

**MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE**

**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)**

ANNEE ACCADEMIQUE: 2014- 2015

N° .../

### **TITRE**

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES MENAGES DE LA  
COMMUNE URBAINE DE YANFOLILA EN MATIERE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE.

### **THESE**

Présentée et soutenue publiquement, le 22/06/ 2015

Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

PAR :

**M. Idrissa SIDIBE**

Pour l'obtention du grade de Docteur en MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

### **JURY**

**Président : Pr Hamadoun SANGHO**

**Membre : Dr Sory Ibrahim DIAWARA**

**Co-directeur: Dr Lala Fatouma TRAORE**

**Directeur : Pr Samba DIOP**

## Tables des matières :

Dédicaces.....	
Remerciements.....	
Hommage aux honorables membres du jury.....	
Abréviations.....	
1. INTRODUCTION .....	
2. ENNONCE DU PROBLEME.....	
3. CADRE THEORIQUE.....	
3.1. Notion sur la connaissance.....	
3.1.2 Notion d'attitude et de comportement.....	
3.1.3 Eléments caractéristiques.....	
3.2 Définition de la planification familiale.....	
3.2.1 Composantes de PF.....	
3.2.2 Histoire de la PF.....	
3.2.3 Dans le monde.....	
3.2.4 En Afrique.....	
3.2.5 Principales dates de la politique de PF au Mali.....	
3.3 Méthodes contraceptives.....	
3.3.1 Méthodes modernes.....	
3.3.2. Méthodes naturelles.....	
3.3.3. Méthodes traditionnelles.....	
3.4. Hypothèse.....	
3.5. Objectifs.....	
3.5.1. Objectif général.....	
3.5.2. Objectif spécifique.....	
4. Démarche méthodologique.....	
4.1.1 Description du site d'étude.....	
4.1.2 Situation administrative et politique de Yanfolila.....	
4.1.3. Situation géographique.....	
4.1.4 Activités socio-économiques.....	
4.1.5. Situation écologique.....	
4.1.6 Utilisation de la terre.....	
4.1.7. Economie.....	
a. Aperçu général.....	
b. Emploi.....	
c. Enfants et emploi.....	

d. Niveau de vie.....	.....
e. Consommation alimentaire.....	.....
4.2. Secteur primaire.....	.....
4.2.1. Agriculture.....	.....
4.2.2. O N G.....	.....
4.3. Période d'étude.....	.....
4.4 Type d'étude.....	.....
4.5 Population d'étude.....	.....
4.5.1 Echantillonnage.....	.....
4.5.2 Critère d'inclusion.....	.....
4.5.3 Critère de non inclusion.....	.....
4.6 Outils et techniques de collecte des données.....	.....
4.7 Analyse et saisie des données.....	.....
4.8 Aspects éthiques.....	.....
5. Résultat .....	.....
5.1. Résultat quantitatif.....	.....
5.2. Résultat qualitatif.....	.....
6. Commentaires et discussion.....	.....
7. Conclusion.....	.....
8. Recommandations.....	.....
9. Références.....	.....
10. Annexes.....	.....

# DEDICACES ET REMERCIEMENTS

## **DEDICACES ET REMERCIEMENTS :**

### **Dédicace :**

**A mon Père :** Feu YACOUBA (paix à son âme)

Bah vous êtes un modèle de bonté, premier artisan de mon avenir.

Les mots me manquent pour vous remercier de tous vos efforts, que ce travail soit le témoignage de ma fidèle reconnaissance !

Je suis fière de vous, je suis fière d'être votre fils

**A mes Mères :** RAMATA SIDIBE et RAMATA DIALLO

Vous qui m'avez allaité, vous qui avez gouverné mes premiers pas, vous qui avez supporté mes caprices ; ce travail est le fruit de vos sacrifices consentis durant toutes ces années. Votre simplicité, votre tendresse, votre générosité, votre courage, votre combativité, votre amour pour votre famille ont fait de vous deux femmes modèles. Vous serez mon miroir de tous les jours.

### **REMERCIEMENTS :**

A l'éternel TOUT PUISSANT

Au nom de DIEU (clément et miséricordieux)

Louange à ALLAH

Le souverain du monde que nous adorons et dont nous implorons

Salut sur son prophète MOHAMED(PSL)

ALLAH qui a fait que je sois dans ce monde et qui m'apporte la santé, le courage nécessaire pour venir au bout de ce travail.

Que sa bénédiction et sa protection soient sur nous tous.

**A mon beau père et ma belle mère**

MODIBO KEITA appelé Pah

SATA SIDIBE appelée Tani

Je vous remercie pour vos soutiens.

**A ma fiancée :**

SALIMATA KEITA

L'amour de ma vie, future mère de mes enfants, ensemble nous avons franchi le chemin de la connaissance. Sois fière de moi

**A mes Frères :** Sayon, Samba, Oumar, Soumi mon frère ami paix à son âme, Adama, Ibrahima, Sidiki, Mohamed, Moussa, permettez-moi de vous exprimer mes sincères remerciements. Que ce travail soit pour chacun de vous une source d'inspiration. Ensemble nous avons enduré toutes les souffrances jusqu'à ce jour.

**A mes Sœurs :** Kadidiatou, Filatene, Malado, Awa, Salimata et Aichata. Trouve ici l'expression de ma profonde gratitude.

**A mes Amis :** Kossa, Amara, Malick, Sidiki, Boubacar, merci pour votre accompagnement

**A mes cousins et cousines :** Kassim, Amadou T, Mamadou F, Adama, Amidou, Dramane, Lala, Sata, Saran. Cette œuvre est aussi la vôtre.

## **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

### **A notre maître et Président du jury :**

#### **Professeur Hamadou SANGHO.**

- ✓ **Professeur Titulaire de Santé Publique à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako (FMOS),**
- ✓ **Directeur Général du CREDOS (Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation pour la Survie de l'Enfant)**

**Cher Maître,**

C'est un honneur de vous avoir comme Président du jury.

Vous êtes plus qu'un initiateur, vos suggestions et votre disponibilité ne nous ont jamais fait défaut tout au long de ce travail .Votre souci du travail bien fait, vos qualités humaines et de chercheur endurent font de vous un exemple à suivre.

Veillez trouver ici, l'expression de notre profonde gratitude

### **A NOTRE MAITRE ET JUGE**

#### **Docteur Sory Ibrahim DIAWARA.**

- ✓ **DM, MSCPM,**
- ✓ **Chercheur au MRTC/DEAP.**

**Cher maître,**

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre disponibilité, votre humanisme et votre modestie forcent respect et incitent l'admiration.

Veillez trouver ici le témoignage de notre profonde gratitude.

## **A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTRICE**

### **Docteur TRAORE LallaFatouma**

- ✓ **Médecin en santé publique**
- ✓ **EX-Directrice adjointe de l'hôpital de Gao**

#### **Chère maître**

Nous avons été impressionnés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de diriger ce travail. Votre immense expérience, votre esprit méthodique, votre amour pour le travail bien fait et votre façon chaleureuse d'accueillir restent pour nous source d'inspiration et mettent en évidence vos qualités incontestables de chercheur émérite.

Nous avons apprécié à sa juste valeur la disponibilité et l'attention particulière dont vous avez fait preuve pour que ce travail puisse être mené à bout.

Veillez accepter cher maître l'expression de notre profonde gratitude. Puisse ALLAH vous donne longue vie et vous rendre vos bienfaits.

## **A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE**

### **Professeur Samba DIOP**

- ✓ **Maître de conférences en anthropologie médicale de la FMOS et de la FAPH, Chercheur en écologie humaine, anthropologie et éthique publique au DER de santé publique,**
- ✓ **Membre des comités d'éthique de la FMOS ; de l'INRSP et du CNESS.**

#### **Cher Maître**

Vous nous avez fait le privilège de nous accepter et le bonheur de nous transmettre sans réserve vos connaissances et votre savoir-faire.

Votre disponibilité, votre rigueur, votre amour du travail, ont suscité notre grande admiration. Vos qualités intellectuelles, vos capacités pédagogiques, et votre don d'écoute font de vous un exemple.

C'est un immense honneur pour nous d'avoir compté parmi vos apprenants.

Recevez ici, cher maître, l'expression de notre infinie reconnaissance ainsi que nos profonds respects.



# ABBREVIATIONS

**Abréviations :**

AMPPF : Association malienne pour la promotion de la protection de la famille

A.P.F : Association pour la PF

C.O.P : Contraceptif oraux progestatifs.

C.I.C : Contraceptif injectable combine.

C.I.P : Contraceptif injectable a seule dose progestatif.

C.C.V : Contraception chirurgicale volontaire.

DFSC : Division de la santé familiale et communautaire.

D.S : Division de la santé.

D.S.F : Division de santé familiale.

D.U.I : Dispositif intra utérin.

E.D.S : Enquête démographique et de santé.

E.I.S : Education, information, sensibilisation.

I.B : Initiative de Bamako.

M.A.M.A : Méthode allaitement maternelle d'aménorrhée.

O.M.S : Organisation mondiale de la santé.

O.N.G : Organisation non gouvernementale.

P.F : Planification familiale.

P.M.I : protection maternelle infantile.

S.M.I : Santé maternelle et infantile.

S.R : Santé de la reproduction.

S.I.D.A : Syndrome immunodéficience acquit.

V.I.H : Virus immunodéficience humaine.

# LISTE DES GRAPHIQUES ET TABLEAUX

**La liste des graphiques :**

**Graphique I** : répartition des effectifs selon le statut matrimonial.

**Graphique II** : répartition des effectifs selon leur instruction.

**Graphique III** : répartition des effectifs selon leur raison de non fréquentation de service de prestation.

**Graphique IV** : répartition des effectifs selon leur opinion sur l'avortement provoqué.

**Graphique V** : répartition selon leur attitude face à la PF.

**Graphique VI** : répartition selon leur recommandation de PF à d'autre personne.

### **La liste des tableaux**

- Tableau I : répartition des effectifs selon le sexe.
- Tableau II : répartition selon la tranche d'âge.
- Tableau III : répartition selon la religion.
- Tableau IV : répartition selon le niveau d'instruction
- Tableau V : répartition selon la connaissance du PF.
- Tableau VI : répartition selon le sens donné à la PF.
- Tableau VII : répartition de nos effectifs selon les sources d'information.
- Tableau VIII : répartition selon leur connaissance des méthodes contraceptives.
- Tableau IX : répartition selon leur connaissance de service de prestation.
- Tableau X : répartition des effectifs selon leur fréquentation de service.
- Tableau XI : répartition des effectifs selon le temps donné entre les naissances.
- Tableau XII : répartition selon leur connaissance des dangers liés aux relations précoces.
- Tableau XIII : répartition selon le niveau d'instruction  
en fonction de connaissance des dangers aux relations sexuelles précoces.
- Tableau XIV : répartition selon leur connaissance du risque d'avortement provoqué.
- Tableau XV : répartition de l'opinion sur l'avortement en fonction de l'attitude face à la PF.
- Tableau XVI : répartition de l'attitude face à la PF en fonction de statut matrimonial
- Tableau XVII : répartition des effectifs selon la raison défavorable au PF.
- Tableau XVIII : répartition des effectifs selon l'utilisation d'une méthode contraceptive.
- Tableau XIX : répartition des effectifs selon les méthodes utilisées
- Tableau XX : répartition selon leur satisfaction.

# INTRODUCTION

## 1. INTRODUCTION

De nos jours, la planification familiale constitue l'une des méthodes modernes pour prévenir les maladies sexuellement transmissibles. Elle contribue ainsi à réduire les grossesses rapprochées et non désirées, les avortements provoqués qui menacent dangereusement la santé de la femme.

« Je vais à l'océan, chercher de l'eau, mais le voyage est long et dangereux il se peut que je ne revienne plus » expression empruntée à la tradition orale TANZANIENNE que la future maman évoquait à ses enfants lorsqu'arrive le moment de l'accouchement.

Voilà des propos qui illustrent parfaitement les risques liés à la grossesse et à l'accouchement.

En Afrique subsaharienne une femme meurt toutes les minutes des suites de sa grossesse et quinze millions restent handicapées à vie[22].Cela est une réalité courante malgré ses conséquences désastreuses.

Les risques d'une grossesse , surtout chez une jeune femme sont connus : prématurité, insuffisance pondérale, hémorragie (saignement), infection, éclampsie, et les obstructions du travail . Cette situation attire de plus en plus l'attention des pouvoirs publics.

On observe donc ces dernières années, des changements de comportement en matière d'utilisation des méthodes modernes de contraception, et cela grâce aux actions de la planification familiale [1]

L'introduction des méthodes modernes de contraception est un phénomène récent au Mali. En effet elle est consécutive à la création en juin 1972 de l'association malienne pour la promotion de la protection de la famille (AMPPF), une organisation non gouvernementale visant 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 (DFSC) transformée en 2001 en division de santé. Enfin conscient de l'impact des problèmes de population sur le développement socio-économique du pays, le gouvernement du Mali a adopté le 08 Mai 1991 une politique nationale de population révisée en 2001. Jusqu'en 1987 le niveau d'utilisation de la contraception au Mali n'était connu que par l'intermédiaire des rapports périodiques internes de la DSFC et par une étude menée par AMPPF. Aujourd'hui il paraît clairement que la santé

et la qualité de vie des individus s'améliorent lorsqu'ils ont décidé de diminuer le nombre de leurs enfants et de l'espacement des naissances. Le taux de fertilité au Mali qui est de 6,1%(EDSV) est l'un des plus élevés au monde. Les complications liées à la grossesse et aux accouchements multiples et rapprochés sont les principales causes de mortalité des femmes au Mali [13].

L'OMS (organisation mondiale de la santé) estime que 25% de décès néo-natals à travers le monde pourrait être prévenu par l'espacement des naissances. Après plusieurs années visant à promouvoir la PF, la prévalence contraceptive au Mali reste faible étant seulement de 9,9% pour les méthodes modernes (EDS Mali V 2012-2013).La prévalence contraceptive traditionnelle est de 0,5% (EDS V 2012-2013).

Les principales explications de la non utilisation de la PF sont entre autres : le manque d'information, les inquiétudes par rapport aux effets sur la santé et la désapprobation de la PF. Depuis juin 1972 le Mali a opté pour la PF avec la création de l'AMPFF, mais les services de PF n'ont effectivement été intégrés aux activités de santé maternelle et infantile qu'en 1978 avec l'avènement de la stratégie de soins de santé primaire. La politique d'orientation de santé du Mali se fixe comme objectif d'améliorer de façon significative la prévalence contraceptive du Mali de 6,9% à 20% ; cela passe par l'E.I.S (Education, Information, Sensibilisation) pour que la population malienne puisse avoir un maximum de connaissance sur la PF; chose qui entrainera un changement dans nos attitudes et nos pratiques vis-à-vis de cette politique de PF. Pour contribuer à cette amélioration, nous avons jugé nécessaire de faire cette étude à Yanfolila, afin de permettre aux habitants d'avoir une bonne qualité de vie, en diminuant ainsi la mortalité infantile, juvénile et maternelle.



