la collecte des données fiables afin d'accompagner les actions du gouvernement dans la mise en œuvre des programmes et projets de santé relatifs à la planification, et à la réalisation de l'**EDS-V** d'où la

prévalence est passée (9,9%) avec **BNS** (26%), un **ISF** (6,1 enfants/femme) en dépit d'une mortalité maternelle (368/100000 naissances) et infanto-juvénile élevée (95‰naissances vivantes) [5].

Au cours de la dernière enquête nationale (**EDS-VI**) en 2018, le taux de prévalence contraceptive est passée à 17% des femmes en union (15-49 ans) contre 36.4% des non mariées, 24% des femmes en union (15-49 ans), souhaitent espacer ou limiter les naissances mais n'utilisent pas de méthodes contraceptives modernes pour des raisons diverses. La fécondité reste élevée (6.3 enfants par femme) et la mortalité maternelle et infanto-juvénile (101/1000 naissances vivantes) toujours préoccupantes [6].

Cette faible prévalence de la contraception pourrait s'expliquer par plusieurs facteurs, notamment l'inadaptation des services aux adolescentes/jeunes filles [28]. Ailleurs les pesanteurs socioculturelles l'envie d'enfant, refus du mari, des rumeurs, et manque d'information appropriée. SIDIBE I trouve à Yanfolila (SIKASSO) 53,3% de non fréquentation de services pour des raisons de non besoin, religion, coutume et pauvreté [21].

Donc il devient urgent et nécessaire d'inverser cette tendance qui hypothèque la qualité de vie et fragilise la survie des femmes et des enfants.

A travers ce travail, nous avons voulu apporter notre contribution en initiant : Perception, attitude, pratique communautaire sur l'utilisation des Méthodes de contraception en commune II du District de Bamako.

II. APPROCHE CONCEPTUELLE :

2.1. ANALYSE SITUATIONNELLE :

2.1.1 Etats des lieux :

❖ Au monde

Au cours des deux dernières décennies, la santé maternelle et infantile ainsi que des questions de maternité sans risque et de planification familiale ont fait l'objet d'un intérêt et d'efforts grandissants de la part des décideurs nationaux et internationaux. La place de ces problématiques dans les politiques de développement, au niveau international comme au niveau national, s'est renforcée. La réduction des taux de morbidité et de mortalité maternelle au niveau mondial observée depuis les années 2010 est un résultat visible de ces efforts conjoints. Cette tendance positive est notamment due à des progrès importants en Asie et en Amérique du sud, l'Afrique sub-saharienne connaissant encore des indicateurs de santé sexuelle et de la procréation inquiétants [28].

La planification familiale revêt une importance capitale pour le développement démographique des pays, surtout à faible revenu, où un accroissement démographique non contrôlé peut faire obstacle au développement économique et socio-sanitaire [14]. L'Afrique sub-saharienne a le taux de fertilité le plus élevé au monde, avec une moyenne 5,5 naissance par femme. Ce taux est le double de celui de l'Asie et représente près du quadruple de celui de l'Europe. Le taux de natalité est tellement élevé qu'en dépit de la mortalité élevée des suites de conceptions et accouchements [36] ;

Une récente enquête démographique souligne que « la population de l'Afrique sub-saharienne, estimée en 2010 à 860 Millions d'habitants pourrait se situer en 2050 entre 1,5 et 2 Milliards d'habitants selon que la fécondité baisse d'environ 5 enfants par femme en 2010 et à 2 ou 3 enfants par femme en moyenne en 2050[29]. Certaines analyses décrivent la croissance démographique comme un danger pour l'avenir de l'Afrique de l'Ouest. Le doublement de la population, d'ici 2040, impliquerait une pression sur les secteurs sociaux et sur la gestion de

l'espace, et un risque d'instabilités de natures diverses. D'autres perspectives soulignent les enjeux sanitaires, de la mortalité materno-infantile aux complications liées aux grossesses non désirées et aux pratiques d'avortement à risque [32]. Au plan mondial, plus d'un demi-million de femmes meurent en raison des complications liées à des grossesses et à l'accouchement, soit 1/16 femme a un risque de décès liée à la grossesse en Afrique sub-saharienne, contre 1/2800 dans les pays développés [36].

Lorsqu'une femme fait face à une grossesse non désirée, il existe un risque qu'elle ait recours à un avortement « à risque », c'est-à-dire non médicalisé et pratiqué dans des conditions qui peuvent avoir des conséquences mortelles ou engendrer de graves complications.

Dans le monde, on dénombre chaque année 22 millions d'avortements à risque, engendrant 47 000 décès (13% décès maternels), dont près de deux tiers se produisent sur le continent africain [32]. Selon la même source, notre pays se cache derrière la Côte d'Ivoire avec 189000 grossesses non désirées, mais dépasse le Togo et le Burkina Faso soit 144000 et 132000 respectivement.

Au niveau mondial, 16 millions de jeunes filles âgées de 15 à 19 ans et 1 million de jeunes filles de moins de 15 ans accouchent chaque année (OMS, 2014).

Cette situation est un grave problème de santé publique, surtout dans les pays du tiers monde. L'impact le plus visible de la grossesse non désirée réside dans le domaine psychosocial car il contribue à une perte d'estime de soi, l'abandon scolaire, le rejet par la famille, une destruction des projets de vie et le maintien du cercle de la pauvreté [31]. Parmi les facteurs contribuant à ces conséquences liées à cette forte natalité, figure entre-autres le faible usage de méthodes contraceptives modernes [36]. Bien que la planification familiale, considérée comme une composante essentielle des soins de santé primaire et de santé de la reproduction, joue un rôle important dans la réduction des taux de morbidités et

de mortalités maternelles et néonatales, ainsi que de la transmission du **VIIH/SIDA** [36] ;

L'utilisation des contraceptifs a augmenté dans de nombreuses régions du monde, en particulier en Asie et en Amérique latine, mais reste faible en Afrique subsaharienne [14]. Au niveau mondial, l'utilisation des contraceptifs a augmenté, passant de 54% en 1990 à 57,4% en 2014. Au niveau régional, la proportion de femmes mariées âgées de 15 à 49 ans indiquant utiliser une méthode contraceptive moderne a très faiblement augmenté entre 2008 et 2014. En Afrique, elle est passée de 23,6% à 27,6%, en Asie, elle a légèrement progressé passant de 60,9 à 61%, de même qu'en Amérique latine et dans les Caraïbes, passant de 66,7% à 67,3% [30]. La prévalence contraceptive (46%) pour les pays de la méditerranée orientale pourtant à très forte tradition musulmane (**OMS** 2014).

Selon une récente étude en Afrique montre la situation en matière de prévalence contraceptive en Afrique de l'Ouest des femmes âgées de 15 à 49 ans pour référence, les taux oscillent entre 13% et 21%. Ce qui signifie que moins d'une femme sur cinq utilise une méthode de contraception moderne. A titre comparatif ce qui est substantiellement moins que dans certains pays d'Afrique de l'Est, tel que le Kenya avec une de 43,2% et le Rwanda 29%, parfois deux et presque trois fois moins si l'on prend les extrêmes [32]. Dans cette région de faible prévalence contraceptive du monde, le Mali vient après le Niger avec 14,1%.

L'**OMS** estime que 225 millions de femmes dans les pays en développement ont un besoin contraceptif non satisfait et parmi ses facteurs déterminants, nous trouvons l'obstacle fondé sur le sexe et la désapprobation du mari [14]. Donner l'accès à toutes ces femmes actuellement privées des méthodes de contraception modernes dont elles ont besoin préviendrait 54 millions de grossesses non désirées, 26 millions d'avortements dont 16 millions non sécurisés et 7 millions

de fausses couches ; 79 000 décès maternels et 1,1 million de décès de nourrissons seraient également [7].

❖ **Au Mali**

Au Mali, les indicateurs de santé de la reproduction restent faibles malgré les efforts du gouvernement et de ses partenaires en santé et développement. L'effectif de la population est passé d'environ 15 568 882 habitants en 2013 à 19 153 000 habitants en 2018. Si le rythme de croissance est maintenu (3,6 par an), le mali devrait compter 27,1 millions d'habitants à l'orée de 2030, soit un presque un doublement (1,7 fois) de la population en 18 ans [6]. Le maintien de cette tendance pose de nombreux problèmes sur le plan social, notamment en matière de scolarisation, de santé et d'emploi, quand on sait par ailleurs qu'à cause du chômage qui touche le pays, toutes les personnes d'âge actif ne sont pas occupées [9].

Le Mali est parmi les pays à fort taux d'accroissement dans le monde, ce qui s'explique par une fécondité globale élevée (6,3 enfants par femme), soit la 182^e sur 187 nations du monde [9]. Les taux de fécondité augmentent par groupe d'âges passant de 164 ‰ chez les jeunes femmes de 15-19 ans à 278 ‰ chez celles de 20-24 ans avant de décroître très rapidement et atteindre 24 ‰ chez celles de 45-49 ans [6]. Cette fécondité très accrue contribue beaucoup au taux du décès maternel élevé. Le taux de mortalité maternelle est de 368/100.000 naissances vivantes soit en moyenne une femme qui meurt en couche toutes les 3 heures de temps [5]. Les adolescentes et jeunes filles constituent un groupe à risque en matière de fécondité. Il est prouvé que les enfants de mères jeunes (moins de 20 ans) courent généralement un risque plus important de décéder que ceux issus de mères plus âgées. De même, les accouchements précoces augmentent le risque de décès chez les adolescentes [9].

Dans le domaine de la santé de la reproduction, le Mali figure sur les zones à plus faible taux de contraception en Afrique de l'ouest soit 14,1%, le Niger 13%,

le Sénégal 16,1% en 2016 [32]. L'enquête démographique récente souligne un faible niveau de contraception (17%) des femmes âgées de 15 à 49 ans en union, soit une légère augmentation par rapport aux années précédentes **EDSIV** et **EDSV** soit 7% et 10% respectivement [6]. Cependant, ce taux de prévalence demeure élevé chez les femmes ne vivant pas en union mais étant sexuellement actives (36%). 24% des femmes en âge de procréer en union ont déclaré avoir des besoins non satisfait en PF, ce qui contraste avec le niveau actuel de contraception dans la même série. La prévalence contraceptive moderne est plus élevée en milieu urbain (22 % à Bamako et 20 % dans les autres villes) qu'en milieu rural (15 %) [6]. Les adolescentes de 15 à 19 ans occupent 9% de la prévalence contraceptive, ce qui est très alarmante comparé à une fécondité élevée de ce groupe, lié en partie à la précocité d'activité sexuelle [9]. Bagayoko M trouve 8% des adolescentes (13 à 19 ans) utilisatrices de contraception à Bamako [8]. La prévalence contraceptive également varie selon le groupe d'âge soit une augmentation de 20-34 ans (20%) puis diminue entre 35-49 ans (8%) [6]. La faible utilisation des services de santé de la reproduction en général et de la planification familiale en particulier contribue pour beaucoup aux maladies et aux décès des femmes pendant et/ou après l'accouchement et des enfants de moins d'un an [9]. Plusieurs facteurs expliquent le faible **TPC** moderne, notamment l'inadaptation des services aux adolescentes/jeunes filles [28]. Par ailleurs, les pesanteurs socioculturelles entre autres l'envie d'enfant, refus du mari, et les effets indésirables [18]. **SIDIBE I** trouve à Yanfolila (cercle) 53,3% de non fréquentation de services pour des raisons de non besoin, religion, coutume et pauvreté [21]. Ainsi pour combler les écarts en contraception moderne, le mali dans son nouveau plan quinquennal (**PANB**) prévoit d'atteindre un **TPC** moderne de 30% en 2023 pour toutes les femmes, ce qui pourrait avoir des impacts potentiels : 582000 grossesses non-désirées évitées, 208 000 avortements à risque évités et 2 500 décès de mères évités.

2.1.2 Définition des concepts :

La perception :

La perception est une prise de connaissance d'un fait ou d'un événement du monde extérieur qui a pris naissance dans une série de sensations.

Ainsi, le comportement des individus dépend largement de la façon dont ils perçoivent le monde qui les entoure. C'est pourquoi, la plupart des psychologues s'accordent à dire que l'étude de la perception est le premier pas dans la compréhension de tout comportement. Étudier la perception, c'est donc étudier comment l'individu voit, entend, sent et se sent.

Notre souci, est d'étudier la planification familiale telle qu'elle est perçue par les couples dans leur subjectivité.

La contraception :

Selon le dictionnaire de médecine Flammarion 7ème édition, la contraception est l'utilisation de procédés temporaires et réversibles destinés à empêcher la conception, sont donc exclus de cette définition les procédés chirurgicaux irréversibles (vasectomie, ligatures des trompes) qui restent dans le cadre d'une stérilisation[11]. Elle permet aux couples et individus d'avoir des enfants au moment où ils le décident ; d'avoir juste le nombre d'enfant qu'ils désirent et dont ils peuvent prendre soins ; d'espacer convenablement la naissance de leurs enfants.

La planification familiale :

Selon l'OMS, la planification familiale est l'ensemble des mesures et méthodes que les hommes et les femmes prennent ou utilisent pour éviter des grossesses non désirées et organiser la venue des enfants quand ils le désirent. Elle leur permet d'avoir des enfants au moment où ils le décident, d'avoir juste le nombre d'enfant qu'ils désirent et dont ils peuvent prendre soins, d'espacer convenablement la naissance de leurs enfants [11].

Au Mali, les normes définissent la planification familiale comme l'ensemble des moyens et techniques médicaux ou non, mis à la disposition des individus et des couples pour leur permettre d'assurer leur sexualité de façon responsable de manière à éviter les grossesses non désirées, espacer les naissances, avoir le nombre d'enfant désiré au moment voulu. La PF vise également la prévention et la prise en charge des cas d'infertilité [9].

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 sa fécondité[10].

Ce concept actuel de planification familiale se jumelle avec celui de la Santé de Reproduction (**SR**). Selon la définition adoptée à la conférence internationale sur la population et le développement en 1994 au Caire (**CIPD**), la SR est le « bien être général, tant physique que mental et social de la personne humaine pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non seulement l'absence de maladie ou d'infirmité ». [10]

2.1.3 Historique de la contraception dans le monde

La limitation des naissances est présente depuis les époques les plus reculées et serait probablement née dans les sociétés préhistoriques lorsque, malgré une très forte mortalité naturelle, les conditions de survie obligeaient à restreindre les naissances [30]. A chaque époque, de nouveaux moyens de contraception sont inventés afin de limiter la surpopulation et la famine.

En Egypte, 300 ans avant Jésus Christ, des ovules et des barrières mécaniques sont déjà employés et l'ancêtre du préservatif masculin est fabriqué en intestin de petits animaux. Dans l'antiquité, diverses potions à ingurgiter à base de plantes médicinales servent de moyen de contraception. En Grèce, le gynécologue Sopranos parle déjà d'abstinence périodique [37].

Les romains se servent de poires vaginales remplies d'eau glacée pour tuer les spermatozoïdes. Des « préservatifs » sont aussi utilisés en intestin ou vessie d'animaux, avec la notion de limiter la transmission de maladie. Les romains pratiquent des avortements et des infanticides afin de limiter la population.

En Inde, le Kama Sutra recommande les bonnes pratiques des phases d'abstinence dès le IV^{ème} siècle.

En Asie au XVI^{ème} siècle, on utilise des diaphragmes en métal ou en verre et des préservatifs en lin, cuir ou écaille.

En 1846, le premier DIU est inventé. Il est abandonné en raison du risque d'infection.

En 1880, les capes cervicales sont fabriquées à grande échelle. Cette même année, le pharmacien britannique John Rendell fabrique une contraception locale, des ovules spermicides à base de cacao et de quinine qui fondent dans le vagin.

Au début du XX^{ème} siècle, on utilise des douches vaginales avec des produits supposés spermicides tels que le vinaigre ou le citron [34].

En 1919, aux Etats Unis, une des premières campagnes pour le droit à la contraception, est lancée par Margaret Sanger, infirmière et sage-femme. Elle crée également « American birth control » qui deviendra le planning familial.

En 1920, en raison des idéaux religieux et du fort besoin de main d'œuvre et de repopulation de l'après-guerre, une loi interdit la propagande anticonceptionnelle.

En 1924, Le Docteur Kiasuku Ogino met au point sa méthode, complétée en 1933 par le Docteur Knauss. Ils précisent les périodes de fertilité de la femme.

En 1943 par le Docteur Hillbard, la méthode Billings est découverte en Australie.

En 1967, la loi Neuwirth permet la dispense de la contraception sur prescription médicale sur un carnet à souche. La contraception est alors prescrite uniquement par le médecin et délivrée obligatoirement par le pharmacien. La prescription à une mineure est soumise à l'autorisation écrite de l'un des deux parents [34]. Ce qui rend la vulgarisation de la contraception à l'échelle mondiale, Ainsi des grandes rencontres et congrès internationaux vu le jour.

En 1974, fut réalisé l'une des premières actions en faveur des femmes à Bucarest où il était question de croissance et de libération de la femme, et la première conférence mondiale des nations unis sur les femmes tenue à Mexico en 1975, aboutissant à la proclamation de l'année internationale de la femme (1976-1985) ;

En septembre 1978, à Alma Ata (URSS), l'idée de la planification familiale vu officiellement le jour lors de la réunion mondiale sur les problèmes de santé des populations.

En 1982, la pilule RU486 est mise au point afin d'interrompre une grossesse débutante [34]. Le stérilet, l'implant, l'anneau vaginal et le patch sont largement disponibles et diffusés aux Etats Unis vers 1990, puis dans les années 2000 en Europe [34].

2.1.3.1 Rappel de la planification familiale au Mali :

L'introduction des méthodes modernes de contraception est consécutive à la création, en 1971 de l'Association Malienne pour la Promotion et la Protection de la Famille (**AMPPF**), une ONG à la réorientation de la politique de santé maternelle et infantile [1]. En 1972, le Mali abrogea la loi du 31 Juin 1920 dans ces articles 3 et 4 qui interdisaient la propagande anticonceptionnelle [21].

Avant, le Mali a participé en 1971 à Montréal (Canada) à un séminaire sur la planification familiale [25].

