

MINISTERE DES ENSEINGNEMENTS  
SUPERIEURS ET  
DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI  
UN PEUPLE - UN BUT- UNE FOI

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

# UNIVERSITE DE BAMAKO

FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET  
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

oooooooooooooooooooooooo

## THESE

Année : 2009-2010

**DETERMINANTS DE L'UTILISATION DES SERVICES DE  
PLANIFICATION FAMILIALE PAR LES FEMMES EN AGE DE  
PROCREER DANS LES CENTRES DE SANTE DE LA COMMUNE  
VI DU DISTRICT DE BAMAKO.**

N°/\_\_\_/

Présentée et soutenue publiquement le 11 /02/2010

Par

**Mr ABDOU IBRAHIMA TRAORE**

Pour l'obtention du grade de

**DOCTEUR EN MEDECINE  
(DIPLÔME D'ETAT)**

**JURY :**

**PRESIDENT DU JURY :** Professeur SY ASSITAN SOW

**MEMBRES :** Docteur Samba TOURE

**CO- DIRECTEUR :** Docteur Boubacar TRAORE

**DIRECTEUR DE THESE :** Professeur Massambou SACKO

DEDICACES  
ET  
REMERCIEMENTS

## **DEDICACES :**

Je dédie ce travail :

- **A L'ETERNEL**, mon **DIEU**, Qui m'a permit de réaliser ce travail.

Tu m'as guidé tout au long de ce travail, Je te confie mon avenir !

Merci Seigneur !!!

**-A mon Père Ibrahima TRAORE et ma Mère feu Kadidiatou T TRAORE** rappelée à Dieu avant la clôture de mes études. Je vous ai à peine connu, mais à travers mes aînés j'ai su que vous avez été de braves personnes. Merci de m'avoir donné la vie. Maman, que le Seigneur vous accorde une place de choix auprès de lui ! Repose en Paix !

**-A mon oncle ALOU FOMBA et sa famille** vous avez été pour moi plus que de vrais père et mère. C'est grâce à vos soutiens morales et matériels que j'ai pu m'épanouir depuis ma tendre enfance jusqu'à l'âge de la raison. Votre souci premier a toujours été ma réussite. Ce travail est le votre ! Merci !

**-A mon oncle Alou FOMBA.** Tu as toujours été pour moi un modèle dans la vie. En effet depuis mon bas âge j'ai toujours voulu devenir comme toi. Merci de m'avoir aidé à parvenir à ce vœu si cher « être Médecin ». Ton soutien moral et matériel n'ont jamais manqué tout au long de mes études médicales. C'est grâce à tes sages conseils que j'ai pu mener ce combat jusqu'au bout. Je te dédie ce travail ! Et merci pour tout !

**-A mes Frères et Sœurs de Tombouctou, Mopti, Kayes et Bamako:** vous m'avez toujours porté dans vos prières, et je n'ai jamais manqué de réconfort auprès de vous pendant les moments difficiles. Vous m'avez toujours montré ce qu'est une famille unie !je dédie ce travail à la solide famille que nous formons !

**-A toutes les mères et les enfants du monde entier qui ont été victimes des complications liées à la grossesse et à l'accouchement par manque d'utilisation d'une méthode contraceptive :**

Puisse ce travail contribuer aux voies et moyens pour une large utilisation des méthodes modernes de contraception (MMC) à travers le monde et plus particulièrement au Mali où le taux demeure encore très faible, et ce pour une meilleure santé reproductive !

## REMERCIEMENTS :

- **A ma chère femme**, celle dont Dieu m'a permis de faire la connaissance. Sa compagnie et son assistance m'ont été une source de joie et d'encouragement pour ce travail. J'ai nommée Fatoumata CISSE.

**Fatou**, ton entrée dans ma vie, a été la réponse à ma prière et la lumière qui guide mes pas. Ce travail est le nôtre. Que le Dieu que nous prions, nous amène à fonder notre foyer tant attendu.

- **A mes Belles-sœurs et Beaux-frères:**

Trouvez ici l'expression de mon affection, de mon respect et toute ma reconnaissance. Vous m'avez donné plus que je ne mérite.

- **A mes Neveux et Nièces à : Tombouctou, Mopti, Kayes et Bamako**  
Chers « fistons » merci pour votre collaboration et pour le respect voué à mon égard.

- **Aux compagnons de chaque jour :**

Association DANAYA, à travers le président Ibrahima CAMARA, Vice président Broulaye SANGARE, Mr Ousmane CAMARA et tous les enseignants de l'école communautaire Dakan, au membre du réseau, de réflexion, aux jeunes du projet Quartier Du Monde, aux agents de : Delta Optique et de Mutoptique à travers le docteur Mahamadou DIALLO.

- **A tous ceux qui ont participé à ma formation :**

Les enseignants de : L' école Primaire A de Toguel à Mopti, du second cycle II de Mopti, du Lycée Hamadoun DICKO de Sévare, du Lycée Dougoukolo Konanré de Kayes, les professeurs de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie de Bamako (**F.M.P.O.S**) : **Mali**, le personnel du CSCOM de Niamakoro, les services de **cardiologie**, de **psychiatrie**, des **urgences**, d'**urologie Gastrologie** et du service de Gynéco-obstétrique du Centre de Référence de la commune VI. Cette œuvre est la vôtre.