## 2. ENONCE DU PROBLEME

Les femmes représentant la couche la plus importante dans le monde en général et en Afrique en particulier, sont souvent exposées à de nombreux problèmes tels que : les grossesses à haut risque, les grossesses non désirées, les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions. [13].

Depuis 1960, les programmes de planification familiale ont aidé les femmes du monde entier à éviter 400 millions de grossesses non désirées, on a donc épargné à de nombreuses femmes les dangers de la grossesse à haut risque ou avortement pratiqué dans des conditions néfastes. Si toutes les femmes pouvaient éviter les grossesses à haut risque ou grossesses indésirées le nombre de mort maternelle pouvait diminuer d'un quart (1/4) [10]

La planification familiale sauve la vie des enfants en aidant les femmes à espacer les naissances. Entre 13 à 14 millions d'enfants âgés de 0 à 5 ans meurent chaque année. Si tous les enfants naissent à intervalle de 2ans ; 3 à 4 millions de ces morts seraient évitées. Aujourd'hui il paraît clairement que la santé et la qualité de vie des individus s'améliorent lorsqu'ils décident de diminuer le nombre de leurs enfants et l'espacement des naissances. La politique sanitaire du Mali a évolué et continue d'évoluer depuis des années 1960 avec l'appui financier et technique des partenaires de la communauté internationale. Le Mali a entrepris des plans et des programmes dans les différents secteurs socio-économiques. La politique de la santé de reproduction s'inscrit dans le cadre de ces mesures ;le concept de santé de reproduction comporte un ensemble de mesures préventives, curatives et promotionnelles visant à améliorer la prise en charge des groupes vulnérables que constituent les femmes ,les enfants ,les jeunes adultes afin de réduire la mortalité et la morbidité maternelle, infantile, juvénile et promouvoir ainsi le bien-être de tous les individus [10].

Conscient de tous les dangers liés à la méconnaissance des méthodes contraceptives entre autres : grossesses indésirées, avortements, hémorragies pouvant entraîner la mort.

Conscient de la place qu'occupe la santé de reproduction pour le véritable développement d'un pays, nous nous sommes proposés de faire cette étude pour évaluer les connaissances, les attitudes et les pratiques des ménages de yanfolila en matière de planification familiale afin d'attirer l'attention des autorités (de santé de l'éducation et politico-administratives).

Des recommandations en vue d'améliorer le taux d'utilisation des contraceptifs, le niveau d'information et éducation pour la mobilisation des ménages de la commune urbaine de Yanfolila en matière de planification familiale.

# CADRE THEORIQUE

### **3. CADRE THEORIQUE**

#### **3.1 NOTION SUR LA CONNAISSANCE**

La connaissance est définie comme une maîtrise intellectuelle acquise par l'apprentissage, la recherche ou l'expérience. Elle est synonyme du savoir et peut se définir aussi comme avoir des informations sur l'existence de quelque chose, une Compréhension intellectuelle ou spirituelle du monde. (14)

#### **3.1.2 NOTION D'ATTITUDE ET DE COMPORTEMENT**

L'attitude peut être considérée comme la manière particulière qu'a une personne d'agir, de penser et de sentir. Elle détermine et oriente le comportement de l'individu ou des groupes d'individus. L'attitude dépend de plusieurs facteurs mais également des conditions socio-économiques en dernière instance. Les attitudes constituent un objet d'étude centrale en psychologie sociale. (20)

Tantôt ce concept est utilisé pour exprimer la singularité d'une réaction (attitude d'un individu au cours de la discussion). Tantôt il exprime la réaction d'une collectivité. En fait il n'y a pas d'unanimité autour de la définition de la notion d'attitude. Ainsi STECTIL dans sa définition réduit l'attitude à une relation entre une personne et des objets ou des valeurs morales. Quant à Maisonneuve, il insiste sur l'aspect affectif de l'attitude et sa tendance à l'action. L'attitude apparaît ainsi comme une prédisposition à agir plutôt que des actions comme telles, elle oriente les comportements de l'individu dans une direction (Par exemple être pour la planification familiale justifie le fait d'adopter les méthodes) [11].

#### **3.1.3 Eléments caractéristiques :**

On distingue un certain nombre d'éléments caractérisant les attitudes : L'aspect cognitif, c'est-à-dire l'attitude vis-à-vis de quelque chose ou d'un phénomène est fonction de connaissance et des informations qu'on a sur l'objet en question. C'est pourquoi l'attitude exprime en général les opinions individuelles ou collectives stéréotypées, même figées (conception fixe). Par exemple un jeune peut refuser le port du préservatif. L'aspect affectif ou émotionnel qui explique la direction de l'attitude (pour ou contre) ; ainsi on peut dire que l'attitude est fonction des sentiments qu'un sujet manifeste face à une situation ou à

une personne.

C'est alors une personne affirmant avoir une haine contre quelque chose, il ne serait pas étonnant de voir ses proches refuser cette chose. Il va s'en dire que l'attitude étant une prédisposition à agir, elle se caractérise par une tendance à l'action donc joue sur la conduite sur le comportement en général. Ces différents aspects de l'attitude (le cognitif et la tendance à l'action sont intimement liés et sont en interaction l'un avec l'autre). Ainsi celui qui a des informations sur une chose doit en principe adopter une attitude positive ou négative face à cette chose. Force est de constater qu'à partir de ces différents exemples que l'attitude est fonction des besoins et des situations.

L'attitude est donc un produit de la socialisation, elle est acquise ou apprise. Cette acquisition se fait sous diverses formes :

- L'intériorisation des attitudes issues du groupe d'appartenances (clan, famille, communauté...)
- La constitution des attitudes se fait aussi par l'expérience propre du sujet. Une fois acquise, l'attitude est susceptible du changement et cela constitue un moyen approprié pour changer car l'attitude détermine le comportement dans une large mesure.

Il apparaît alors à la lumière des caractéristiques de l'attitude que le changement d'attitude est une entreprise difficile.

Parmi les conditions préalables au changement d'attitude, nous avons la connaissance du groupe cible donc il faudrait l'analyse et la compréhension des besoins, des contraintes, des croyances, des représentations mentales, du groupe dont on espère changer l'attitude.

Cependant en dépit des liens entre attitude et comportement, il y a souvent divorce entre ces deux. Ce manque de cohésion pourrait s'expliquer par le fait que plusieurs attitudes influencent un comportement, donc c'est ainsi que le fait d'avoir l'attitude négative sur le condom et utiliser souvent le condom peut exister. Ce contraste peut être le fait de plusieurs situations. En résumé les caractéristiques évoquées plus haut nous permettent de dire que l'attitude est la manière particulière qu'une personne (ou un groupe de personnes) a.

Il est certes vrai qu'il n'y a pas toujours une relation de détermination entre l'attitude et le comportement, cependant les attitudes sous entendent des comportements en général.

La connaissance des attitudes permet une certaine prévision des types de conduite, le comportement d'une personne ou d'un groupe de personnes données.

Les changements d'attitude et de comportement sont étroitement liés parce qu'une nouvelle attitude implique un certain changement de comportement [3].

### **3.2. LA PLANIFICATION FAMILIALE**

La planification est définie comme l'ensemble des moyens et méthodes qui permettent de conformer à la volonté des parents le nombre et l'espacement des naissances dans une famille. [17]

#### **3.2.1 Composantes**

Elle comporte entre autres :

- ✓ La planification des naissances
- ✓ Le traitement de la stérilité et sa prévention
- ✓ L'éducation sexuelle et familiale
- ✓ Les conseils matrimoniaux et même des conseils génétiques
- ✓ L'information et les conseils en matière de la santé de famille [13]

#### **3.2.2 Historique de la planification familiale**

Les grandes explosions démographiques ont été observées bien avant le 20<sup>ième</sup> siècle. Si la contraception est un phénomène de tous les temps, il est certain que chaque époque, chaque civilisation, chaque société lui imprime un caractère particulier, non seulement quant à ses effets sociologiques, démographiques, psychologiques mais aussi quant aux techniques contraceptives elles-mêmes, en les orientant dans telle ou telle direction .

La contraception depuis longtemps existe dans toutes les sociétés. Dans les milieux à niveau socio-économique élevé on s'intéressait depuis longtemps à la limitation des naissances. Il était souhaitable de ne pas avoir plus de trois à quatre enfants par famille. Ceci était en général obtenu par le fait que le couple limitait le nombre de ses enfants grâce à l'abstinence complète.

Ceci ne posait pas de problème aux hommes parce qu'ils pouvaient satisfaire leurs besoins sexuels en dehors du ménage.

Pour les femmes le problème restait posé. Pour certaines d'entre elles il fallait choisir entre l'acceptation d'une famille plus nombreuse et la privation du plaisir sexuel. Leur choix se portant généralement sur la deuxième alternative ; mais il ne fallait perdre de vue qu'à cause du type d'éducation. Les femmes qui connaissaient le plaisir sexuel, étaient beaucoup plus rares qu'à l'heure actuelle et que si la joie de leur fonction de mère leur était accordée, celle du rôle de maîtresse leur était refusée.

Si l'abstinence complète se révélait impossible pour le couple, on cherchait d'autres méthodes pour conserver le plaisir sexuel sans risque d'une nouvelle grossesse (progéniture) : la masturbation réciproque, le coït interrompu, la fellation ont été appliqués depuis longtemps dans les sociétés traditionnelles.

Il y avait bien ici et là à travers les civilisations en Chine, en Grèce, en Inde comme en Afrique ou en Amérique du sud des méthodes populaires : les gris-gris, les tafos, les incantations magiques, la toile d'araignée. Pourtant, il faut arriver à la période consécutive à la première guerre mondiale pour voir s'épanouir des méthodes contraceptives.

Ce fut surtout en Allemagne et en Angleterre qu'on a vu se réaliser de plus en plus l'espoir de trouver une méthode permettant de maintenir la famille dans les limites. Il faut mentionner ici l'œuvre des pionniers comme Magnus Hirschfeld en Allemagne et Weather Head en Angleterre, ils affirmèrent que par suite de l'amélioration de la situation médicale, la limitation des naissances était devenue une nécessité biologique [22]. Sous l'influence également de Freud, ils détachèrent la fonction reproductive de l'instinct sexuel, le coït devient donc un élément essentiel de la relation homme-femme et pouvait accessoirement servir à la reproduction. En même temps étaient soulignées les conséquences psychologiquement perturbantes qui peuvent se produire si les besoins sexuels normaux ne trouvent pas satisfaction. Plus les voies de ces auteurs furent perçues avec netteté plus s'élevèrent celles des opposants.

Les églises refusèrent toute contraception; mais cependant dans les années 1930 l'abstinence périodique fut autorisée par certaines églises. Ce ne fut qu'après la deuxième guerre mondiale que la contraception commence à être perçue positivement. Le raisonnement fut le suivant : si un système écologique est troublé, il faut faire recours à la science moderne pour supprimer le trouble et rétablir une homéostasie qui garantisse une certaine stabilisation, et ces nouvelles

méthodes devaient avoir la particularité de permettre une vie sexuelle pleine et empêcher les grossesses [19]

### **3.2.3 Dans le monde**

La notion de PF et les activités qui en découlent existent dans le monde depuis environ une vingtaine d'années.

Les premières actions en faveur des femmes remontent à 1974 à Bucarest où il était question de croissance démographique et de libération de la femme et la première conférence mondiale des nations unies sur les femmes est celle qui s'est tenue à Mexico en 1975, aboutissant à la proclamation de l'année internationale de la femme(1975) et de la décennie de la femme (1976-1985). L'idée de PF a été officiellement discutée pour une des premières fois dans le monde en septembre 1978 à ALMA ATA (URSS) lors de la réunion mondiale sur les problèmes de santé des populations [2]. A cette réunion, il a été élaboré un programme mondial de santé pour tous d'ici l'an 2000. Cette politique était basée sur les soins de santé primaires(SSP).La plupart des pays du monde ont adhéré à ce concept de SSP ou la santé avait une note pluridisciplinaire, la PF étant la quatrième composante des SSP.

A partir de 1980, on assiste à une succession de rencontre dans différents pays du monde qui avaient pour thèmes : santé de la femme et de la famille. Il existe de part le monde des associations de planification familiale(APF). [15]

Ces APF sont affiliées à une organisation non gouvernementale, la Fédération Internationale pour la planification familiale.

### **3.2.4 En Afrique**

En Afrique, la rencontre la plus importante en matière de santé maternelle et infantile et de PF est celle qui s'est tenue à Bamako(Mali) en septembre 1987. Il s'agissait de la 37<sup>ieme</sup> session du comité régional de l'Afrique pour l'Initiative de Bamako, rencontre qui a réuni presque tous les ministres africains de la santé. Le thème de cette rencontre était la santé des femmes et des enfants à travers le financement de la gestion des médicaments essentiels en ce qui concerne les communautés. [16]

Bien avant cette date, une série de conférences sur le thème <<femmes et enfants >> avait eu lieu dans différents pays africains. C'est surtout après la réunion sur l'IB que les grandes lignes de politiques de PF ont commencé à se dessiner à travers des rencontres organisées



dans différents pays africains.

Dans les années 80, nous avons assisté un peu partout en Afrique à la création d'association pour la PF (APF).

Les années 90 ont été celles de symposiums sur la santé de la reproduction, la santé génésique, la santé sexuelle des individus, des couples et des familles [22].

Ces différentes rencontres montrent l'intérêt régional porté à la SR et à la PF.

Au Burkina-Faso les premières actions entreprises en faveur de la santé de la mère et de l'enfant remontent en avril 1959 par la création d'un service spécialisé, intégré aux services généraux de santé publique et chargé de la protection maternelle et infantile(PMI).

### **3.2.5 Principales dates de la politique de planification familiale au Mali(11)**

Le Mali a été l'un des premiers pays à adopter une attitude de tolérance vis-à-vis de la planification familiale.

En effet, depuis 1971, une délégation malienne s'est rendue à Montréal (Canada) pour participer à un séminaire sur la planification .Après le Mali a signé un accord avec les organisations.

En 1974 le Mali a soumis à la déclaration de Bucarest un séminaire pour un projet d'assistance en planning familial pour quatre ans. A ce moment, entre les approches démographiques et sanitaires de planning familial, c'est l'approche sanitaire qui a été choisie en absence de paramètres démographiques suffisamment maîtrisés de l'époque.