De mars à avril 1973 : le 1er séminaire interafricain sur l'éducation sexuelle a été organisé à l'Ecole de Médecine de Bamako. [35]

Depuis cette période, les initiatives se sont multipliées pour obtenir une plus grande adhésion des populations locales tant dans le secteur étatique que dans le secteur des ONG [29]. En avril 1974, une mission conjointe gouvernementale (**FNUAP/UNICEF/OMS**) à Bamako, établit un plan d'action s'étalant sur 5 ans. La même année le Mali souscrit à la déclaration de Bucarest (Roumanie) celle-ci stipulait le droit sur la planification familiale [36].

En décembre 1974, s'est tenu le congrès constitutif de l'union nationale des femmes du Mali qui a recommandé, la diffusion de l'éducation sexuelle dans les écoles à partir de la classe de 7ème année, et l'extension de la planification familiale au Mali.

En 1978 le Mali souscrit à la déclaration d'Alma Ata (URSS) sur les soins de santé primaire dont l'une des composantes est la planification familiale dans le but d'améliorer la santé de la mère et de l'enfant à travers un espacement judicieux des naissances [1].

En 1980 la division de la santé familiale (**DSF**) devient la division de la santé familiale et communautaire (**DSFC**) au sein du ministère de la santé.

En septembre 1987, le Mali accueille la plus importante rencontre en matière de santé maternelle et infantile et de PF. Il s'agit de la 37ème session du comité régional de l'Afrique pour l'initiative de Bamako (**IB**) ;

En 1991, le Mali fait une déclaration de politique nationale de population.

En 1994 avec la **CIPD** au Caire, le Mali s'est engagé à agir dans le domaine de la santé de la reproduction, qui stipulait la **PF** comme un droit.

Le concept malien en matière de planning a évolué, allant de l'espacement des naissances dont la pratique était conditionnée à l'autorisation maritale ou

parentale en 1971 au concept actuelle qui donne un droit égal de liberté, dignité entre homme et femme en matière de santé de la reproduction/ planification familiale : « loi N°02-044 du 24 Juin 2002 portant santé de la reproduction qui reconnaît et renforce amplement les droits des femmes en matière de santé de la reproduction/ planification familiale ».[10]

2.1.4 METHODES DE CONTRACEPTION :

Présentement, nous disposons ces méthodes de contraception à savoir : [2]

- ✓ Méthode moderne,
- ✓ Méthode naturelle,
- ✓ Méthode traditionnelle

Les critères d'évaluation d'une méthode de contraception se mesurent par leurs : efficacité, acceptabilité, réversibilité, innocuité ;

TABLEAU I: les critères d'évaluation d'une méthode de contraception. [11]

Efficacité	Acceptabilité	Réversibilité	Innocuité
Est appréciée par l'indice de PEARL(IP) qui exprime le risque de grossesse chez 100 femmes pendant 12 mois. La formule de PEARL(IP)	Elle dépend en partie de son attitude et de l'attitude des autres à l'égard de la méthode et de la contraception en général.	Pour une méthode utilisée, elle se mesure par la capacité à revenir à l'état initial à l'arrêt de sa prise. Elle peut être immédiate ou ultérieure	Pour une méthode utilisée, elle se mesure par la capacité à revenir à l'état initial à l'arrêt de sa prise. Elle peut être immédiate ou ultérieure

NB : La formule de l'IP :

$$\text{La formule de PEARL} : \frac{\text{Nombre de grossesses non désirées} \times 12 \times 100}{\text{Nombre de mois d'exposition à la méthode}}$$

2.1.4.1 METHODES MODERNES :

2.1.4.1.1 CONTRACEPTION HORMONALE :

Les contraceptifs hormonaux constituent les méthodes non chirurgicales les plus populaires au monde pour l'espace des naissances et la régulation de la fécondité. Sont des composés synthétiques destinés à ressembler aux hormones naturelles présentes dans le corps de la femme. Ces hormones, l'œstrogène et la progestérone sont essentielles au fonctionnement du cycle menstruel, et donc à l'ovulation qui permettra, elle, la fécondation.[12]

➤ Mécanisme d'action des contraceptifs hormonaux : [11]

Ils agissent sur trois verrous :

- Le verrou cervical en épaississant la glaire cervicale, la rendant ainsi impropre à l'ascension des spermatozoïdes ;
- Le verrou utérin par atrophie de l'endomètre, le rendant impropre à la nidation ;
- Et le blocage de l'ovulation

➤ Voies d'administration : [11]

Voie orale, injectable (**IM**), ou en Implant (**SC**)

TABLEAU II: Les principaux types des contraceptions hormonales[11].

Type	Description	Avantages	Contre-indications
C.O.C	Ce sont des pilules qui contiennent un œstrogène(Ethinilestradiol) associé à une progestérone (Noréthistérone).	Très efficace si utilisation correcte (IP : 0,8-1%) Abordable Pratique et facile PCU	Grossesse confirmée Allaitement Trouble thromboembolique Insuffisance : Rein, foie, cœur Etc.
C.O.P	Ce sont des contraceptifs hormonaux uniquement dosés d'un progestatif seul	Très efficace si prise régulière (IP : 0,5-10%) Usage facile et Si contre-indication au C.O.C Post-partum et allaitement possibles +++ Réversible	Antécédents thromboemboliques Altération grave du foie
C.I	Les contraceptifs injectables sont également composés d'hormones à base d'œstrogène et de progestérone appelé (CIC) ou de progestérone seule appelée (CIP) qui s'injecte par voie intramusculaire afin d'empêcher la survenue de la grossesse.	Pratique et simple Réversible sans intervention Allaitement possible Complications rares Disponible sans ordonnances	Absence des règles Femmes enceintes Désir d'enfant dans les 12 à 18 mois Allaitement
Implant	C'est une méthode contraceptive uniquement à progestérone, ce sont des capsules fines et flexibles en sil astic qui diffusent du levonorgestrel afin d'épaissir la glaire cervicale (empêchant ainsi la rencontre des spermatozoïdes et des ovules) et empêchant la nidation par son action anti gonadotrope ; ce sont des contraceptifs de longue durée d'action (2 à 6 ans).	Innocuité Grande efficacité Longue durée Effet rapide dès la pose Retirable à tout-moment Rentable	Femmes enceintes ; prise médicamenteuse (griséofulvine ; rifampicine etc.) ; maladie cardio-vasculaire avancée ; affection hépatique ; kyste ovarien

NB :

Ailleurs nous avons deux autres classes (DIU à la progestérone et Anneau vaginal) qui sont également des contraceptifs hormonaux classés parmi les types de contraceptions locales

2.1.4.1.2 LES CONTRACTIONS LOCALES :

Il s'agit des méthodes de barrière et des spermicides. On peut citer :

TABLEAU III : Les contraceptions locales[11, 12, 13 , 14]

Type	Description	Mécanisme	Avantage
D.I.U (dispositif intra-utérin)	Appelé stérilet est un corps étranger qu'une fois placé dans la cavité utérine, transforme la muqueuse de l'utérus pour la rendre impropre à la nidation d'un œuf	Empêche la nidation	Protection permanente dès la pose ; Généralement bien toléré ; Le cycle reste spontané sans intervention médicamenteuse, chimique ; Sans retentissement métabolique ;
Préservatif féminin	Il s'agit d'une méthode mécanique, c'est un long fourreau polyuréthane munie d'une collerette et deux anneaux rigides, l'un est à coincer sous le col de l'utérus, l'autre maintient la collerette à l'extérieur de l'orifice vaginal	Evite la grossesse par obstacle à la fécondation (empêchant la rencontre des deux gamètes)	Contrôler par la femme ; Plus pratique (insertion possible avant l'acte sexuel) ; Empêcher les MST et la grossesse ; Pas de contre-indication ; Pas d'effet secondaire ; Efficacité analogue à celle des préservatifs masculins ;
Anneau vaginal	L'anneau vaginal est une méthode de contraception faite d'un anneau flexible contenant un taux constant d'hormone oestroprogestative	Consiste à faire absorber les hormones contenues dans une pilule combinée à travers la paroi vaginale	Moins contraignante que le comprimé quotidien ou le patch hebdomadaire ; Utilisable pendant 03 semaines suivies d'une semaine de pose ;
L'éponge contraceptive	Elle consiste en de petits dispositifs jetables ou en mousse de polyuréthane imprégné de spermicide conçu pour recouvrir le col de l'utérus	Action contraceptive attribuable au spermicide dont elle est imprégnée	Très autonome ; Très pratique ;

2.1.4.2. LES METHODES NATURELLES :

Cette méthode concerne la planification familiale naturelle concerne diverses méthodes, visant à prévenir la grossesse, fondée sur l'identification des jours féconds d'une femme. Pour toutes les méthodes naturelles, on prévient la grossesse en évitant les rapports sexuels non protégés pendant les jours féconds. Parfois les méthodes naturelles sont appelées les méthodes fondées sur la connaissance de la fécondité. Elles reposent sur la compréhension de la physiologie du cycle menstruel et sur la détermination du moment de l'ovulation, et ce, dans le but de ne permettre le coït que lorsque le risque de grossesse est réduit ou même inexistant. [5]

Parmi les méthodes de planification familiale naturelle, on trouve le coït interrompu (retrait), l'abstinence et la connaissance du cycle de fertilité.

TABLEAU IV: Les contraceptions dites naturelles [11,15,16]

TYPE	Description	Mécanisme	Avantage/inconvénients
Le coït interrompu	Méthode contraceptive du retrait pendant le rapport sexuel.	Retrait (interruption du rapport puis éjaculation en dehors du vagin)	Efficacité faible ; Taux d'échec > 20% année-femme ;
OGINO-KNAUS	Méthode de contraception naturelle par abstinence périodique pendant les jours féconds.	Evite la grossesse par abstinence du rapport sexuel aux alentours de l'ovulation (c'est-à-dire 03 jours avant et après)	Maitrise du cycle menstruel difficile L'indice de Pearl= 15%
La méthode du collier de perle	Méthode de contraception naturelle basée sur le décompte des colliers de différente couleur.	Consiste à éviter les rapports lors de la période à risque	Aide à la maitrise des cycles(le jour ; la durée des règles) Efficace si bien réalisée
La courbe de température	Méthode naturelle se basant sur l'élévation de la température corporelle engendrée par le pic de LH durant la période ovulatoire.	Abstinence périodique pendant la période de pique fébrile (ovulatoire)	Nécessité de prise de température (rectale) quotidienne avant le lever du lit ; Interprétation erronée si travail de nuit ou infection ;
MAMA (Méthode d'allaitement maternel et de l'aménorrhée)	Consiste à utiliser l'allaitement au comme méthode temporaire de contraception	Evite la grossesse par absence d'ovulation par chute de FSH pendant l'allaitement maternel.	Efficace+++ (si aménorrhée, allaitement exclusif) Economique Renforce le lien entre mère-enfant

2.1.4.3. LES METHODES TRADITIONNELLES

A travers l'histoire, le contrôle de la fécondité s'est fait par diverses méthodes. Bien que nous commençons à l'heure actuelle à réaliser l'ampleur de l'utilisation des méthodes traditionnelles de contraception, il reste encore à déterminer l'efficacité d'un bon nombre d'entre elles. [5]

On se sert dans le monde entier d'un grand nombre de plantes et d'autre des substances pour empêcher la contraception. Le recours fréquent à ces méthodes, prouve qu'elles sont capables de régler leur fécondité et qu'ils ont depuis longtemps découvert les avantages de cette régulation. [18]

TABLEAU V: les méthodes traditionnelles[13,15,17].

TYPE	DESCRIPTION
TAFO	Il s'agit d'une ceinture mystique à multiples nœuds produite par le guérisseur. Il aurait un pouvoir contraceptif de durée illimitée tant qu'elle serait portée à la ceinture ou de durée liée aux nombres de nœuds
La toile d'araignée	Dispositif opaque, issu du tissage de l'araignée que les femmes enduit de beurre de karité pour obstruer le col.
SOKOLON TIGI YIRI	Un petit arbre qui pousse sur les ordures. Une graine avalée correspond à une année de contraception.
L'huile extraite des graines de BUCHHOLZIA MACROPHYLLA	Est censée avoir un effet oestrogénique et est utilisée par les femmes du Zaïre pour réduire les règles
LES GRAINES DE BANFORA, PLANTE AUBURKINA	Les graines ont des actions spermicides. Les agents actifs de la plupart de ces plantes utilisées pour réguler la fécondité ne sont pas identifiés. Ce qui ne signifie pas pour autant qu'ils sont sans effet.
LA COMBRETODENDION AFRICANUM	Utilisé en Côte d'Ivoire pour la contraception. Il a pour effet d'empêcher la nidation chez les rats

2.2. JUSTIFICATION DE RECHERCHE :

Dans le domaine de santé de la reproduction, le Mali figure parmi les pays à faible prévalence contraceptive en Afrique sub-saharienne, une contraception employée par 14,3% des femmes en union en âge de procréer [28].

Malgré les actions entreprises par le gouvernement, le taux de prévalence contraceptive n'a connu qu'une évolution lente entre les dernières enquêtes (**EDSM**) chez les femmes en union (15-49 ans) en dépit d'une fécondité élevée pourvoyeuse des conséquences diverses d'ordre démographiques, économiques, sociales et sanitaires. La prévalence est passée de 6.8% en 2006 (**EDS IV**) à 10% lors de l'**EDS V** en 2012 avec une demande potentielle en contraception estimée 36% dont le besoin non satisfait s'élevait à 26% des femmes en union pour des raisons diverses (soit par manque d'intérêt à la planification familiale, manque de connaissance appropriée, contraintes, peurs ou rumeurs sur les effets secondaires), en dépit de mortalité maternelle élevée (368/100000 naissances). Au cours de la dernière enquête nationale (**EDS VI**) en 2018, le taux de prévalence contraceptive est passée de 17% des femmes en union (15-49 ans) contre 36.4% des non mariées, 24% des femmes en union (15-49 ans), souhaitent espacer ou limiter les naissances mais n'utilisent pas de méthodes contraceptives modernes pour des raisons de l'inaccessibilité des services de planification familiale. La fécondité reste élevée (6.3 enfants par femme) et la mortalité maternelle et infanto-juvénile (101/1000 naissances vivantes) toujours préoccupantes.

Ces constats de la situation en PF, ont orienté le Mali avec le soutien de ses partenaires dans la mise en œuvre de son plan d'action national budgétisé (2019-2023) de route pour l'atteinte d'une prévalence contraceptive de 30% en 2023, qui devrait permettre d'éviter: 582000 grossesses non désirées, 208000 avortements à risques et 25000 décès des mères.

C'est dans cette optique nous avons initié ce travail qui s'intitule : Perception, attitude et pratique communautaire des méthodes de contraception moderne afin d'accroître la connaissance de la population et à découvrir l'importance du sujet au sein de notre commune à travers ce présent travail ;

2.3. QUESTIONS DE RECHERCHE :

- Quel est l'impact des contraintes socioculturelles sur l'utilisation des méthodes contraceptives modernes ?
- L'accès limité aux services de santé explique-t-il le faible recours à des moyens de contraception ?
- Quels sont les obstacles à l'utilisation des méthodes de contraception moderne au sein de la commune ?
- Le non utilisation est-elle en rapport avec un manque de connaissances appropriées en matière de contraception ?

2.4. HYPOTHESE DE RECHERCHE

- Les dimensions socioculturelles expliqueraient le recours limité à la contraception de la population.
- Le niveau de connaissance appropriée en contraception aurait probablement amélioré la prévalence contraceptive.
- L'accès des services, et le cout des produits empêcheraient l'utilisation des contraceptifs modernes.

III. OBJECTIFS

III. OBJECTIFS

3.1. OBJECTIF GENERAL

- ✓ Evaluer la perception et les pratiques communautaires en matière de contraception dans la commune II du district de Bamako.

3.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES

- ✓ Identifier les caractéristiques personnelles et socioculturelles de la population d'étude ;
- ✓ Déterminer la perception sur l'utilisation des contraceptifs modernes de nos enquêtées ;
- ✓ Déterminer les pratiques des utilisatrices de la contraception en commune II ;
- ✓ Déterminer l'existence de lien entre les caractéristiques personnelles socioculturelles et la connaissance et pratique contraceptive de nos enquêtées ;
- ✓ Déterminer la perception des prestataires sur l'organisation et les difficultés rencontrées ;

IV. METHODOLOGIE DE RECHERCHE

IV. DEMARCHE METHODOLOGIQUE :

4.1. Type d'étude : il s'agit d'une étude transversale ; prospective ; multicentrique.

4.2. Description et choix du site d'étude : La commune II a servi pour notre site d'étude parce qu'elle constitue une carte sanitaire satisfaisante. Le CSREF et (05) CSCOM tous équipés d'unités de PF/CPON ont servi les sites d'étude ;

▪ MONOGRAPHIE DE LA COMMUNE :

1. Historique, situation géographique et démographique :

L'histoire de la commune II est intimement liée à celle de Bamako qui a été créée vers le 17ème siècle par les NIAKATES sur la rive gauche du fleuve Niger et qui s'est développé au début d'est en ouest entre le cours d'eau Woyowayanko et Banconi.

Elle fut créée par l'ordonnance N°78-34/C.M.N.N du 18 aout 1978, couvre une superficie de **16,81km²**. Elle est située sur la rive gauche du fleuve Niger et est limitée : [18]

- Au Nord par le pied de la colline du point G ;
- A l'Est par le marigot du Koro Fina ;
- A l'ouest par la limite de la route goudronnée Boulevard du 14 peuple passant devant l'IOTA, traversant le grand marché jusqu'au pont des martyrs ;
- Au Sud par le fleuve Niger.

Elle a une population de 190.536 habitants (PDSEC/2016) soit une densité de 11.208 habitants/km². Elle occupe 7% de la surface du district de Bamako estimée à 267 km² et représente les 12,4% de sa population.

