

MINISTRE DE L'EDUCATION NATIONALE

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE  
(FMOS)



Thèse N °088

Année Universitaire : 2019-2020

THESE

**CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES EN  
MATIERE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE DANS LE  
DISTRICT SANITAIRE DE KOLONDIÉBA**

Présentée et soutenue publiquement le 13-03-20 Devant le jury de la Faculté

de Médecine et d'Odonto-stomatologie

par **M. Toumani DOUMBIA**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat)

**JURY**

Président du Jury : Pr Samba Diop  
Membres : Dr Sory Ibrahim Diawara,  
Dr Diarra Mamoutou  
Co-directeur : Dr Kassoum Alou N'DIAYE  
Directeur de Thèse : Pr Kassoum KAYENTAO

**DEDICACE**

---

Je dédie ce travail :

- **A ma mère *Fatoumata Kanté***

Maman Chérie, en ce moment spécial de ma vie, les mots me manquent pour exprimer ce que j'éprouve pour toi. Tu as tant souffert dans la vie, tant lutté pour nous offrir une vie aussi meilleure que possible dans l'honnêteté, la probité, la dignité, l'humilité et le sens élevé de l'honneur. Ta vie est tout simplement un modèle pour aboutir au succès. Ma fierté est surtout de t'avoir eu comme mère. Saches que je t'ai aimé, je t'aime et je t'aimerai toujours. Je te fais le serment de ne jamais te décevoir car ton modèle a forgé l'homme que je suis. Ce travail est le tien !

- **A mon père *Modibo Doumbia***

Papa, j'ai appris des Erudits que le sens littéral est « Le Bon Educateur ». Et il n'ya point de doute, pour moi un exemple de courage, de persévérance et d'honnêteté dans l'accomplissement du travail bien fait. Ton souci permanent de réaliser une famille humble, soudée où chacun peut tout faire pour tout le monde et tout le monde peut secourir chacun a conduit à ce que nous sommes aujourd'hui. Considère ce travail comme le début de ce que tu as souhaité. Je ne sais pas si j'ai pu cerner toutes les idées du Philosophe de la vie que tu es car chaque idée venant de toi est une bonne œuvre sans fin ; cependant, je ne ménagerai aucun effort pour magnifier l'éducation reçue. Que Dieu te protège !

- **A mes frères et sœurs**

Haby, Issa, Souleymane, Ténémakan, Satigui et Mahamadou, Naba, Adama, Zoumana, Maman, Djénéba, Papa, Konimba, Kadiatou, Mariama, M'Bah, Fatoumata et Oumou sans oublier celles ou ceux qui sont décédé(e)s et tous les autres non cités.

Votre soutien a été inestimable. Merci pour tout.

- **A ma femme, Aminata Tounkara,**

Chérie, cette étape a été dure, très dure mais il n'ya eu aucune faille dans notre union sacrée. Nous sommes unis pour le meilleur et pour le pire. Tu peux compter sur mon attachement indéfectible à cette phrase sacrée. Amour Eternel.....

- **A mon fils, Abdrahamane Doumbia**

Ta place est dans ma vie de tous les jours, dans mes prières..... Comme tout bon père, mon vœu ardent est que tu sois le héros qui me supplantera.

**REMERCIEMENTS**

---

## Mes sincères remerciements :

- **A mon pays natal, le Mali**

Tu m'as vu naître, grandir, et tu m'as permis de faire mes premiers pas vers l'acquisition d'une éducation. Tu m'as donné un savoir incommensurable. Profonde gratitude à toi mon cher Mali.

- **A la FMOS :**

Plus qu'une faculté d'études médicales, tu as été pour nous une école de formation pour la vie. Nous ferons partout ta fierté. Remerciements infinis.

- **A mes tontons et à mes tantes :**

Siriman Doumbia et Mohamed Doumbia, Oumou Doumbia, Niagalé Doumbia, Sata Doumbia, Ma Doumbia, Maboye Doumbia, Ramata Diarra, Rokia Diarra, Awa Traoré etc... Vous m'avez toujours considéré comme votre propre fils et mes problèmes ont toujours été les vôtres. Je serai aussi et pour toujours le fils reconnaissant qui ne calculera jamais à votre sujet.

- **A Dr Koné Abdoulaye :** Ex médecin chef du CSRéf de Kolondiéba de 2016 à 2018:

Votre apport tant pour ma formation que pour l'élaboration de ce travail a été inestimable. Que Dieu vous le paye au centuple.

- **A mes cousins et cousines :**

A vous Tous, mes sentiments fraternels. Ce travail est le vôtre.

- **A tous mes beaux-frères et toutes mes belles sœurs :**

Puisse le Tout Puissant raffermir nos liens. Et que nous soyons toujours unis tel que recommandé par Papa et Maman.

- **A tous mes neveux et nièces :**

Sachez que le travail est libérateur. Puisse ce travail vous servir d'exemple.

- **A mon oncle Moro Kanté et à toute sa famille :**

- **A tout le personnel du CSRéf de Kolondiéba :** Vous avez rendu mon séjour au centre très agréable et enrichissant, merci pour tous ces moments passés ensemble et de votre côté. Je n'oublierai jamais les moments passés avec vous.

- **A Dr Cissoko Lassana :** Médecin chef du CSRéf de Kolondiéba ;

- **A tous les médecins du CSRéf de Kolondiéba :**

*Dr Diarra Adama, Dr Diarra Mamoutou, Dr Diarra Nazoun, Dr Fofana Abdoulaye*

- 
- **A tous les assistants du CSRéf de Kolondiéba :**
  - **A tous les techniciens supérieurs du CSRéf de Kolondiéba :**
  - **A tous les techniciens de santé du CSRéf de Kolondiéba :**
  - **A toutes les sages-femmes du CSRéf de Kolondiéba :**
  - **A toutes les infirmières obstétriciennes du CSRéf de Kolondiéba :**
  - **A toutes les matrones du CSRéf de Kolondiéba :**
  - A tous les stagiaires du CSRéf de Kolondiéba :
  - ***A Dr Dembélé Yacouba :***
  - ***A Mme Dembélé Saoudatou :***

Sage-femme, je ne pourrai jamais te remercier assez pour l'effort que tu as fourni pour moi. Toi qui m'as toujours aidé, conseillé et encouragé même durant les périodes où je perdais de l'espoir. Trouves ici, l'expression de mes remerciements les plus sincères.

- ***A Dr Touré : Médecin radiologue à l'hôpital du Mali :***

Vous m'avez toujours aidé dans des situations difficiles. Je vous suis très reconnaissant et merci pour la confiance que vous avez accordée.

- ***A Dr Keïta Moussa :***

Vous êtes pour moi un grand frère exemplaire. Si je suis ici aujourd'hui, c'est grâce à vos conseils et à vos encouragements. Merci beaucoup à vous grand frère.

- ***A Dr Diallo Karamoko :*** Médecin chef du CSCom de Taliko.
- ***A Dr Koné Abdoulaye :*** Cabinet Médical Maï Santé de Taliko:
- ***A Dr Sangaré Adama :***
- **A tous les techniciens supérieurs en imagerie médicale et surtout mes compagnons de tous les jours :**

Mr Amadou Koïté, Mr Lassine Coulibaly, Mr Sangaré Ismaël, Mr Diallo Hamidou, Mr Coulibaly Aboubacar, Mr Tangara Cheick A, Mr Bathily Hassan, Mr Koné Abdoulaye, Mr Maïga Chaka.

- ***A Mr Diarra Yaya :*** infirmier d'état à l'hôpital de Sikasso ;

- ***A Mr Abdramane Keïta :***

Technicien supérieur en imagerie médicale au CHU Gabriel Touré :

---

Vous étiez toujours là pour moi et vous m'avez toujours soutenu aussi moralement que financièrement dans toutes les situations difficiles. Je vous suis très reconnaissant et merci pour la confiance que vous avez accordée.

- **A mes camarades de classe depuis le fondamental jusqu'à la faculté :**
- **A tous les étudiants de la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie :**

Je profite de cette occasion pour vous souhaiter bon courage et surtout bonne chance durant toute la carrière.

- **A toute la famille Traoré de Lassa**
- **A toute la famille Coulibaly de Djicoroni**
- **A toute la famille Dembélé de Kolondiéba : Singulièrement à feu Madou :**
- **A tous mes aînés de service :**

C'est un grand plaisir et un grand honneur pour moi d'avoir appris à vos côtés. Merci pour la qualité de formation que vous m'avez offerte. Sachez que mes bonnes manières sont le fruit de votre effort, je vous en suis très reconnaissant.

- **A tous mes collègues et cadets de service :**

---

**A notre maître et président du jury : PROFESSEUR SAMBA DIOP**

- **Professeur titulaire en anthropologie médicale et éthique en santé.**
- **Enseignant-chercheur en écologie médicale humaine, anthropologie et éthique publique/bioéthique/DER de santé publique, FMOS, université de Bamako.**
- **Personne ressource du comité d'éthique de la FMPOS, CRLD et INRSP.**
- **Membre du comité d'éthique à la FMOS et du comité national d'éthique pour les sciences de la santé et de la vie.**

Cher maître,

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

Nous avons été séduits par votre enseignement au cours de notre formation.

Votre qualité de formateur et votre savoir-être imposent le respect.

L'occasion nous est offerte de vous remercier de votre générosité, votre modestie et votre rigueur dans un désir permanent de perfectionnement en tout travail scientifique que nous devons accomplir, car vous êtes vous même un exemple qui fait de vous un enseignant de mérite.

Veillez accepter cher maître, l'expression de notre profonde gratitude et nos sincères remerciements.

---

**A notre maître et juge : DOCTEUR SORY IBRAHIM DIAWARA**

- **Docteur en médecine**
- **Master en santé publique ;**
- **Médecin chercheur à la FMPOS**

Cher maître,

Vous nous avez marqué dès votre abord par votre simplicité, votre accueil, votre gentillesse et votre disponibilité.

Vous dégagez la joie de vivre, vous avez accepté de siéger dans ce jury malgré vos multiples occupations.

Veillez accepter cher maître nos sincères remerciements.



---

## **A notre maître et juge : DOCTEUR DIARRA MAMOUTOU**

- **Docteur en Médecine.**
- **Médecin chef adjoint au CSRef de Kolondiéba.**
- **Responsable de l'information sanitaire au CSRef de Kolondiéba.**

Cher maître

Vous étiez toujours là et vos soutiens n'ont jamais manqué depuis le début de ce travail.

Vous nous faites honneur en acceptant malgré vos multiples occupations de siéger dans ce jury ;

Votre abord facile, votre grande simplicité et surtout votre abnégation font de vous un modèle pour la jeunesse.

C'est un grand plaisir et un grand honneur pour moi d'avoir appris à vos côtés depuis mon premier jour au centre de santé de référence. Merci pour la qualité de formation que vous m'avez offerte. Sachez que mes bonnes manières sont le fruit de votre effort, je vous en suis très reconnaissant.

---

**A notre maître et co-directeur de thèse : DOCTEUR KASSOUM ALOU N'DIAYE**

- **Docteur en Médecine**
- **D.E.S de santé au travail à l'université Cheick Anta Diop de Dakar**
- **Enseignant titulaire de gynécologie obstétrique et de médecine légale à l'école de santé de Bamako**

Cher maître

Les mots me manquent pour exprimer mes sentiments envers vous, je ne vous remercierai jamais assez. Ce travail est le votre.