C'est dans cet élan que l'association malienne pour la protection et promotion de la Femme(AMPPF) a été créée le 7 Juin 1971. En 1972, le Mali abrogea la loi du 31 Juin 1920 dans ces articles 3 et 4 qui interdisaient la propagande anti conceptionnelle. Un centre pilote a été créé à Bamako par l'AMPPF dont l'objectif était l'espacement des naissances. La pratique du planning était conditionnée à l'autorisation maritale pour les femmes et parentale pour les célibataires.

- En 1973, deux séminaires dont un inter africain sur l'éducation sexuelle et l'autre inter syndical sur le planning familial ont été organisés à Bamako et en Roumanie sur le droit au planning familial.
- En 1978 le Mali a 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.

- En 1980, la division santé familiale(DSF) a été créée au sein du ministère de la santé publique et des affaires sociales pour élargir et coordonner les activités de la santé maternelle et infantile et en y intégrant le planning familial.
- En 1990, deux séminaires nationaux ont été organisés à Bamako pour l'ébauche d'une politique de population, femme et développement.
- En 1991, le Mali a fait une déclaration de politique nationale de population.
- En 1994, avec la conférence internationale sur la population et le développement au Caire (Egypte), les gouvernements dont le Mali se sont engagés à agir dans le domaine de la santé de la reproduction, engagement réitéré lors de la 4<sup>ième</sup> conférence mondiale sur les femmes à Beijing(Chine) en septembre 1995.

En Juin 1995, a été organisé un atelier de révision des normes et procédures de santé maternelle infantile et planning familial. Avec le temps, 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 définit le planning familial comme :

l'ensemble des mesures et moyens de régulation de fécondité, l'éducation et de prise en charge d'affection de la sphère génitale mise à la disposition des individus et des couples afin de contribuer à réduire la mortalité et la morbidité maternelle, infantile et juvénile notamment celles liées aux IST /SIDA, aux grossesses non désirées et aux avortements et assurer ainsi le bien-être familial et individuel.[11]

Ceci implique la liberté, la responsabilité et le droit à l'information de chaque individu ou couple pour l'aider à choisir le ou les moyens de régulation de la fécondité.

Pour le Mali la santé de la reproduction englobe la santé de la mère y compris le planning familial et la santé de l'enfant y compris celle de la petite fille. [22]

### **3.3 RAPPELS SUR LES METHODES CONTRACEPTIVES**

La contraception est l'ensemble des méthodes permettant d'éviter une grossesse non désirée.

Il s'agit de méthodes modernes, naturelles et traditionnelles.

### 3.3.1 Méthodes Modernes :

Dans ce groupe on trouve :

**Les contraceptifs hormonaux :** aux mécanismes d'action qui s'opèrent à plusieurs niveaux

- -Suppriment l'ovulation
- -Épaississent la glaire cervicale pour empêcher la pénétration du spermatozoïde.
- -Changement de l'endomètre (rendant la nidation plus difficile)
- -Diminuent le transport du sperme, dans le tractus génital supérieur (trompes de Fallope).

Comme contraceptifs hormonaux on a:

**Les pilules :**

Ce sont des méthodes contraceptives orales, elles sont :

Soit combinées, composées d'œstrogènes et de progestérone ou contraceptifs oraux combinés à des doses différentes, d'où le mini dose.

**Pour les normo doses combinées :** elles ont toutes le même dosage d'oestro-progestatifs durant tout le cycle.

**Pour les normo doses séquentielles :** qui reproduisent fidèlement le cycle de la femme, un œstrogène seul est libéré la première semaine et une association œstro- progestative les deux dernières semaines.

Le nombre d'échec des séquentiels est nettement plus important.

Pour les muni dosées ou muni-pilules : il existe les pilules :

**1 -Combinées :** la dose d'œstrogènes et de progestatifs est la même tout le long de la plaquette.

**2 -Bi phasiques :** la dose des deux hormones augmente légèrement en deuxième partie de plaquette.

**3 -Tri phasiques :** la dose des hormones varie trois fois sur une même plaquette.

-Soit un seul hormone ou COP(les contraceptifs oraux progestatifs) ou Micropilules. Ces Micropilules rendent la glaire cervicale imperméable aux spermatozoïdes et entraînent une modification de la muqueuse utérine, mais il y a tout de même ovulation.

Les pilules sont des méthodes contraceptives très efficaces (83 à 99% de succès)

lorsqu'elles sont correctement utilisées, réversibles, protègent contre certaines infections inflammatoires du pelvis telles que les kystes de l'ovaire, les dysménorrhées.

Ces méthodes ont quelques inconvénients :

Elles doivent être prises tous les jours.

Présentent des effets secondaires et troubles plus ou moins fréquents dues aux hormones (prises de poids, nausée, aménorrhée...).

Il existe des contres indications :

- ▲ **Absolues** : phlébite, embolie, accident-vasculaire, infarctus, artérites, maladies cardio-vasculaires, infections hépatiques graves ou récentes, antécédents graves ou présence de cancer de la femme au niveau du sein, de l'utérus et des ovaires, hypertension artérielle grave, hyperlipidémie grave , diabète grave.
- ▲ **Relatives**: Varices, affections psychiatriques, certaines cardiopathies, diabète, obésité, migraines tenaces, tabagisme.

**Les injectables :**

**Les injectables comprennent :**

- Les CIC: contraceptifs injectables combinés ; Exemple : Lunelle depuis 2000, Cyclofem et Mesigina injectes une fois par mois.
- Les CIP: contraceptif injectable à seule dose progestative ; Exemple: Dépo-provera ou DMPR qu'on donne tous les trois mois et Noristerat qu'on donne tous les deux mois.

Méthodes très efficaces (99,9% de succès), discrètes, réversibles, de longue durée d'action et qui protège contre certaines maladies inflammatoires du pelvis telles que les Kystes de l'ovaire, les dysménorrhées.

En plus de leurs avantages ces méthodes ont des inconvénients qui sont :

- ▲ Un retard de retour de fécondité
- ▲ Les mêmes effets secondaires que les pilules.

Elles sont contre indiquées en cas de saignement important non diagnostiqué.

**Le Norplan :** Il y a l'implant sous-cutané à six(6) capsules fines et souples remplies de levonorgestrel (LNG) insérées juste sous la peau dans la partie supérieure du bras et le Norplan sous cutané mais à deux capsules facile à poser et retirer.

Très efficaces (99,9% de succès), réversibles dès retrait, discrets, de longue durée d'action

(5ans).

Comme inconvénients : troubles du cycle (aménorrhée, putting....).

L'acné qui est l'effet dermatologique le plus couramment signalé avec le Norplan à six(6) bâtonnets, était plus rare et moins prononcé chez les utilisatrices du Norplan[11].

### **Le DUI :**

Il s'agit de petits dispositifs qu'on place dans la cavité utérine. Il y a plusieurs sortes de DUI : en cuivre, caoutchouc inerte et ceux diffusant des hormones (Minera approuvé depuis 2000 aux USA ou Levonova en Europe du Nord [11] ; et plusieurs formes(en boucle, en T, en 7 ou spirales).

### **Mécanisme d'action :**

Les mécanismes d'action des DUI ne sont pas très bien connus et s'appuieraient sur les actions suivantes isolées ou concomitantes.

- Action toxique sur l'œuf en développement (DUI en cuivre).
- Réponse inflammatoire locale aux corps étrangers causant la lyse du blastocyste et/ou l'empêchement de la nidation.
- Action directe ou indirecte sur la transformation sécrétoire de l'endomètre.

Ce sont des méthodes contraceptives très efficaces (94-99% de succès), réversibles dès retrait de longue durée d'action (peut aller à 10ans), discrètes et diminuent les pertes et les douleurs menstruelles.

### **Inconvénients :**

Les DUI peuvent entraîner :

Une sensibilité aux infections, entraîner des effets secondaires de type : crampes, et/ou douleurs pelviennes, de spotting, d'hyperménorrhée.

**Contres indications :** infections, saignement non diagnostiqué.

### **Les spermicides :**

Ce sont des produits qu'on place dans le vagin quelques temps (15 mn à 1h) avant l'acte sexuel. Ils se présentent sous forme de comprimés ou suppositoires (moussants ou fondants), gelés, fines et de crèmes et contiennent des substances qui tuent soit immobilisent les spermatozoïdes.

Les microbicides les plus promoteurs contre le VIH/SIDA et autres IST : le Canaguard,

sulfate de dextrine-2, de cellulose, le PRO 2000 C31G et le buffer Gel [13].

Méthodes efficaces (79-99% de succès) surtout si elles sont associées aux condoms, elles contribuent à la lutte contre les IST/SIDA.

**Il existe des inconvénients :** à type d'irritation vaginale ou du pénis, souvent incommodes par l'abondance des mousses (sécrétion vaginale qu'ils entraînent), peuvent diminuer la spontanéité du couple (nécessite un temps de préparation et de mise en place du produit avant l'acte sexuel) et peuvent rendre plus fréquentes les infections des voies urinaires [13].

**La contraception chirurgicale volontaire(CCV) :**

Méthode permanente, c'est la ligature des trompes chez la femme et la vasectomie chez l'homme.

Méthodes très efficaces (efficacité presque totale), méthodes permanentes. Elles ont des inconvénients: méthodes irréversibles ; parfois des complications après l'intervention: lésions vésicales, intestinales, rectales ou vasculaires.

**Les préservatifs:**

**Les préservatifs féminins:**

Comme préservatif féminin on a : le diaphragme, le cap ce sont des capuchons en caoutchouc qu'on insère au pourtour du col et qui empêche la montée des spermatozoïdes pour la fécondation.

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

En plus depuis 1992 on a le Femidons : ce préservatif à usage unique est conçu spécialement pour s'adapter aux parois du vagin. Femidons : est une méthode efficace de contraception et de prévention contre les infections sexuellement transmissibles(IST), y compris le VIH.

**Préservatifs masculins :**

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

Ils sont efficaces surtout s'ils sont associés aux spermicides, assurent une protection contre les IST/SIDA, disponibles (vente libre).

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

### **3.3.2. Les méthodes naturelles :**

#### **L'abstinence périodique**

S'abstenir pendant un moment du cycle. Comme méthode on a :

#### **La méthode de calendrier ou d'Ogino-Knauss :**

Dans cette méthode, la femme doit observer son cycle pendant au moins 6 mois, elle prend alors le cycle le plus long moins 10 et le cycle le plus court moins 20 ce qui donne la période pendant laquelle le couple doit s'abstenir des rapports. C'est une méthode toujours disponible et qui n'a pas d'effets secondaires, mais elle n'est pas très sûre (30% à 40% d'échec), dû essentiellement aux modifications du cycle ovarien, au non respect de la période d'abstinence, aux mauvais calculs effectués et plus rarement à l'existence d'ovulation spontanée à un moment non prévu.

#### **La méthode de température**

La courbe thermique matinale d'une femme présente une phase d'hypothermie qui s'étend des règles à l'ovulation, et une phase d'hyperthermie qui s'étend exactement au dernier jour de la température basse avant le décalage thermique ou au premier et même au deuxième jour de cette montée ovulaire.

Il existe donc une période féconde dont la durée classique de 7 jours est fondée : sur la survie des spermatozoïdes [4 jours] et sur celle de l'ovule [12 à 24 heures]

La période féconde s'étend donc du quatrième au cinquième jour (4-5jour) avant l'ovulation (avant le décalage) jusqu'au premier jour ou second jour après elle.

Elle sépare deux périodes stériles : une après les règles où la stérilité est relative à cause de la survie exceptionnelle mais possible des spermatozoïdes au-delà de 4 jours ; l'autre après l'ovulation où la stérilité est absolue et va du deuxième jour de température haute, après décalage, jusqu'aux règles suivantes .Si le couple veut donc exclure de façon absolue le risque de grossesse, il ne doit avoir de rapports qu'à partir du second jour du plateau thermique confirmé.

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

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

La glaire subit des changements avant et après l'ovulation. En effet, à l'approche de l'ovulation la glaire cervicale devient abondante et filante et cela s'accroît jusqu'à l'ovulation. Après l'ovulation la glaire s'épaissit et devient pâteuse ; la femme en examinant sa glaire tous les jours peut détecter ces changements et ainsi connaître à peu près son jour d'ovulation. Pour ne pas avoir d'enfant, elle doit s'abstenir des rapports sexuels jusqu'après l'ovulation qui est la phase de glaire pâteuse. Méthode efficace sans effet secondaire, elle a des contraintes comme l'observation quotidienne de la glaire et une longue période d'abstinence.

### **La méthode bio-self**

Le Bio-self se présente sous la forme d'un thermomètre électronique combiné à un microprocesseur. C'est une tentative pour mixer la méthode Ogino. L'appareil enregistre les températures quotidiennes, les compare avec son programme de base élaboré à partir de plusieurs centaines de milliers de courbes thermiques et s'adapte aux caractéristiques de l'utilisatrice.

Il mémorise également les six derniers cycles pour affirmer les calculs statistiques spécifiques de la femme qui l'utilise.

Cette méthode fait partie des méthodes d'abstinence périodique et présente les mêmes avantages et inconvénients. Il faut noter le coût élevé de l'appareil qui n'apporte guère plus de sécurité que la méthode des températures traditionnellement utilisées.

### **L'abstinence complète:**

Elle consiste à s'abstenir pendant toute la période où le couple ne veut pas d'enfant. Elle n'a pas d'effet secondaire, est disponible mais difficile à observer à cause de la longue période d'abstinence.

### **Le coït interrompu :**

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

On a deux sortes de coït dont:

- **Le coït réserva tus:** signe de << maîtrise sexuelle >> pour les promoteurs de cette méthode, permet au couple l'union charnelle sans orgasme. Le retrait a lieu sans éjaculation. Cette méthode diffère de l'eupareunie et n'est pas sans danger.



- **Le coït obstructif:** méthode dangereuse consistant à « serrer la base de la verge, penser à autre chose, et retenir sa respiration » Il y a risque d'aboutir à une éjaculation dans la vessie, cause secondaire de stérilité.

Cette méthode n'est pas très efficace car difficile à observer. Son taux d'échec est de 15 à 20%.

### **La méthode d'allaitement maternel et de l'aménorrhée (M.A.M.A)**

C'est une méthode qui consiste à allaiter l'enfant aux seins pendant au moins les 6 premiers mois ; cela entraîne un retard de retour de couche et donc une période d'anovulation. Efficace si l'allaitement est prolongé, exclusif pendant les premiers six mois du post-partum et s'il n'y a pas de retour de couche, c'est une méthode semblable à d'autres méthodes par blocage de l'ovulation. Elle est efficace, disponible, renforce le lien mère enfant, nutritive et assure une protection du nourrisson par les anticorps contenus dans le lait maternel. L'efficacité contraceptive diminue si une des conditions n'est pas respectée.