Issue du découpage administratif (la loi N° 95-008 du 11 février 1995 déterminant les conditions de la libre administration des collectivités territoriales ; et la loi N° 95-034 du 22 avril 1995 portant code des collectivités territoriales) pour une meilleure participation des populations au développement

local, compte aujourd'hui 13 quartiers : Niaréla, Bozola, Bagadadji, Médina-coura, Missira, Hippodrome, Quinzambougou, Bakaribougou, TSF, Zone Industrielle, Bougouba, Ngo mi et Konébougou. [23]

2. Situation économique et socioculturelle :

L'économie est essentiellement basée sur trois secteurs à savoir :

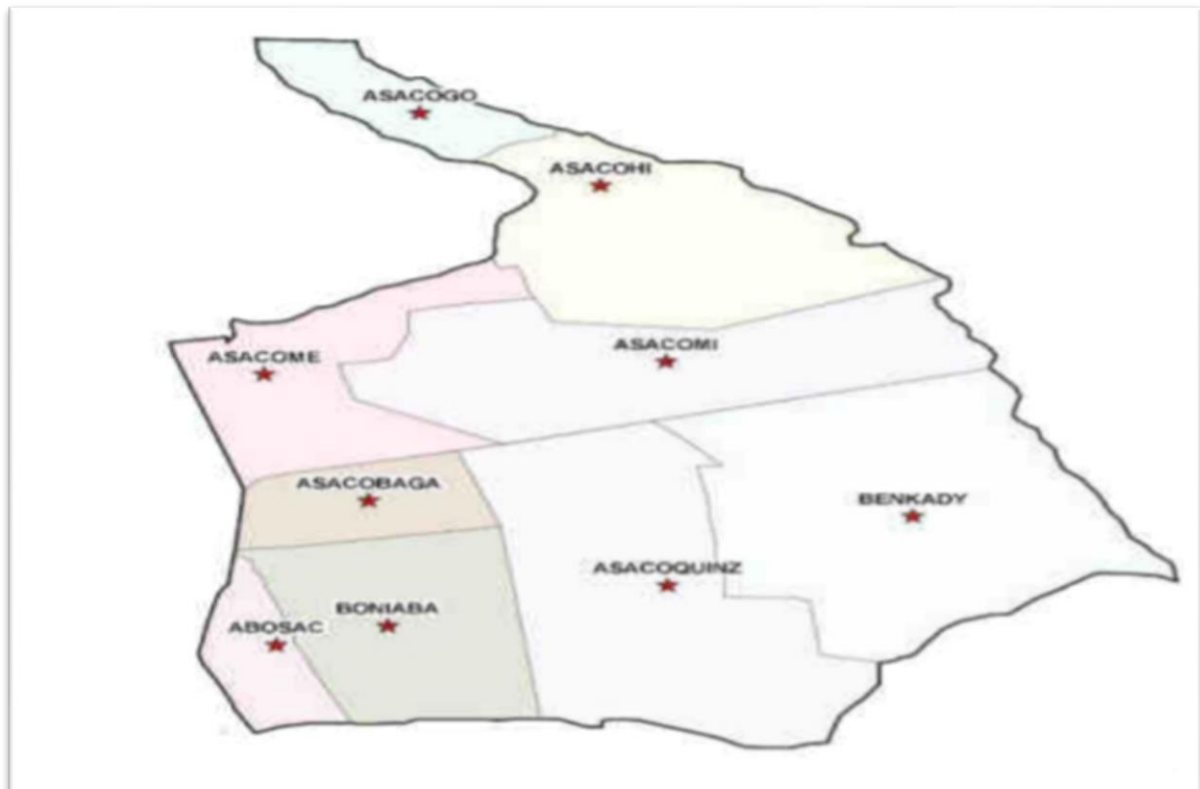
- ⇒ Le secteur primaire : agriculture, pêche et élevage ;
- ⇒ Le secteur secondaire : industrie ;
- ⇒ Le secteur tertiaire : commerce, tourisme et institution financière

L'islam étant la religion majoritaire, on compte également des communautés chrétiennes et coutumières ;

3. Situation sanitaire :

La carte sanitaire de la commune II est satisfaisante, dispose d'un CSREF (2^o niveau de référence) ; et (06) six centres de santé communautaires fonctionnels repartis (BENKADY, ABOSAC, ASACOHI, ASACOME, BONIABA, ASACOBAGA) et plusieurs structures à statut privé.

Figure 1: La carte sanitaire de la commune II. [23]



4.3. Population d'étude :

Nous avons procédé par choix raisonné pour définir la population à l'étude. En effet, l'étude a été menée auprès :

- ✓ Toutes les femmes en âge de procréer de **15-49 ans** ;
- ✓ Les prestataires de service dans les unités de PF ;

4.3.1. Critères d'inclusion :

- ✓ Toutes les femmes en âge de procréer (**15-49 ans**) ayant consulté aux sites d'étude pour une prestation ; et qui ont donné leurs accords pour participer à l'étude ;
- ✓ Les prestataires ayant accepté de participer, exerçant dans les différents centres d'étude ;

4.3.2. Critères de non inclusion :

- ✓ Toutes les femmes refusant de participer à l'enquête ;
- ✓ Les femmes n'étant pas dans la tranche d'âge concernée ;
- ✓ Hommes ;

4.3.4. Echantillonnage :

La taille a été déterminée selon la formule de Schwartz :

$$n = \frac{z^2(p \cdot q)}{i^2}$$

n = taille de l'échantillon.

z= Paramètre lié au risque d'erreur, z= 1,96 pour un risque d'erreur de 5%.

p= Prévalence de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes ; selon l'EDS VI au mali est 16%, soit p= 16%

q= 1-p, prévalence attendue des non utilisatrices, exprimée en fraction de 1. Soit q= 1- 0,16= 0,84

i = précision absolue souhaitée exprimée en fraction de 1 (i = 0,05)

Alors :

n = 206,5244 ; Ainsi nous avons décidé de partir avec : 206 choisi comme notre taille minimale.

4.4. Période d'étude :

Notre étude s'est déroulée de juin en décembre 2019

4.5. Technique et collecte des données :

4.5.1. Support :

Les supports utilisés pour la collecte des données étaient des fiches d'enquête préétablies à cet effet.

4.5.2. Technique des collectes :

Les techniques utilisées pour le choix de la cible primaire et secondaire ont été les suivantes :

- l'entretien individuel avec comme outil un questionnaire semi-directif pour les utilisatrices et prestataires (Annexes 1 et 2).
- l'entretien de groupe focalisé : C'est un moyen de recueil des informations et des points de vue. Cette méthode a été utilisée pour enrichir et compléter les données recueillies par les entretiens semi-directifs en utilisant un guide de focus group (voir annexe n°3). Deux focus groupes ont été réalisés à des milieux différents (urbain et périphérique) auprès d'autres femmes qui ont répondu aux critères préétablis et qui ont participé aux entretiens individuels approfondis (Annexe 4).

Déroulement de l'enquête :

Au début de l'étude, une prise de contact avec les différents responsables des centres d'étude (CSREF II et CSCOM) a eu lieu afin d'expliquer toutes les informations relatives à l'étude. Le jour de l'enquête, l'enquêteur se présentait dans l'un des centres selon sa disponibilité, il commence avec la première arrivante. Ainsi de suite jusqu'à l'atteinte de la taille de notre échantillon.

Les focus groups se sont déroulés en dialecte local au niveau des deux centres de santé choisis, dans des locaux privés éloignés du bruit. Le déroulement des discussions de groupe était enregistré à l'aide d'un téléphone portable après consentement éclairé des participants.

4.6. Analyse des Données :

La saisie des données et l'analyse ont été faites avec le logiciel SPSS 20 et Microsoft Word 2010 pour la rédaction du rapport. Le test de χ^2 a été utilisé pour la comparaison des propositions, le seuil de signification était de 5%.

Pour la proportion des valeurs inférieure à 5 le test exact de Fisher est souvent utilisé.

4.7. Budget d'étude :

4.8. Produits attendus : Document de Thèse

4.9. Considérations éthiques :

Nous avons reçu une double formation certifiée en langue nationale bambara et en éthique de la recherche afin d'une part de développer une communication centrée sur les aptitudes langagières des usagers des centres de service des soins. Et d'autre part de mieux aviser en matière de respect des règles et principes déontologiques, éthiques et de protection des droits, valeurs et vie privée des usagers et des prestataires.

V. RESULTATS

5.1. Résultats Quantitatifs :

5.1.1. Identification et caractéristiques sociodémographiques des utilisatrices :

5.1.1.1. L'âge :

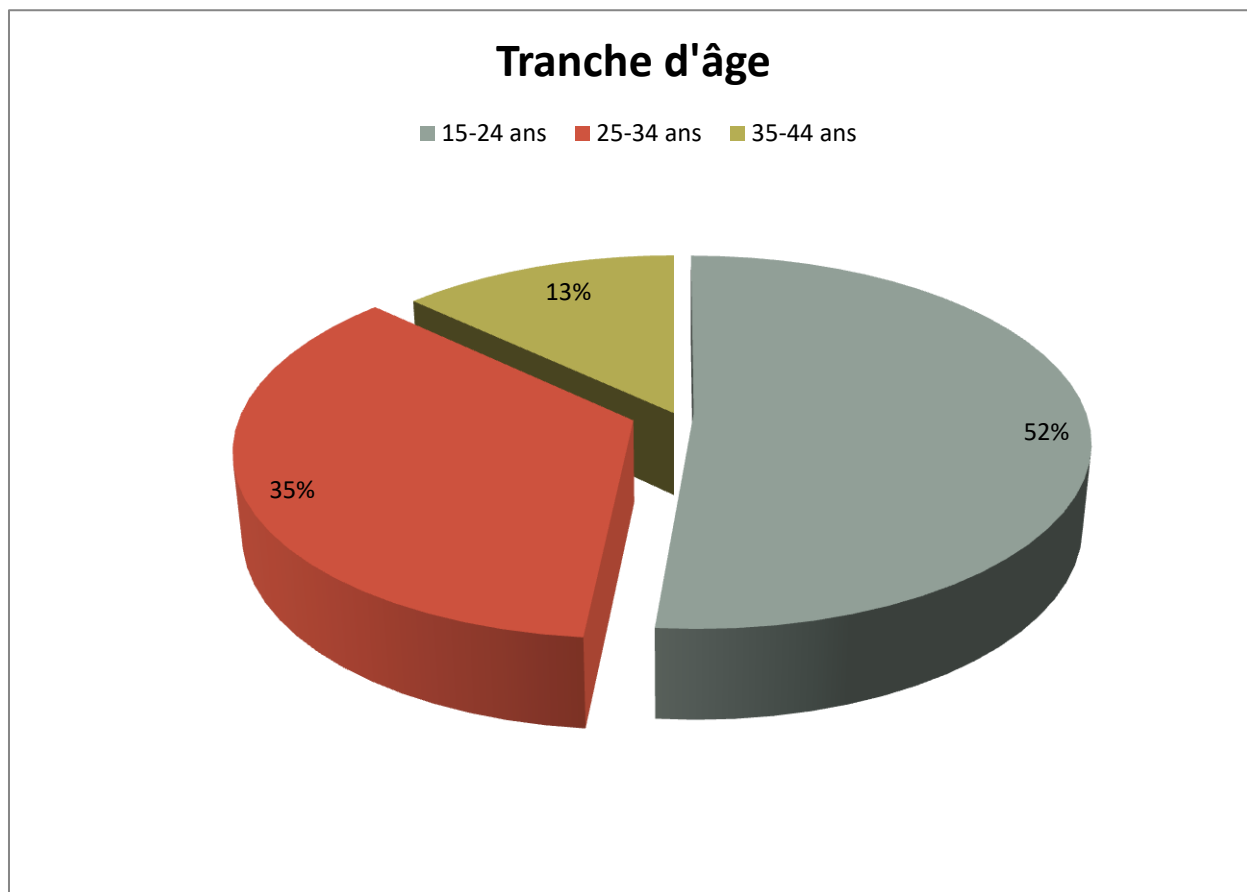


Figure 2 : Répartition des utilisatrices selon la tranche d'âge

La tranche d'âge de 15-24 ans a représenté 52% contre seulement 13% qui étaient entre 35-44 ans. L'âge moyen était 25,5 ans.

5.1.1.2. Résidence :

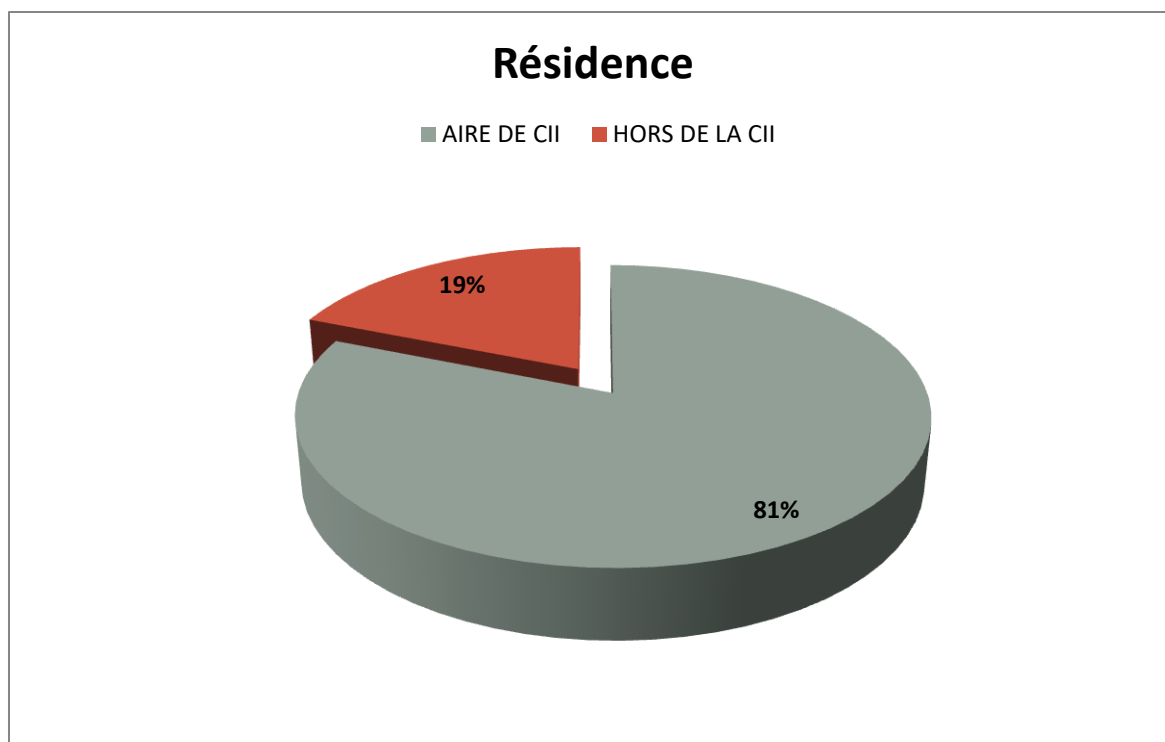


Figure 3 : Répartition des utilisatrices selon leur adresse

Les résidentes de la commune II ont représenté la majorité de notre échantillon soit 81%.

5.1.1.3 Niveau d'instruction :

TABLEAU VI: Répartition des utilisatrices selon leur niveau d'instruction.

Niveau d'étude	Effectif	Pourcentage (%)
Non alphabétisée	68	33,0
Primaire	64	31,1
Secondaire	52	25,2
Supérieur	14	6,8
Autre à préciser	8	3,9
Total	206	100,00

Trente-trois pourcent de notre échantillon étaient non alphabétisés, et seulement 6,8% avaient un niveau supérieur.

NB : Autres à préciser : école coranique

5.1.1.3. Profession

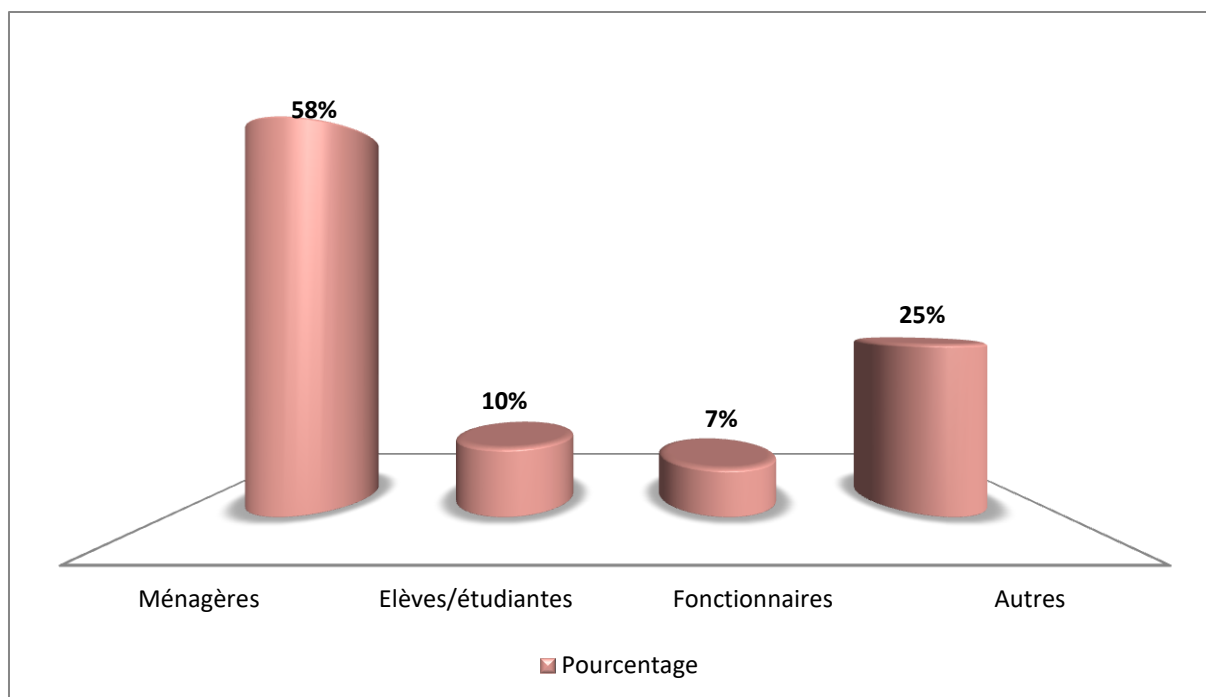


Figure 4 : Répartition des utilisatrices selon leurs professions

La majorité de notre échantillon était des ménagères : 58%, contre 10% élèves et étudiantes.