Le souci constant du travail bien fait, le respect de la vie humaine, le sens social élevé, la faculté d'écoute, sont des vertus que vous incarnez et qui font de vous un grand médecin.

Votre courtoisie, votre disponibilité, votre gentillesse font de vous un exemple à suivre.

Nous avons été marqués par votre accueil combien chaleureux.

Veillez trouver ici cher maître l'assurance de notre reconnaissance et de notre profond remerciement pour votre disponibilité au quotidien, puissent vos distinctions scientifiques nous servir de modèle.



---

**A notre maitre et directeur de thèse : PROFESSEUR KASSOUM KAYENTAO**

- **Maitre de recherche en biostatistique/Santé publique ;**
- **Responsable adjoint de l'unité paludisme et grossesse de MRTC ;**
- **Enseignant-chercheur à la FMPOS.**

Cher maitre

Plus qu'un enseignant de mérite, vous êtes un éducateur de choix, vous avez su allier sagesse et humilité.

Votre simplicité, votre disponibilité et vos qualités scientifiques ont amélioré la qualité de ce travail.

Votre aptitude de formateur et votre savoir-être imposent le respect.

En ce moment solennel, veuillez trouvez ici, cher maitre, l'expression de notre profonde gratitude et considération.

---

## Sommaire

1. Introduction :.....	2
2. Cadre conceptuel :.....	4
2.1. Analyse situationnelle :.....	4
2.2. Justification de l'étude :.....	8
2.3. Objectifs :.....	9
2.3.1. Objectif général :.....	9
2.3.2. Objectifs spécifiques :.....	9
3. Démarche méthodologique :.....	10
4. Résultats :.....	20
5. Commentaires et discussion :.....	33
6. Conclusion et recommandations:.....	39
7. Références :.....	41
8. Annexes :.....	43

---

## **ABREVIATIONS, SYMBOLES ET SIGLES**

ASDAP : Association de Soutien au Développement des Activités de population.

C.I.C : Contraceptif Injectable Combine.

C.I.P : Contraceptif Injectable à seule dose Progestatif.

C.C.V : Contraception Chirurgicale Volontaire.

C.O.P : Contraceptif Oraux Progestatifs.

CSCom : Centre de Santé Communautaire.

CSRéf : Centre de Santé de Référence.

DBC : Distribution à Base Communautaire.

D.S : Division de la Santé.

D.S.F : Division de Santé Familiale.

D.S.F.C : Division de la Santé Familiale et Communautaire.

D.I.U: Dispositif Intra Utérin.

E.D.S : Enquête Démographique et de Santé.

E.I.S : Education-Information-Sensibilisation.

EMF : Enquête Mondiale de Fécondité.

FMOS : Faculté de Médecine et d’Odonto-Stomatologie.

HTA : Hypertension Artérielle.

I.B : Initiative de Bamako.

IDH : Indice de Développement Humain.

ITS : Infections Transmises Sexuellement

IPPF : Fédération Internationale pour la Planification Pamiliale.

M.A.M.A : Méthode Allaitement Maternelle d’Aménorrhée

MPI : Maladie Pelvienne Inflammatoire.

OMD : Objectif Millénaire du Développement.

O.M.S : Organisation Mondiale de la Santé.

O.N.G : Organisation Non Gouvernementale.

PANB : Plan d’Action National Budgétisé.

P.F : Planification Familiale.

P.M.I : Protection Maternelle Infantile.

P.N.P : Politique Nationale de Population.

---

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement.

PRODESS : Programme de Développement Sanitaire et Social au Mali.

RC : Relais Communautaire

RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitation.

S.M.I : Santé Maternelle et Infantile.

S.R : Santé de la Reproduction.

SSP : Soins de Santé Primaires.

SLIS: Système Local d'Information Sanitaire.

SIS: Système d'Information Sanitaire.

TPC: Taux de Prévalence Contraceptive.

U.N.I.C.E.F= United Nations International Children's Emergency Fund.

U.N.F.P.A: United Nations Population Fund.

U.S.A.I.D: United State Agency for International Development.

U.V.Ma.F : Université Virtuelle de Maïeutique Francophone.

VIH/SIDA : Virus de l'Immunodéficience Humaine/ Syndrome d'Immunodéficience Acquise.

% : Pourcentage

≥ : Supérieur ou égal.

> : Supérieur

≤ : Inférieur ou égal

< : Inférieur

= :Egal

## **GLOSSAIRE :**

### **Planification familiale :**

La planification familiale est définie comme étant l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter.

**Contraceptif :** Un contraceptif est un moyen ou produit utilisé afin d'empêcher la conception.

**Prévalence contraceptive :** Pourcentage de femmes en âge de procréer qui utilisent au moins une méthode contraceptive.

### **Méthodes modernes**

Comprennent les contraceptifs injectables, le dispositif intra-utérin (DIU), les pilules contraceptives, les implants, le condom masculin et le condom féminin, la méthode des jours fixes (MJF), la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) et la pilule du lendemain.

### **Source d'approvisionnement des méthodes contraceptives**

Il s'agit de l'endroit où la méthode contraceptive actuellement utilisée a été obtenue.

### **Choix informé**

Un choix informé signifie qu'au moment où la femme a commencé l'épisode actuel d'utilisation de la méthode, elle a été informée sur les effets secondaires de la méthode, sur ce qu'il fallait faire en cas d'effets secondaires et sur d'autres méthodes qu'elle pourrait utiliser. **Besoins non satisfaits en matière de planification familiale**

Proportion de femmes qui (1) ne sont pas enceintes et ni en aménorrhée post-partum et qui sont considérées comme étant fécondes et qui veulent retarder la venue du prochain enfant de 2 années ou plus ou qui ne veulent plus d'enfant mais qui n'utilisent pas de méthode contraceptive, ou (2) dont la grossesse actuelle a été mal planifiée ou est non souhaitée, ou (3) qui sont en aménorrhée post-partum et dont la dernière naissance des 2 dernières années était mal planifiée ou non souhaitée.



## I. Introduction

La planification familiale est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé comme étant « l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter »[1]. Elle concerne tant les filles que les garçons. De façon générale, les méthodes de contraception visent à empêcher : soit l'ovulation (c'est le cas de la pilule), soit la fécondation (c'est le cas du préservatif), soit l'implantation de l'œuf (c'est le cas du stérilet) [2].

En Afrique, la contraception occupe une place importante dans les politiques de santé publique. La planification familiale est l'un des quatre piliers de l'initiative en faveur d'une maternité sans risques qui vise à réduire la mortalité maternelle, néonatale et infantile dans les pays en développement [3]. Les taux élevés de mortalité maternelle et infantile justifient l'attention accordée à ce sujet et soulignent l'ampleur des défis [4]. L'utilisation de la contraception permet d'éviter les grossesses non désirées ou non planifiées et prévient des grossesses à risque. Plusieurs études ont montré que les multipares, les grandes multipares ainsi que les femmes dont les intervalles inter-génésiques sont inférieurs à deux ans sont plus exposées aux décès maternels [5].

Djilla A. et al ont montré que le risque de décès chez les grandes multipares âgées (30 ans et plus, parité supérieure à 5) était très élevé [6]. Les filles font aussi de plus en plus des grossesses non désirées qui les exposent aux avortements provoqués clandestins dont les conséquences vont d'une infection de la sphère génitale à un choc septique ou hémorragique [7]. Au Mali 11,90% des décès maternels étaient dus à des complications ou des problèmes de santé liés à ces avortements [8]. Par ignorance du couple, certaines femmes font des grossesses rapprochées d'où un affaiblissement de l'organisme maternel et une exposition au décès [9]. Au Mali, 71% des femmes décédées avaient fait des grossesses rapprochées avec un intervalle inter-génésique strictement inférieur à 2 ans [8]. L'intervalle intergénésique a une influence sur l'état de santé de l'enfant et sur celui de sa mère. Les intervalles inférieurs à 24 mois font courir à l'enfant et à la mère des risques accrus de morbidité et de mortalité [10, 11]. Des études ont montré que la survie des enfants aux jeunes âges est fortement associée à certaines caractéristiques démographiques et biologiques comme l'âge de la mère à la naissance de l'enfant, le rang de naissance de l'enfant et l'intervalle intergénésique [11].

Les femmes ainsi que les hommes ont besoin d'amples informations sur les processus leur permettant d'éviter, de limiter la grossesse ou d'espacer les naissances.

Au cours des derniers mois, 60% des femmes ont déclaré ne pas avoir été exposées à des messages relatifs à la planification familiale, ni par le biais de journaux/magazines, ni par la



radio, ni par la télévision [11]. Les connaissances en matière de planification familiale et de leur utilisation sont d'importants indicateurs de santé sexuelle et reproductive. En effet, depuis le milieu des années 70, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), avec l'appui du Fonds des Nations Unies pour les activités de Population (UNFPA), s'est activement engagée dans la promotion de la sexualité et de la procréation des adolescents [12].

La planification familiale contribue à :

- Réduire la mortalité liée à la maternité

On éviterait 150.000 décès liés à la maternité, chaque année en répondant aux besoins non satisfaits des femmes en matière de méthodes de contraception moderne, et on ferait baisser de 27 % le taux annuel de ces décès en prévenant les grossesses non désirées [1].

- Faire baisser la mortalité des enfants de moins de cinq ans :

Les enfants ont de meilleures chances de survie lorsque les grossesses suivantes interviennent au moins deux ans après leurs naissances. La mortalité des enfants de moins de cinq ans baisserait de 13 % si toutes les femmes pouvaient retarder leur grossesse suivante d'au moins 24 mois, et de 25 % si elles attendaient 36 mois [11].

- Prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant et par voie hétérosexuelle :

La prévalence contraceptive estimée à 60% dans les pays en développement, reste faible en Afrique subsaharienne, 23,7% et parallèlement, le nombre de besoins non satisfaits ne cessent de croître la prévalence contraceptive [13, 14].

Le fait de répondre aux besoins non satisfaits en matière de contraception pourrait empêcher 104 000 décès maternels supplémentaires par an (29% de réduction) [3]. Seulement 10% des femmes pratiquent de façon régulière les méthodes contraceptives modernes (pilules, implants, injectables sont les plus utilisés), 26% des femmes actuellement en union ont un besoin non satisfait en PF : environ 19% pour espacer et 7% pour limiter les naissances [11]. Selon la même source, 6,3% des femmes âgées de 20 à 24 ans ont donné vie avant 15 ans et cette proportion s'élève à 36,5% dans la même tranche d'âge avant 18 ans.

## II. Cadre conceptuel :

### 2.1. Analyse situationnelle

#### Connaissances en matière de la planification familiale

La pratique de la contraception suppose, au préalable, la connaissance d'au moins une méthode contraceptive, ainsi que d'un lieu où se la procurer. Par ailleurs, l'efficacité de la contraception dépend de la méthode utilisée.

Des études ont montré que 78% des femmes ont déclaré connaître au moins une méthode moderne [15]. Selon la situation sanitaire au Mali en 2009, 75% des femmes connaissaient au moins une méthode contraceptive [16]. Ainsi la connaissance de la contraception et, en particulier, celle de la contraception moderne s'est beaucoup développée au cours des dernières années au Mali: en effet, en 2018, selon l'EDSM-VI, 93 % des femmes avaient entendu parler d'une méthode contraceptive moderne au moins [11].