### **3.3.3 Les méthodes traditionnelles :**

Ces méthodes reposent sur le vécu socioculturel des peuples, on peut citer :

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

#### **La Toile d'araignée :**

Se place dans le vagin de façon à obstruer l'orifice externe du col, empêchant donc la montée des spermatozoïdes, c'est une méthode de barrière.

#### **Le miel et le jus de citron :**

On les place G dans le vagin avant les rapports ; ils entraînent soit une immobilisation des spermatozoïdes (miel), soit une destruction des spermatozoïdes (citron) agissant comme des spermicides.

#### **Les solutions à boire :**

Il peut s'agir : d'écorces d'arbre ou plante, de graine à avaler, ou de « nassi » solution préparée par les marabouts et charlatans.

Aucune étude scientifique n'a été faite sur l'efficacité de ces méthodes traditionnelles.

Il semble qu'elles peuvent être à la base d'infection à répétition et même créer

d'autres problèmes chez la femme tels que l'infertilité, des algies pelviennes

### **3.4. Hypothèse**

L'éducation, l'information et la sensibilisation de la femme voire du ménage sur la planification est sans aucun doute, un facteur ayant une forte incidence sur la qualité de la vie, la survie infantile ainsi que la productivité économique. Si cette éducation est délaissée, elle pourrait occasionner des conséquences fâcheuses à long terme.

La connaissance des ménages de Yanfolila sur la planification familiale aurait probablement amélioré leur comportement.

La connaissance des ménages de Yanfolila sur la planification familiale semblerait ne pas changer leurs comportements.

# OBJECTIFS

### **3.5. OBJECTIFS**

#### **3.5.1. Objectif général**

Etudier les connaissances, attitudes, pratiques comportementales des ménages en matière de planification familiale dans la commune urbaine de Yanfolila

#### **3.5.2. Objectifs spécifiques**

- ❖ Identifier les sources d'information des personnes sur la PF.
- ❖ Déterminer le niveau des connaissances sur la PF à Yanfolila.
- ❖ Déterminer le niveau de connaissance des personnes de Yanfolila sur les risques de grossesse précoce et l'avortement provoqué et aussi leur perception et attitude face à la question.
- ❖ Identifier les attitudes et pratiques des personnes sur la PF.

# METHODOLOGIE

#### **4. DEMARCHE METHODOLOGIE**

##### 4.1 Description du site d'étude

**COMMUNE DE : Wassoulou Ballé**

**CHEF LIEU DE COMMUNE : Yanfolila**

Moyens de communication :

-Téléphone

-Rac : (Administratif)

-Radio diffusions (nationale et communautaire) :

-Autre : courrier postal

-Terrestre (véhicules)

##### **PRESENTATION :**

###### **Contexte historique :**

La commune de Wassoulou Ballé prend son nom du cours d'eau qui la traverse, le Balen. Elle est composée des 34 villages dont cinq (5) de l'ex- arrondissement de Doussoudiana. Administrativement, Yanfolila est le cercle

Le village de Yanfolila, chef-lieu de la commune, serait fondé vers 1746 par un éleveur du nom de Ballatiè dit Ya. Ce dernier aurait quitté Warafara dans le DjallonFoullah. Il aurait ensuite transité par la Guinée ou une colline porte son nom<<Ballatiè Kourou>>puis par Monna dans l'actuelle commune de Gouanan avant de s'installer définitivement à Yanfolila sous la consigne de son cousin Magarakoro SIDIBE.

L'emplacement du village a été prospecté par l'ami de Magarakoro du nom de Fassérioulén DOUMBIA, un colporteur. Cette action a créé entre les descendants de Ballatiè et ceux de Fassérioulén un lien de parenté non transgressable.

Il y a deux versions sur l'origine du nom du village.

La première version qui semble être la plus plausible, est la suivante : lorsque Ya et les siens ont rejoint l'emplacement indiqué par Fassérioulén, les autres venaient les saluer. A leur retour, lorsqu'on leur demandait, d'où ils venaient, ils répondaient **YA FOLI LA**, ce qui signifie<< on vient de saluer Ya>>d'où le nom de Yanfolila qui a vite fait de donner par déformation du colonisateur<<Yanfolila>>.

La deuxième version se rattache au fils de Ballatiè, N'Dian qui a été le premier à occuper la tata après la mort de son père probablement vers 1846. Ceux qui venaient le saluer disaient<< on vient saluer Dian>> ce qui a donné Dianfolila d'où serait venu le nom de Yanfolila.

Après la construction du tata, Ballatiè a fait appel à tous les descendants de Mallan, ancêtre des autochtones de Yanfolila. Ainsi les Bassidibés descendants de Mallan, les Sinassis (descendants du patriarche des Diakité), les korokos (commerçants) descendants de FasserioulénDoumbia ont occupé le tata dont les traces sont encore visibles. Avant l'arrivée du colonisateur, le village de Yanfolila était dirigé par un chef du nom de N'Dian SIDIBE.

#### **4.1.2. Situation administrative et politique :**

La Commune de Wassoulou Ballé prend son nom du cour d'eau qui la traverse : le Ballé. Elle a été créée par la loi 96-059 du 4 novembre 1996 portant création des communes.

Elle fait partie intégrante des 12 communes qui forment le cercle de Yanfolila, dans la région de Sikasso.

Yanfolila, chef - lieu de la Commune est en même tant le chef – lieu du cercle. Yanfolila se situe à 85 km de Bougouni, à 245 km de Bamako, et à 300 km de Sikasso.

La Commune est dirigée par un conseil communal de 23 membres. Il existe en son sein un bureau et des commissions. Elle est membre de l'association des municipalités du Mali.

#### 4.1.3. Les limite :

La commune du Wassoulou Ballé couvre une superficie d'environ 1500 km<sup>2</sup>. Elle est délimitée au Nord par la commune de SERE MOUSSA ANI SAMOU, au Sud par les communes de GOUANAN et GOUANDIAKA, à l'Est par les communes de BOLO – FOUTA et de DJIGUIYA DE KOLONI et du cercle de Bougouni, à l'Ouest par la commune de YALLANKORO – SOLOBA et la sous – préfecture de Nyantamina (République de Guinée).

#### 4.1.4 ACTIVITES SOCIO - ECONOMIQUES

##### Ressources naturelles :

- Les ressources naturelles de la commune comportent :
- Les eaux de surfaces et souterraines

##### Ressources eau

Types	Utilisation	Contraintes
Fleuve	Abreuvement, pêche	Inondations
Marigots / rivières	Abreuvement, pêche	Assèchement précoce
Eaux souterraines	Consommation humaine, abreuvement des animaux	Effritement des sols

##### ➤ Les ressources forestières

##### Zones de végétation

Types de végétation	Utilisation des types de végétation	Problèmes
Savane arborée	Exploitation du bois, agriculture, pâturage, plantation et chasse	Feux de brousse Exploitation abusive, Surpâturage
Galerie forestière	Bois de service, bois d'œuvre et agriculture	Surpâturage



Savane arbustive	Agriculture, plantation, exploitation du bois	Erosion, feux de brousse, coupe abusive de bois
------------------	-----------------------------------------------	-------------------------------------------------

➤ **Les sols**

**Types de sols et leur vocation**

Types de végétation	Utilisation des types de végétation	Problèmes
Sols gravillonnaires et latéritiques	Exploitation du bois, agriculture, pâturage et chasse	Feux de brousse, Exploitation abusive, Surpâturage érosion
Les glacis	Exploitation du bois, agriculture, pâturage et plantation	Feux de brousse, Exploitation abusive, Surpâturage, érosion
Les plaines	Agriculture, pêche, pâturage en saison sèche	Inondation en saison de pluies

➤ **Les ressources minières**

Les ressources minérales découvertes concernent pour le moment l'or. Il existe plus d'un millier de puits traditionnels d'or qui procurent à la population de la commune des revenus financiers importants.

**4.1.5. Situation écologique :**

Dans le terroir de la commune, la divagation des animaux et la transhumance ont conduit à un surpâturage. Les feux de brousse et les systèmes de cultures ont conduit à une déforestation qui est accentuée par la coupe de grands arbres par des exploitants extérieurs. L'exploitation des terres à cause de ces phénomènes, accélère le processus d'érosion. Les précipitations sont irrégulièrement réparties dans le temps et dans l'espace. Les effets conjugués de ces facteurs, ont conduit au comblement voire à la disparition des cours d'eau. Aussi le lessivage à partir des zones de cultures soumises à des traitements phytosanitaires est entrain de polluer les quelques cours d'eau et d'une manière générale les écosystèmes. Aussi les activités humaines ont contribué à détruire de la faune soumise au braconnage. L'air est de plus en plus nocif à cause de l'utilisation des pesticides, du manque d'infrastructures sanitaires

adéquates. Les eaux usées, sont drainées en hivernage dans les concessions et y stagnent. Elles sont parfois drainées dans les puits familiaux. Cette situation entraîne des maladies telles que le paludisme et des maladies diarrhéiques. L'utilisation des sachets et autres emballages plastiques pour les besoins quotidiens contribue à la dégradation du cadre de vie des hommes et constitue un péril pour les animaux, et les terres de culture.

#### **4.1.6 Utilisation de la terre :**

Les fonds de vallées et les glacis versants sont occupés par les activités agricoles. Cette occupation agricole est discontinuée dans les fonds de vallées et dispersées sur les glacis versants. D'une manière générale, la pression agricole est moyenne. Les terroirs agricoles servent de terrains de parcours aux animaux domestiques de même que les jachères et terres non cultivables. Les bas glacis constituent le domaine des exploitations forestières.

#### **4.1.7 ECONOMIE :**

##### **a. Aperçu général :**

La commune se trouve dans une situation d'économie et de substance, dans un contexte global d'économie de marché, où le coût de la vie ne cesse de croître faisant baisser le pouvoir d'achat des populations.

##### **b. Emploi :**

La demande d'emploi, reste à présent forte et supérieure à l'offre. En effet, des dizaines de jeunes diplômés sont déversés chaque année sur le marché du travail. Par ailleurs, mis à part les mines traditionnelles d'or, ou certains explorent la solution, les jeunes sans diplômes n'ont aucune occupation en saison sèche. Dans certains cas, les victimes de cette situation tentent de trouver la solution dans l'exode(vers l'extérieur).

##### **c. Enfants et emploi :**

Dans la commune, les enfants sont employés dans les ateliers artisanaux comme apprentis. Ils aident aussi les parents dans les travaux champêtres, pastoraux. Toute fois le travail des enfants dans ses pires formes n'existe pas.

##### **d. Niveau de vie :**

Aujourd'hui, la pauvreté, loin d'être une fatalité, mérite une attention particulière dans la commune. Elle est le facteur qui pourra hypothéquer toutes les actions de

développement projetées. Plus de 50 % de la population ont un revenu en dessous de la norme.

Ce fait s'expliquerait par plusieurs facteurs parmi lesquels on peut citer :

- L'insuffisance d'appuis sous toutes ses formes aux activités génératrices, surtout au niveau des femmes et des jeunes qui représentent plus de 50 % de la population.
- La difficulté d'écoulement et le manque de clients aux produits agricoles.
- L'insuffisance d'initiative pour la diversification des sources de revenus monétaires ;
- Le chômage et le sous-emploi.

#### **e. Consommation alimentaire :**

L'alimentation de base est le maïs, le petit mil, le sorgho et le riz qui est consommé en général lors des cérémonies. Les feuillages, et légumes consommés sont produits localement. Il en est de même pour les fruits.

#### **4.2. Secteur primaire :**

La commune se trouve dans une zone agro-écologique, relativement peu menacée. La pression humaine sur les terres de cultures est présent, elle se manifeste par le système de culture itinérante sur défriche brûlis des champs de brousse, par les feux de brousse très souvent tardifs, par l'exploitation des zones de placers...D'une manière générale les systèmes de production agricole sont de type agropastoral où l'agriculture est dominante. La pêche et l'arboriculture sont significatives.

##### **4.2.1 Agriculture :**

La plupart des villages dispose encore de grandes superficies en jachères. Le système de culture est une combinaison de pratiques traditionnelles et de nouvelles techniques assez mal maîtrisées. On observe un taux assez élevé d'exploitations non équipées( environ 50 %). Le système traditionnel de rotation est quinquennal( céréale, arachide en association avec le niébé). Même si la culture sur défiche et brûlis est de rigueur, elle évolue vers une agriculture sédentaire à rotation biennale de type coton – céréale ou triennale de type coton céréale. La culture des tubercules sur buttes à la main est répandue. Quelques ouvrages hydro – agricoles favorisent la culture du riz de bas – fonds. Les différentes spéculations vivrières sont : le maïs, le sorgho, le petit mil, le riz,

le fonio. Les différentes rentes sont le coton, la patate, l'igname, l'arachide, le niébé. Cependant, une partie de ces cultures de rente est auto consommée. D'une manière générale, les cultures se pratiquent sur des sols gravillonnaires à mi-pente et dans les fonds de vallées, au bord desquelles sont installés des périmètres potagers et d'arbres fruitiers. Le maraîchage concerne l'oignon, la tomate, la laitue, les courges, l'aubergine, le piment, le gombo. Ces potagers côtoient la banane et quelques fois l'ananas. Les plantations possèdent en général les manguiers, orangers, anacardiens, goyaviers, citronniers.

Les programmes d'appui agricoles sont fondamentalement ceux de la CMDT( coton) et récemment le PASAOP, le PASE. Ces programmes ont permis l'amorce d'une agriculture plus productive. Cependant, l'insuffisance de main d'œuvre, créée par l'exode rural, l'introduction et l'adoption tardive de la traction animale, de la culture du coton, et l'enclavement des villages, font de cette zone, une région assez marginale. On y trouve encore un faible niveau d'utilisation des techniques culturales vulgarisées, l'utilisation des intrants( engrais et fumure organique) est également faible. Le système de culture nouvellement introduit est celui du coton céréale et surtout coton – petit mil-mais en association. Le niveau de la production reste encore faible et ne peut donc pas, par conséquent assurer l'autosuffisance alimentaire( norme FAO 250 kg/ personne/ an), ni de générer des revenus substantiels.

NB : Au niveau de la commune, il n'existe que peu de barrages agricoles. Le besoin se fait sentir dans les villages de :Bounounko, Wassada, Djèguènina, Goualafara, Dialafara, Malikila, en plus de ceux cités dans le tableau. Les mares aménageables sont dans les villages de : Sékou, Yanfolila et Balanfina.

(cf. Carte des infrastructures hydro agropastorales en annexe).