NB : Autres : Vendeuses, coiffeuses, teinturières, agent de surfaces etc.

5.1.1.5. Etat matrimonial :

TABLEAU VII: Répartition des utilisatrices selon leur statut matrimonial

Etat matrimonial	Effectif	Pourcentage (%)
Mariée monogamique	108	52,4
Mariée polygamique	53	25,7
Célibataire	41	19,9
Autre à préciser	4	2
Total	206	100,00

La majorité de notre échantillon était mariée, soit 52,4% monogamique, 25,7% polygamique, et seulement 19,9 de célibataire.

NB : autres : Fiancées.

5.1.1.6. Antécédents obstétricaux :

5.1.1.6.1. Gestité :

TABLEAU VIII: Répartition des utilisatrices selon leur Gestité

Gestité	Effectif	Pourcentage (%)
Nulligeste	23	11,2
Primigeste	49	23,8
Pauci geste	78	37,9
Multi geste	43	20,9
Grande-multi geste	13	6,3
Total	206	100,00

Les pauci gestes ont représenté 37,9 % de notre échantillon, soit une moyenne de 2,9 (Gestité).

TABLEAU IX: Répartition des utilisatrices selon leurs gestités et activité professionnelle

Activité	Gestité					Total
	Nulligeste	primigeste	Paucigeste	Multi-geste	Grande-multigeste	
Ménagère	8 6.7%	24 20%	49 40.8%	27 22.5%	12 10%	120 100%
Fonctionnaire	0 0%	2 13.3%	9 60%	3 20%	1 6.7%	15 100%
Elève/étudiant	8 40%	9 45%	3 15%	0 0%	0 0%	20 100%
Autres	7 13.7%	14 27.5%	17 33.3%	13 25.5	0 0%	51 100%
Total	23	49	78	43	13	206

La gestité des utilisatrices et leurs activités professionnelles avaient un lien statistique.

5.1.1.6.2. Parité

TABLEAU X: Répartition des utilisatrices selon leur parité

Parité	Effectif	Pourcentage (%)
Nullipare	23	11,2
Primipare	49	23,8
Pauci pare	78	37,9
Multipare	48	23,3
Grande multipare	8	3,9
Total	206	100,0

La majorité de notre échantillon était Paucipare soit 37,9%, suivi de 23,8% primipares, et seulement 3,9% des grande-multipares.

TABLEAU XI : La relation entre Parité et activité professionnelle des utilisatrices

Activité	Gestité					Total
	Nullipare	primipare	Paucipare	Multi- pare	Grande- multipare	
Ménagère	8 6.7%	24 20%	49 40.8%	31 25.8%	8 6.7%	120 100%
Fonctionnaire	0 0%	2 13.3%	9 60%	4 26.7%	0 0%	15 100%
Elève/étudiant	8 40%	9 45%	3 15%	0 0%	0 0%	20 100%
Autres	7 13.7%	14 27.5%	17 33.3%	13 25.5	0 0%	51 100%
Total	23	49	78	43	8	206

La relation entre la parité et la profession était significative.

5.1.1.6.3. Intervalle inter génésique (IIG) :

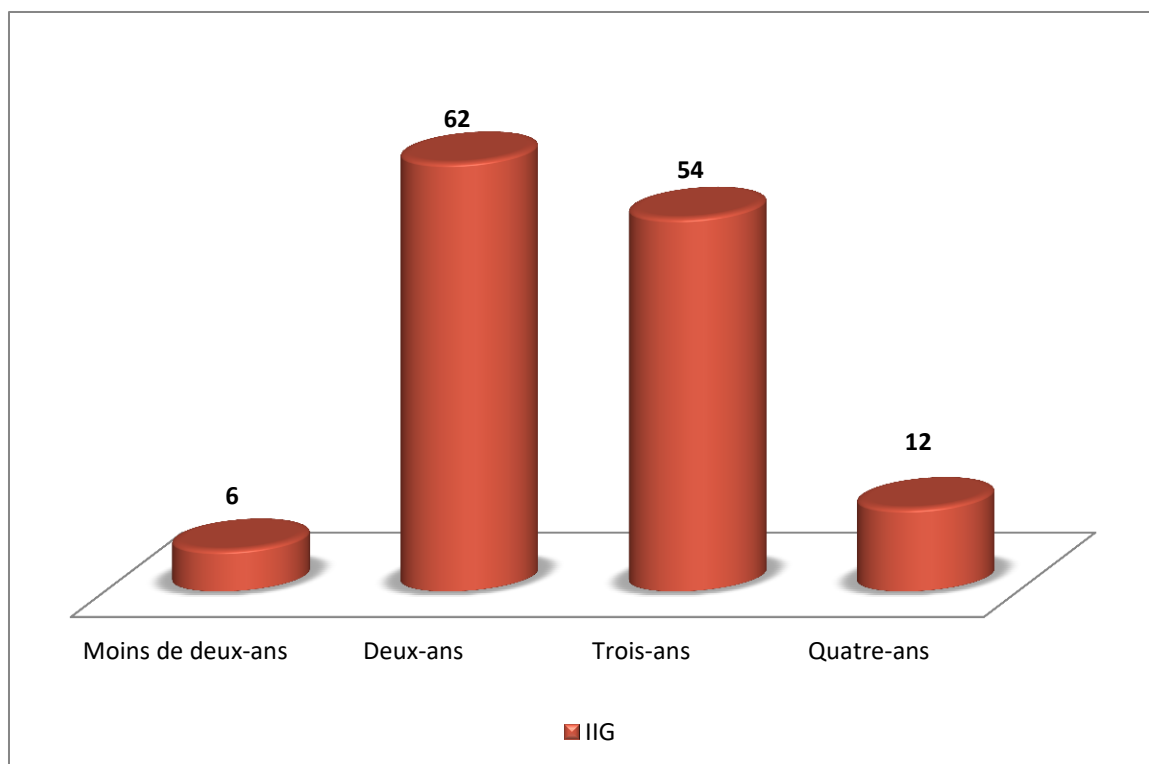


Figure 5: Répartition des utilisatrices selon l'intervalle entre les naissances.

Il ressort de ces résultats que deux ans d'intervalle entre les naissances était le plus représenté soit 46,3%, suivi 40,3% d'intervalle de trois ans, et seulement une moyenne de 2,33 ans de notre échantillon.

5.1.2. Connaissance de la planification familiale

5.1.2.1 Planification familiale

TABLEAU XII: Répartition des utilisatrices selon leur perception sur la planification familiale

Perception sur la planification familiale	Effectif	Pourcentage(%)
Espacement des naissances	142	68,9
Limitation, et ou évitement des naissances	47	22,8
Espacer, limiter, et éviter les naissances	17	8,3
Total	206	100,0

L'espace des naissances a représenté 68,9% de notre échantillon approché sur leur perception sur la planification familiale.

5.1.2.2. Source d'information :

TABLEAU XIII: Répartition des utilisatrices selon leurs sources d'information.

Source d'information	Effectif	Pourcentage (%)
Agent de santé	122	59,2
Radio/télé (Media)	29	14,1
Amie ou voisine	47	22,8
Autre à préciser	8	3,9
Total	206	100,0

Agents de santé ont représenté 59,2% des sources d'information des utilisatrices, suivi de 22,8% Amie/Voisine, soit 14,1 Radio/télé.

NB : Parent, mari etc.

5.1.2.3. Personne visée :

TABLEAU XIV: Perception des utilisatrices selon les personnes visées par la contraception

Personnes concernées	Effectif	Pourcentage (%)
Personnes mariées	41	19,9
Célibataires	4	1,9
Tous les deux	160	77,7
Ne sais pas	1	0,5
Total	206	100,0

La majorité de notre échantillon a cité en même temps les deux premières (mariées et célibataires) soit 77,7%.

5.1.2.4 Connaissance des méthodes de contraceptions

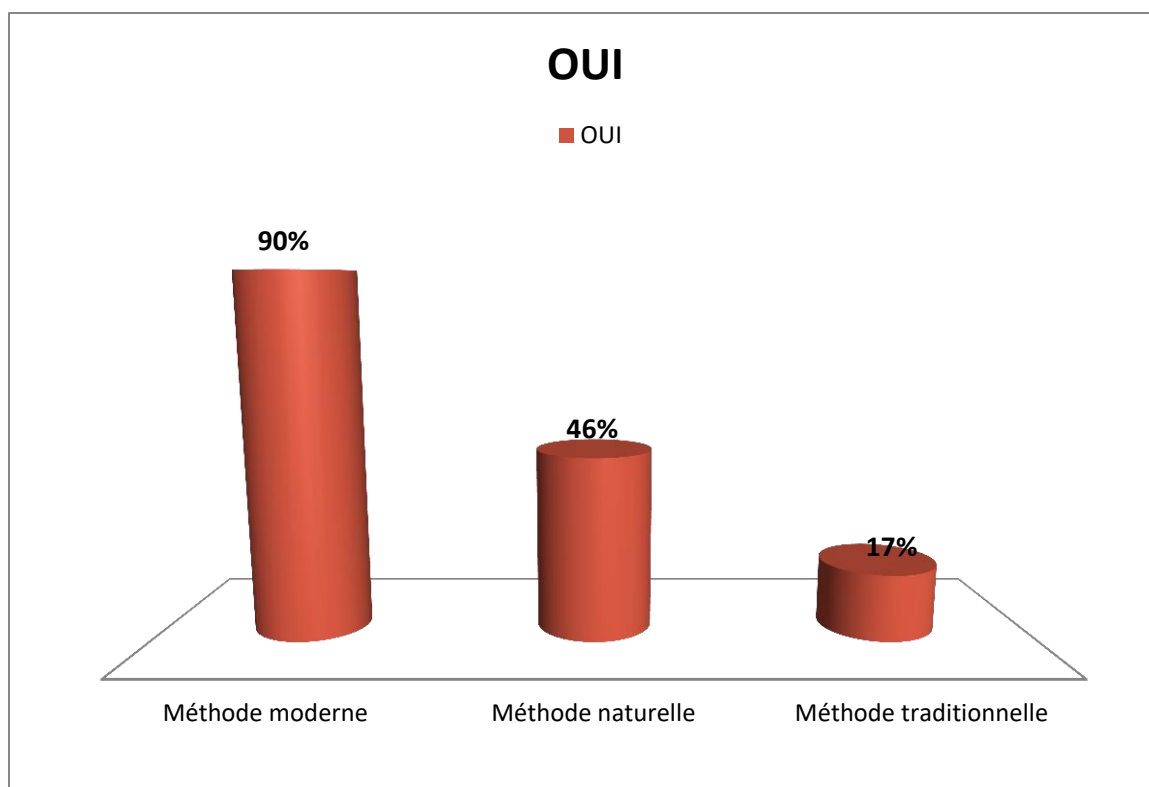


Figure 6: Répartition des utilisatrices selon la connaissance des méthodes contraceptives.

Il ressort des réponses obtenues de nos enquêtées que la méthode moderne est la plus connue soit 90% de l'échantillon, suivie de la méthode naturelle soit 46%, et seulement la méthode traditionnelle était 17% de notre échantillon.

5.1.2.4.1 Connaissance descriptive des méthodes modernes

TABLEAU XV: Répartition des utilisatrices sur la connaissance descriptive des méthodes modernes.

Méthodes modernes	Effectif	Pourcentage (%)
Injections	44	21,3
Implants	69	33,5
DIU	6	3
Pilule	18	8,7
Réponses multiples	49	23,6
NSP	20	10
Total	186	100

Les méthodes les plus connues étaient les implants et les injections soit 33,5% et 21,3% respectives,

NB : la connaissance de plusieurs méthodes citées a représenté 23,6% de notre échantillon, et 10% des participantes n'avaient pas connaissance d'une méthode moderne (NSP).

5.1.2.4.2 Niveau d'instruction et connaissance de la méthode moderne :

TABLEAU XVI: Répartition des utilisatrices selon le niveau d'instruction et connaissance de la contraception moderne

Niveau d'étude		Méthode moderne		Total
		OUI	NON	
Non alphabétisée	Effectif	61	7	69
	Pourcent	89.7	10.3	100
Primaire	Effectif	59	5	64
	Pourcent	92.2	7.8	100
Secondaire	Effectif	46	6	52
	Pourcent	88.5	11.5	100
Supérieur	Effectif	13	1	14
	Pourcent	92.9	7.1	100
Autres	Effectif	7	1	8
	Pourcent	87.5	12.5	100
Total		186	20	206

Il ressort de ce tableau que la grande proportion des utilisatrices ayant connaissance à la contraception moderne avait au moins un niveau primaire soit 67,3% dans notre série.

5.1.2.5. Responsabilité au recours à la contraception au sein du couple :

TABLEAU XVII: Perception des utilisatrices sur la responsabilité de contraception au sein du couple.

Responsabilité du PF	Effectif	Pourcentage (%)
Homme	56	27,2
Femme	49	23,8
Tous les deux (couple)	85	41,3
Ne sais pas	16	7,8
Total	206	100,0

La majorité de notre échantillon a affirmé que la planification familiale au sein du foyer est la responsabilité du couple soit 41,3%.

5.1.2.6. Avantage : «Y a-t-il des avantages liés à la contraception moderne »

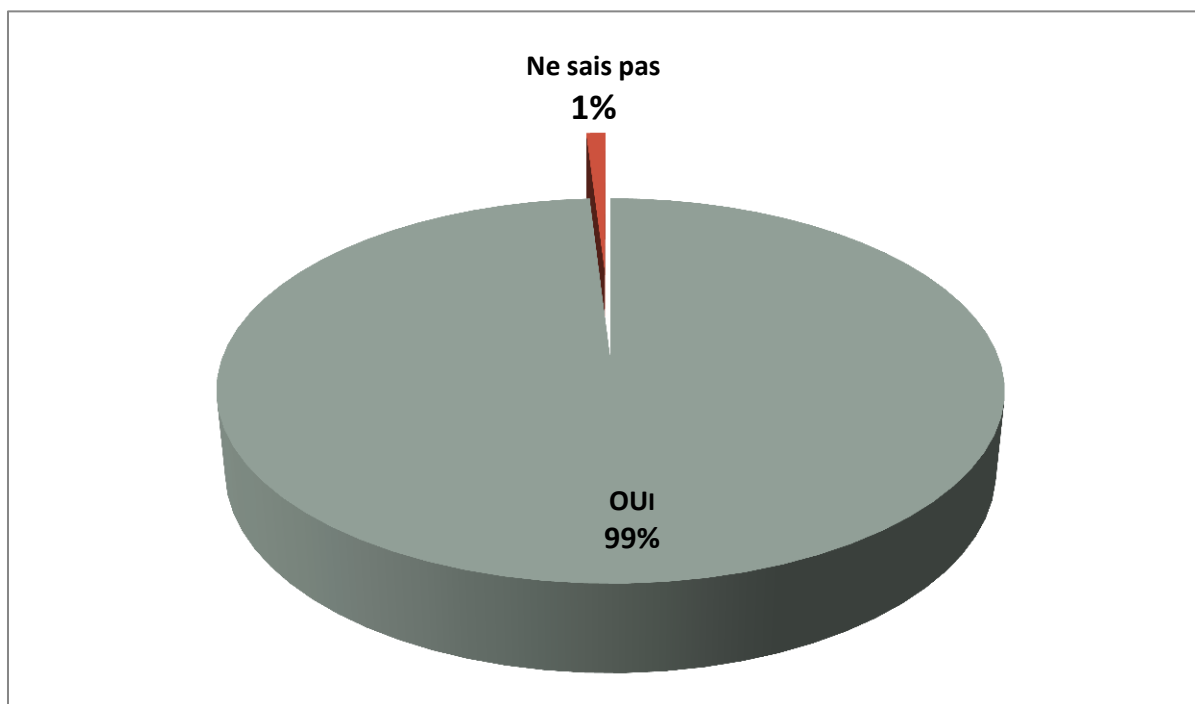


Figure 7: Répartition des utilisatrices selon leur opinion sur l'avantage de la contraception.

La majorité des utilisatrices trouvait la contraception avantageuse soit 99% de notre échantillon d'étude.

5.1.3. Participation à la contraception

5.1.3.1. Perception sur l'utilisation de la contraception moderne :

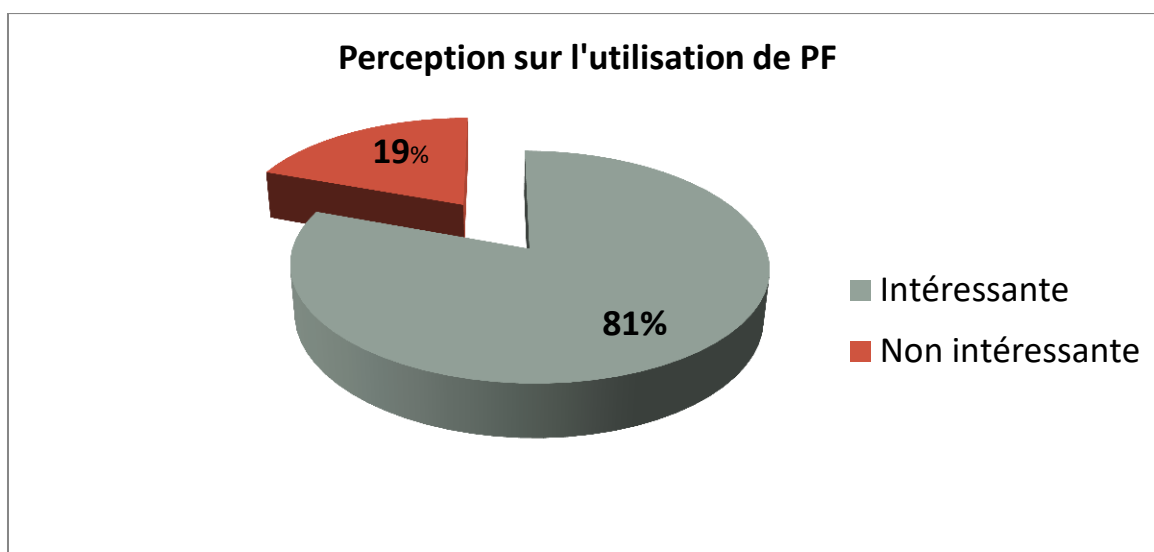


Figure 8 : Perception sur l'utilisation de la contraception

La majorité de nos enquêtés était d'avis et trouvait intéressante la contraception moderne soit 80,6%.