Dans l'ensemble, les méthodes modernes sont mieux connues que les méthodes traditionnelles par les femmes : Selon Bagayoko et al [17], toutes les femmes pouvaient citer au moins une méthode contraceptive moderne. Selon l'EDS VI, 57% des femmes connaissaient les méthodes contraceptives traditionnelles. Toutefois, la proportion de femmes en union ayant entendu parler de méthodes contraceptives dans les régions de Gao (62 %) et de Kidal (67 %) était plus faible que dans d'autres régions [11]

Ce sont les femmes qui ne sont pas en union mais qui sont sexuellement actives qui connaissaient le plus les méthodes contraceptives (89 % pour une méthode quelconque et 89 % pour au moins une méthode moderne) [16].

Parmi les méthodes modernes, la pilule était la méthode la plus connue par des femmes (68 %), suivie du condom (63 %) et des injectables (56 %). Le condom était la méthode la plus connue des femmes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actives (86 %) [16].

Par contre, les injectables (88 %), les implants (88 %), la pilule (87 %) et le condom masculin (79 %) étaient les méthodes les plus connues par les femmes [11].

Selon Sinayoko et al [18], le préservatif était la méthode contraceptive la plus connue avec 87,8% suivi de l'implant avec 85,5%.

La 6<sup>e</sup> enquête démographique et de santé du Mali avait montré que près de 68% des utilisatrices de méthodes contraceptives modernes ont été informées de possibles effets secondaires ou de problèmes liés à l'utilisations de ces méthodes, 60% ont été informées de ce qu'il fallait faire en cas d'effets secondaires et plus de 65% ont été informées par un agent de santé ou un agent en planification familiale d'autres méthodes qui pourraient être utilisées. Seulement, près de 49% des femmes ont reçu les trois types d'informations [11].

Dans 45% des cas, les utilisatrices ont été informées des effets secondaires. Toutefois le niveau d'information diffère selon la méthode utilisée et les caractéristiques socio-démographiques [16]. Près de 63% des femmes utilisatrices des DIU et 57% de celles utilisant les injectables (%) ont été informées des effets secondaires. Les utilisatrices des méthodes contraceptives en milieu urbain étaient plus informées que celles du milieu rural (47 % contre 39 %) [16]. Ce sont les utilisatrices de la région de Koulikoro (60 %) qui étaient les plus informées des effets secondaires des méthodes utilisées, tandis que celles de Mopti (18 %) étaient les moins informées des effets secondaires [16]. Le niveau d'information sur les effets secondaires augmente avec l'instruction. En effet, 40 % des utilisatrices sans aucune instruction étaient informées contre 49 % pour celles ayant le niveau secondaire [16].

#### **Attitudes en matière de la planification familiale :**

Les attitudes des femmes vis-à-vis de la planification familiale constituent un élément décisif pour la pratique de la contraception. Le taux de mariage précoce des filles de 9-17 ans était de 44,4% [19]. Au Mali en 2009, environ 4,6% des femmes avaient fréquenté les services de planification familiale et ce taux était de 6% à Bamako [20, 21]. Sidibé. I et al en 2015 [22], avaient trouvé que 46,7% des femmes fréquentaient contre 53,3%. Diall et al [23] et Sidibé. I et al en 2015, [22] avaient trouvé que la majorité des enquêtées pensaient qu'elles n'avaient pas besoin de la contraception avec 52,6% et 40,5% des cas respectivement.

Sinoyoko et al [18] avaient trouvé que la majorité des jeunes interrogés ne partaient pas au centre de santé soit 74,2% contre seulement 25,8% des jeunes qui partaient. Selon Traoré A.I et al en 2010 [24], les femmes en âge de procréer ont relevé le désir d'avoir des enfants (64,50%) et l'interdiction imposée par la religion (10,60%) étaient les principaux facteurs empêchant l'utilisation des méthodes contraceptives modernes.

L'intervalle intergénérisique a une influence sur l'état de santé de l'enfant et sur celui de sa mère [16]. Les intervalles intergénérisiques inférieurs à 24 mois font courir à l'enfant et à la mère des risques accrus de morbidité et de mortalité. Au Mali, l'intervalle intergénérisique médian était de 32,1 mois [11]. Les « besoins contraceptifs non satisfaits », c'est-à-dire les femmes actuellement en union non utilisatrices de la contraception et ayant déclaré ne plus vouloir d'enfants (limitation des naissances) ou vouloir attendre deux ans ou plus avant la prochaine naissance (espacement de l'intervalle des naissances), étaient estimés à 37,6 % [4].

Une étude au Mali avait montré que 64 % des femmes en union et connaissant une méthode contraceptive n'ont jamais discuté de planification familiale avec leur conjoint.

Environ 35 % des femmes ont déclaré avoir abordé ce sujet avec leur conjoint : 17% d'entre elles en ont discuté une ou deux fois seulement tandis que les autres (18 %) en ont parlé plus souvent (plus de deux fois) au cours des douze derniers mois [16].

Selon la même source, 46% des femmes n'ont ni vu, ni entendu, que ce soit à la radio, à la télévision ou dans un journal ou une revue un message sur la planification familiale et 51% ont déclaré avoir entendu un message sur la planification familiale à la radio au cours du mois précédant l'enquête, 30% à la télévision et 11 % des femmes ont vu un message dans un journal ou une revue [16].

### **Pratiques de la planification familiale**

La prévalence contraceptive correspond au pourcentage de femmes qui utilisent au moins une méthode de contraception au moment de l'enquête [16, 11]

La prévalence contraceptive était de 60% dans les pays en développement en 2004 [1, 13].

Seulement 8% des femmes utilisaient au moins une méthode contraceptive au moment de l'enquête : 3% utilisaient une méthode traditionnelle ou populaire, notamment la MAMA et la continence périodique (2% au total) et 6% utilisaient une méthode moderne, essentiellement la pilule (3%) et les injectables (2%) [16].

Parmi les méthodes, les femmes en union utilisaient surtout la MAMA (1%) [16]. La similitude de la prévalence contraceptive entre l'ensemble des femmes et les femmes en union s'explique une fois de plus par la prévalence très élevée de la contraception chez les femmes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actives [11]. En effet, parmi ces dernières, une femme sur trois (32%) pratiquait la contraception, contre seulement 8% des femmes en union. Elles utilisaient surtout les méthodes modernes (22%), et principalement la pilule (9%) et le condom (7%) [11].

Dans l'ensemble, 16% des femmes utilisaient au moins une méthode contraceptive au moment de l'enquête dont 15% une méthode moderne et 1% une méthode traditionnelle. Cette prévalence de la contraception était de 17% chez les femmes actuellement en union et de 36 % parmi celles qui ne sont pas en union mais qui sont sexuellement actives [11]

Parmi les méthodes modernes utilisées par les femmes, on constate que les implants (24 % des femmes non en union, sexuellement active et 7 % chez les femmes en union) et les injectables (8 % des femmes non en union, sexuellement active et 6 % des femmes en union) sont les plus utilisées [11].

Dans les régions, c'était dans le district de Bamako (22 %) et dans les régions de Ségou (20 %), Sikasso (19 %) et Koulikoro (19 %) que l'on notait la prévalence contraceptive moderne la plus

élevée. Dans les autres régions du pays, elle variait de 3 % dans la région de Gao et dans celle de Kidal à 11 % dans celle de Kayes [11].

Le niveau d'utilisation de la contraception augmente avec l'augmentation du niveau d'instruction, passant, pour les méthodes modernes, de 14% parmi celles n'ayant aucun niveau d'instruction à 18% parmi celles ayant le niveau primaire et à 29% parmi celles ayant le niveau secondaire ou supérieur [11].

Selon Traoré A.I et al en 2010 [24], 10,93% des femmes utilisaient au moins une méthode contraceptive au moment de l'enquête et les contraceptifs injectables étaient les plus utilisés avec 52%. Selon la situation sanitaire au Mali en 2009, seulement 8% des femmes utilisaient au moins une méthode contraceptive [25].



## 2.2. Justification de l'étude

Au Mali, en 2017, le taux de consultation dans un service de PF était de 6,1 % et que 60 % des femmes n'ont été exposées à aucune information concernant la planification familiale [11].

Selon les constats du système local d'information sanitaire 2018, la multiparité augmente et les femmes font de plus en plus de grossesses rapprochées dans le district de Kolondieba, aussi, les campagnes de sensibilisation sur la PF n'y seraient pas fréquentes et le taux d'utilisation des services de PF était très faible (9,6%) [26].

Ces situations nous ont amené à nous demander si les informations sur la PF sont correctement transmises, si elles sont bien comprises et de savoir les raisons qui motivent la non utilisation fréquente des méthodes contraceptives.

Afin d'atteindre des réponses claires à ces questions, nous avons décidé d'initier cette étude sur la planification familiale au sein du district sanitaire de Kolondieba.

## **2.3.Objectifs**

### **2.3.1. Objectif général**

Evaluer les connaissances, attitudes et pratiques de la population en matière de la planification familiale dans le district sanitaire de Kolondieba.

### **2.3.2. Objectifs Spécifiques**

- Déterminer la prévalence de la contraception dans le district sanitaire de Kolondieba.
- Déterminer le niveau de connaissance de la population du district sanitaire de Kolondieba sur la planification familiale.
- Identifier les attitudes de la population du district sanitaire de Kolondieba sur la planification familiale.
- Décrire les pratiques de la population du district sanitaire de Kolondieba sur la planification familiale.



### **III. Démarche méthodologique**

#### **3.1. Cadre d'étude [27]**

Notre étude s'est déroulée dans le district sanitaire de Kolondieba.

##### **3.1.1. Présentation du cercle**

Le cercle de Kolondieba est situé au sud-ouest de la région de Sikasso. Il est limité à l'est par le cercle de Sikasso, au sud par la République de Côte d'Ivoire, le cercle de Kadiolo à l'Ouest et au nord par le cercle de Bougouni.

Sa superficie est de 9 200km<sup>2</sup> pour une population de 280 325 habitants en 2019

Le cercle de Kolondieba est traversé par deux affluents du fleuve Niger, le Tiendaga et le Kankéla et arrosé par d'autres petits cours d'eau saisonniers.

Le climat est de type soudanien avec une pluviométrie variant entre 800 mm et 1200mm de pluie par an. Le relief est peu accidenté et dominé par des plantes et collines dépassant rarement 310m d'altitude dans la zone de Fakola.

##### **3.1.2 Historique**

Kolondieba fut créé en 1800 par Gonfla Koné, un chasseur venu de Gonkoro un village de la commune de Kadiana. Etymologiquement Kolondieba tire son nom d'un puits « **sacré** » ou « **puits à eau claire** » découvert par son fondateur dans un buisson. Il était une province de l'empire d'Almamy Samory Touré avec la colonisation, il a connu des conflits suite à la fusion des différents cantons (Foulala, Niémidougou, Sibirila, Yorobabougou).

Autrefois, Kolondieba était une subdivision du cercle de Bougouni avant d'être érigé en cercle avec l'indépendance du Mali en 1960.