#### **4.2.2. ONG / Consultants**

**Les ONG et programmes** intervenant dans la commune et leur domaine d'intervention sont :

AMPPF(Association Malienne pour la promotion et la protection de la Famille) intervient dans la lutte contre le VIH et MST SIDA dans le cadre du projet une commune un ONG, planification familiale, santé de la reproduction, espacement des naissances.

ASP – EAU : un programme de HELVETAS MALI intervient dans l'approvisionnement en eau potable, l'hygiène et l'assainissement.

PAD(Programme d'Appui à la décentralisation) un programme de HELVETAS MALI intervient dans la décentralisation.

AGRI MULTI SERVICE bureau d'étude bâtiments et agriculture

BORNE FONDEN ONG danoise intervient dans la lutte contre la pauvreté : assistance aux enfants issus des familles démunies, l'éducation, la santé, les micro- finances

CENTRE DJOLIBA intervient dans la promotion des droits et initiatives économiques des femmes ainsi que la formation pour l'éradication des MGF( Mutilations génitale féminine).

ADEPA : intervient dans le domaine de la lutte contre la pauvreté

SAVE THE CHILDREN intervient dans la Santé

CANEF( Centre d'Appui Nutritionnel pour l'Enfant et la Femme) intervient dans les micros crédits

IPA (Innovation for Poverty Action) œuvre dans le domaine de l'Education, la science et la charité depuis 2010.

En plus de ces ONG, quelques entreprises de construction réalisent des prestations de travaux.

#### **4.3. Période d'étude:**

Notre étude s'est déroulée en 6 mois allant de juillet 2014 en fin décembre 2014.

#### **4.4. Type d'étude:**

Il s'agissait d'une étude transversale prospective sur les connaissances, les attitudes et les comportements des ménages de la commune urbaine yanfolila en matière de planification familiale.

#### **4.5. Population d'étude:**

La population visée était les hommes et les femmes résidants en commune urbaine de Yanfolila en activité sexuel.

##### **4.5.1 Echantionnage :**

$n$ = taille de l'échantillon,  $i$ = la précision voulue (=5 %)

$q=1-p$

$Z= 1,96$

P est la prévalence contraceptive (10.3% selon EDSM-V 2012-2013)

$$n = \frac{z^2 pq}{i^2}$$

$$n = 142$$

Nous avons décidé de partir avec : 200

#### **4.5.2 Critères d'inclusion**

Les hommes et les femmes en activité sexuelle dans la commune urbaine de Yanfolila ayant donné leur consentement libre et éclairé de participer à notre étude. Les participantes furent choisies de façon aléatoire.

#### **4.5.3. Critères de non inclusion**

Toutes les femmes et hommes de Yanfolila ayant refusé de participer à l'étude.

#### **4.6. Outils et techniques de collecte des données :**

La seule technique d'enquête utilisée dans cette étude fut un questionnaire d'entretien individuel semi-structuré adressé aux femmes et aux hommes puis notifié sur le fiche d'enquête.

#### **DEROULEMENT DE L'ENQUETE :**

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 la première concession à droite, la première personne à droite était interrogée. Ainsi de suite jusqu'à l'atteinte de la taille de notre échantillon.

#### **4.7. Analyse et saisie des données**

Après la saisie informatique des données nous avons utilisé Epi Info (version 3.5.3) pour l'analyse des données. Les logiciels Word et Excel étaient utilisés pour les tableaux et figures.

#### **4.8 Aspects éthiques**

Il s'agissait d'une étude qui portait sur des êtres humains, le consentement éclairé de chaque personne a été acquis avant le début de l'entretien. Le consentement libre et éclairé était verbal. La confidentialité et l'anonymat ont été garantis pour les informations collectées.

Une autorisation des responsables (sanitaires, locales et administratives) a été demandée avant le début de l'enquête.

# RESULTS



## 5. RESULTATS

### Sexe

Tableau I : Répartition des effectifs selon le sexe

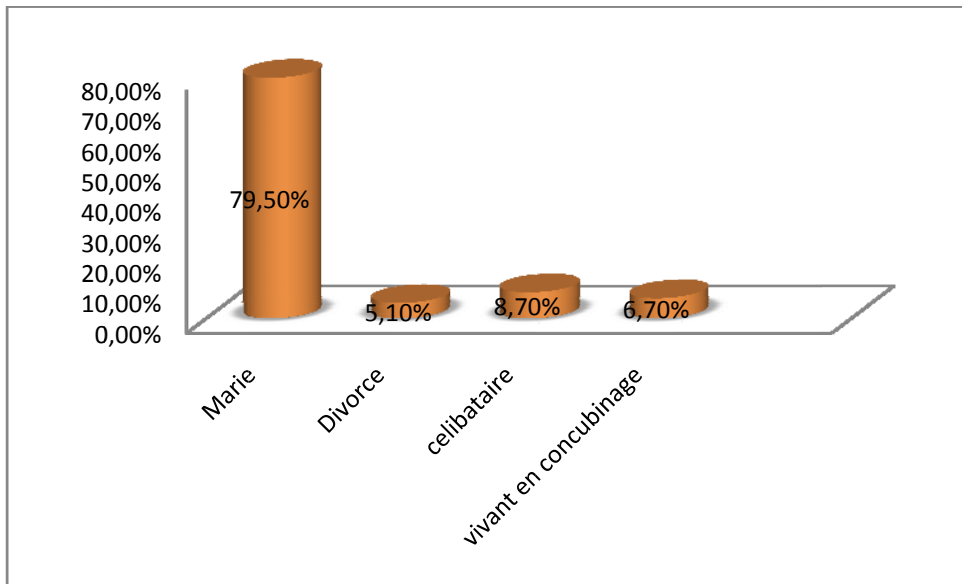
Sexe	Effectif	Pourcentage
F	150	75,0%
M	50	25,0%
<b>Total</b>	200	100,0%

Dans notre effectif les femmes représentaient 75%.

Tableau II : répartition des effectifs selon les tranches d'âge

Age	Effectif	Pourcentage
18-22	30	15%
23-27	34	17%
28-32	60	30%
33-37	31	15,5%
38-42	23	11,5%
43-48	10	5%
49-54	8	4%
55-60	4	2%

La tranche d'âge la plus représentée était de 18-36 ans soit 75% avec un âge moyen de 32 ans et un âge médian de 39 ans.



Graphique I : répartition des effectifs selon le statut matrimonial

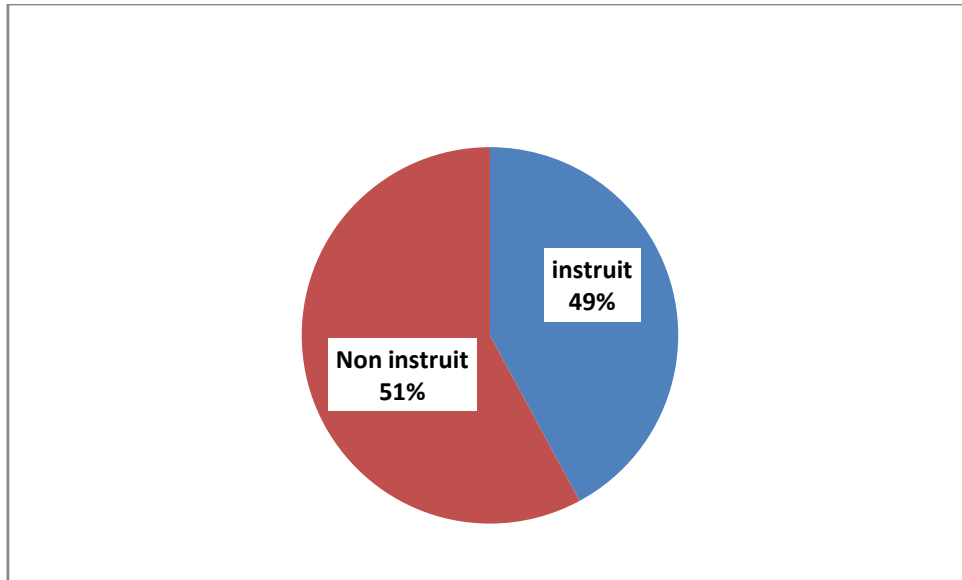
Les femmes et les hommes mariés étaient les plus représentés soit 79,5%

Tableau III : répartitions des effectifs selon leurs religions

Religion	Effectif	Pourcentage
Musulmane	184	91,9%
Chrétienne	16	8,1%
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100,0%</b>

Les musulmans étaient majoritaires avec 91,9%, suivie de la religion chrétienne avec 8,1%.

## Instruction



Graphique II : répartition des effectifs selon leurs scolarisations

Parmi nos effectifs approchés 114 étaient non scolarisés.

Tableau IV : répartition des effectifs selon leur niveau d'instruction

niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Primaire	43	22,42%
Secondaire	34	15,67%
Supérieur	9	10,8%
Total	86	49%

Dans notre effectif le niveau primaire représentait 49%.

Tableau v : répartition des effectifs selon leurs connaissances du PF.

<b>connaissance du PF</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>OUI</b>	200	100,0%
<b>Total</b>	200	100,0%

100% de nos effectifs connaissaient la PF.

Tableau VI : répartition des effectifs selon les sens donnent à la PF.

<b>Sens</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Espacement de naissance</b>	189	94,5%
<b>Santé de la mère</b>	117	58,5%
<b>Santé de l'enfant</b>	77	38,5%
<b>Moins de naissance</b>	20	10,0%
<b>Famille heureuse</b>	70	35,0%
<b>Meilleure éducation de l'enfant</b>	40	20,0%

L'espace des naissances et la santé de la mère ont été les sens les plus cités avec respectivement : 94,5% et 58,5%.

Tableau VII : répartition des effectifs selon leurs sources d'informations

<b>Source d'information</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Mère</b>	10	5%
<b>Père</b>	2	1%
<b>Ecole</b>	42	21%
<b>Conférences</b>	6	3%
<b>Sœur</b>	8	4%
<b>Medias</b>	149	74,5%
<b>Amis</b>	97	48,5%
<b>Centre de santé</b>	<b>78</b>	<b>39%</b>

Les principales sources d'informations sur la planification familiale ont été les medias (74,5%), les amis (48, 5%), centre de santé (39%).

Tableau VIII: répartition des effectifs selon leurs méthodes contraceptives les plus connus

<b>Méthodes connues</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentages</b>
<b>Pilule</b>	188	94%
<b>Allaitement maternel</b>	38	19%
<b>Préservatif</b>	107	53,5%
<b>Méthode traditionnelle</b>	44	22%
<b>Spermicide</b>	8	4%
<b>Contraceptif injectable</b>	169	84,5%
<b>Norplan</b>	144	57%
<b>Diu</b>	24	12%
<b>Collier contraceptif</b>	19	9,5%

Les méthodes contraceptives les plus connues étaient la pilule avec 94,0%, contraceptives injectables avec 84,5%, norplan avec 57,0%.

Le spermicide était la méthode la moins citée avec 4%.

Tableau IX : répartition des effectifs selon leurs connaissances des services de prestation.

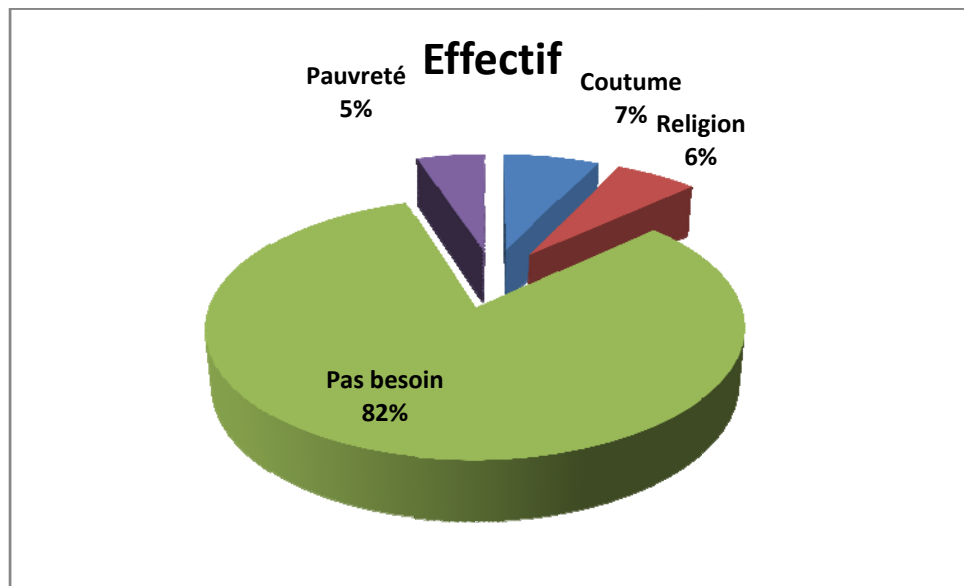
<b>Savoir le service de prestation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>OUI</b>	193	96,5%
<b>NON</b>	7	3,5%
<b>Total</b>	200	100,0%

La majorité connaissait le service de PF soit 96,5%.

Tableau X : répartition selon la fréquentation de service

<b>fréquentation de service</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>OUI</b>	94	46,7%
<b>NON</b>	106	53,3%
<b>Total</b>	200	100,0%

Le taux de fréquentation était 46,7%.



Graphique III : Raison d'avis de non fréquentation de service de prestation

La majorité des personnes qui ne fréquentaient pas le service de prestation disaient qu'elles pouvaient s'approvisionner et avoir des informations sans se rendre au service de prestation.

Tableau XI : Répartition des effectifs en fonction de temps donné entre les naissances

intervalle inter génésique	Effectif	Pourcentage
1-2	131	66,3%
3-4	57	26,5%
5-6	12	7,2%
<b>Total</b>	200	100,0%

Dans notre étude 66,3% proposaient 1 à 2 ans entre deux naissances.  
La durée moyenne était 2 ans.



Tableau XII : Répartition selon la connaissance des dangers liés aux relations sexuelles précoces.

<b>danger à la relation sexuelle précoce</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>OUI</b>	130	64,6%
<b>NON</b>	70	35,4%
<b>Total</b>	200	100,0%

Parmi les effectifs étudiés 64,6% connaissaient que les relations sexuelles précoces constituent un danger pour les jeunes filles.