5.1.3.2. Répartition des utilisatrices selon une pratique antérieure de la contraception

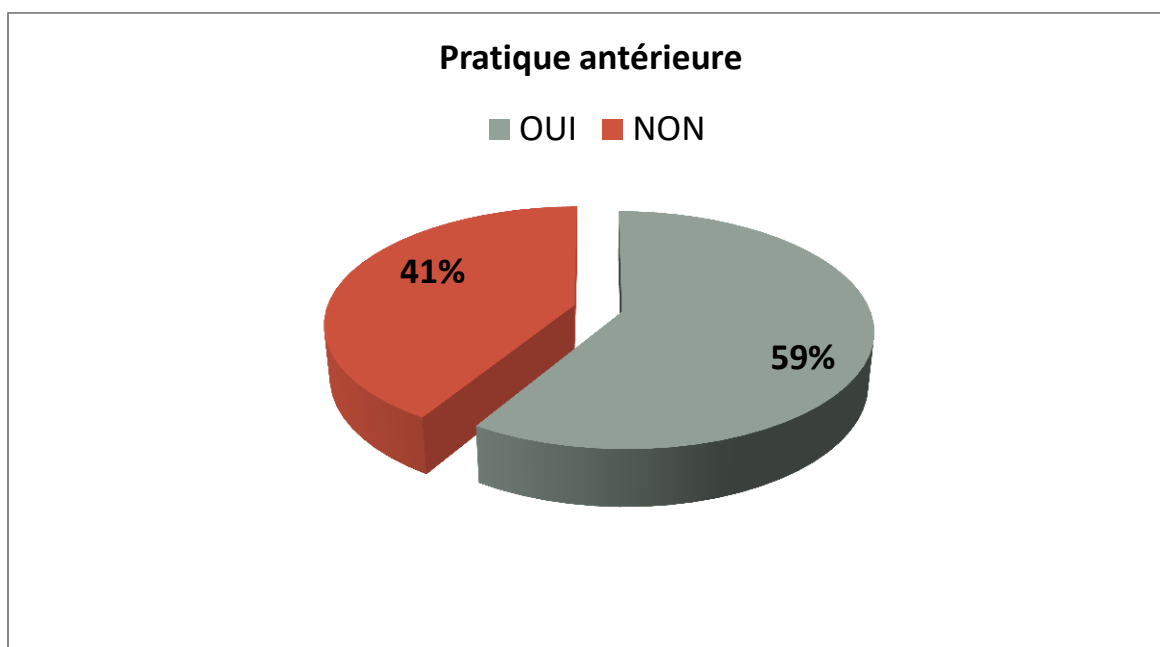


Figure 9: Répartition des utilisatrices selon leur utilisation antérieure de la contraception moderne.

La majorité de notre échantillon était des anciennes utilisatrices soit 58,7%.

TABLEAU XVIII: répartition des utilisatrices selon la raison de non pratique antérieure.

Raison	Effectif	Pourcentage (%)
Manque d'info	42	49,4
Refus du conjoint	13	15,3
Raison personnelle	28	32,9
Autres à préciser	2	2,4
Total	85	100,0

Le manque d'information a représenté 49,4% des raisons de non pratique antérieure de la contraception moderne.

5.1.3.3. Pratique actuelle de la contraception moderne

TABLEAU XIX: Répartition des utilisatrices selon la méthode actuelle pratiquée.

Méthodes	Effectif	Pourcentage (%)
Injectable	42	20,4
Implant	109	52,9
DIU	29	14,1
Pilule	26	12,6
Total	206	100,0

Les méthodes les plus utilisés étaient les implants et les injectables soit 52.9% et 20.4% respectivement.

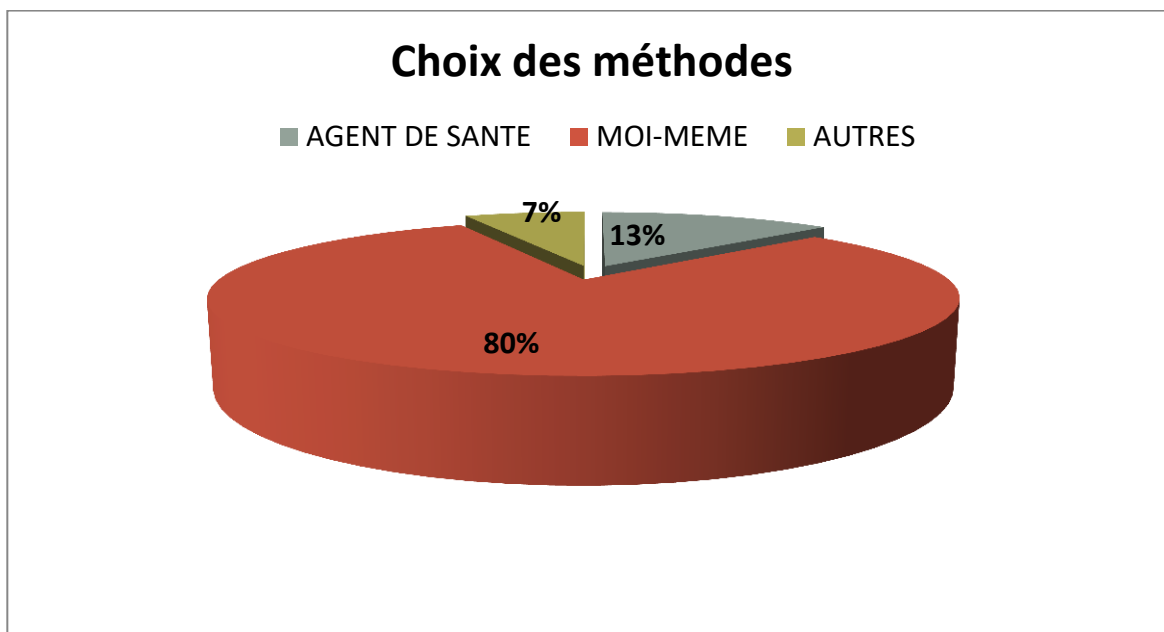


Figure 10 : répartition des utilisatrices selon le choix de la méthode.

Le libre choix a représenté 80,1% de notre échantillon d'étude.

NB : Autres : Amie, parent, mari etc.

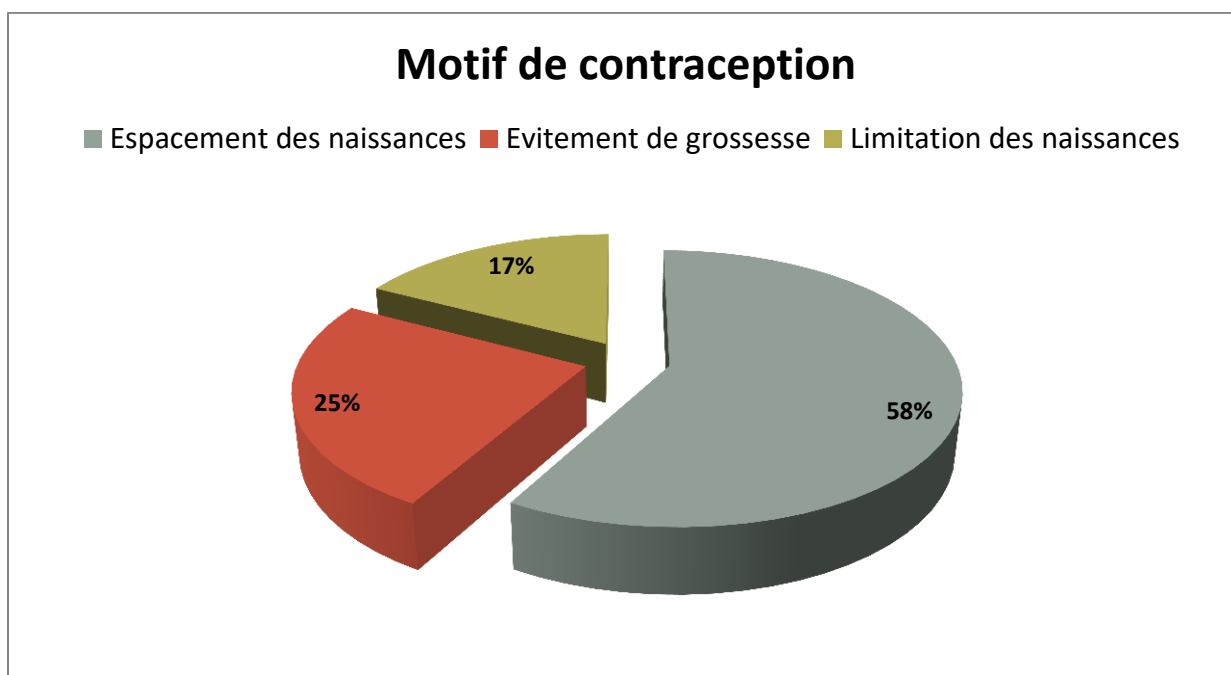


Figure 11 : Répartition des utilisatrices selon leurs motifs

Espacement des naissances a représenté la majorité de notre échantillon soit 64%, suivi d'évitement de grossesse soit 27%, et seulement 9% pour limiter la naissance

5.1.3.4. Pratique contraceptive et accord de mari ou partenaire

TABLEAU XX: Répartition des utilisatrices selon l'accord de mari ou partenaire

Avez-vous déjà pratiqué		Accord de mari			TOTAL
		OUI	NON	NSP	
OUI	Pourcentage	61%	34%	5%	100%
	Effectif	74	41	6	121
NON	Pourcentage	36%	52%	12%	100%
	Effectif	31	44	10	85
Total	Pourcentage	51%	41%	8%	100%
	Effectif	105	85	16	206

La lecture de ce tableau nous montre que : la majorité de nos enquêtés ayant déjà pratiqué la contraception ont reçu l'accord de leur mari soit (61%), ce qui est statistiquement significatif.

5.1.3.5. Accès et contraception :

TABLEAU XXI : Accès de service et pratique contraceptive

Accès de service		Avez-vous déjà pratiqué la		TOTAL
		contraception		
		OUI	NON	
Facile	Effectif	62	43	105
	Pourcentage	59%	41%	100%
Moins facile	Effectif	58	40	98
	Pourcentage	59.2%	40.8%	100%
Difficile	Effectif	1	2	3
	Pourcentage	33.3%	66.7%	100%
TOTAL		121	85	209

La lecture de ces résultats montre : L'absence de lien entre l'accès et pratique contraceptive pour une valeur de risque (alpha) 5%.

5.1.3.6. Cout et pratique contraceptive

TABLEAU XXII : Perception des utilisatrices sur le cout de la contraception

Le prix vous semble-t-il raisonnable		Utilisation actuelle de la contraception				Total
		Injectables	Implants	DIU	Pilule	
OUI	Effectif	24	38	20	21	103
	Pourcentage	23.3%	36.9%	19.4%	20.4%	100%
NON	Effectif	18	62	8	5	93
	Pourcentage	19.4%	66.7%	8.6%	5.4	100%
NSP	Effectif	0	9	1	0	10
	Pourcentage	0.0%	90.0%	10.0%	0.0%	100%
Total		42	109	29	26	206

Le lien entre pratique contraceptive et le prix était statistiquement significatif pour un risque (alpha : 5 %).

5.1.3.7. Source de procuration :

TABLEAU XXIII: Répartition des utilisatrices selon leur source de procuration.

Source de procuration	Effectif	Pourcentage (%)
Cscom	144	69,9
Cs réf CII	58	28,2
Pharmacie privée	4	1,9
Total	206	100,0

Les Cscom ont été les plus évoqués soit 69,9% dans notre étude.

5.1.3.8. Satisfaction :

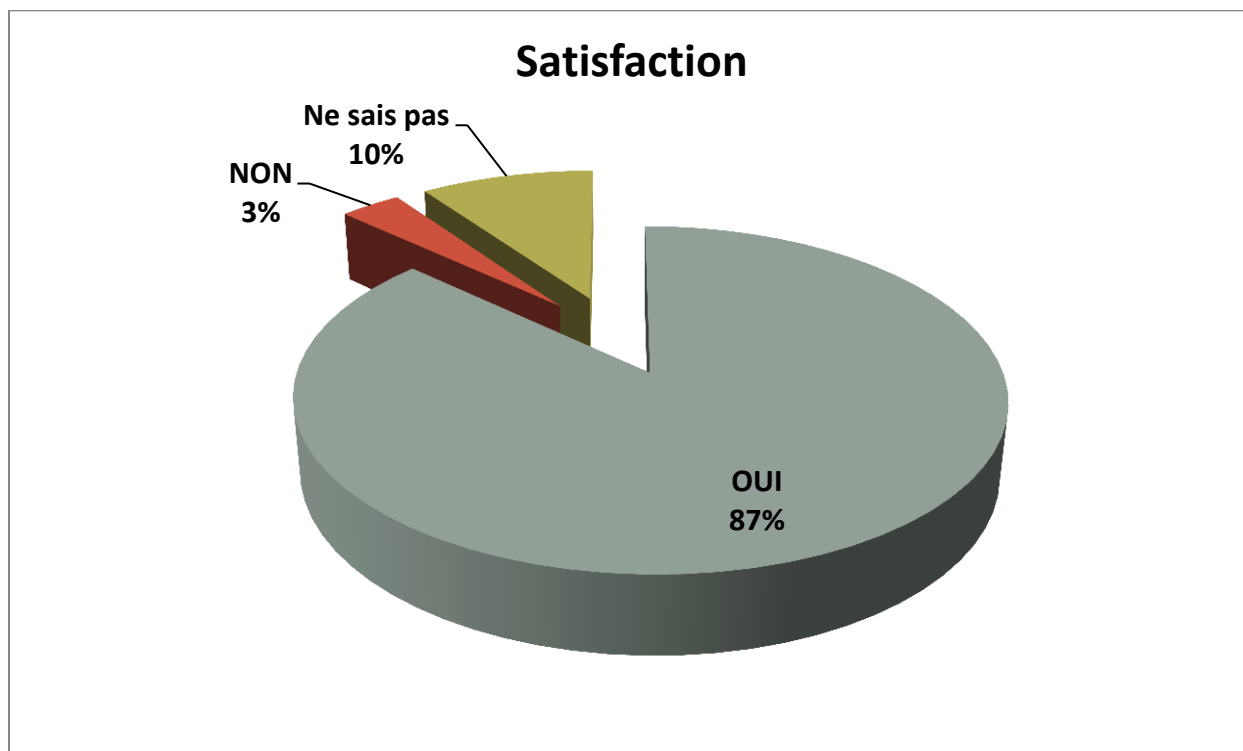


Figure 12 : Perception des utilisatrices sur leur satisfaction sur la contraception

La majorité de nos enquêtées était satisfaite de la contraception moderne soit 80,6% des cas.

5.1.3.9. Changement et ou abandon de méthode :

TABLEAU XXIV: Répartition des utilisatrices selon l'abandon ou changement de méthode.

Changement ou abandon	Effectif	Pourcentage (%)
OUI	118	57,3
NON	88	42,7
Total	206	100,0

La majorité de notre échantillon a affirmé avoir changé ou abandonné une méthode soit 57,3% des cas.

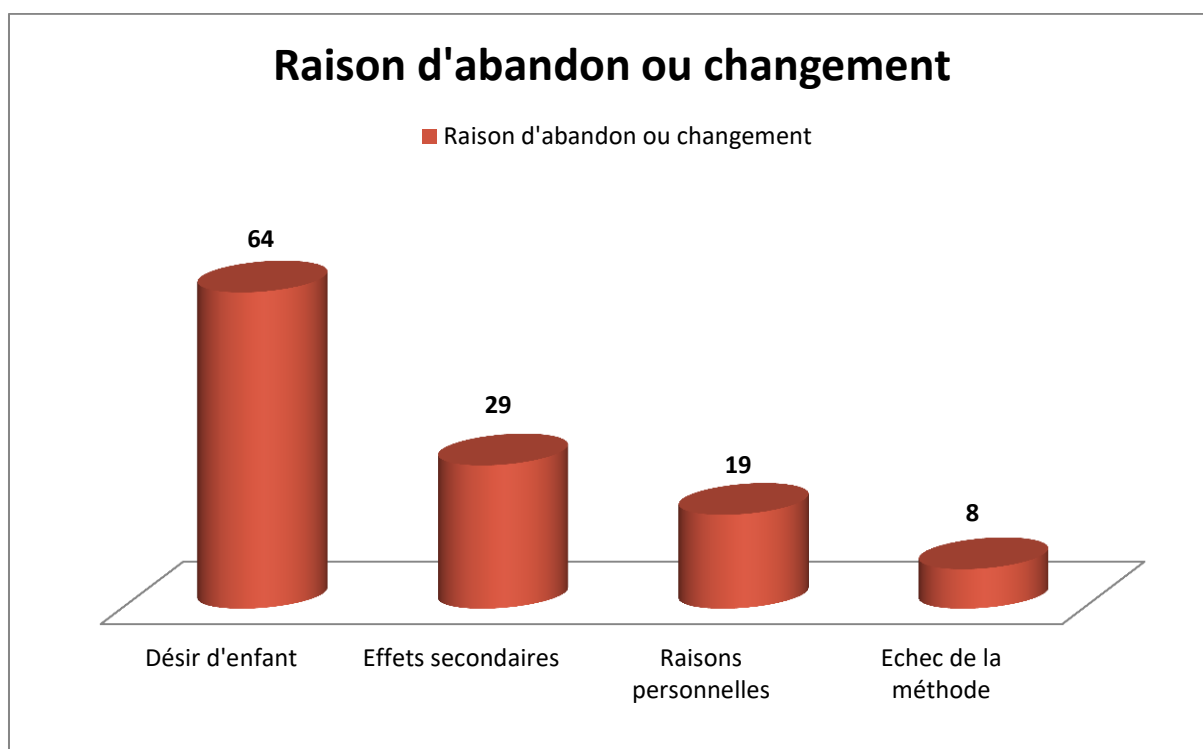


Figure 13 : répartition des utilisatrices selon les raisons d'abandon et ou changement de méthode.