##### **3.1.3 Découpage administratif et communal**

Le cercle est divisé en cinq (05) sous-préfectures (Kolondieba, Fakola, Kébila, Toussegela et Kadiana) réparties en douze (12) communes rurales (Kolondieba, Kébila, Mena, Kolosso, NGolodiana, Toussegela, Bougoula, Farako, Tiongui, Nagalasso, Fakola et kadiana).

##### **3.1.4 Infrastructures routières**

Le cercle de Kolondieba est enclavé et distant de 59 km de la route nationale 7 (RN7), à cheval sur l'axe routier Zantiébougou(cercle de Bougouni) et Tenguèrèla (Côte d'Ivoire). Il est sillonné par quelques pistes latéritiques peu praticables pendant l'hivernage.



### 3.1.5 Infrastructures Sanitaires

Le district sanitaire de Kolondieba comporte vingt (20) aires de santé, vingt-six (26) maternités rurales existantes et fonctionnelles, quatre vingt six (86) Agents de Santé Communautaires, quatre vingt six (86) relais Communautaires.

**Répartition de la population en fonction des différentes aires santé 2019 [28].**

N0	Noms des aires	Population Totale 2019	Population 0-5 km	Population 5-15 km	Population plus de 15 km	Distance du CSCOM au CSREF (Km)	Date de Création de l'aire
1	Kolondieba	42 239	16 701	19 817	5 721	0	2001
2	Wakoro	6 684	4 404	2 280	0	30	1995
3	Diaka	16 166	4 834	10 807	525	47	2015
4	Toutiala	10 471	1 062	9 409	0	37	1996
5	Nangalasso	8 651	3 391	5 260	0	96	2012
6	Kadiana	32 592	9 369	17 602	5 621	60	1996
7	Tiongui	11 128	3 633	7 023	472	75	1996
8	Gourouko	7 584	3 161	3 572	851	58	1994
9	Tousseguela	13 966	3 367	9 552	1 047	30	1997
10	Fala II	7 780	1 768	6 012	0	117	1995
11	Fakola	21 868	5 516	13 058	3 294	75	1995
12	Zéguéré	11 252	4 043	5 909	1 300	103	2010
13	Kébila	29 064	8 382	19 129	1 553	30	1996
14	Farako	11 972	6 013	3 924	2 035	47	1996
15	Bougoula	8 513	2 691	4 531	1 291	45	2008
16	Mena	9 666	2 852	6 814	0	35	1995
17	Kolosso	9 113	4 134	2 836	2 143	48	1996
18	Niakourazana	8 251	1 263	4 549	2 439	57	1997
19	Kaara	6 426	2 768	2 313	13 45	48	2001
20	Dialakoroba	6 937	4 957	1 980	0	47	1996
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>280 325</b>	<b>280 325</b>	<b>156 377</b>	<b>29 637</b>	<b>1 085</b>	

### **3.1.6. Organigramme du district sanitaire de Kolondiéba :**

### **3.1.7 Description du CSRéf de Kolondiéba**

#### **❖ Les services du CSREF de Kolondiéba**

Le centre de santé de référence de Kolondieba comprend actuellement plusieurs services et unités qui sont :

- L'administration avec la comptabilité ;
- Le service de gynéco obstétrique et de chirurgie générale,
- Le service de médecine
- Le service d'ophtalmologie,
- L'unité d'Imagerie médicale,
- L'unité P.E.V (Programme élargi de vaccination),
- L'unité de pharmacie,
- L'unité d'odontologie,
- L'unité de consultation externe et soins,
- L'unité tuberculose,
- Le laboratoire d'examens biologiques ;
- Le dépôt répartiteur de cercle (DRC)
- Le dépôt de vente (DV),
- La morgue.

❖ **Personnel du CSRef de Kolondiéba Catégories professionnelles**

Qualifications		Effectifs
Médecin	Généraliste	5
Technicien Supérieur	Infirmier diplôme d'état	5
	Sage-femme d'état	5
	Hygiène et assainissement	1
	Biologie médical	2
	Imagerie médicale	1
	ophtalmologue	1
	Odonto stomatologie	1
Assistant médicale	Imagerie médicale	1
	Laboratoire	2
Technicien de sante	Technicien sante publique	7
	Infermière obstétricien	2
	Technicien de laboratoire	1
Comptable		1
Aide comptable		1
secrétaire		1
Charge de SIS		1
Gérant DRC		1
DV		2
chauffeur		4
Technicien de surface		4
Buendeuse		2
Gardien		2

❖ **Fonctionnement**

Les consultations prénatales sont assurées par les sages-femmes et les infirmières obstétriciennes tous les jours ouvrables.

Le bloc opératoire et la salle d'accouchement sont fonctionnels tous les jours, durant la nuit, l'équipe de garde assure les urgences uniquement. Les interventions programmées sont faites les mardis et les jeudis.

Le laboratoire est doté d'une mini-banque de sang et la pharmacie fonctionnent tous les jours.

La prise en charge chirurgicale des pathologies gynécologiques et obstétricales est faite par les médecins.

Les ambulances assurent les évacuations sanitaires des CSComs vers le CSRéf et du CSRéf vers les hôpitaux (l'hôpital de Sikasso, les CHU Gabriel Touré et Point G).

Des kits de prise en charge des urgences obstétricales sont disponibles au bloc et à la maternité.

La visite des hospitalisées est assurée tous les jours.



Source : [28]

Figure 1 : Carte sanitaire du district de Kolondieba 2019

### 3.2. Type et période

Il s'agissait d'une étude transversale prospective consistant à recueillir simultanément des informations sur la planification familiale pendant une période de six mois allant du 1<sup>er</sup> Mai au 31 octobre 2019.

### 3.3. Population d'étude

La population de cette étude était constituée de toutes les femmes en âge de procréer.

#### 3.3.1. Critère d'inclusion

Etaient incluses dans cette étude toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans du district sanitaire de Kolondieba qui ont consenti à participer à l'étude.

#### 3.3.2. Critères de non inclusion

- Toutes les femmes du district sanitaire de Kolondieba qui étaient absentes pendant la période de l'étude ;
- Toutes les femmes du district sanitaire de Kolondieba qui avaient moins de 15 ans ou qui avaient plus de 49 ans.
- Toutes les femmes du district sanitaire de Kolondieba qui ont refusé de participer à notre étude ;
- Toutes les femmes n'habitant pas au district sanitaire de Kolondieba.

### 3.4. Echantillonnage

D'après la formule de SCHWARTZ ci-dessous qui nous a permis de connaître la taille nécessaire pour notre étude :  $n = t^2 \times p \times (1-p) / m^2$ .

**n**= taille de l'échantillon ;

**t**=Niveau de confiance (t=1,96 pour un niveau de confiance de 95%).

**P**= Proportion estimée de la population dans le monde (p=60%=0,6) [1].

**m**=La marge d'erreur (m=5%=0,05)

$$n = t^2 \times p \times (1-p) / m^2 = (1,96)^2 \times (1-0,6) / (0,05)^2 = 368,7936 \approx 369$$

La taille minimale de notre échantillon était de 369 femmes que nous avons arrondies à 370.

### 4.5. Procédures de l'étude

Au début de l'étude, une prise de contact avec les autorités administratives, sanitaires et villageoises a eu lieu pour expliquer toutes les informations relatives à l'étude. Le jour de l'enquête, l'enquêteur se présentait dans l'un des quartiers selon sa disponibilité, il rentrait dans les concessions, les lieux de regroupement et interrogeait toutes les femmes répondant aux critères de l'étude en les expliquant le but et les modalités de l'enquête afin d'avoir leur consentement.

### **3.6. Collecte, saisie et analyse de données**

Les données ont été collectées au moyen d'un questionnaire qui nous a permis d'avoir une vision plus large et de pouvoir donner une interprétation plus juste des résultats. Nous avons procédé au remplissage de nos formulaires d'enquête à l'occasion d'un entretien structuré au cours duquel les formulaires ont été remplis par l'enquêteur.

Le masque de saisie a été élaboré sur le logiciel Epi info version 7 juste après la validation définitive du questionnaire. Nous avons commencé la saisie dans le masque de saisie simultanément au travail de collecte sur terrain afin de repérer d'éventuelles erreurs d'annotation ou de remplissage et de pouvoir immédiatement corriger ces erreurs.

L'analyse a été effectuée sur le logiciel Epi info 7 et a consisté en la description des variables présentes dans l'échantillon. Nous avons analysé les profils des personnes rencontrées et les différentes caractéristiques en fonction de nos objectifs.

Le traitement final du texte a été effectué sur World 2010.

### **3.7. Considérations éthiques**

La participation à l'étude était volontaire, les questions de cette étude ont touché l'intimité des personnes enquêtées, ainsi une explication préalable du but, de la procédure de l'enquête, de l'utilisation des données et de l'importance scientifique de celle-ci nous a permis d'obtenir le consentement libre, éclairé et verbal des personnes enquêtées.

Aucune personne n'a été citée par son nom, aucun indice n'a été utilisé permettant de reconnaître les participantes dans cette étude, garant du secret médical.

3-8 Variables étudiées :

VARIABLES ETUDIEES			
1	Prévalences		
2	Connaissances	Signification de la PF	
		Méthodes contraceptives	Pilule
			Confiance
			Implant jadelle
			DIU
			Traditionnelle
			Naturelle
			Préservatif
			Collier du cycle
		Risques de la non pratique de la PF	Grossesse rapprochées
			Grossesses non désirées
			Décès maternels
			Avortement
			Infections génitales
		Effets secondaires des méthodes contraceptives	Prise de poids
			Aménorrhée
Vertige			
Méno-métrorragie			
Hyperménorrhée			
Stérilité			
Grossesses non désirées			
Douleur abdominale			
Nausées, vomissement			
Malaise général			
	Conséquences de l'avortement provoqué	Stérilité	
		Infections génitales	
		Saignement	
		Ménopause	
		Anémie	
		Interdit religieux	
		Décès	
3	Attitudes	Âge du mariage	
		Gestité	
		Nombre d'enfants	
		Intervalle inter-génésique	
		Sources d'information	
		Préférence	
4	Pratiques	Méthodes contraceptives	



#### IV. RESULTATS

##### 4.1. Caractéristiques socio-demographiques

**Tableau 1:** Répartition des enquêtées selon la tranche d'âge

Tranche d'âge (ans)	Fréquence	Pourcentage (%)
15-17	91	24,59
<b>18-25</b>	<b>133</b>	<b>35,95</b>
26-31	58	15,68
32-37	49	13,24
38-43	27	07,3
44 et plus	12	03.24
<b>Total</b>	<b>370</b>	<b>100</b>

L'âge moyen de nos enquêtées était de 32 ans avec des âges extrêmes de 15 ans et 49 ans. Les femmes âgées de 18 à 25 ans étaient majoritaires dans notre étude avec 35,95 % soit 133 cas.

**Tableau 2:** Répartition des enquêtées selon la profession

Professions	Fréquence	Pourcentage (%)
<b>Femme au foyer</b>	<b>201</b>	<b>54,32</b>
Elève/étudiante	81	21,89
Cultivateur	39	10,54
Commerçante	31	08,38
Enseignante	07	01,89
Couturière	04	01,08
Infirmière	03	00,81
Secrétaire	03	00,81
Matrone	02	00,54
<b>Total</b>	<b>370</b>	<b>100</b>

La majorité de nos enquêtées étaient des femmes au foyer avec 54,32 %.