Tableau XIII : Répartition de niveau d'alphabétisation en fonction de connaissance des dangers liés aux relations sexuelles précoces

#### NIVEAU ALPHABETISATION

<b>danger à la relation sexuelle précoce</b>	<b>primaire</b>	<b>secondaire</b>	<b>Supérieur</b>	<b>TOTAL</b>
<b>OUI</b>	26	31	9	66
<b>NON</b>	17	3	0	20
<b>TOTAL</b>	43	34	9	86

#### Chi-square Probabilité

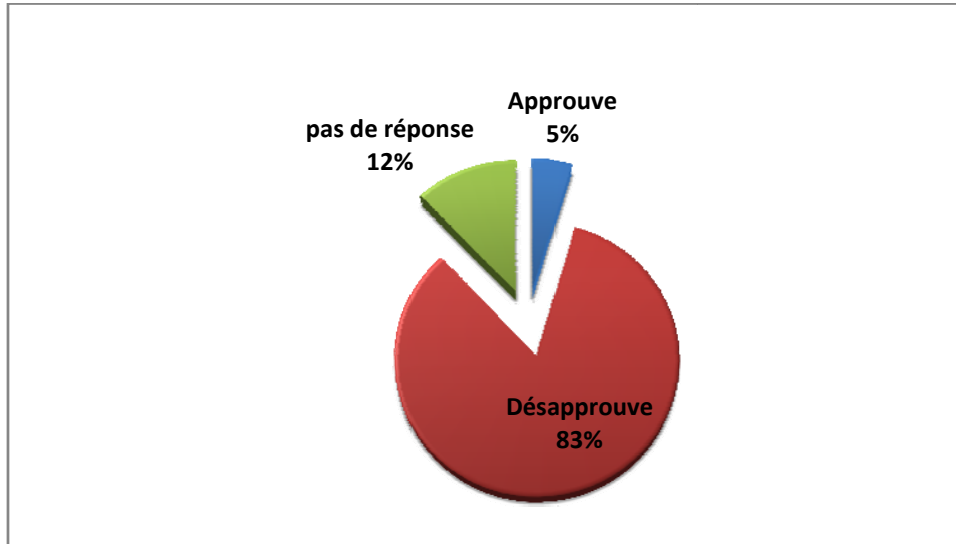
14,6005      0,0007

Leur niveau d'alphabétisation avait un lien statistique avec leurs connaissances des dangers liés aux relations sexuelles précoces.

Tableau XIV :Répartition des effectifs selon leur connaissance de risque d'avortement provoqué.

connaissance du risque d'avortement	Effectif	Pourcentage
1=OUI	178	88,9%
2=NON	22	11,1%
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100,0%</b>

Dans notre effectif 88,9% connaissaient les risques d'avortement .Les principaux risquesétaient : IST, infertilité secondaire.



Graphique IV :Répartition selon leur opinion sur l'avortement provoqué.

La majorité désapprouvait l'avortement soit 83,3%

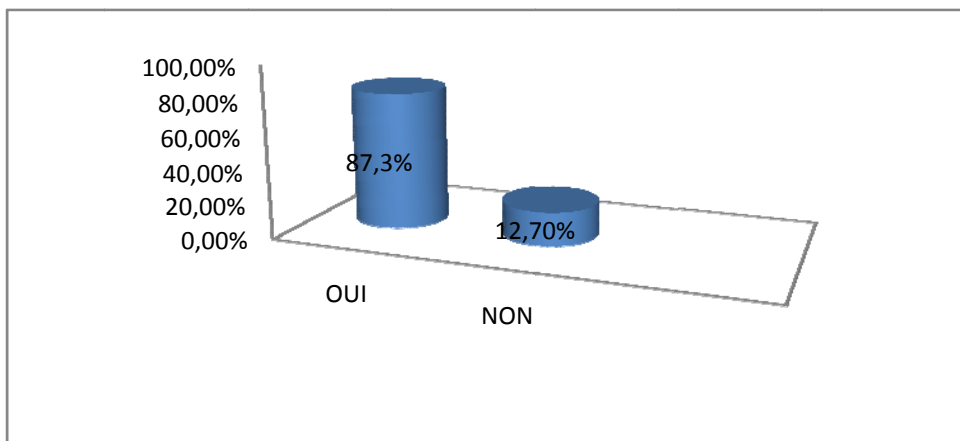
Les principales raisons étaient la mort, l'infection, stérilité

Tableau XV : Répartition del'opinion sur l'avortement en fonction de l'attitude face à la PF.

<b>OPINION SUR L'AVORTEMENT PROVOQUE</b>				
<b>Attitude face à la PF</b>	Approuve	désapprouve	pas de réponse	TOTAL
<b>OUI</b>	10	134	17	161
<b>NON</b>	1	31	7	39
<b>TOTAL</b>	11	165	24	200
				1

**Chi-square Probabilité**  
1,8663 0,3933

Leurs attitudes face à la PF n'ont pas de lien statistique avec leurs opinions sur l'avortement provoqué



Graphique V : Répartition selon leur attitude face à la PF

La presque totalité était favorable au PF soit 87,3%

Tableau XVI : Répartition del'attitude face à la PF en fonction de statut matrimonial

<b>Attitude face à la PF</b>			
<b>statut matrimonial</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>TOTAL</b>
<b>marie</b>	131	29	160
<b>divorce</b>	8	2	10
<b>célibataire</b>	12	5	17
<b>vivant en concubinage</b>	10	3	13
<b>TOTAL</b>	161	39	200

**Chi-square Probabilité**

1,1794 0,7580

Leur attitude face à la PF n'avait pas de lien statistique avec leur statut matrimonial.

Tableau XVII : répartition des effectifs selon leurs raisons d'avis défavorables au PF.

<b>Raison d'avis défavorables</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Effets secondaires</b>	23	9%
<b>Religion</b>	7	1,5%
<b>Coutume</b>	10	2,5%

Les principales raisons étaient l'effet secondaire soit 11,5%  
La religion n'avait pas beaucoup d'influences sur leurs pratiques.

Tableau XVIII : répartition des effectifs selon l'utilisation d'une méthode contraceptive

<b>utilisation de méthode contraceptive</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>OUI</b>	171	85,4%
<b>NON</b>	29	14,6%
<b>Total</b>	200	100,0%

La majorité de notre effectif utilisait une méthode contraceptive soit 85,4%

Tableau XIX : répartition selon les méthodes les plus utilisées.

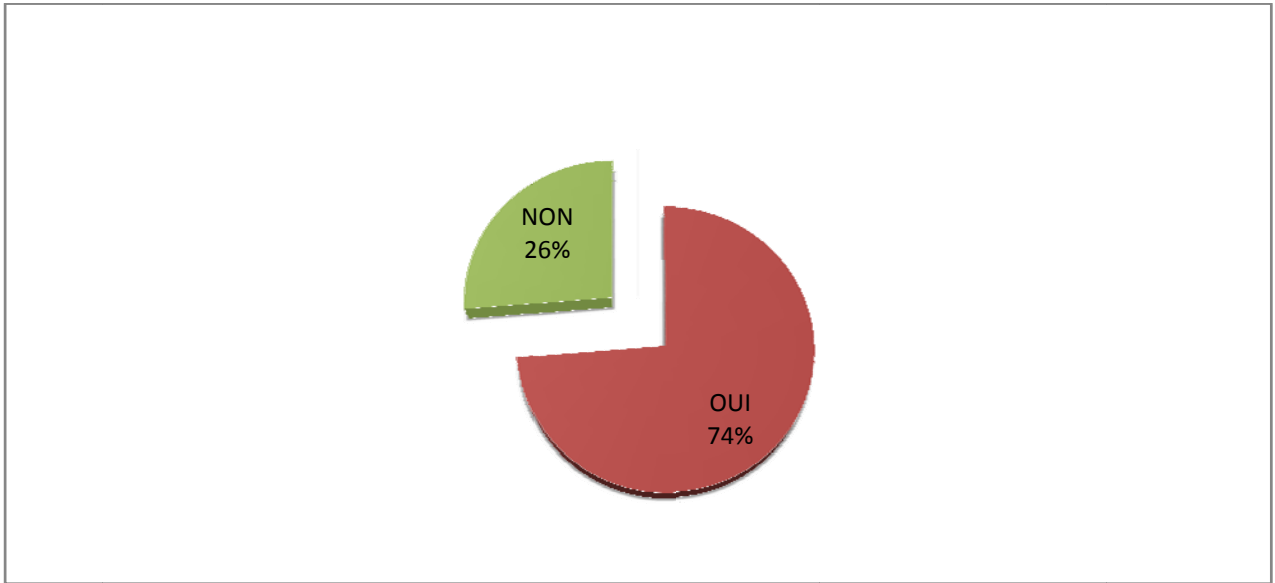
<b>Méthodes utilisent</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Pilule</b>	96	48%
<b>Allaitement maternel</b>	13	6,5%
<b>Préservatif</b>	51	25,5%
<b>Méthode traditionnelle</b>	10	5%
<b>Spermicide</b>	0	0%
<b>Injectable</b>	80	40%
<b>Norplan</b>	44	22%
<b>Diu</b>	1	0,5%
<b>Collier contraceptif</b>	2	1%

La pilule était la plus utilisée soit 48,0% suivi de contraceptif injectable soit 40,0% et le norplan soit 22,0%. La méthode la moins utilisée était le spermicide soit 0%.

Tableau XX : répartition par rapport à leurs satisfactions de service de prestation.

<b>Satisfaction</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>OUI</b>	200	100,0%
<b>Total</b>	200	100,0%

La totalité disait être ravies de leurs services de prestation de PF parce que ça a beaucoup amélioré leurs connaissances.



Graphique VI :

Recommandations de la PF à d'autres personnes.

Dans notre effectif 74% disaient avoir recommandé la PF à d'autres personnes parce que ça permet d'éviter les IST, grossesses non désirées et précoces, certains disaient que la PF vaut mieux que l'avortement.

## 5.1. RESULTAT QUALITATIF :

Focus groupe :

Groupe I : la planification est l'espace des naissances, c'est une bonne chose pour la santé de la mère et de l'enfant, donc moins de dépenses pour les chefs de famille. La radio, la télévision et les centres de santé sont les sources d'information, mais les médias viennent en premier lieu. La pilule est le moyen le plus utilisé parce que son coût est abordable, le contraceptif injectable vient après la pilule, le norplan est en promotion, c'est pour cela que le taux augmente actuellement. Ces moyens sont utilisés au moment où on ne veut pas avoir d'enfant. La pilule est la méthode la plus connue et qu'on utilise chaque jour à base de 1 comprimé par jour de la couleur blanche à la couleur rouge. Les complications de la grossesse précoce peuvent être l'échec scolaire, problème dans le mariage, hémorragie ; comme complications dans l'avortement, on peut citer stérilité, mort et ces risques sont évitables à travers la planification.

Groupe II : la planification familiale est espace des naissances, rend la famille heureuse. Les agents de santé donnent plus d'informations sur la planification, les amis et la radio sont des sources d'informations influentes. La pilule et le contraceptif injectable sont les moyens les plus utilisés. Quant à l'utilisation, elle dépend des personnes : les jeunes filles utilisent pour ne pas avoir d'enfant avant leurs mariages, par contre les femmes mariées utilisent pour espacer leurs naissances. La pilule est utilisée comme suit : 1 comprimé au coucher jusqu'à ce qu'on arrive à la couleur rouge, arrivé à la couleur rouge, on prend pendant 2 à 3 jours en général et les règles viennent ; l'injection, c'est tous les 3 mois ; norplan qu'on introduit dans la face interne du bras. Les risques d'une grossesse précoce et l'avortement provoqués peuvent être hémorragie, accouchement prématuré et ces risques sont évitables à travers la consultation à l'hôpital.

Groupe III : la planification est un moyen d'espace des naissances, ça améliore la santé de la mère et de l'enfant, donc moins de dépenses. Les sources d'informations sont la radio, les amis. La pilule, l'injection, norplan sont les moyens les plus utilisés, mais la pilule en premier plan. Ces moyens sont utilisés au moment où on ne veut pas avoir d'enfant. La pilule, l'injection sont les plus connues, mais quant à leurs modes d'emplois, la pilule qui est utilisée chaque jour, l'injection tous les 3 mois. Les risques d'une grossesse précoce peuvent être la fistule urinaire, inhibe la croissance, échec dans la vie ; quant à l'avortement provoqué, on peut avoir l'hémorragie, douleur abdominale chronique, stérilité. Tous ces risques sont évitables à travers la planification familiale.

Groupe VI : La planification est l'espace des naissances, rend la famille heureuse. Les sources d'informations sont la radio, la télévision, agents sanitaires mais les agents sanitaires viennent en premier lieu. La pilule et l'injection étaient les moyens les plus utilisés mais le



norplan est plus utilisé actuellement parce que c'est facile à pratiquer, ces moyens sont utilisés au moment où on ne veut pas avoir d'enfant. La pilule, l'injection, norplan, sont les plus connus quant à leurs utilisations, les modes sont : pilule a deux couleurs blanches et rouges, on commence toujours par blanc après rouge ; l'injection après le dernier jour des règles, le norplan est à introduire dans la face interne du bras après s'être rassuré qu'il n'y a pas une grossesse. Les risques d'une grossesse précoce peuvent être la césarienne, anémie, la mort ; les risques d'avortement provoqué peuvent être stérilité, salpingite, mort. Ces risques sont évitables, les mamans devraient parler sur la sexualité à leurs filles, en les planifiant.

Guide d'entretien approfondi avec le médecin chefs :

1-La PF est actuellement indispensable dans le système de santé et vue l'explosion démographique par un meilleur contrôle des maladies, la maîtrise des naissances est un indicateur clé de bien-être social.

-Présentement la PF contribue fortement au bien de la famille et les méthodes actuelles sont accessibles aux usagers.

- Les indicateurs de santé de la PF sont encore très faibles malgré les disponibilités de service de PF à tous les niveaux, actuellement où un taux de prévalence en moyenne de 4% en dessous des objectifs fixés. Je suis personnellement d'accord pour le principe de repositionnement de la PF.

2. Ce n'est pas bon, c'est une femme à risque, risque pour l'enfant et pour la mère, il faut un temps de repos pour l'utérus.

3. Une femme qui a peu d'enfant et celle qui a plusieurs enfants sont totalement différentes sur tous les plans : la nutrition, de l'alimentation, de l'éducation, et de la sante. Les enfants ne pourront pas avoir la même éducation quel que soit le pouvoir d'achat de la famille, plus le nombre d'enfant est élevé, plus les besoins sont énormes et la qualité est fortement influencée.

4. Sur la sante de la femme et de la famille, il y a forcément un bien-être social et sanitaire. Sur l'économie la PF reçue et permet une maîtrise et contrôle des dépenses et un développement économique. Sur l'éducation il y a une meilleure éducation des enfants, sur le système de santé un meilleur contrôle des maladies et des dépenses afférentes à la sante, contribue activement au développement.