Le désir d'enfant a représenté 53,3%, suivi 24,2% effets secondaires, soit 15,8% des raisons personnes, et seulement soit 6,7% des échecs de méthode.

5.1.4. Perception des utilisatrices sur l'organisation des unités de planification familiale :

5.1.4.1. Perception sur la qualité de services :

TABLEAU XXV : Répartition des utilisatrices selon leurs opinions sur la qualité de services

Opinions	Effectif	Proportion (%)
Accès de service		
Facile	104	50.9
Moins facile	98	47.6
Difficile	3	1.5
Accueil		
Bon	202	98
Mauvais	4	2
Entretien convenable		
OUI	180	87
NON	18	9
NSP	8	4
Endroit convenable		
OUI	171	73
NON	47	23
NSP	8	4
Cout des produits contraceptifs		
Abordable	107	52
Non abordable	96	47
NSP	3	1

Il ressort de ces résultats que La majorité de notre échantillon a trouvé l'accès facile soit 50,9, contre seulement 1,5% qui trouve l'accès difficile. Le bon accueil a représenté 73,3% de notre échantillon. L'entretien confortable a été le plus cité soit 87%. La majorité de notre échantillon soit 73% a conclu que l'endroit de prestation était convenable. (52%) des enquêtées ont conclu à un cout abordable (consultation et produits).

5.1.4.2. Cout du service :

TABLEAU XXVI : Le cout des produits de contraception.

Produits	Unité	Prix
Pilule	1 plaquette	100Fcfa
DIU	1	1500Fcfa
Injectable	1	300Fcfa
Implant	1	2500Fcfa
Collier du cycle	1	200Fcfa
Préservatif	1	25Fcfa

Les implants et DIU sont les plus couteux soit 2500 franc et 1500 franc respectivement.

5.1.4.3. Opinion des utilisatrices sur les difficultés de services de contraception :

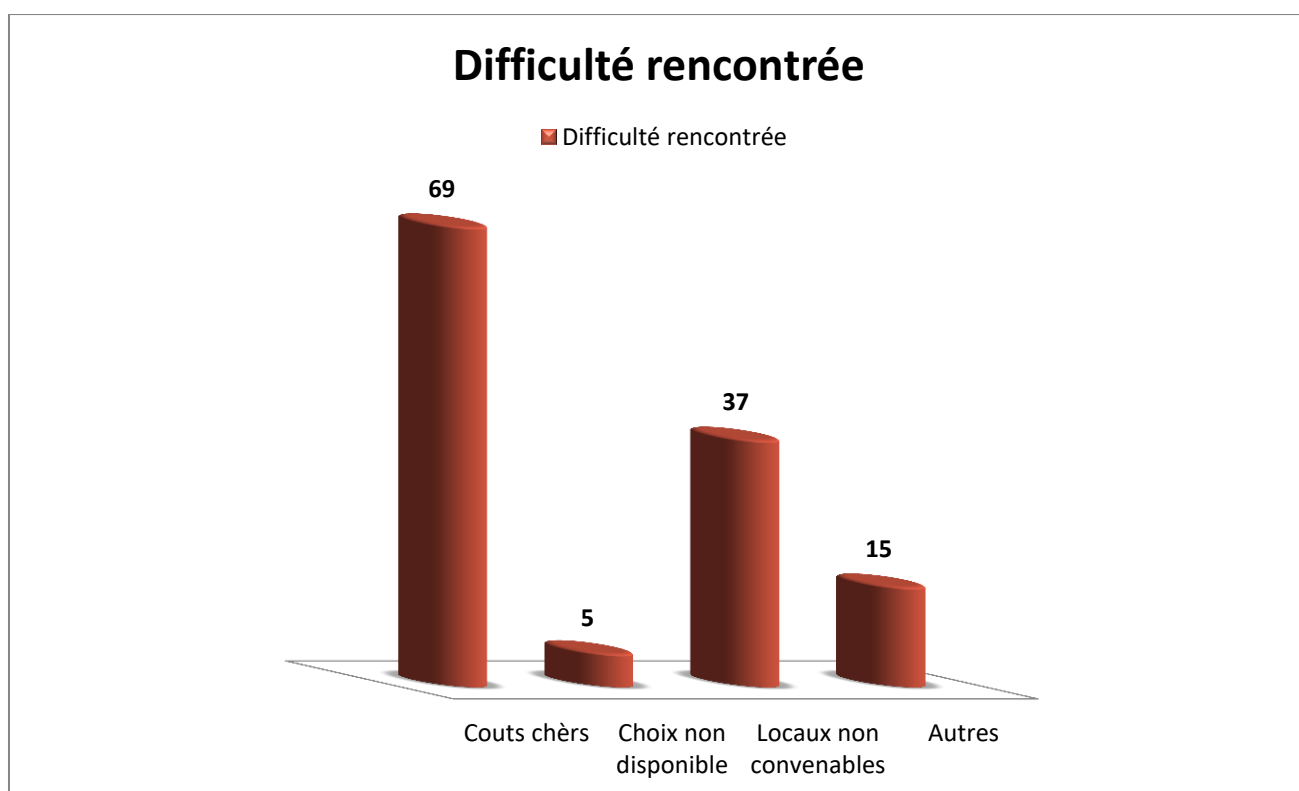


Figure 14 : Répartition des utilisatrices selon les difficultés rencontrées.

L'inaccessibilité des services (couts) a été la plus constatée soit 54,8.

5.1.5. Observation des prestataires :

L'étude a porté sur 09 prestataires sur nos différents sites tous interrogés à l'aide d'un même questionnaire sur les points suivants :

5.1.5.1. Grade des prestataires :

TABLEAU XXVII: Répartition des prestataires selon leur grade dans le service.

Grade	Effectif	Pourcentage (%)
Sage-femme	7	77,8
Infirmière	1	11,1
Aide-soignante	1	11,1
Total	9	100,0

Les sages-femmes ont été les plus représentées soit 77,8% de notre échantillon, suivi des grades infirmière et aide-soignante soit 11,1% respectivement.

5.1.5.4.2 Formation des agents et organisation des services de planification familiale

TABLEAU XXVIII: Formation des agents et organisation des services selon les prestataires.

Organisation des services	Effectif	Proportion (%)
Formation reçue		
OUI	8/9	88,9
NON	1/9	11,1
Locaux et organisations nécessaires		
OUI	8/9	88,9
NON	1/9	11,1
Continuité des produits et matériels nécessaires		
OUI	6/9	66,7
NON	3/9	33,3
Attitude en présence des clientes		
Bon accueil	4/9	44,4
Bon entretien	0/9	0
Bon accueil et entretien	5/9	55,6
Rencontre de difficulté		
OUI	6/9	66,7
NON	3/9	33,3

Il ressort de ces résultats que la majorité de nos prestataires a réussi une formation en matière de Pf soit 88,9%, contre 11,1% n'ayant pas réussie de formation. (88,9%) de nos prestataires ont estimé avoir des locaux et organisations nécessaires pour offrir des services de qualité. (66,7%) ont affirmé de recevoir continuellement des produits et matériels nécessaires.

Le bon accueil et le bon entretien ont été l'attitude de la plupart de nos prestataires soit 55,6% devant la présence d'une cliente. (66,7%) ont affirmé avoir des difficultés au cours de ces activités.

5.1.5.4.3. Difficultés : l'opinion des prestataires sur les difficultés rencontrées

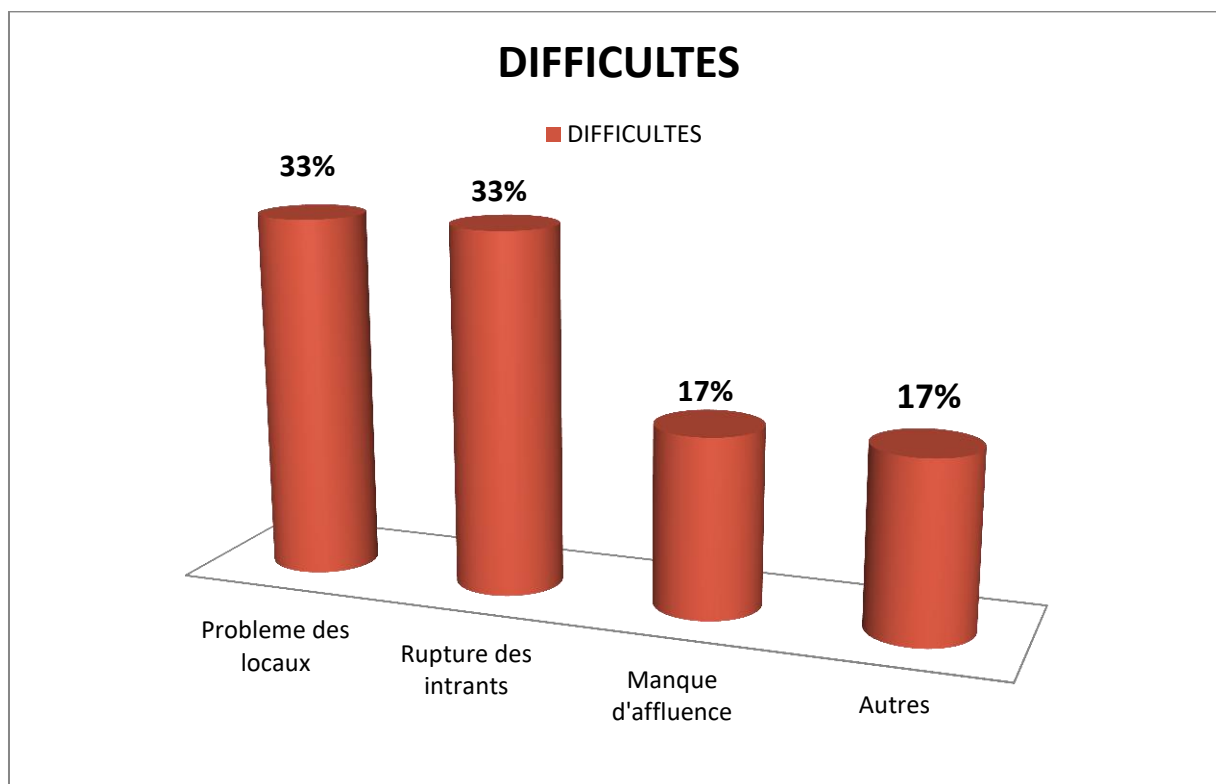


Figure 15 : Répartition des prestataires selon les difficultés des services. Les problèmes locaux et ruptures des intrants ont été les difficultés les plus citées.

5.2. Etude qualitative :

Nous avons réalisé quatorze entretiens individuels approfondis. Pour renforcer et enrichir ces données deux focus groups ont été constitué à deux endroit différents composés de sept (07) participantes chacune utilisant ou pas la contraception sélectionnées de façon aléatoire.

Le premier focus group a été réalisé au Cscm de Ngomi, un quartier périphérique de la commune II. Le second réalisé au Cscm de Bakaribougou, un quartier urbain de la commune.

5.2.1. Caractéristiques sociodémographiques :

TABLEAU XXIX: Caractéristiques sociodémographiques du GROUP FOCUS 1

N° des participantes	Age/an	Etat matrimonial	Profession	Parité
P1	30	Mariée polygame	Jardinière	Paucipare
P2	26	Mariée polygame	Ménagère	Multipare
P3	38	Mariée monogame	Vendeuse	Grande multipare
P4	19	Mariée monogame	Ménagère	Paucipare
P5	18	Mariée monogame	Ménagère	Paucipare
P6	29	Mariée monogame	Ménagère	Multipare
P7	26	Mariée monogame	Ménagère	Paucipare

L'âge extrême des participantes était 18 et 38 ans, toutes mariées à majorité monogamique (5/7), paucipares (4/7) et ménagères de foyer.

TABLEAU XXX : Caractéristiques sociodémographiques du GROUP FOCUS 2

N° des participantes	Age/an	Etat matrimonial	Profession	Parité
P1	34	Mariée monogame	Agent commercial	Multipare
P2	20	Mariée monogame	Elève	Primipare
P3	26	Mariée monogame	Ménagère	Paucipare
P4	27	Mariée monogame	Ménagère	Paucipare
P5	24	Mariée monogame	Elève	Paucipare
P6	36	Mariée monogame	Ménagère	Grande-multipare
P7	38	mari	Ménagère	Multipare

Les extrémités d'âge étaient 20 et 38 ans, de profession ménagère à grande partie (4/7). La majorité était des mariées monogamiques paucipares.

5.2.2. Connaissance de la contraception :

⇒ Définition et avantage :

Les deux focus groups ont répondu connaître le sens de la planification familiale comme : l'espace des naissances. Et pensent qu'elle assure la santé de la mère et de l'enfant.

⇒ Source d'information :

Les participantes des deux groupes ont cité dans l'ordre : Agent de santé et médias (radio/télé).

⇒ Connaissance des méthodes modernes

Les méthodes injectables (4/7) et les implants (3/7) ont été les plus citées en premier lieu, ensuite les pilules et DIU dans le groupe 1. Contrairement au

groupe 2, les méthodes les plus citées ont été dans l'ordre suivant : Les implants, injectables, pilules, DIU.

⇒ Responsabilité de la planification familiale

Les deux groupes ont conclu à un accord conjugal à majorité.

<<... Le recours à la contraception au sein du foyer résulte d'un accord du couple... >> P1 du Group focus 1.

<<... C'est une responsabilité conjugal, car faire des enfants dans un couple c'est le vouloir et la décision de la femme autant que le mari pour la réussite de la grossesse...>>. P group focus 2

Cependant une minorité (2/7) du groupe 2 pensent autrement : << ... C'est la femme qui décide de faire, car c'est elle qui endure la grossesse ...>> P2

5.2.3. Utilisation des contraceptifs modernes :

⇒ Perception sur l'utilisation des contraceptifs modernes :

La grande majorité des participantes (12/14) avaient une opinion favorable et d'accord sur l'usage des contraceptifs modernes contre une infime partie (2/14) l'appréciait moins intéressant pour ses effets indésirables.

<< ...Moi je la trouve bonne car ça permet d'assurer le bien-être de la famille...>> P2 group focus 1

P4 group focus 2 : <<...Très intéressante pour la santé de la famille mère et enfant...>>

<<...En tenant compte de ces inconvénients et effets indésirables imputables, ils restent moins intéressants.... >> P6 group focus 2

⇒ Méthode utilisée, raison et satisfaction :

Parmi nos participantes les utilisatrices (10/14) ont représenté la majorité. Les méthodes les plus utilisées ont été dans l'ordre suivant : les injectables (4/6) et les Implants (2/6) dans le groupe I, contrairement dans le groupe II DIU (2/4), Implant (1/4), Injectable (1/4).

Les raisons évoquées ont été l'espacement des naissances (9/10) et limiter la naissance (1/10). Toutes les participantes étaient satisfaites de l'usage

⇒ Obstacles à la pratique de contraception dans le milieu :

Les obstacles cités comme frein à l'utilisation de la contraception dans le groupe 1 : refus des maris, suivi des effets secondaires et conséquences tardives. Le plus cité était le refus des maris.

Cependant la majorité du group focus 2 ont cité les effets indésirables liés au produits comme obstacle à la contraception.

<< ...Moi mon mari refuse que je pratique la contraception >> P1
group focus 1

<<...Mon mari m'avait dit d'arrêter après mon quatrième enfant, mais je ne l'ai pas écouté jusqu'à ce que intervienne ma mère disant qu'elle ne me pardonnerait pas si je continu avant de décéder, dès lors j'ai cessé... >> P3 group focus 1

<< ...Certains ont peur de ces conséquences comme troubles des règles, malaises...>> P3 group focus 2

VI
COMMENTAIRES ET
DISCUSSION

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

6.1. DIFFICULTES

Au cours de ce travail nous avons été confrontés à certaines difficultés d'ordres financiers et humains. Il s'agit entre autres :

- ✓ Moyens de déplacement dans les différents sites d'étude, la confection des fiches d'enquête ;
- ✓ Difficultés de communication avec certaines utilisatrices ;
- ✓ Refus de certaines femmes à participer ;

6.2. Caractéristiques sociodémographiques :

Age :

Nous avons pris la tranche d'âge de 14 à 45 ans comme étant celles des femmes en âge de procréer.

L'âge moyen était 25,52 avec un écart type à 6,575. Les plus jeunes âges étaient de 15 ans, les plus âgées étaient de 40 ans. La tranche d'âge de 15-24 ans était la plus représentée avec 52%. (70,4%) des clientes sont âgées de moins de 30 ans.

Ces résultats mettent en évidence une forte proportion des jeunes dans notre population comme ceux de L'EDS (VI) au Mali qui a trouvé 57% des moins de 30 ans.

Notre proportion est comparable avec ceux SEKOU F [20] en 2016 et BAGAYOGO M [8] en 2019 qui avaient trouvé une moyenne d'âge 28 et 26,2 respectivement à Bamako.

Statut matrimonial :

Les femmes mariées ont représenté de 78,1%, contre 19,9% des célibataires, et seulement 2% pour autres (fiancées). Les célibataires fréquentent moins les services de PF que les mariées, et auraient probablement honte de dévoiler leur vie sexuelle aux prestataires qui sont le plus souvent âgées qu'elles, d'où la préférence d'autres itinéraires (officines : Injectables, pilules, condoms...).

Ces taux sont comparables à ceux de SIDIBE I à Yanfolila [21] qui avait trouvé 79,5% des femmes mariées contre 8,7% des célibataires, mais nettement supérieurs à ceux trouvés par F SEKOU en commune V du district de Bamako [20], soit 74% des mariées contre 26% des célibataires.

Au Sénégal M LEYE et collaborateurs ont trouvé dans une étude 33,6% des mariées contre 17,8% des non mariées [22]. Notre résultat et ceux de la littérature confirment l'importance de la situation matrimoniale à la fréquentation des services de PF.