**Tableau 3 : Répartition des enquêtées selon le niveau d'instruction**

Niveau d'instruction	Fréquence	Pourcentage (%)
<b>Non instruite</b>	<b>122</b>	<b>32,97</b>
Primaire	82	22,16
Secondaire	119	32,16
Supérieur	34	09,19
Autres	13	03,51
<b>Total</b>	<b>370</b>	<b>100</b>

Dans la présente étude, 32,97 % de nos enquêtées n'étaient pas instruites soit 122 cas.

Autres : Ecole coranique (5), école bambara (8).

**Tableau 4 : Répartition des enquêtées selon le statut matrimonial**

Statut matrimonial	Fréquence	Pourcentage (%)
Célibataire	70	18,92
Fiancée	11	02,97
<b>Mariée</b>	<b>275</b>	<b>74,32</b>
Divorcée	07	01,89
Veuve	07	01,89
<b>Total</b>	<b>370</b>	<b>100</b>

Plus de la moitié (74,32%) des enquêtées étaient mariées.

**Tableau 5: Répartition des enquêtées selon la résidence**

Résidence	Fréquence	Pourcentage (%)
<b>Kolondieba ville</b>	<b>173</b>	<b>46,76</b>
Koni	21	05,68
Zampiala	19	05,13
Boundio	19	05,13
Dialakoroba	15	04,05
Fakola	14	03,78
Kaara	12	03,24
Falla	11	02,97
Kadiana	10	02,70
Zeguéré	10	02,70
Kebila	10	02,70
Nériko	09	02,43
Tiendaga	07	01,89
Zangouna	07	01,89
Mantagala	06	01,62
Farako	05	01,35
Tintiry	04	01,08
Niakourazana	03	00,81
Tousseguela	03	00,81
Blakala	02	0,54
Autres	10	02,70
<b>Total</b>	<b>370</b>	<b>100</b>

La majorité de nos enquêtées résidaient dans la ville de Kolondieba avec 46,76%.

**Tableau 6: Répartition des enquêtées selon les ethnies**

<b>Ethnies</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Bambara</b>	<b>193</b>	<b>52,30</b>
Bobo	5	1,36
Dogon	6	1,63
Kossonké	1	0,27
Malinké	67	18,16
Minianka	17	4,61
Peulh	49	13,28
Sarakolé	15	4,07
Senoufo	7	1,9
Sonrhäi	8	2,17
Tamalchèque	2	0,54
<b>Total</b>	<b>370</b>	<b>100</b>

Au cours de notre étude, 52,3% des enquêtées étaient des bambaras.

#### 4.2. Prévalence de la contraception

**Tableau 7:** Evolution de la prévalence contraceptive dans le district sanitaire de Kolondieba de 2010 à 2018.

Districts	Femmes âge de procréation	Nouveaux cas	Nombre consultations	Taux
2010	49 329	1 430	4 241	2,9
2011	51 105	2 213	4 728	4,33
2012	53 836	3 075	6 313	5,71
2013	55 450	4 171	8 858	7,52
2014	57 100	4 265	9 053	7,47
2015	58 786	3 810	8 648	6,48
2016	56 647	4 838	9 419	8,5
2017	58 921	4 922	1 023	8,3
2018	59 974	5 758	15 510	9,6

La prévalence contraceptive la plus élevée a été retrouvée en 2018 avec 9,6%.

### 4.3. Connaissances en matière de la contraception

**Tableau 8: Répartition des enquêtées selon la signification de la planification familiale**

Signification de la planification familiale	Oui		Non	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
Espacement des naissances	324	87,57	46	12,43
Santé de la mère et de l'enfant	97	26,21	273	73,79
Eviter la grossesse	80	21,62	290	78,38
Moins de dépense	43	11,62	327	88,38
Meilleure éducation des enfants	12	3,24	358	96,76

La signification de la planification était l'espacement des naissances pour la majorité des enquêtées (87,57%).

**Tableau 9: Répartition des enquêtées selon la connaissance des méthodes contraceptives**

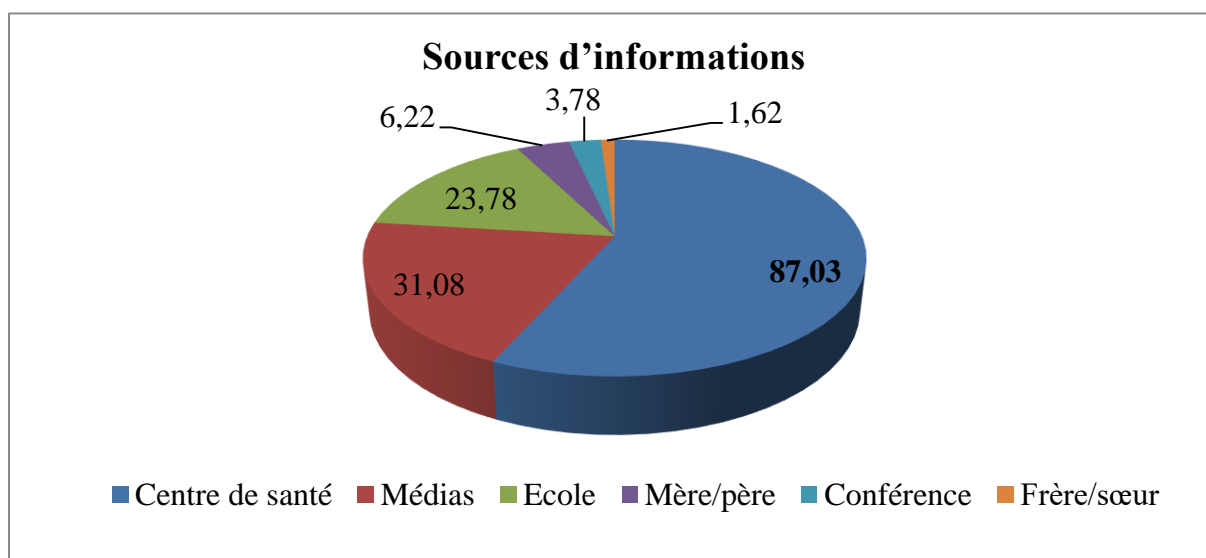
Méthodes contraceptives	Oui		Non	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
Pilule	231	62,43	139	37,57
Implant jadelle	214	57,84	156	42,16
Confiance	204	55,13	166	44,87
Préservatif	75	20,27	295	79,73
Méthodes traditionnelles	58	15,68	312	84,32
Méthodes naturelles	53	14,32	317	85,68
Collier du cycle	16	4,32	354	95,68

Dans notre étude, la pilule était la méthode contraceptive la plus connue. Cette méthode était connue par 62,43% des femmes et filles enquêtées.

**Tableau 10 : Répartition des enquêtées selon le nombre de méthodes contraceptives connues**

Nombre de méthodes contraceptives connues	Fréquence	Pourcentage (%)
1	113	30,54
2	102	27,57
3	88	23,78
4 et plus	67	18,11
Total	370	100

Dans notre étude, 30,54 % de nos enquêtées connaissaient une seule méthode contraceptive, 27,57 % deux méthodes, 23,7% trois méthodes et 18,11 % quatre méthodes et plus.



**Figure 1: Répartition des enquêtées selon les sources d'informations**

Les sources d'information les plus citées par nos enquêtées étaient le centre de santé (87,03%), les médias (31,08%) et l'école (23,78%).

**Tableau 11: Répartition des enquêtées selon la connaissance des risques encourus par les femmes qui ne pratiquent pas la contraception**

Risques encourus par les femmes ne pratiquant pas la contraception	Fréquence	Pourcentage (%)
<b>Grossesses rapprochées</b>	<b>132</b>	<b>35,68</b>
Grossesses non désirées	85	22,97
Décès maternels	48	12,97
Avortement	23	06,22
Infections génitales	26	07,02
Grossesses non désirées+ Avortement	17	04,59
Grossesses non désirées+ Infections génitales	20	05,41
Maladies maternelles+ Décès maternels	19	05,14
<b>Total</b>	<b>370</b>	<b>100</b>

Dans notre étude, 35,68% des femmes et filles pensaient que les femmes qui ne pratiquent pas la contraception sont exposées à des grossesses rapprochées.

**Tableau 12: Répartition des enquêtées selon la connaissance des services de PF**

Connaissance des services de PF :	Fréquence	Pourcentage (%)
<b>Oui</b>	<b>350</b>	<b>94,59</b>
Non	20	05,41
<b>Total</b>	<b>370</b>	<b>100</b>

Dans notre étude, 94,59 % des femmes et filles savaient qu'il existe des services de planification familiale.



**Tableau 13: Répartition des enquêtées selon la connaissance des effets secondaires liés aux méthodes contraceptives**

Effets secondaires	Oui		Non	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
Prise de poids	131	35,41	239	64,59
Aménorrhée	75	20,27	295	79,73
Vertiges	64	17,30	306	83,70
Méno-métrorragie	46	12,43	324	87,57
Hyperménorrhée	31	8,38	339	91,62
Stérilité	28	7,57	342	92,43
Grossesses non désirées	26	7,03	344	92,97
Douleur abdominale	16	4,32	354	95,68
Nausées, vomissement	8	2,16	362	97,84
Malaise général	3	0,81	367	99,19

La prise de poids était l'effet secondaire le plus cité par nos enquêtées avec 35,41%.

**Tableau 14: Répartition des enquêtées selon la connaissance des risques de l'avortement clandestin/provoqué**

Risques de l'avortement provoqué/clandestin	Oui		Non	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
Décès maternel	238	64,32	132	35,68
Stérilité	83	22,43	287	77,57
Saignement	63	17,02	307	82,98
Infections génitales	58	15,68	312	84,32
Anémie	6	1,62	364	98,38
Ménopause	4	1,08	366	98,92
Interdit religieux	2	0,54	368	99,46

Le décès maternel était le risque le plus cité par nos enquêtées avec 64,32% suivi de stérilité avec 22,43% et le saignement avec 17,02%.

#### 4.4. Attitudes vis-à-vis des méthodes contraceptives

**Tableau 15: Répartition des enquêtées selon l'âge du mariage**

<b>l'âge du mariage (ans)</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
14-15	73	19,73
<b>16-17</b>	<b>114</b>	<b>30,81</b>
18-19	101	27,30
≥20	82	22,16
<b>Total</b>	<b>370</b>	<b>100</b>

Dans notre étude, 30,81% des enquêtées ont été mariées entre 16-17 ans.

**Tableau 16: Répartition des enquêtées selon la gestité**

<b>Nombre grossesses</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Nulligeste (0)	45	12,16
Primigeste (1)	44	11,89
<b>Paucigeste (2-4)</b>	<b>152</b>	<b>41,08</b>
Multigeste (>4)	129	34,86
<b>Total</b>	<b>370</b>	<b>100</b>

Dans notre étude, 41,08 % des femmes et filles avaient déjà fait 2 à 4 grossesses au moment de notre enquête.

**Tableau 17: Répartition des enquêtées selon l'intervalle inter-génésiq**

<b>Intervalle inter-génésiq</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
2 ans et plus	276	74.59
Moins de 2 ans	71	19.20
Imprécis	18	04.86
Ne sait pas	05	01.35
<b>Total</b>	<b>370</b>	<b>100</b>

Dans la présente étude, 19,2 % de nos femmes et filles pensaient qu'il doit exister moins deux ans entre deux grossesses.