5. Excepté les effets secondaires liés aux produits, la PF à peu d'effets négatifs, cependant les politiques de contrôle de la démographie qui ont réussi à travers la PF, dans certains pays développés retrouvent avec plus de personnes âgées que de jeunes. Donc le risque de vieillissement de la population sans jeunesse est possible. D'autre part lorsque les méthodes ne sont pas bien expliquées des difficultés dans la vie des couples peuvent survenir.

6. Nous accordons une très grande importance à l'espacement des naissances en fin d'asseoir une bonne politique de développement socio sanitaire.
7. La religion n'a aucune influence sur l'utilisation des méthodes contraceptives.
8. Toutes les méthodes de contraception sont conformes avec notre culture.
9. La qualité de service dans le district sanitaire de yanfolila est bonne au regard des efforts fournis en terme de formation et d'équipement. Cependant les taux d'utilisation sont encore faibles et la disponibilité de personnels qualifiés (sagefemme, infirmière obstétricienne, médecin) reste encore à améliorer pour satisfaire les besoins.

# COMMENTAIRE ET DISCUSSION

## **6. Commentaire et discussion :**

Il s'agit d'une étude transversale prospective visant à étudier les connaissances, les attitudes et les pratiques comportementales des ménages de yanfolila en matière de planification familiale. La population concernée, étaient des personnes ayant donné leurs consentements libres et éclairés de participer à l'étude.

Les difficultés rencontrées sur le terrain étaient liées à notre technique d'enquête (enquête par interview). Certaines personnes se gênaient de répondre directement à nos questions, d'autres étaient pressées d'aller à leurs préoccupations, on était dans l'hivernage. D'autres demandaient l'argent. Malgré ces difficultés, cette étude a pu apporter un éclairage à la problématique, avant de commencer cette étude, c'est à dire étudier leurs connaissances, attitudes et pratiques comportementales des ménages de yanfolila en matière de planification familiale.

### **Caractéristiques sociodémographiques :**

La tranche d'âge la plus touchée était 18-36 ans soit 75,5%.

Les personnes mariées représentaient 79,5%, célibataires étaient de 8,7%, celles vivant en concubinage étaient 6,7%, divorcées étaient de 5,1%.

Ces résultats étaient différents de ceux de Mme guindoDioumaKanssaye qui avait 87,2% pour les mariées, 12,2% pour les célibataires, 0,62% pour les divorcées.

La religion musulmane a été la plus représentée avec 91,1%, suivi de 8,1% pour la religion chrétienne.

La plupart des personnes étaient non scolarisées avec 51%, celles qui étaient scolarisées au niveau primaire représentaient 49%. Les femmes étaient les plus représentées avec 75% et les hommes représentent 25%.

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

Dans notre étude 100% de notre effectif connaissait la planification familiale.

Ce résultat est presque le même avec celui de D kanssaye qui avait trouvé 99,6% des femmes et de celui de Sansouba Mamou Sissoko qui avait trouvé 98,5% des femmes qui ont affirmé connaître le PF.

### **Sources d'informations :**

Dans notre étude, les sources d'information les plus citées étaient les médias avec 74,5%, amis avec 48,5%, centre de santé avec 39,0%. Ce qui justifie que les médias pourraient constituer un canal de choix pour la diffusion des messages sur la planification familiale. Les sources les moins citées étaient les mères avec 5%, les sœurs avec 4%, conférences avec

3%, les pères avec 1%. Cela explique que la sexualité est probablement un sujet tabou dans nos familles.

Nos taux sont supérieurs à celui d'A. SIDIBE qui avait trouvé 57,22% pour les médias, 10,43% pour les agents de santé, 1,2% pour les parents.

### **Les sens donnés à la PF :**

Dans notre enquête, les sens donnés à la planification étaient espacement des naissances avec 94,5%, santé de la mère avec 58,5%, moins de dépense avec 40,0%, santé de l'enfant avec 38,5%, famille heureuse avec 35,0%, meilleure éducation des enfants avec 20,0%, famille heureuse avec 35,0% ; une minorité a donné d'autres sens à la planification familiale comme bonne croissance des enfants, développement de pays.

Ce résultat était différent de celui de M. TOUNKARA qui avait 80,1% pour l'espacement de naissance, 36,8% pour lutte contre les IST, 4,4% pour éviter les grossesses rapprochées.

M. Keita avec 97,8% pour espacement des naissances, santé de la mère avec 95,8%, moins de naissances avec 78,0%.

Notre résultat était également différent d'une étude menée au Cameroun avec 26,9% pour éviter les grossesses non désirées, 26,8% pour limiter les naissances, 24,9% pour espacer les naissances. (23)

### **Connaissance des méthodes contraceptives :**

Les méthodes les plus connues étaient la pilule avec 94,0%, contraception injectable avec 84,5%, norplan avec 57,0%, préservatif avec 53,5%, méthode traditionnelle avec 22,0%, allaitement maternel avec 19,0%, Diu avec 12,0%, collier contraceptif avec 9,5%, spermicide avec 4,0% qui est la méthode la moins citée.

Nos résultats observés par rapport à la pilule, contraceptif injectable comme méthode la plus connue, se rapproche de plusieurs comme : EDSV qui montre la pilule avec 68,0%, contraceptif injectable avec 63,0% comme les plus fréquemment connus ; D Kamsaye avait trouvé la pilule avec 65,6%, contraceptif injectable avec 71,0% comme les plus fréquemment connus.

### **Savoir le service de prestation :**

Quant à la connaissance de l'existence de service de prestation de planification familiale, 96,5% des ménages avaient affirmé avoir connu contre 3,5% qui avaient confirmé ne pas avoir connu.

M. KOUMA avait trouvé 91,81% qui ont affirmé connaître le service contre 8,18% de ne pas connaître. Guindo N avait trouvé 90,0% des étudiants connaissaient l'existence de service de prestation.

#### **Fréquentation de service :**

Malgré leurs connaissances sur la PF 46,7% fréquentaient contre 53,3%.

Dans l'étude de D Kanssaye 49,0% fréquentaient contre 41,2% qui ne fréquentaient pas, aussi dans l'étude N Guindo 7,0% fréquentaient.

#### **Raison d'avis de non fréquentation :**

Dans notre étude 40,5% n'ayant pas fréquenté ce service, il avait évoqué qu'il n'en avait pas besoin ; 3,5% pour des raisons de coutume ; 3,0% pour des raisons de religion ; 2,5% pour raisons de pauvreté ; certains avaient évoqué d'autres choses comme le moment n'est pas venu ; le fait d'être célibataire.

N Guindo avait trouvé 68,6%, qui n'avaient pas besoin des méthodes de planification familiale ; 6,2% pour des raisons de religion ; 3,2% pour des raisons de coutume ; 1,5% pour raison de pauvreté. D Kanssaye avait trouvé 25,2% des femmes qui n'avaient pas besoin ; 15,6% pour des raisons de pauvreté ; 0,2% pour des raisons de religion.

#### **Le temps entre deux naissances :**

Les intervalles les plus cités étaient 1-2 ans soit 66,3% ; 26,5% pour 3-4 ans

#### **La connaissance des dangers liés aux relations sexuelles précoces :**

Parmi les personnes enquêtées 64,6% reconnaissaient l'existence de ces dangers par contre 35,4% ne connaissaient pas ces dangers. Les dangers cités étaient : grossesse précoce, grossesse indésirée, perte de virginité, échec scolaire, IST, inhibition de croissance.

Dans l'étude de D Kanssaye 99,2% connaissait l'existence de ces dangers contre 0,2% qui ne connaissait pas l'existence de ces dangers.

#### **Opinions sur l'avortement provoqué :**

Dans notre étude 83,3% des effectifs désapprouvaient contre 4,5% qui approuvaient ; 12,1% n'avaient pas eu de réponses. Certains se sont permis de citer des conséquences de l'avortement telles que : la mort, stérilité, IST, condamnation religieuse, hémorragies.

Ces résultats sont similaires à l'étude de M. Keita dont 82,1% ont désapprouvé ; 13,1% n'ont pas eu de réponses ; 4,8% approuvait. Et les conséquences citées sont : la mort, stérilité, infection urinaire, hémorragie.

Dans l'étude de S. Coulibaly 88% des cas étaient contre ; 10% n'avaient pas eu de réponses ; 2% approuvaient. Et les raisons sont la mort et les maladies.

#### **Leur attitude face à la PF :**

Dans notre étude 87,3% de nos effectifs étaient favorables à la planification ; 12,7% n'étaient pas favorables. Les raisons citées étaient : les coutumes, la religion, effets secondaires.

Dans l'étude de D. Kanssaye 99,6% des femmes étaient favorables ; 0,4% était contre et les raisons citées étaient : la religion, les coutumes, effets secondaires.

Dans l'étude de M. Keita 53,6% des élèves étaient favorables. Par contre, 46,4% n'étaient pas favorables et les raisons citées étaient : la religion, les coutumes, les effets secondaires, l'obésité.

#### **Utilisation d'une méthode :**

Dans nos effectifs, 85,4% utilisait une méthode. Cependant parmi les méthodes qui ont été utilisées la pilule était au premier rang avec 48,0% ; contraceptif injectable avec 40,0% ; norplan avec 22,0% ; préservatif avec 25,5% (allaitement maternel, méthodes traditionnelles, dispositif intra-utérins et le spermicide avec 0% sont les moins cités, représentent 13%).

Dans l'EDSV les méthodes contraceptives modernes les plus utilisées sont : injectables (4,0%) pilule (2,5%), implants (2,5%).

#### **Recommandation de la PF à d'autre personne :**

Dans notre effectif 73,7% disait la recommande à d'autre personne et les aides à pratiquer la PF pour plusieurs raisons qui étaient : ça vaut mieux que l'avortement, permet d'éviter les grossesses rapprochées et non désirées, protège contre les IST ; par contre 26,3% qui ne recommandait pas à d'autres pour des raisons suivantes : effets secondaires, religion et la tradition.

# CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS



## **7. Conclusion**

Au terme de notre étude, 100% de notre effectif connaissait la PF et le sens donné à la PF était dominé par l'espacement de naissance (94,5%). Les sources d'informations étaient les médias (74,5%), amies (48,3%), centre de santé (39%). Les méthodes contraceptives les plus connues ont été la pilule avec 94%, injectable avec 84,5%, implant avec 57%. Au cours de notre étude 66,3% de notre effectif proposait 1-2ans entre deux naissances ; 85,4% utilisaient la PF et la pilule dominait avec 48%. La majorité des personnes disait être ravies des services de prestations. Leurs niveaux d'alphabétisation ont amélioré leurs connaissances sur la relation sexuelle précoce, leurs avis favorables au PF n'avaient pas de lien avec leur statut matrimonial. Nous pouvons affirmer que le niveau de connaissance des personnes de Yanfolila, leurs attitudes et leurs taux d'utilisation des méthodes contraceptives étaient très représentatifs de façon générale.

## **8. Recommandations :**

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

1. Aux autorités administratives et sanitaires de Yanfolila :

1.1 créer un environnement de travail propice à l'offre et à la demande des services en matière de PF.

1.2 Organiser des séminaires de formation avec des prestataires de service de santé de la reproduction pour renforcer le niveau de connaissance des ménages en matière de PF et actualiser les informations.

2. Aux associations féminines :

2.1 Faire des causeries débats pour assurer une mise à niveau des connaissances sur la PF et toute la santé de reproduction en général.

2.2 Mettre en place un réseau des femmes de partage et rechercher des informations sur la planification familiale.

2.3 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 ;

2.4 Créer et former des relais communautaires en planification familiale au sein des groupements féminins et masculins.

**3. Au Ministère de tutelle :**

3.1 Mobiliser des ressources financières aidant à la création des centres de conseil pour les jeunes filles et femmes de Yanfolila en santé de reproduction pour informer, sensibiliser, éduquer et offrir des services de qualité de PF, ouverts aux femmes.

3.2 Associer les femmes aux actions menées pour lever les préjugés qui pèsent sur la PF par des messages, des informations et des sensibilisations à travers les médias sur la nature des produits contraceptifs, leur mécanisme de fonctionnement et leur innocuité en vue d'augmenter la prévalence contraceptive chez les ménages de yanfolila en particulier et celles du monde en général.

**6. AUX ONG qui intervient dans le domaine de sante :**

Associer les femmes dans l'action d'éducation, sensibilisation et formation pour mieux vulgariser les informations sur le sujet enfin d'obtenir un impact positif sur les attitudes et pratiques comportementales.

# REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

## 9. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. Abdoulaye Sidibé : planification familiale des 4 établissements d'enseignement secondaire de la commune 4 du district de Bamako.

Thèse médecine 2011 ; n=180 100p

2. Abdou Ibrahim Traoré : déterminants de l'utilisation des services de planification familiale par les femmes en âges de procréer dans le centre de santé de la commune 5 du district de Bamako.

Thèse médecine 2010 ; n=170 127p

3. Bakary Tounkara : études des connaissances, attitudes et pratiques des femmes sur la contraception dans le centre de santé de référence de Diéma.

Thèse médecine 2011 ; n=200 83p

4. Connaissance-attitude-pratique de la planification familiale en zone rurale du Mali.

F.S Diabaté(1) ; S.Y Simaga(2) ; M. Traoré(3) ; A. Traore(4) 64401.Kenya.net/thèse médecine

5. Conférence internationale sur la planification familiale : recherches et pratique (Kampala, Ouganda, 15-18) Novembre 2009. Google.net

6 Enquête démographique et sante au Mali III

Direction nationale de sante rapport final 1995-1996

7. Enquête démographique et sante au Mali IV rapport final 2006

8. Enquête démographique et sante au Mali V

Direction nationale de sante rapport préliminaire 2012-2013

9. Etude IEC-CC-rapport final. Google.net.

10. Herve L Tokindang: connaissance attitude des étudiants de la FMPOS

Thèse médecine 97 ; n=106

11. Halimatou Diawara : études des connaissances attitudes et pratiques des méthodes de contraception par les élèves et étudiant dans le district de Bamako. Thèse "Med 2008, n=167

12. HallarouChaibou : communication et promotion de la santé reproductive des jeunes : expérience du centre de conseil et d'éducation pour jeune de Niamey. Thèse 2005-2007.  
<http://www.keneya.net>

13. Mme Guindo D Kanssaye : connaissances attitudes et pratiques comportementales des femmes Banguineda en matière de PF.