Niveau d'instruction :

La majorité des utilisatrices (67%) était scolarisée contre (33%) d'analphabètes. Parmi les scolarisées, le niveau fondamental était le plus représenté avec 31,1%, suivi de niveau secondaire soit 25,2%, le niveau supérieur soit 6,8%, et Seulement 3,9% pour celles ayant fait une école coranique. Notre résultat rejoint ceux de MOUNKORO J [38] qui a trouvé 71.1% des scolarisées, mais nettement supérieur à ceux de SYNAYOKO T [35] soit 48.4% des femmes instruites.

Kouadio AP [27] dans une étude menée dans deux districts sanitaires en Côte d'ivoire a trouvé 80% instruites.

Ces taux montrent l'importance de la scolarisation sur la fréquentation des services de planification familiale.

Profession :

Selon la profession, les ménagères sont les plus représentées avec une proportion 58,3% contre 7,3% des salariés de notre échantillon. Ces résultats rejoignent ceux trouvés par TRAORE JM [11] et Sékou F [20] soit respectivement % et 39,4% des ménagères, contre et 16,16% des salariés.

Ce qui explique une fréquentation très faible des services de planification familiale par les fonctionnaires pour des raisons d'horaires, et préfèrent venir le soir à la descente ou dans les jours sans travail.

Résidence :

La majorité des participantes (81%) de notre échantillon d'étude résidait dans la commune II, contre (19%) des participantes résidentes hors de la commune II.

L'accès simple (géographique) des services pourrait en être l'explication [Figure : XIV]

Source d'information :

La majorité de nos utilisatrices avait été informée par un agent de santé soit 59,2%. Cette source est la plus officielle et simple. Suivie des proches (amie/voisine) soit 22,8%, puis des médias (Télé/Radio) soit 14,1%, et seulement 3,9% Autres (Parent, mari etc.).[Tableau : XIV]

6.3. Connaissance de la contraception :

La grande majorité de nos enquêtées avait déjà une connaissance de la contraception en général, soit en particulier moderne 90% des cas contre 10%. Notre résultat est comparable à ceux de SANGARE P qui a trouvé 94,6% des adolescentes dans un milieu scolaire à Bamako en 2017 [24], et ceux SIDIBE I [21] soit 100%.

Les campagnes de sensibilisation et de la promotion de la contraception menés dans les formations sanitaires et médias par les acteurs de la santé (Etatique et ONG) pourraient expliquer ce niveau élevé de connaissance.

(23,6%) des utilisatrices pouvaient citer au moins deux méthodes modernes. Les méthodes modernes les plus connues ont été les implants et les injectables soit respectivement 33,5% et 21,4%, et ont été les moins connues : les pilules (8,7%) et les DIU (3%), ceci pourrait s'expliquer que ces méthodes soient les plus disponibles dans nos structures sanitaires. Notre résultat diffère ceux SIDIBE I [21] qui a trouvé les Pilules (94%) et les Injectables (84%) dans une étude à Yanfolila et ceux de AK SOGOBA AK [25] dans quatre universités à Bamako chez qui les pilules (36%) et les préservatifs (20,5%) sont les plus connus.

La planification familiale a été perçue comme : espacement des naissances par la majorité soit 68,9%, suivi 22,8% pour limitation et évitement des grossesses, et seulement 8,3% pour espacer, limiter, et ou éviter les naissances. Notre pourcentage est aux sus ceux trouvé de SIDIBE B [26] soit 65,50% pour espacement des naissances, mais nettement inférieur à ceux de SIDIBE I [21] à Yanfolila, Cela pourrait s'expliquer par des vastes campagnes de la politique nationale sur la santé de la mère et enfant via l'espacement des naissances « Planning Familial » sur l'ensemble du territoire.

6.4. Perception sur l'utilisation des contraceptifs des modernes :

Il ressort des résultats des entretiens individuels que 85,7% de nos participantes étaient favorables à l'utilisation des contraceptifs modernes, contre 14,3% des participantes non favorables pour des raisons variées : Effets secondaires, inconvenients... ;

SIDIBE I [21] a trouvé à Yanfolila dans une étude 87,3% des femmes qui approuvaient la contraception, contre 12,7% qui n'étaient pas favorables pour des raisons : Coutumes, la religion, effets secondaires.

6.5. Utilisation de la contraception :

L'entretien avec les participantes a été fait dans une atmosphère calme dans un lieu discret sous forme de counseling en l'absence des prestataires.

Il ressort de ces résultats que la prévalence des nouvelles utilisatrices était significative soit 41,3%, cela s'explique par un niveau élevé de la connaissance de la contraception et ses avantages (Figure IX). Les anciennes ont marqué 58,7%.

Les méthodes utilisées au moment de notre enquête ont été : l'Implant : 52,9%, suivi des injectables : 20,4%, le DIU : 14,1%, le Pilule : 12,6%.

Les implants (52,9%) et les injectables (20,4%) étaient les plus utilisées, cela pourrait s'expliquer par la disponibilité et l'accès moins couteux de ces méthodes.

Ce résultat est comparable à ceux de EDS VI [6] au Mali qui a trouvé : les implants (7%) et les injectables (6%) comme les plus utilisées des méthodes modernes.

Les clientes étaient probablement à majorité instruites (67%), et mariés soit 78,1% repartis soit 52,4% monogamiques et 25,7% polygamiques. Notre résultat est proche à ceux de Kouadio AP [27] dans une étude menée dans deux districts sanitaires en Côte d'Ivoire soit 80% instruites et 57,3% des Mariées. Ce qui pourrait témoigner un impact positif de scolarisation ainsi que le statut marital sur la pratique de la contraception.

6.6. Raison de changement et ou d'abandon des méthodes :

Le désir d'enfant a représenté 53,3%, suivi 24,2% effets secondaires, soit 15,8% des raisons personnes, et seulement soit 6,7% des échecs de méthode. [Figure : XII]

6.7. Observation du prestataire :

Dans notre série toutes les prestataires étaient de sexe féminin à grande majorité sages-femmes soit 77,8%. Cette préférence de sexe féminin pourrait s'expliquer entre autres par des convenances personnelles « certaines femmes ne veulent être examinées que par une personne du sexe semblable », des raisons de commodités « elles se sentent plus à l'aise entre femmes », et ailleurs d'ordres religieux pour les musulmanes.

Le bon accueil et le bon entretien ont été l'attitude des prestataires (5/9) en présence d'une cliente, et chacune d'elles étaient libre de choisir sa méthode.

(8/9) de nos prestataires ont estimé avoir des locaux et organisations nécessaires pour les activités. Deux sur trois des prestataires (6/9) ont affirmé des difficultés au cours des services : Problèmes des locaux (3/6) et rupture des intrants (3/6) respectives.

VII

CONCLUSION ET SUGGESTIONS

7.1. Conclusion :

Au terme de notre travail nous tirons les conclusions suivantes :

Les femmes enquêtées ont démontré une connaissance générale des moyens de contraception, surtout en particulier moderne (90.8%) et des avantages liés à la pratique contraceptive. Le sens donné à la PF était dominé par l'espacement de naissance. Elles ont par ailleurs plusieurs sources d'information sur les méthodes contraceptives et de l'existence de centres de planification familiale avec une satisfaction significative. Les implants et injectables étaient les plus utilisés du fait de leurs disponibilités et accessibilités (cout). La majorité des enquêtés trouvait la contraception intéressante. L'accord de mari, le nombre de parité, d'enfant vivant avait de lien significatif à la pratique.

Les obstacles à l'utilisation étaient entre autres : Refus des maris, manque d'information

7.2. Suggestions

Aux autorités sociopolitiques et sanitaires (CS Réf)

- ✓ Renforcer les capacités en formations et matériels des prestataires de santé dans le domaine de la planification familiale/ santé de la reproduction ;
- ✓ Garantir la disponibilité continue des méthodes dans les formations sanitaires et officines ;
- ✓ Rendre l'accès encore plus simple à la population aux méthodes contraceptives afin d'accroître le choix aux utilisatrices ;
- ✓ Renforcer davantage les campagnes de sensibilisation afin d'éclairer la population sur les avantages de la contraception ;

Aux Personnels de Santé de la reproduction/ planification familiale

- ✓ Renforcer davantage les connaissances (formations professionnelles) afin de mieux répondre aux besoins ;
- ✓ Créer un cadre confortable de prestation pour les clientes ;
- ✓ Informer et sensibiliser toutes les femmes sur l'importance de contraception
- ✓ Renforcer d'avantage les relations avec partenaires en santé de la reproduction

Aux Populations

- ✓ Eviter l'automédication et fréquenter les services de planification familiale pour une bonne information et une pratique rassurante ;
- ✓ Informer et sensibiliser les maris sur l'importance de la contraception ;

VIII
REFERENCES ET
ANNEXES

REFERENCES

1. TRAORE S M ET BALLO M B. Planification familiale dans l'enquête démographique de santé 3 (EDS III). 2001; MALI.
2. AMPPF. Situation de la planification familiale au Mali. 2004.
3. DNS. Enquête démographique et de sante III. MALI; 2001.
4. Institut National de la Statistique (INSTAT). Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF), et ICF. 2006. *Quatrième Enquête Démographique et de Santé au Mali 2007 (EDS VI). EDS IV.*
5. DNS. CPS/SSDSPF. Institut National de la Statistique (INSTAT/MPATP), INFO_STAT et ICF International 2014. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2012-2013. MALI; 2014 p. 577.
6. Institut National de la Statistique (INSTAT). Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF), et ICF. 2019. *Sixième Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018 (EDS VI).* Bamako, Mali; 2019 p. 70.
7. Partenaire en population et développement. Plan Stratégique, 2015-2019.
8. BAGAYOGO M. Evaluation et Problématique de la Planification Familiale en Commune I. [Bamako]: FMOS; 2019. p.84
9. DIRECTION NATIONALE DE LA SANTE. Plan D'action National Budgétisé De Planification Familiale 2019-2023. MALI; 2019 p. 148.
10. DNS. Politique Et Normes Des Services De Santé De La Reproduction. MALI; 2005 juin p. 102.
11. TRAORE JM. Connaissance Et Attitude De La Contraception Au Centre De Sante De Référence De Commune II. [Bamako]: FMOS; 2010.p.92
12. USAID|OMS. Planification Familiale: Manuel à l'intention des prestataires de service du monde entier. 2011; p.388
13. GUINDO S B. Evaluation de la qualité des services offerts dans les unités de planification familiale des six Centre de référence du district de Bamako. [Bamako]: FMOS; 2005.
14. TRITAH Fatima. La planification familiale et l'implication du mari: connaissances, attitudes et attentes à la préfecture de Salé. Rabat. [Maroc].ENSP.p.84.2017
15. Boubacar Moussa. Etude Epidémio-Clinique Du Planning Familial: Enquête Auprès De 206 Utilisatrices Au Cs Réf CI Du District De Bamako. [Bamako]: FMOS; 2005.

16. SAO OB. Evaluation De La Qualité Des Soins Dans L'unité De Planification Familiale Du Centre De Santé De Référence De La Commune V. FMOS; 2008. p.109
17. DEMBELE MS. Problématique De La Planification Familiale En Commune V Du District De Bamako. [Bamako]: FMOS; 2009.p.93
18. Jaffrey Y. Fécondité Et Contraception En Afrique De L'ouest: Contribution Anthropologique. Editions Faust troll Claunay. Paris; 2012.p. 253
19. KOITE M. Connaissance, Attitudes Et Pratiques Des Hommes Sur La Planification Familiale En Commune II Du District De Bamako. [Bamako]: FMOS; 2014. p.115
20. SEKOU F. Niveau de Satisfaction des Utilisatrices du Service de Planning Familial Au Cs réf de la Commune V du District de Bamako. [Bamako]; 2016.p.88
21. SIDIBE I. Connaissances, Attitudes Et Pratiques Comportementales Des Ménages De Yanfolila En Matière De Planification Familiale. [Bamako]: FMOS; 2015.p.93
22. Mamadou Mokhtar Mbacké Leye, Adama Faye, Mayassine Diongue, Issa Wone, Ibrahima Seck, Papa N'diaye et Anta Tal Dia: Déterminants De L'utilisation De La Contraception Moderne Dans Le District Sanitaire De Mbacké (SÉNÉGAL). 2015;Vol. 27(2015/1):107-17.
23. BOITE M. Connaissances, Attitudes Et Pratiques Des Jeunes En Matière De Contraception Au Niveau Des Grins. [Bamako]: FMOS; 2010.p.85
24. SANGARE P. Connaissances, Attitudes Et Pratiques En Matière De Contraception Chez Les Adolescentes En Milieu Scolaire Cas Du Lycée BA AMINATA DIALLO. [Bamako]: FMOS; 2017.p.88
25. SOGOBA A K. Etude De La Connaissance Et De La Perception Du Planning Familial Dans Le Milieu Universitaire : Cas Des Etudiantes De La FMOS, FAPH, FSEG, fSJP. FMOS; 2015.p.88
26. SIDIBE B. Etude Sur Les Connaissances, Attitudes Et Pratiques Des Etudiants Résidents Au Campus De La FAST En Matière De Planification Familiale. [Bamako]: FMOS; 2015.p.116
27. ADON KOUADIO PATRICK. Etude De L'utilisation Des Produits Contraceptifs Chez Les Femmes De Deux Districts Sanitaires En Côte D'ivoire. Africa Populations Studies. 2014;28(3).
28. UNFPA, Equilibre & Population. Santé et Droit Sexuels et de la Procréation des Adolescentes au Mali-Analyse des Politiques et des programmes: opportunités et défis Pour l'UNFPA, Equilibres & Populations, 2017. p.80

29. Coulibaly, A. (2017). Multi Rationalités Et Pratiques D'acteurs Dans Le Domaine De La Planification Familiale Au Mali. *Anthropologie Et Société*, 41, (2), 223-240.
<https://doi.org/10.7202/1042322ar>
30. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Mortalité maternelle. Aide-mémoire. 2015 ; 348 : n. p. [Visité le 23/09/2016]. En ligne :
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/fr/>
31. ZOUNA FOPA MM. Perceptions et Pratiques en matière de Contraception et de Consultation prénatale au village du Point-G en commune III dans le district de Bamako. [Bamako].FMOS.2013.p.91
32. Equilibres & Populations: Les enjeux de planification familiale en Afrique de l'Ouest.2016.p.24
En ligne: www.equipop.org
33. OMS.USAID: Le Repositionnement de la Planification Familiale: Directives pour action de plaidoyer.2010.p.66
34. JOULIA Audrey. Contraception orale: Améliorer l'observance par le conseil minimal- Etude de cohorte. Université Paris Diderot. Faculté de médecine. [Paris].2013. p.108
35. SYNAYOKO T; Connaissances, Attitudes et Pratiques des jeunes de 15 à 24 ans de la commune I et II du district de Bamako en matière de Planification Familiale.[Bamako]. FMOS.2015.p.74
36. SIDIBE A. Planification Familiale dans quatre Etablissements d'Enseignement Secondaire de la commune IV du District de Bamako.[Mali]. FMOS.2011.p.89
37. LANSAC J. La contraception de l'antiquité à nos jours. 31ème journées nationales. Site web CNGOF [en ligne]. 2007 [consulté 21/01/13]. Disponible sur internet < http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/conf2007/vendredi_2007.htm >
38. MOUNKORO J. Préférences des femmes âgées de 14 à 45 ans en matière de contraception dans la commune urbaine de Koulikoro.[MALI].FMOS.2019.p.98

ANNEXE 1 : Questionnaire semi-directif

Bonjour mesdames, nous vous remercions d'avoir bien voulu nous accorder du temps pour cet entretien sur la planification familiale, nous sommes SIDIBE Richard, étudiant en médecine (8^e année). L'objectif de notre étude est de mieux savoir votre perception sur l'utilisation de la planification familiale et organisation des services de PF en commune II.

Ce questionnaire est strictement ANONYME, et vous demandera quelques minutes pour le remplir.

NB : Qes : question 88=NSP : Ne sais pas ; 99=Autre à préciser

I Identification de la personne :

Qes.1) N° identifiant : /...../

Qes.2) Age : /...../.... / ans

Qes.3) Profession : |__| 1) Ménagère ; 2) Fonctionnaire d'état ; 88=NSP ; 99=Autre à préciser....

Qes.4) Adresse :.....

Qes.6) Contact :.....

I. Caractéristiques sociodémographiques :

Qes.7) Niveau d'étude |__| 1) Non alphabétisé ; 2) Primaire ; 3) Secondaire ; 4) Supérieur ; 88=NSP ; 99=Autre à préciser.....

Qes.8) Etat matrimonial |__| 1) Mariée ; 1.1) mariée monogamique ; 1.2) mariée polygamique ; 2) célibataire ; 99) Autre à préciser.....

Qes.9) Antécédents obstétricaux :

9.1) Nombre de grossesse : |__| 9.5) Nombre de parité : |__|

9.2) Intervalle inter-génésique : |__| 9.6) Nombre d'enfant vivant : |__|

9.3) Nombre de décès (enfant) : |__| 9.7) Nombre d'avortement spontané : |__|

9.4) Nombre d'avortement provoqué : |__|

II. Connaissance de la planification familiale :

Qes.10) Qu'est-ce que la planification familiale ? |__| 1) Espacement des naissances ; 2) Limitation des naissances ; 3) Lutte contre les IST/SIDA ; 88=NSP ; 99=Autre à préciser :.....

Qes.11) Par quelle source d'information avez-vous entendu parler ? |__|
1) Agent de santé ; 2) Radio/Télé ; 3) Mari ; 4) Amie ; 88=NSP ; 99=Autre à préciser :.....

Qes.12) A partir de quel âge une personne peut pratiquer une méthode de contraception ? |__| 1) Moins de 14 ans ; 2) Entre [14-50 ans ; 3) Plus 50 ans ; 88) NSP ; 99) Autre à préciser.....

Qes.13) A qui ça intéresse ? |__| 1) Personnes mariées ; 2) Célibataires ; 3) les deux ; 88=NSP ; 99=Autres à préciser.....