**Tableau 18: Répartition des enquêtées selon la fréquentation des services de PF**

Fréquentation des services de PF :	Fréquence	Pourcentage (%)
Oui	283	76,49
Non	87	23,51
Total	370	100

Dans notre étude, 23,51 % de nos enquêtées n'avaient pas fréquenté un service de planification familiale contre 76,49% qui avaient fréquenté un service de planification familiale.

**Tableau 19: Répartition des enquêtées selon les raisons de non fréquentation des services de PF**

Raisons de non fréquentation	Oui		Non	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
Pas besoin	27	7,3	343	92,7
Peur de la réaction du conjoint	15	4,05	355	95,95
Saignement	21	5,67	349	94,32
Effets secondaires	11	2,97	359	97,03
Non mariées	6	1,62	364	98,38
Religion	4	1,08	366	98,92
Pas d'enfant	2	0,54	368	99,46
Je ne l'aime pas	1	0,27	369	99,73

Dans notre étude, 7,3% des femmes estimaient ne pas avoir besoin de méthode de contraception.

**Tableau 20: Répartition des enquêtées selon la préférence des méthodes contraceptives**

Méthodes contraceptives	Oui		Non	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
Implant jabelle	104	28,11	266	71,89
Confiance	91	24,59	279	75,41
Pilule	67	18,11	303	81,89
D.I.U	35	9,46	335	90,54
Préservatif	21	5,68	349	67,3
Méthodes naturelles	18	4,86	352	95,14
Méthodes traditionnelles	17	4,59	353	95,41
Norplant	6	1,62	364	88,38
Aucune	11	2,97	359	97,03

Au cours de notre enquête, 28,11% de nos enquêtées préféraient l'implant jabelle

#### 4.5. Pratiques vis-à-vis des méthodes contraceptives

**Tableau 21:** Répartition des enquêtées selon ceux qui doivent utiliser la contraception

Ceux qui doivent utiliser la contraception	Fréquence	Pourcentage (%)
<b>Femmes</b>	<b>185</b>	<b>50</b>
Hommes	00	00
Femmes et hommes	176	47,57
Ne sait pas	09	02,43
<b>Total</b>	<b>370</b>	<b>100</b>

La plupart (50%) des femmes et filles enquêtées ont trouvé que ce sont seulement les femmes qui doivent pratiquer la planification familiale.

**Tableau 22:** Répartition des enquêtées selon l'utilisation actuelle des méthodes contraceptives

Utilisation actuelle des méthodes contraceptives	Fréquence	Pourcentage (%)
<b>Oui</b>	<b>276</b>	<b>74,59</b>
Non	94	25,41
<b>Total</b>	<b>370</b>	<b>100</b>

Au moment de l'enquête, 74,59 % des femmes et filles utilisaient déjà une méthode de contraception.

**Tableau 23: Répartition des enquêtées selon les méthodes contraceptives actuellement utilisées**

Méthodes contraceptives	Oui		Non	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
Implant jadelle	92	24,86	278	75,14
Pilule	56	15,13	314	84,86
Confiance	53	14,32	317	87,68
D.I.U	38	10,27	332	89,93
Préservatif	14	3,90	356	96,22
Méthodes traditionnelles	12	3,24	358	96,75
Méthodes naturelles	6	1,67	364	98,38
Collier du cycle	5	1,35	365	98,65

Au cours de notre enquête, 24,86% de nos enquêtées utilisaient l'implant jadelle

## V.COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Il s'agissait d'une étude transversale prospective consistant à recueillir simultanément des informations sur les connaissances, les attitudes et les pratiques de la planification familiale dans le district sanitaire de Kolondieba pendant une période de six mois allant du 1<sup>er</sup> Mai au 31 octobre 2019. La population concernée était les femmes et filles en âge procréer ayant donné leurs consentements libres et éclairés de participer à l'étude.

Les difficultés rencontrées sur le terrain étaient liées à notre technique (enquête par interview). La difficulté d'avoir un endroit propice pour mener une interview privée empêchait beaucoup de personnes à répondre directement à nos questions, d'autres étaient pressées d'aller à leurs préoccupations, on était à l'hivernage et d'autres désiraient avoir une récompense d'avoir répondu à nos questions.

### 5.1. Prévalence des méthodes contraceptives

Au cours de notre étude, la prévalence contraceptive était de 74,59%. Ainsi, en 2014, la prévalence contraceptive dans les pays en développement était estimée à 60% [1, 13].

La 6<sup>e</sup> édition de l'enquête démographique et de santé du Mali en 2018, avait trouvé que 53% des femmes utilisaient au moins une méthode contraceptive au moment de l'enquête [11].

Selon le système local d'information sanitaire 2018, le taux de prévalence contraceptive était de 11,8% [29].

### 5.2. Connaissances sur la planification familiale

#### 5.2.1. Signification de la planification familiale

Dans notre enquête, le sens donné à la planification familiale était l'espacement des naissances pour la majorité des enquêtées (87,57%) suivi de la santé de la mère et de l'enfant (26,21%) et d'éviter la grossesse (21,62%).

Notre résultat était comparable à celui d'une étude sur le même sujet menée par Dao et al. en 2015 à Bamako [10], selon laquelle, les sens donnés à la planification familiale étaient surtout d'éviter la grossesse et l'espacement des naissances (83,8%).

Notre résultat était différent de celui trouvé par Sidibé. I et al en 2015 [22], une étude réalisée à Yanfolila, selon laquelle, les taux de signification de la planification familiale étaient 94,5% pour espacement des naissances, 58% pour la santé de mère et 40 % pour moins de dépense. Ces différences s'expliquent par le jeune âge de notre population d'étude.

### **5.2.2. Connaissance des méthodes contraceptives**

Toutes les femmes et filles pouvaient citer au moins une méthode contraceptive moderne, 18,11% des enquêtées pouvaient citer 4 méthodes et plus, 30,57% des enquêtées connaissaient une seule méthode alors que 69,43% en connaissaient deux ou plus.

La proportion des enquêtées ayant connue les méthodes contraceptives : 62,43% (pilule) ; 57,84% (implant jabelle) ; 55,13% (confiance) ; 20,27% (préservatif) ; 15,68% (méthodes traditionnelles) et les méthodes naturelles (14,32%).

Selon une étude réalisée à Bamako menée par Dembélé. S et al [30], toutes les femmes pouvaient citer au moins une méthode contraceptive moderne : 59,8% des enquêtées pouvaient citer plusieurs méthodes, la méthode la moins connue étant la stérilisation masculine (100%) ; 9,5% des enquêtées connaissaient une seule méthode alors que (59,8%) en connaissaient plus de deux.

Notre résultat était comparable à celui d'une étude réalisée à Yanfolila menée par Sidibé. I et al en 2015[24], qui avaient trouvé que 100% de l'effectif connaissait la planification familiale et que la méthode la plus connue était la pilule avec 94%.

Notre était aussi proche à celui de Diall et al. en 2015 [23] qui avaient trouvé que la connaissance des méthodes de contraception n'équivaut pas à leur utilisation et que 96,8% des enquêtées connaissaient des méthodes de contraception.

Notre résultat était différent de celui d'une étude menée sur le même sujet par Sinayoko et al. en 2015 à Bamako [18] selon laquelle 27,6% des enquêtées préféraient le préservatif et 13,6% les contraceptif injectable.

Cette différence s'explique par le fait que l'étude de Sinayoko et al portait sur les jeunes âgés de 15 à 24 ans.

### **5.3.3. Sources d'information**

La source d'information la plus citée par nos clientes au cours de notre enquête était le centre de santé avec 87,03%.

Notre résultat était similaire à celui de Dembélé S et al [30], une étude réalisée sur le même thème en commune V du district de Bamako, qui avait trouvé que la source d'information la plus citée était le centre de santé soit 42,2%. La différence entre les chiffres est probablement influencée la taille inégale des deux études : 199 pour Dembélé S et al et 370 pour la présente étude.

Notre résultat était différent de celui de Diall et al [23] qui avait trouvé que la source d'information la plus citée était les médias soit 82,6%.



Ces différences étaient dues au fait que l'étude de Diall et al avait été réalisée en milieu scolaire uniquement sur les adolescentes et la faible disponibilité des médias dans notre communauté.

#### **5.2.4. Connaissance des services de PF**

Dans notre étude, 94,59% des femmes et filles savaient qu'il existe des services de planification familiale.

Notre résultat était proche de celui de Sidibé. I et al, une étude réalisée à Yanfolila sur le même thème en 2015 [22] qui avait trouvé que 96,5% des femmes et filles avaient affirmé avoir connu des services de planification familiale contre 3,5% qui avaient confirmé ne pas avoir connu.

Notre résultat était différent de celui de Diall et al [23] qui avait trouvé que 77% des enquêtées savaient qu'il existe des services de planification familiale contre 23%. Ces différences étaient dues au fait que l'étude de Diall et al avait été réalisée strictement en milieu scolaire.

#### **5.2.5. Connaissance des risques de l'avortement clandestin/provoqué**

Le décès maternel était le risque le plus cité par 64,32% de nos enquêtées, suivi de stérilité (22,43%), saignement (17,02%), infections génitales (15,68%), anémie (1,62%), ménopause (1,08%) et l'interdiction religieuse (0,54%).

Notre résultat était proche de celui de Diall et al [23] qui avait trouvé que 78,6% des enquêtées ont exprimé avoir des connaissances sur les risques encourus par l'avortement provoqué contre 21,4%.

Nos résultats étaient aussi proches de ceux de Sidibé. I et al, une étude réalisée à Yanfolila en 2015: [22], qui avait trouvé que 12,1% des enquêtées n'avaient pas eu de réponses, 83,3% des effectifs désapprouvaient contre 4,5% qui approuvaient. Certaines se sont permis de citer des conséquences de l'avortement telles que : la mort, stérilité, IST, condamnation religieuse, hémorragies.

Notre résultat était différent de celui de Diall et al [23] selon lequel, les risques les plus cités étaient : la stérilité 46,2%, douleur abdominale 14,8%, le décès 9,4% et l'hémorragie 8,2%.

Ceux-ci s'expliquent par le faible recours à la pratique des avortements clandestins/provoqués et la connaissance des méthodes contraceptives

### **5.3. Attitudes**

#### **5.3.1. Âge du premier mariage**

Dans la présente étude, 30,81% de nos enquêtées ont été mariées entre 16-17 ans.

Notre résultat est proche de celui de Keita. et al. en 2015 [19] qui avait trouvé que 48% des femmes sont mariées dans la tranche d'âge de (14-17 ans)

Aussi selon une étude menée par Sidibé. I et al. en 2015 [22], 44% des femmes ont été mariées entre 9-17 ans

Selon la 6<sup>e</sup> édition de l'enquête démographique et de santé en 2018 qui avait trouvé que 18 % des femmes et filles étaient déjà en union avant d'atteindre l'âge de 15 ans exact et un peu plus de la moitié (53 %) l'était déjà avant 18 ans exacts [11].

#### **5.3.2. Nombre d'enfants vivants**

Dans notre étude, 35,68 % avaient 2 à 4 enfants et 27,84% avaient au moins 5 enfants au moment de l'enquête.