Thèse Med 2010, n=542 80p

14. Mamadou Keita : connaissances, attitudes et pratique des adolescents du lycée Monseigneur Luc August Sangaré

Thèse Med.2009.N=8 105p

15..Makan Kouma : connaissances, attitudes et pratiques des adolescents du lycée Mamadou Saar relatives à la planification familiale, IST/Sida

Thèse Med 2008. N=544 92p

16. Maurice Tounkara : connaissances attitudes et pratiques des hommes par rapport aux méthodes de contraception dans la commune rurale de kalaban-coro

Thèse Med 2008, n=578 110p

17. Mamadou Boite : connaissances, attitudes et pratiques des jeunes en matière de contraception au niveau du grain. Thèse Med 2010, n=459

18. NouhoumGuindo : connaissance attitude et pratique comportementale des étudiants en matière de PF.

Thèse Med 2009, n=265

19. Sanogo S : contribution à l'étude de la PF dans la commune 4 à Bamako.

Thèse Med 1996, n=32 78p

20. Sidy M Diakité : étude comparative des connaissances attitudes et pratiques des adolescents et des jeunes de la commune urbaine de Mopti en matière de planic familiale, IST/Sida et de la commune 5 du District de Bamako.

Thèse Med 2010, n=211 85p

21. Sidy Coulibaly: étude des connaissances, attitudes et pratiques comportementales des adolescents du lycée Mamadou Abdoulaye Bah et institut de formation professionnel de Macina sur la contraception (Macina Ségou Mali)

Thèse Med 2012, n=126 107p

22. Sanssouba Mamou Sissoko : planification familiale dans la commune urbaine de Bougouni.

Thèse Med 2012, n= 158

23. Planification familiale chez les adolescents Mère enfant dans un centre urbain de Cameroun.

7686-24924-1-PB.pdf <http://www.Keneya.Net>

# ANNEXES



## 10. ANNEXES :

### Questionnaire d'enquête : Hommes/femmes

Accord de participation à l'étude j'accepte /\_\_\_/ OUI=1 ; NON=2

1. Fiche N° /\_\_\_/ ; 2. Date /\_\_\_//\_\_\_//\_\_\_/ ; 3. Langue /\_\_\_/ .1 =français ; .2 =bambara ; autre à préciser ;

#### A. Identification et caractéristiques sociodémographiques

4. Sexe /\_\_\_/ ; 5. Age /\_\_\_/ ; 6. Statut matrimonial /\_\_\_/ 1=marié ; 2=divorcé ; 3=célibataire ; 4=vivant en concubinage ; autres à préciser.....

7. Religion /\_\_\_/ 1=musulmane ; 2=chrétienne ; autres à préciser.....

8. Instruit OUI=1 ; NON=2

9. Niveau d'instruction : OUI=1 ; NON=2

Primaire /\_\_\_/ ; Secondaire /\_\_\_/ ; Supérieur /\_\_\_/

#### B. Connaissances en matière de santé de la reproduction

10. Avez-vous déjà entendu parler de PF ? /\_\_\_/ OUI=1 ; NON=2

11. Si OUI quel est son but ? OUI=1 ; NON=2

Espacement de naissance /\_\_\_/ ; Santé de la mère /\_\_\_/ ; Santé de l'enfant /\_\_\_/ ;  
Moins de naissances /\_\_\_/ ; Moins de dépenses /\_\_\_/ ; Famille heureuse /\_\_\_/ ;  
Meilleure éducation des enfants /\_\_\_/ ; autres à préciser.....

12. Quelles sont vos principales sources d'information sur la planification familiale ? /\_\_\_/  
OUI=1 ; NON=2

Père/\_\_\_/ ; Mère/\_\_\_/ ; Frère/\_\_\_/ ; Ecole/\_\_\_/ ; Conférence/\_\_\_/ ; Médias/\_\_\_/ ;  
Amis (es) /\_\_\_/ ; Centre de santé (hôpital)/\_\_\_/ ; Autres à préciser.....

13. Quelles sont les méthodes contraceptives que vous connaissez ? /\_\_\_/

OUI=1 ; NON=2 Pilule/\_\_\_/ ; Allaitement  
maternel /\_\_\_/ ; Préservatif/\_\_\_/ ; Méthode traditionnelle/\_\_\_/ ; Spermicide/\_\_\_/ ;  
Contraceptifs injectables/\_\_\_/ ; Norplan/\_\_\_/ ; Dispositif intra-utérin/\_\_\_/ ; Autres à  
préciser.....

14. Savez-vous qu'il existe des services de prestation de PF ? /\_\_\_/ OUI=1 ; NON=2

15. SI OUI, avez-vous déjà fréquenté ces services ? /\_\_\_/ OUI=1 ; NON=2

16. Si NON pourquoi ? /\_\_\_/ OUI=1 ; NON=2

Coutume /\_\_\_/ ; Religion/\_\_\_/ ; Pas besoin/\_\_\_/ ; Pauvreté/\_\_\_/ ; Autres à  
préciser.....

17. Selon vous, combien d'années une femme qui a un bébé devrait-elle attendre avant d'en avoir un autre ? / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

18. Il y a-t-il des dangers liés aux relations sexuelles précoces ? / \_\_\_\_ / **OUI=1 ; NON=2**

19. Si OUI lesquels?.....  
.....

20. Connaissez-vous les risques encourus par les jeunes filles qui pratiquent l'avortement ? / \_\_\_\_ / **OUI=1 ; NON=2**

21. Si OUI, citez quelques-uns de ces risques.....  
.....

### **C. Attitudes (perceptions et représentations)**

22. Quelle est votre opinion sur l'avortement provoqué ?  
Approuve / \_\_\_\_ / ; Désapprouve / \_\_\_\_ / ; Pas de réponse / \_\_\_\_ /

23. Personnellement, êtes-vous favorable à la PF ? / \_\_\_\_ / **OUI=1 ; NON=2**

24. Si NON, quelles sont les principales raisons ?  
Coutumes / \_\_\_\_ / ; Religion / \_\_\_\_ / ; Effets secondaires / \_\_\_\_ / ; Autres à préciser.....

### **D. Pratiques comportementales (utilisation)**

25. Avez-vous déjà utilisé une méthode contraceptive ? / \_\_\_\_ / **OUI=1 NON=2**

26. Si OUI, la / les quelles ? Pilule / \_\_\_\_ / ; Allaitement maternel / \_\_\_\_ / ; Préservatif / \_\_\_\_ / ;  
Méthode traditionnelle / \_\_\_\_ / ; Spermicide / \_\_\_\_ / ; Contraceptifs injectables / \_\_\_\_ / ;  
Norplan / \_\_\_\_ / ; Dispositif intra-utérin / \_\_\_\_ / ; Collier contraceptif / \_\_\_\_ / ; Autres à préciser.....

27 Avez- vous été satisfait ? / \_ / 1=oui ; 2=non

28 Si non pourquoi ?

29 La recommandez-vous à une autre, parente, voisine ? / \_ / 1=oui ; 2=non

30 Justifiez votre réponse

C'est la fin de l'entretien avez-vous des questions ou d'autres commentaires à faire ?

Je vous remercie !

### **Guide de focus group sur la PF**

1 Parlez-moi de vos connaissances de la planification familiale PF,

*Sondage selon vous qu'est-ce que la PF ? En quoi consiste-t-elle ?*

2 Quelles sont vos sources d'information sur la PF

*Sondage : qui vous informe ? Est-ce les amies, la radio, le personnel sanitaire etc.*

3 Fréquence d'utilisation des moyens de PF (Préservatifs et autre méthodes contraceptives)

*Sondage : quand est-ce que vous utilisez les moyens PF ? Est-ce chaque jour ? Chaque soir au couché ? Ou quand vous ne voulez pas avoir de grossesse ?*

4 Relation entre la connaissance des femmes en matière de PF et leur comportement.

*Sondage : quels types de méthodes contraceptives ? Citer leurs noms ? Parler de leur mode d'emplois ?etc.*

5 Risques de grossesse précoce et l'avortement provoqué

*Sondage : quelles sont les complications liées à la grossesse ? L'hémorragie ? Naissance prématurée? Quelles sont les origines de ces risques ? Ces risques sont-ils évitables ?*

### **Guide d'entretien individuel approfondi avec le médecin chef :**

- Qu'est-ce que vous connaissez sur la planification familiale (attitude, croyances, information sur la pf...)
- Que pensez-vous d'une femme qui vient d'avoir 2 enfants à moins de 2 ans. ?
- Une femme qui a peu d'enfants et celle qui a plusieurs enfants, ces femmes seront-elles égales, leurs enfants auront la même éducation ?
- Quels sont les aspects positifs sur la planification ?
- Quels sont les aspects négatifs sur la planification ?
- Quelle importance accordez-vous à l'espacement des naissances ?
- Votre religion a-t-elle une influence sur votre utilisation des méthodes contraceptives
- Les méthodes de contraception qui sont conformes avec votre culture ?
- Que pensez-vous de la qualité des services de planification familiale dans votre localité ?



U ye o kunnafoniwsɔɔarajo ni telefe (74,5) kemekemesara la, teriwfe (48,3) dɔgɔtɔɔsofe (39). Bange kɔlsiliferewɔɔɔla, minnulakodɔnnen don kosɛɛɛ, o fɔlɔ-fɔlɔyefurakiseye (94) o kɔfepikiri (84,5 kemekesara la), o mana bɔ yen alimetikisenin (57 kemekemesara la). An ka dɔnniyarinisenfe, kemekemesara la, an ka mɔgɔnininkalenw na mɔgɔ 66,3 yesan 1 ka se san 2 ma dajirabange fila ɛɛ ; kemekemesara la mɔgɔ 85,4 tunɛɛbangekɔlsiliferewɔɔmatarafa, wafurakisɛtunɛtɔwsanfe ni 48 yekemekemsarala.

Danɛkolomaw : dɔnniya, bange, kɔlsiliferew, taabolo, jogo.

- FICHE SIGNALITIQUE :
- NOM : SIDIBE
- PRENOM : IDRISSE
- ANNEE DE SOUTENANCE : 2014-2015
- TITRE DE THESE : connaissances, attitudes et pratiques comportementales des ménages de Yanfolila en matière de planification familiale
- VILLE DE SOUTENANCE : BAMAKO
- PAYS D'ORIGINE : MALI
- LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie
- SECTEUR D'INTERET : sante publique et anthropologie médicale
- OBJET : étudier les connaissances, attitudes et pratiques comportementales des ménages de yanfolila en matière de planification familiale.

RESUME :

Notre étude était une étude transversale prospective menée de juillet à décembre 2014 à Yanfolila sur un échantillon de 200 personnes. La technique utilisée pour collecter nos données fut un questionnaire semi structure. Malgré les difficultés rencontrées, cette étude nous a apporté un éclairage sur la problématique qui nous a motivé de la mener.

100% de notre effectif connaissait la PF et le sens donné à la PF était dominé par l'espacement de naissance (94,5%). Leurs sources d'informations étaient les médias (74,5%), amis (48,3%), centre de santé (39%). Parmi les méthodes contraceptives les plus connues la pilule était la première avec 94%, injectable avec 84,5%, implant avec 57%. Au cours de notre étude 66,3% de notre effectif proposait 1 à 2 ans entre deux naissances ; 85,4% utilisaient la PF et la pilule dominait avec 48%.

- Mots clés : connaissance, planification familiale, attitude, comportement.

- PRODUCT INFORMATION HAZARDOUS

- NAME: Sidibe

- NAME: IDRISSA

- DEFENSE YEAR: 2014-2015

- THESIS TITLE: knowledge, attitudes and practices of behavioral households Yanfolila on family planning

- VIVA CITY: BAMAKO

- COUNTRY OF ORIGIN: MALI

- DEPOSIT LOCATION: Library of the Faculty of Medicine and Dentistry

- INTEREST AREA: public health and medical anthropology

- PURPOSE: To study the knowledge, attitudes and practices of behavioral Yanfolila households in family planning.

ABSTRACT :

Our study was a transversal eprospective study conducted from July to December 2014 on a sample of Yanfolila 200 people. The technique used to collect our data was a semi-structure questionnaire. Despite the difficulties, this study brought us a light on the problems that motivated us to lead it. 100% of our staff knew the PF and the direction gives the PF was dominated by the spacing of birth (94.5%). Their sources of information was the media (74.5%), friends (48.3 %), health center (39%). Among the best-known contraceptive pill was first with 94%, 84.5% with injectable, implant with 57%. In our study 66.3% of our workforce offered 1 to 2 years between births; 85.4% used the pill FP and dominated with 48%.

## SERMENT D'HIPPOCRATE

- ☺ En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.
- ☺ Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.
- ☺ Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni 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 dès la conception.
- ☺ Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.
- ☺ Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.
- ☺ Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.
- ☺ Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

*Je le jure*





<p>    <b>MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION                  DE LA PROFESSION ET DES                  LANGUES NATIONALES</b>                   Direction Nationale de l'Éducation                  Non Formelle et des Langues Nationales             </p> <p> <b>ATTESTATION N° 03430.IMEALN</b> </p> <p>                 Je soussigné, Directeur National de l'Éducation non Formelle atteste que                  M. <u>YANFOLILA YANFOLILA</u> a <u>Respecté</u>                  le <u>16 mai 2013</u> à <u>Bamako</u> </p> <p>                 et a obtenu ainsi la formation d'initiation à la lecture, à l'écriture et                  à la planification d'uniquement de la langue nationale. <u>Respecté</u>                  de <u>YANFOLILA YANFOLILA</u> à <u>Bamako</u> </p> <p>                 Fait à Bamako, ce 16 mai 2013.             </p> <p>                 Directeur National de l'Éducation non Formelle             </p> <p>                 Signature du Directeur   </p> <p>                    Le Directeur                  YANFOLILA YANFOLILA             </p>	<p> <b>REPUBLIQUE DU MALI</b>                  Un Peuple - Un But - Une Foi             </p> <p>                 Direction Nationale de l'Éducation                  Non Formelle et des Langues Nationales             </p> <p> <b>MAI 2013</b>                  Direction Nationale de l'Éducation Non Formelle et des Langues Nationales             </p> <p> <b>SECRET YANFOLILA YANFOLILA</b> </p> <p>                 Direction Nationale de l'Éducation non Formelle et des Langues Nationales                  M. <u>YANFOLILA YANFOLILA</u>                  le <u>16 mai 2013</u> à <u>Bamako</u> </p> <p>                 O. K.             </p> <p>                 Signature du Directeur   </p> <p>                    Le Directeur                  YANFOLILA YANFOLILA             </p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



Zertifikat  
Certificat

Certificado  
Certificate

**Certificat de formation - Training Certificate**

Ce document atteste que - this document certifies that

**Idrissa Sidibe**

a completed avec succès - has successfully completed

**GCP Module 3.2**

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

June 14th, 2013

Professeur Dominique Simeoni  
Coordinateur THREE (Yanfolila)



Logo / Logo

© Programme de formation THREE en évaluation éthique de la recherche - The program is organized by  
INDES (Institut National de la Démographie et de la Santé) / INFP (Institut National de la Planification Familiale) / FMH (Fédération Malienne de Médecine) / FPH (Fédération Panafricaine de la Planification Familiale)