Qes.14) Quelles sont les méthodes de contraception que vous connaissez parmi les suivantes ?

Qes° 14.1) Naturelle ? |__| 1) Oui ; 2) Non ; 88) NSP

14.1.1 Si oui laquelle ou lesquelles (ci-dessous) ? |_____|

1) Allaitement maternel exclusif prolonge 3) Le coït interrompu

2) Abstinence (Périodique ou complète) 4) Tous cités

99) Autre à préciser.....

Qes° 14.2) Moderne ? |__| 1) Oui ; 2) Non ; 88) NSP

14.2.1 Si oui laquelle/lesquelles (parmi les suivantes) ? |_____|

- 1) Pilule ; 2) Injectable ; 3) Implant ; 4) DIU ; 5) Spermicide ; 6) Diaphragme ; 7) Condom ; 8) Tous cités ; 99) Autre à préciser.....

Qes°14.3) Traditionnelles ? |___| 1) Oui ; 2) Non ; 88) NSP

14.3.1 Si oui laquelle ou lesquelles (ci-dessous) ? |_____|

- 1) Tafo ; 2) Miel ; 3) Toile d'araignée ; 4) Solution à boire ; 5) Tous cités ; 99) Autre à préciser.....

Qes.15) Quelle est votre perception à utilisation des contraceptifs modernes ?

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

Qes.16) Au sein d'un couple, la planification familiale est la responsabilité de qui ? |___|

- 1) Homme ; 2) Femme ; 3) Tous les deux ; 88) NSP ; 99= Autre à préciser.....

Qes.17) Avez-vous déjà pratiqué une ou des méthodes ? |___| 1) Oui ; 2) Non ; 88) NSP

17.1 Si oui laquelle(s) ?.....

17.2 Sinon pourquoi ?.....

Qes.18) Utilisez-vous actuellement une méthode ? |___| 1) Oui ; 2) Non ; 88) NSP

18.1 Si oui laquelle ?

18.2 Si non pourquoi ?

Qes.19) Qui a choisi cette méthode pour vous ? |___| 1) mari ; 2) vous-même ;

3) vous deux ; 88) NSP ; 99) Autre à préciser.....

Qes.20) Comment vous vous êtes procuré du produit ? |___| 1) CSCOM ; 2) CSREF ; 3)

Pharmacie privée ; 99) Autre à préciser

Qes.21) Etes-vous satisfaite ? |___| 1) Oui ; 2) Non ; 88=NSP

Qes.22) Y-a-t-il des avantages à la planification familiale ? |___| 1) Oui ; 2) Non ;

88=NSP

Qes.23) Connaissez-vous des inconvénients liés à la planification familiale ? |___| 1) Oui ;

2) Non ; 88=NSP

Qes.24) Avez-vous changé, et ou abandonné une méthode ? |___| 1) Oui ; 2) Non ;

88=NSP

Qes°24.1 Si oui, quelle est la raison ?

III. Perception des utilisatrices sur l'organisation des unités de planification familiale :

Qes.25) Avez-vous déjà fréquenté votre unité de planification familiale ? |___| 1) Oui ;

2) Non ; 88=NSP

25.1 Si oui comment avez-vous été accueillis ?

25.2 Sinon pourquoi ?

Qes.26) Comment trouvez-vous l'accès ? |___| 1) Difficile ; 2) Moins facile ; 3) Facile ; 88) NSP

Qes.27) Combien vous a coutée la prestation ?

Qes.28) Ce prix vous semble-t-il raisonnable ? |___| 1) Oui ; 2) Non ; 88) NSP

Qes.29) Vous ont-ils laissé choisir la méthode que vous vouliez ? |___| 1) Oui ; 2) Non ; 88) NSP

Qes.30) L'entretien avec le prestataire vous a-t-il été confortable ? |___| 1) Oui ; 2) Non ; 88) NSP

Qes.31) Vous ont-ils laissé le temps de leur poser des questions ? |___| 1) Oui ; 2) Non ; 88) NSP

Qes.32) Vous ont-ils dit quand est ce qu'il faut revenir pour une autre visite ? |___| 1) Oui ; 2) Non ; 88) NSP

Qes.33) Avez-vous trouvé des difficultés ? |___| 1) Oui ; 2) Non ; 88) NSP 33.1 Si oui lesquelles ?

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

Qes.34) Quelles suggestions faites-vous pour améliorer l'utilisation des services de planification familiale ?

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

ANNEXE 2 : Questionnaire semi-directif (Prestataire)

Merci de bien vouloir prendre votre précieux temps de répondre à ce questionnaire élaboré dans le cadre d'une thèse de fin de cycle pour l'obtention du diplôme de doctorat en faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako. Cette étude a pour but de comprendre la perception communautaire de l'utilisation des méthodes contraceptive au sein de la commune II du district de Bamako afin d'accroître la connaissance, et l'importance du sujet.

Ce questionnaire est strictement anonyme, et vous demandera quelques minutes pour remplir.

NB : Qes : Question ; 88=NSP : Ne sais pas ; 99= autre à préciser..... ;

N° Identifiant : |__|

I. Identification de la personne :

Qes.1) Nom de structure :.....

Qes.2) Contact :.....

Qes.3) Age : |__| 1) [18-24 ans] ; 2) [25-34 ans] ; 3) [35-44 ans] ; 4) [45 ans et plus [

Qes.4) Sexe : |__| 1) Masculin ; 2) Féminin

Qes.5) Grade : |__| 1) médecin ; 2) Sage-femme ; 99= Autre à préciser.....

II. Connaissance des prestataires en matière de la planification familiale :

Qes.6) Qu'est-ce que la planification familiale ? |__| 1) Evitement de grossesse ; 2) Espacement et ou limitation des naissances ; 3) Lutte contre les IST/SIDA ; 88=NSP ; 99=Autre à préciser :.....

Qes.7) Quelles sont les méthodes de contraception que vous connaissez ci-dessous ?

Qes°7.1) Méthodes modernes ? |__| 1= Oui ; 2= Non ; 88= NSP

7.1.1 Si oui laquelle/lesquelles (ci-dessous) ? |__|

1) Pilule ; 2) Condoms ; 3) Injectables ; 4) Implants ; 5) DIU ; 6) Tous cités ; 99) Autre à préciser :.....

Qes°7.2) Méthodes naturelles ? |__| 1=Oui ; 2=Non ; 88=NSP

7.2.1 Si oui laquelle /lesquelles (si oui) ? |__| 1) MAMA ; 2) Abstinence ; 3) Le retrait ; 4) Tous cités ; 99) Autre à préciser :.....

Qes.7.3) Méthodes traditionnelles ? |__| 1=Oui ; 2=Non ; 88=NSP

7.3.1 Si oui laquelle ou lesquelles ci-dessous ? |__|

1) Tafo ; 2) toile d'araignée ; 3) Solution à boire ; 4) Tous cités ; 99) Autre à préciser.....

Qes.8) A quelle type de population intéresse- t-elle ? |__| 1) Hommes ; 2) Femmes ; 3) Tous les deux ; 88=NSP ; 99=Autre à préciser :.....

Qes.9) A qui ça concerne ? |__| 1) Personnes mariées ; 2) Célibataires ; 3) les deux ; 88=NSP ; 99=Autre à préciser.....

Qes.10) A partir de quel âge une personne peut pratiquer une méthode de contraception ? |__| 1) Moins de 14 ans ; 2) Entre [14-50 ans ; 3) Plus 50 ans ; 88) NSP ; 99) Autre à préciser.....

Qes.11) D'après vous au sein du couple la planification familiale est la responsabilité de qui ? |__| 1) La femme ; 2) le mari ; 3) le couple ; 88=NSP ; 99) Autre à précise.....

Qes.12) Quelles sont ses objectifs (Planification familiale) ?

.....
.....

Qes.13) Connaissez-vous les contre-indications des méthodes de contraception ? |__|
1=Oui ; 2=Non ; 88=NSP

Qes.14) Connaissez-vous les avantages des méthodes de contraception ? |__| 1) Oui ;
2) Non ; 88=NSP

14.1 Si oui lequel ?

Qes.15) Connaissez-vous les effets secondaires des méthodes de contraceptions
modernes ? |__| 1=Oui ; 2=Non ; 88=NSP

15.1 Si oui citez un

III. Activités à l'unité de planification familiale

Qes.16) Depuis combien de temps faites-vous ces activités ? |__| 1) Moins d'1 an ; 2)
Entre [1-5] ans ; 3) Plus de 5 ans ; 88=NSP

Qes.17) Avez-vous reçu une formation pour cette activité ? |__| 1=OUI ; 2=NON ; 88=NSP

Qes.18) Que faites-vous (votre attitude) quand une femme se présente pour la première
fois en matière de contraception ? |__| 1) Bon accueil ; 2) bon entretien ; 3) les
deux ; 88= NSP ; 99= Autre à préciser.....

Qes.19) Vous la laissez-t-elle faire son choix librement ? |__| 1=OUI ; 2=NON ;
88=NSP

Qes.20) Dans votre quotidien, constatez-vous des cas d'abandon, et ou changement de
méthode ? |__| 1=OUI ; 2=NON ; 88= NSP

15.1 Si oui le(s) motif(s) ?

Qes.21) Quel type de méthode est la plus fréquemment demandé par vos clientes ?

.....

Qes.22) Estimez-vous avoir des locaux physiques et de l'organisation nécessaire pour
offrir des services de qualité ? |__| 1=OUI 2=NON ; 88=NSP

Qes.23) Recevez-vous continuellement des produits et du matériel nécessaire pour offrir
des services de qualité ? |__| 1=OUI ; 2=NON ; 88=NSP

Qes.24) Quelles sont les difficultés que vous rencontrez au cours de cette pratique ?

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

Qes.25) Que souhaiteriez-vous pour améliorer la qualité de l'offre dans les unités de
planification familiale ?.....

.....
.....

ANNEXE 3 : Guide d'entretien Focus group

- 1) N° Groupe/nombre du groupe :
- 2) Modérateur :
- 3) Observateur :
- 4) Date et Heure/Lieu :

RUBRIQUES	QUESTIONS
I. Contact /présentation	<p>Bonjour mesdames, nous vous remercions d'avoir bien voulu nous accorder du temps pour cet entretien sur la planification familiale, nous sommes SIDIBE Richard, étudiant en médecine (8° année). L'objectif de notre étude est de mieux comprendre votre perception sur l'utilisation de la planification familiale et organisation des services de PF en commune II.</p> <p>Nous souhaiterions vivement enregistrer ces discussions afin de pouvoir s'en rappeler et de ne négliger aucunes des idées et des problèmes qui vont être mentionnés. Les détails de ces discussions ne seront partagés avec personne d'autre ; vos seront garder confidentiels.</p> <p>Alors mesdames, je vous prie de vous sentir libre d'exprimer ouvertement vos opinions si vous acceptiez cet entretien.</p>
I. Contraception	<p>Qes1 Qu'est-ce que la planification familiale ?</p> <p>Qes2 Ou avez-vous entendu cette information ?</p> <p>Qes3 Qui ça intéresse ?</p> <p>Qes4 Connaissez-vous une (ou de) des méthode(s) ?</p> <p>Qes5 Laquelle (ou lesquelles) ?</p> <p>Qes6 Pour quel intérêt utilise-t-on la planification familiale ?</p> <p>Qes7 Utilisez-vous une des méthodes ? laquelle ?</p> <p>Qes8 Le choix vient de qui au sein du couple ?</p> <p>Qes9 Il y-t-il des obstacles à l'utilisation des méthodes de contraception ?</p> <p>Qes10 Lesquelles ?</p> <p>Qes11 Au sein d'un couple qui doit décider le recours à la planification familiale ?</p> <p>Qes12 Quelle est votre perception à la planification familiale au sein de la communauté ?</p>
II. Organisation des services des unités de planification familiale	<p>Qes13 La commune II vous satisfait pour vos besoins en matière de planification familiale ?</p> <p>Qes14 Depuis combien de temps fréquentez-vous le centre ?</p> <p>Qes15 Comment est l'accueil ?</p> <p>Qes16 Comment trouvez-vous le coût du service de planification familiale ?</p> <p>Qes17 Le choix vous a été comment ?</p> <p>Qes18 Comment est l'accès des services, et la disponibilité des produits de contraception ?</p> <p>Qes19 Les gens sont-ils traités dignement ?</p> <p>Qes20 Avez-vous déjà rencontré des difficultés ? si oui lesquelles</p> <p>Qes21 Quelles suggestions avez-vous pour améliorer la pratique dans les unités de planification familiale ?</p>
III. Conclusion	<p>Mesdames, encore merci pour le temps accordé !</p>

ANNEXE 4 : **Guide d'entretien individuel approfondi**

Merci d'être venu nous sommes tous très reconnaissants pour votre temps. Nous sommes très heureux d'être ici pour vous parler de

I. Identification de la personne

Qes1 Nom et prénom :.....

Qes2 Age :.....

Qes3 Profession :.....

Qes4 Adresse :.....

Qes5 Contact :.....

II. Caractéristiques sociodémographiques :

Qes6 Niveau d'étude :.....

Qes7 Etat matrimonial :.....

Qes8 Antécédents obstétricaux :.....

4. Planification familiale

Qes9 Pour vous que signifie la planification familiale ?

.....
.....

Qes10 Ou avez-vous entendu parler ?

.....

Qes11 Connaissez-vous les méthodes de contraception modernes ? 11.1) Si oui lesquelles ?

.....
.....

Qes12 Connaissez-vous les méthodes de contraception naturelle ? 12.1) Si oui lesquelles ?

.....
.....

Qes13 Connaissez-vous les méthodes de contraception traditionnelle ? 13.1) Si oui lesquelles ?

.....
.....

Qes14 Quels avantages liés à la planification familiale connaissez-vous ?

.....
.....

Qes15 Quels inconvénients connaissez-vous liés à la contraception ?

.....

Qes16 Quelles sont les objectifs de la planification familiale ?

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

Qes17 Qui ça intéresse ?

.....

Qes18 Avez-vous déjà pratiqué une méthode ?

.....

Qes19 Utilisez-vous présentement une méthode ? 19.1) si oui laquelle ? 19.2) Qui vous a
Choisi cette méthode ?

.....

Qes20 Comment vous vous êtes procuré ?.....

Qes21 Au sein du couple qui décide le recours la planification familiale ?.....

Qes22 vous est-il arrivé d'abandonner, et ou de changer une méthode ? 22.1) Quelle
raison (si oui) ?.....

Qes23 Connaissez-vous des obstacles à la pratique de contraception ? 23.1) lesquels (si
Oui) ?

.....
.....

Qes24 Quelle est votre perception de l'utilisation de la contraception moderne ?

.....

5. Perception sur l'organisation des unités de planification familiale

Qes25 avez-vous déjà fréquenté votre unité de planification familiale ?.....

Qes26 comment est l'accès de service.....

Qes27 comment est l'accueil ?.....

Qes28 comment trouvez-vous le cout du service ?.....

Qes29 le choix vous a été comment ?.....

Qes30 comment les gens sont traités ?.....

Qes31 avez-vous rencontré des difficultés ?.....

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : SIDIBE

Prénom : Richard

Tel : 00 (223) 93 05 99 77

E-mail : rsidibe046@gmail.com

Titre de la thèse : Perception, et pratiques communautaires liées à la contraception en commune II du district de Bamako.

Période d'étude : De janvier à Décembre 2019

Année universitaire : 2020-2021

Ville de soutenance : BAMAKO

Pays d'origine : Mali

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

Secteur d'intérêt : Santé publique

RESUME :

Au terme de notre étude transversale, prospective qui a concerné 206 utilisatrices des services de PF au sein de la commune II dont l'objectif principal était d'évaluer la perception communautaire sur l'utilisation de la contraception, et en particulier moderne.

Il ressort que la majorité (90,2%) de notre échantillon avait déjà connaissance de la contraception moderne et de ses avantages. Le sens donné à la PF était dominé par l'espacement de naissance soit 68,9%, les sources d'informations étaient les Agents de santé (59,2%), Amie/voisines (22,8%), les médias (14,1). La majorité de nos enquêtées avait une opinion favorable sur la pratique contraceptive 80%. Les méthodes implants et injectables étaient les plus utilisés soit 52,9% et 20,4% respectives du fait de leurs disponibilités et accessibilités (cout). (70,4%) de nos utilisatrices avaient moins de trente ans avec une moyenne d'âge de 25,52. La majorité des utilisatrices était des ménagères et Paucipares soit 58,3% et 37,9% respectives ; Les obstacles à l'utilisation étaient entre autres : Refus des maris, manque d'information. Le taux de satisfaction des utilisatrices était de 86,9%.

Mots clés : Perception, contraception, planification familiale,

SIGNALETIC SHEET

FAMILY NAME: SIDIBE

FIRST NAME: Richard

Email: rsidibe046@gmail.com

PHONE: 00 (223) 93 05 99 77

TITLE OF THE THESIS: Perception and Community Practices related to contraception in municipality II of the Bamako district

SCHOOL YEAR: 2020-2021

CITY OF DEFENSE: Bamako

ORIGIN COUNTRY: Mali

KEEPING PLACE: Library of the Faculty of Medicine and Odontostomatology in Mali

FIELD OF INTEREST: Public Health and Medical Ethic

SUMMARY:

At the end of our transversal, prospective study that concerned 206 use of planning family services within the municipality II whose objective was to assess the community perception of the use of contraception in particular modern.

It appears that 90% of our sample was already aware of modern contraception and its advantages. The meaning given was dominated by birth spacing is 68.9%, the sources of information were health workers (59.2%), friends/neighbors (22.8%), and the media (14.1%). The majority of our respondents had a favorable opinion on contraception (80%), the implant and injectable methods were the most used are 52.9% and 20.4% respectively because of their availability and accessibility (cost). 70.4% of users were under 30 years old with an average age of 25.52. The importer of users was homemakers and Paucipare or 57.3% and 37.9% respectively; the obstacles to use were among others: The refusing of husbands, a lack of information. The user's satisfaction rate was 86.9%.

KEYWORDS: Perception, contraception, planning family

SERMENT D'HYPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

JE LE JURE