Une étude menée par Dembélé S. et al. [30] avait trouvé que 17 % des enquêtées avaient au moins 5 enfants au moment de l'enquête. Cette différence peut être expliquée par le fait de la méconnaissance de la planification familiale dans les périphéries.

#### **5.3.3. Nombre de mois séparant les deux dernières grossesses**

Dans notre étude, 19,20% des enquêtées pensaient qu'il doit exister moins de 24 mois entre deux grossesses.

Notre résultat était proche de celui de Dao. N [10] et al qui avait trouvé que 36,74% des enquêtées avaient un intervalle inter-génésique strictement inférieur à 2 ans.

Notre résultat était également similaire à celui de la 6<sup>e</sup> édition de l'enquête démographique et de santé en 2018 selon laquelle, 23 % des naissances se produisent encore après un intervalle intergénéésique inférieur à 24 mois [11].

Notre résultat était différent de l'étude menée par Touré D. et al [31], selon la quelle, 71,43% des femmes avaient un intervalle inter génésique inférieur à 2 ans.

#### **5.3.4. Fréquentation des services de PF**

Dans notre étude, 23,51% de nos enquêtées n'avaient pas fréquenté un service de planification familiale contre 76,49%.

Notre résultat était différent de l'étude menée par Sidibé. I et al en 2015, [22], qui avait trouvé que 46,7% fréquentaient contre 53,3%.

Notre résultat était aussi différent de celui de Diall et al [23] qui avait trouvé que 16% fréquentaient contre 84%.

Ces différences s'expliquent par l'augmentation des efforts de sensibilisation en matière de planification dans notre communauté et aussi par le fait que l'étude de Diall et al était strictement réalisée en milieu scolaire.

### **5.3.5. Raisons de non fréquentation des services de PF**

Dans l'ensemble, 7,30% des enquêtées ont déclaré qu'ils n'ont pas besoin de la planification familiale et 5,68% des enquêtées n'ont pas fréquenté les services de planification familiale à cause de leur coutume.

Notre résultat était similaire à celui de Diall et al [23] et de Sidibé. I et al en 2015, [22] qui avaient trouvé que la majorité des enquêtées pensaient qu'elles n'en avaient pas besoin avec 52,6% et 40,5% des cas respectivement.

### **5.3.6. Préférences des méthodes contraceptives**

La méthode contraceptive la plus préférée était l'implant jadelle avec 28,11%.

Selon la 6<sup>e</sup> édition de l'enquête démographique et de santé en 2018 qui avait trouvé que la majorité des enquêtées préférait l'implant jadelle au moment de l'enquête [11].

## **5.4. Pratiques**

Dans nos effectifs, 74,59% utilisaient au moins une méthode contraceptive. Cependant parmi les méthodes contraceptives les plus utilisées l'implant Jadelle était au premier rang avec 24,86 % ; suivi de la pilule avec 15,13%, contraceptif injectable (confiance) avec 14,32% et le DIU avec 10,27%.

Notre résultat était similaire à celui de Sidibé. I et al en 2015[22], une étude réalisée à Yanfolila sur le même thème qui avait trouvé que 85,4% des femmes et filles utilisaient une méthode contraceptive et parmi les méthodes les plus utilisées la pilule était au premier rang avec 48 % ; contraceptif injectable avec 40 % ;

Dans l'EDSVI [11], les méthodes contraceptives modernes les plus utilisées sont : l'implant Jadelle (31%), injectables (14%), DIU (3%) et la pilule (environ 2%).

Notre est différent de celui de Diall et al. en 2015 [23] qui avaient trouvé que, seules 16,4% des enquêtées avaient utilisé un contraceptif. Ces différences étaient dues au fait que l'étude de Diall et al avait été réalisée en milieu scolaire.

La moitié (50 %) des femmes et filles enquêtées ont trouvé que ce sont seulement les femmes qui doivent utiliser la contraception et 47,57% des enquêtées pensaient que les femmes et les hommes doivent utiliser les méthodes de contraception

Selon KOITA H. et al [32], 73,2% des hommes ont affirmé avoir utilisé une méthode contraceptive avec leur partenaire.

La différence entre les deux zones (zone urbaine pour KOITA et zone rurale pour la présente étude) d'enquête et les différences entre les populations d'étude influencent significativement les résultats. Dans notre communauté, les hommes n'étaient pas trop intéressés par la planification familiale.

## **VI. CONCLUSION-RECOMMANDATIONS**

### **6.1. Conclusion :**

La prévalence contraceptive était de 74,59% au cours de notre étude.

Au terme de notre étude, toutes nos enquêtées connaissaient la planification familiale et les sens donnés à celle-ci étaient dominés par l'espacement des naissances pour la majorité des enquêtées. Environ 95% de nos enquêtées savaient qu'il existe des services de planification familiale. La pilule était la méthode contraceptive la plus connue.

Le décès maternel était le plus cité par la majorité de nos enquêtées comme risque de l'avortement provoqué/clandestin.

Environ 31% des enquêtées ont été mariées entre 16-17 ans, beaucoup d'entre elles avaient au moins 5 enfants au moment de l'enquête et l'intervalle intergénéral doit être inférieur à deux ans pour certaines de nos enquêtées.

Certaines d'entre elles n'ont pas fréquenté les services de PF et l'absence de besoin était la raison la plus évoquée.

La source d'information la plus citée était le centre de santé.

L'implant jadelle était la méthode contraceptive la plus préférée et la plus utilisée par nos enquêtées.

## 6.2. RECOMMANDATIONS

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

### **Aux autorités administratives et sanitaires :**

- Mobiliser des ressources financières aidant à la création des centres de conseil pour les jeunes filles et femmes de Kolondieba en matière de la planification familiale pour informer, sensibiliser, éduquer et offrir des services de qualité de PF, ouverts aux femmes afin d'augmenter d'avantage la prévalence contraceptive.
- Associer les agents communautaires préalablement formés, à la distribution des contraceptifs modernes afin de réduire dans les jours à venir le nombre d'enfant par femme et d'augmenter la période entre deux maternités.

### **Aux associations féminines :**

- Faire des causeries-débats pour assurer une mise à niveau des connaissances sur la PF et sur la santé de reproduction en général.
- Mettre en place un réseau des femmes de partage et de recherche d'informations sur la planification familiale.
- Faire régulièrement des rencontres et des négociations avec des autorités locales, les Chefs traditionnels et les leaders d'opinion afin de faciliter la collaboration des agents de santé avec la communauté.

### **A l'adresse de la population de Kolondieba :**

- Fréquenter les services de planification familiale ;
- Discuter régulièrement avec les agents de santé de vos préoccupations en matière de la planification familiale ;
- Impliquer les hommes afin que les femmes puissent utiliser d'avantage les méthodes contraceptives modernes ;
- Eviter les grossesses rapprochées et non désirées en utilisant les méthodes contraceptives qui vous conviennent au mieux.

## VII. REFERENCES

1. **Contraception** : wikipédia, cité 15 mai 2019. <https://fr.wikipedia.org/wiki/contraceton> .
2. Exposer sur la contraception, [www.etudier.com](http://www.etudier.com). Mai 2019.
3. **Planification familiale** : Enjeu politique en Juillet 2012. [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com)
4. **Coulibaly. A et al** : Pratiques contraceptives, émergence de nouveaux rapport au corps et à la sexualité au Mali. Cahier d'étude africaine ; 2014.
5. **Kané A et al** : Audit des décès maternels au centre de sante de référence de la commune IV du district de Bamako. Thèse, Méd.,Bko, N°49, 2017-2018.
6. **Djilla A et al** : Contribution à l'étude de la mortalité maternelle au cours de la gravidopuerpéralité à l'hôpital Gabriel Touré sur 10 ans (1979-1988). Thèse, Méd., Bamako, N°54, 1990.
7. **Le mariage précoce** : fonds des nations unies pour l'enfance ; centre de recherche innocent, <https://www.unicef-irc.org>. Juin 2019.
9. **TRAORE.F et al** : Conséquences des grossesses précoces en milieu urbain bamakois. Thèse, méd.,Bko, n°103, 2001-2002.
8. **C. Mallaé et al** : Audit de décès maternels au CSRéf Commune V du District de Bamako. Thèse. Méd., Bamako, 2007-2008, N 349.
10. **Dao. N et al** : étude des effets secondaires de la contraception injectable au centre de sante de référence de la commune v du district de Bamako. Bamako. thèse, méd.,Bko, n°539, 2007-2008.
11. Sixième enquête démographique et de santé du Mali (EDSM VI) 2017-2018. Page : 121 à 146.
12. La mère-enfant, Face aux défis de la grossesse chez l'adolescente 2013.UNFPA. État de la population mondiale 2013.
- 13-Manuel de planification et de gestion axé sur les résultats en matière de VIH/SIDA. **Programme mondial de lutte contre le VIH/SIDA** de la Banque mondiale. Équipe de suivi et d'évaluation du SIDA dans le monde – GAMET Septembre 2007.
14. **T. SIDIBE, H. SANGHO, M. S. TRAORE, M.B. Cissé, B. Diallo, M. M.Keïta, D. Gendrel** : Connaissances et pratiques des élèves d'un lycée de Bamako en matière de contraception et prévention des IST. Mali Medical 2006.
15. **Sissoko Sansoumba. M** : planification familiale dans la commune urbaine de bougouni. Thèse. Méd., Bamako, 2011-2012, N°250.
16. **Traoré. MS et al** : Connaissance sur la planification familiale au Mali en 2001.

17. **Bagayoko. M** : Evaluation et problématique des méthodes contraceptives. Thèse. Méd., Bamako, 2018 à 2019, N°130.
18. **Sinayoko .T et al** : 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. thèse, méd.,Bko, n°155, 2013-2014.
19. **Keita. M ; Ouologuem. A ; Mahamane. F** : Projet mariage précoce / force dans les zones a forte prévalence au mali régions de Mopti et Tombouctou. Octobre 2015.
20. **Pratique contraceptive et la contribution de activités de** planification familiale au Mali : Une étude dans le cadre de la coopération néerlandaise, Août 2012.
- 21-Plan d'action national de planification familiale du mali 2014-2018, le partenariat d'Ouagadougou, Avril 2014.
22. **SIDIBE I et al** : Connaissances, attitudes et pratiques comportementales des ménages de la commune urbaine de Yanfolila en matière de la planification familiale. thèse, méd.,Bko, n°157, 2014-2015.
23. **Diall. I.G et al** : Connaissances, attitudes et pratiques comportementales des adolescentes en milieu scolaires sur la contraception dans la commune rurale de Baguineda. Bamako. thèse, méd.,Bko, n°465, 2009-2010.
24. **Traoré A.I** : Déterminant de l'utilisation des services de planification familiale par les femmes en âge de procréer dans le CSRéf de la commune VI du district de Bamako. Thèse. Méd., Bamako, 2009-2010, N°170.
25. **Traoré. MS : Situation Sanitaire au Mali** : Journées Etude, Formation, Administrative Continue Bamako. Novembre 2009.
26. **Annuaire statistique 2018 du système local d'information sanitaire (SLIS) du Mali** : Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique Direction Nationale de la Santé DNS – N°Tominkorobougou – Bp 233
27. Recensement général de la population et de l'habitat du Mali. [www.instat-mali.org](http://www.instat-mali.org)
28. **Carte sanitaire du Mali** : Rapport de synthèse, république, UNICEF : Juillet 2012.
29. **O.M.S.** Les aspects médico-sanitaires de la reproduction chez les adolescents, une stratégie pour l'action de déclaration conjointe OMS/FNUAP/PRISE. Genève : OMS, 1989 :18
30. **DEMBELE. S. M et al** : problématique de la planification Familiale en commune v du district de Bamako a propos de 199 cas. thèse, méd.,bko, n°73, 2009-2010.
31. **Touré D et al** : Etude de la mortalité maternelle au CSRéf de la commune V du District de Bamako. Thèse. Méd., Bamako, 2005 à 2009, N°47.

**32. Koïta H et al :** Connaissances attitudes et pratiques des hommes sur la planification familiale en commune ii du district de Bamako. Thèse. Méd., Bamako, 2013-2014, N°241.



## VIII. ANNEXES

### FICHE D'ENQUETE

**Q1-N° de la fiche d'enquête :** /            /

**Q2- Tranche d'âge :**

1=15-17 ans ; 2=18 -25 ans ; 3=26-31 ans ; 4=32-37 ans ; 5=38-43 ans ; 6=44 et plus.

**Q3- Profession :**

1=Elève/étudiante ; 2=Femme au foyer ; 3= Secrétaire ; 4= commerçante ; 5=Couturière ; 6=Teinturière ; 7=Infirmière ; 8=Enseignante ; 9=Cultivateur ; 10=Autres (à préciser):.....

**Q4- Ethnie :**

1- Bambara ; 2- Malinké ; 3- Sarakolé ; 4- Sonrhäï ; 5- Minianka ; 6- peulh ; 7-Senoufo ; 8- Dogon ; 9- Bozo ; 10- Bobo ; 11- Kassonké ; 12- Mossi ; 13- Maure ; 14- Tamalchèq ; 15- Autres (à préciser) :

**Q5- Résidence :**

1= Kolondieba ville ; 2= Koni ; 3=Zampiala ; 4=Boundio ; 5=Dialakoroba ; 6= Fakola ; 7= Kaara ; 8=Fallä ; 9=Kadiana ; 10= Zéguéré ; 11=Kébila ; 12= Nériko ; 13=Tiendaga ; 14=Zangouna ; 15= Mantagala ; 16= Farako ; 17= Tintiry ; 18= Niakourazana ; 19= Tousseguéla ; 20= Blakala ; 21= Autres (à préciser) :

**Q6=Niveau d'instruction**

1= primaire ; 2= Secondaire ; 3= supérieur ; 4=Non instruite ; 5=autres (à préciser) :.....

**Q7- Statut matrimonial :**

1= Célibataire ; 2= Fiancée ; 3=Mariée ; 4= Divorcé ; 4=Veuve.

**Q8 : si mariée, à quel âge vous vous êtes mariée ? .....ans**

**Q9= Combien de grossesse avez-vous fait ?**

1=0 ; 2=1 ; 3=2-4 ; 4=5 et plus.

**Q10= Combien d'enfant avez-vous ?**

1=0 ; 2=1 ; 3=2-4 ; 4=5 et plus.

**Q11= Quel est le nombre de mois qui séparent vos deux dernières grossesses ?**

1=Moins de 24 mois ; 2= 24 mois et plus ; 3= une seule ou pas de grossesse.

**Q12=Avez-vous déjà entendu parler de la contraception ?** 1=Oui ; 2=Non ;

**Q13=Si Oui que signifie la contraception selon vous ?**

1- Espacement des naissances ; 2-Santé de la mère et de l'enfant ; 3- Moins de naissance ; 4- Moins de dépense ; 5- Meilleure éducation des enfants ; 6- Eviter la grossesse ; 7- Ne sait pas ; 8- Autres (à préciser).....

**Q14= Selon vous, quels sont les gens qui doivent utiliser la contraception ?**

1=Les femmes ; 2=Hommes ; 3= 1+2 ; 4=Ne sait pas

**Q15= Quelles sont vos principales sources d'information sur la contraception ?**

1-Ecole ; 2- Centre de santé ; 3- Conférence ; 4- Médias (Internet, Radio, Télé) ;  
5-Ami(es) ; 6- Mère ; 7-Frère/sœurs ; 8- Père ; 9- Autres (à préciser).....

**Q16=Connaissez-vous des méthodes contraceptives ? 1= Non ; 2= Oui.**

**Q17=Si oui, lesquelles**

1-Naturelles ; 2-Pilule ; 3-Préservatif ; 4- L'implant Jadelle (allumettini) 5-Norplant ;  
6- Dispositif intra utérin (mounounani) ;  
7- Allaitement maternel ; 8- Pilule du lendemain ; 9- Méthode traditionnelle  
10- Autres (à préciser).....

**Q18= Quelle méthode contraceptive préférez-vous ?.....**

**Q19=Quelles sont les sources d'approvisionnement en méthode contraceptive que vous connaissez ?**

1-Centre de santé ; 2-Pharmacie ; 3- Dans la rue (Boutique, pharmacie par terre) ; 4- Par une tierce personne ; 5- Autres (à préciser) :.....

**Q20=Avez-vous déjà utilisé un moyen de contraception ?**

1=Non : Pourquoi :.....

2=Oui :

**Q21= Si oui pourquoi utilisez-vous la contraception ?**

1= Eviter une grossesse ; 2= Espacement des naissances ; 3= Limitation des naissances ;  
4=Lutte contre la stérilité ; 5=Lutte contre les IST/Sida ; 6= Facile à utiliser  
7= Plus efficace ; 8= Moins d'effets secondaires ; 9= J'ai été obligée ;  
10=Moins cher ; 11= Autre (à préciser) :.....

**Q22=Savez-vous qu'il existe des services de planification familiale ? 1=Non ;**

2=Oui **Q23=Si oui : avez-vous déjà fréquenté ces services ? 1=Oui ; 2=Non :**

**Q24=Si non pourquoi ?**

1- Coutume 2- Religion 3- Peur de la réaction du partenaire  
4- Pas besoin 5-Autres (à préciser).....

**Q25= Utilisez-vous actuellement une méthode contraceptive ? 1=Oui ; 2=Non :**

**Q26= Si oui, quelle méthode contraceptive utilisez-vous maintenant ?**

1-Naturelle ; 2-Pilule ; 3-Préservatif 4- L'implant Jadelle (allumettini) 5-Norplant  
6- Allaitement maternel ; 7- Pilule du lendemain ; 8- Méthode traditionnelle ; 9-Collier du cycle.

**Q27= Connaissez-vous des malaises liés aux méthodes contraceptives ?**

- 1- Vertiges 2- Vomissement 3- Prise de poids 4- Sècheresse vaginale 5- Aménorrhée ;  
6- Grossesse non désirée ; 7- Menométrorragie ; 8-hyperménorrhée ;  
9- Aucun ; 10-Autres à préciser :.....

**Q28= Comment qualifiez-vous l'efficacité de cette méthode ?**

- 1= Efficace 2= Inefficace

Justifier votre réponse .....

**Q29=Qui vous a conseillé de pratiquer le planning familial ?**

- 1- Après réflexion personnelle ; 2- Ami(e) ; 3- Mari ; 4- Agent de santé  
5- Parents ; 6- Voisins ; 7- Médias 8- Autres (à préciser) :.....

**Q30= Où avez-vous pratiqué cette méthode ?**

- 1=Au CSRéf ; 2= Dans un CSCom ;  
3=Dans un cabinet privé ; 4= Autres (à préciser) :.....

**Q31=Pourquoi avez-vous choisi ce lieu ?**

- 1-Bonne qualité ; 2- Plus grande discrétion ; 3- Accessibilité géographique ;  
4- Accessibilité financière ; 5- Autres (à préciser) :.....

**Q32= Selon vous quel est le temps qui doit exister entre deux maternités ?**

- 1= Moins de 2 ans 2= 2 ans et plus ; 3=Autres (à préciser) :.....

**Q33= Appréciez-vous la contraception ?**

1. Oui : pourquoi ? .....  
2- Non : pourquoi ?  
1- Coutume 2- Religion 3- Effets secondaires  
4=Autres (à préciser) .....

**Q34= Connaissez-vous les risques encourus par les femmes qui ne pratiquent pas la contraception ?**

2-Non

1-Oui : quels sont ces risques ?.....

**Q35= Connaissez-vous les risques encourus par les femmes qui pratiquent les avortements clandestins ?**

2-Non

1-Oui : quels sont ces risques ?.....

**FICHE SIGNALÉTIQUE**

**Nom** : DOUMBIA.

**Prénom**: Toumani.

**Date et lieu de naissance** : 19 décembre 1989 à Kalaban-Coro.

**Contacts** : 75933575/64991199 ; toulmanidoumbia72@yahoo.fr

**Titre** : Connaissances, attitudes et pratiques en matière de la planification familiale dans le district sanitaire de Kolondieba.

**Année universitaire** : 2019-2020.

**Ville de soutenance** : Bamako.

**Pays d'origine** : Mali.

**Lieu de dépôt** : Bibliothèque de la FMPOS.

**Secteur d'intérêt** : Planification familiale et santé de la femme et de l'enfant.

**RESUME** :

La prévalence de la contraception reste toujours faible dans le district sanitaire de Kolondieba malgré les efforts investis depuis 2010. Les connaissances, attitudes et pratiques de la population en matière de la planification familiale limitées pourraient expliquer notre tendance. Nous avons mené une étude transversale prospective de Mai à Octobre 2019 sur un échantillon de 370 participantes pour évaluer les connaissances, attitudes et pratiques de la population du district sanitaire par rapport à la planification familiale.

La prévalence de la contraception a été estimée au cours de notre étude à 74,6%, la majorité des populations connaissait les méthodes de planification familiale et les raisons de son utilisation. Egalement, on note une insuffisance de connaissance de planification familiale : Il s'agit en occurrence des risques d'avortement et de décès maternels. Les sources d'information de la population par rapport à la planification familiale étaient les centres de santé, les médias et l'école avec respectivement 87%, 31,1% et 23,8%. L'implant jodelle était la méthode contraceptive la plus préférée avec 28,1%. Une meilleure sensibilisation de la population par rapport à la contraception est indispensable dans le district sanitaire de Kolondieba.

Mots clés : Planification familiale, connaissances, attitudes, pratiques, Kolondieba.

+

**ABSTRACT:**

Prevalence contraceptive still remain low in Kolondieba health district despite the efforts invested since 2010. Limited knowledges, attitudes and practices in family planning could explain our tendency.

We had conducted a prospective cross-sectional study from May to October, 2019 on a sample of 370 participants to assess knowledges, attitudes and practices in family planning in the health district in relation to family planning.

The contraceptive prevalence during our survey was estimated at 74.6%, the most of our surveys knew the family planning methods and the reasons for its use. Also, there is an insufficiency of knowledge of family planning: These are the risks of abortion and maternal death. The sources of information were the health center, the media and the school with respectively 87%, 31% and 23.8%. The implant jadelle was the most preferred contraceptive method with 28.1%. Better awareness of the population about contraception is essential in the health district of Kolondieba.

**Keywords:** Family planning, knowledges, attitudes, practices, Kolondieba.

# **SERMENT D'HIPPOCRATE**

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

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

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 à compromettre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que les 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 connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

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

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

Je le jure

---