- **Au Dr TRAORE Assa CISSE** et toute son équipe, merci pour votre parfaite collaboration.
- **AUX C.S.Com de la commune VI du district de Bamako**, merci pour votre bonne collaboration et bon vent à vous.

C'est l'occasion pour nous de rendre hommage à notre maître, médecin chef du Centre de Santé de Référence de la Commune VI,

- **Docteur Boubacar TRAORE.**

Pour votre grande disponibilité, pour avoir partagé avec nous vos connaissances cliniques, sociales. Voici le fruit de vos efforts.

- **A nos aînés Médecins et C.E.S** : Merci pour votre effort d'encadrement et pour vos sages conseils de Grand frère.
- **A mes Collègues internes** : merci pour votre sympathie et pour la très bonne Collaboration.
- **A tout le personnel du C.S.Ref de la commune VI** : plus particulièrement nos très chère « tanties » les sages femmes, merci pour l'enseignement dont nous avons bénéficié auprès de vous.
- **A tous ceux qui nous ont aidé pour la mise au point de ce travail** : Mme Kéita Binta de la D.N.S, Dr Thymothé Dao du H.P.I (USAID) Mme Haïdara de la D.R.S de Bamako, Mr Djibril BAGAYOGO de la SPS (USAID), Mme Awa Diallo de la D.N.S, Souleymane DOLO du Groupe Pivot Santé.

A tous ceux qui, de près comme de loin nous ont aidé dans ce travail de façon désintéressée. Recevez notre sincère gratitude !

HOMMAGES  
AUX HONORABLES  
MEMBRES DU JURY

## **A notre maître et présidente du jury**

### **Professeur SY Assitan SOW**

- **Professeur titulaire en Gynécologie et Obstétrique.**
- **Chef du Service de Gynécologie et Obstétrique du C.S.Ref de la Commune II du district de Bamako.**
- **Présidente de la S.O.M.A.G.O (Société Malienne de Gynécologie et d'Obstétrique).**
- **Chevalier de l'ordre national du Mali.**

Chère maître (Tanti)

Nous avons été très touchés par votre sens de l'accueil, votre modestie et votre simplicité qui font de vous une personnalité remarquable.

Malgré vos multiples occupations, vous nous faites honneur en présidant ce jury.

Permettez nous, chère maître, de vous exprimer nos vifs remerciements et notre profond respect.

## **A notre maître et juge**

### **Docteur Touré Samba**

- **Gynécologue obstétricien au CHU du Point-G**
- **Chef adjoint du service de Gynécologie Obstétrique du CHU du Point-G**

Cher maître

Votre disponibilité, votre sens de l'accueil, votre endurance sont là quelques unes de vos qualités, qui forcent l'admiration. Vous êtes pour nous un modèle. Merci pour les journées et soirées entières consacrées pour l'amélioration de ce travail.

Trouvez ici l'expression de notre gratitude.

## **A notre maître et co-directeur**

### **Docteur Boubacar TRAORE**

- **Gynécologue obstétricien au CSREF de la commune VI du district de Bamako,**
- **Médecin Chef du Centre de Référence de la commune VI du district de Bamako,**

Cher maître

C'était un plaisir pour nous d'avoir des moments d'entretien, de partage avec vous pour ce travail.

Vous êtes resté disponible, les bras ouverts pour nous et cela malgré vos multiples occupations. Homme chaleureux, simple, aimant le travail ordonné trouvez ici cher maître nos sincères remerciements.

## **A notre maître et directeur de thèse**

### **Professeur SACKO Massambou**

- **Maître de conférences en Santé Publique à la FMPOS,**
- **Conseiller aux programmes de lutte contre les maladies transmissibles, des urgences et des actions humanitaires,**

Cher maître, « Tonton »

Vous nous avez accueillis dans votre service comme des fistons à vous. Vous êtes resté plus qu'un berger, un vrai papa pour nous, toujours soucieux du devenir de ses Enfants. Votre personnalité, votre sens clinique, votre amour pour le travail et pour notre formation font de vous un formateur chevronné.

Nous ne saurions trouver les mots justes pour exprimer notre gratitude.

Merci Tonton !

## ABREVIATIONS

- A.B.P.F** : Association Béninoise pour la Planification Familiale.  
**A.M.P.P.F** : Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille.  
**C.M.C** :  
**C.P.N** : Consultation Prénatale  
**C.C.C** : Communication pour le Changement de Comportement.  
**C.R.D.I** : Centre de Recherche pour le Développement International.  
**C.S.COM** : Centre de Santé Communautaire.  
**D.N.S.P** : Direction Nationale de la Santé Publique.  
**D.I.U** : Dispositif Intra Utérin.  
**DISP** : Dispensaire.  
**D.P.P** : Direction  
**D.S.F** : Division Santé Familiale  
**D.S.F.C** : Division Santé Familiale et Communautaire.  
**E.D.S** : Enquête Démographique et de Santé.  
**E.E.Z.S** : Equipe d'Encadrement de Zone sanitaire.  
**F.E.A.P** : Femme en Age de Procréer  
**F.N.U.A.P** :  
**H.I.P** : Helt Polish Initiative  
**I.D.E** : Infirmier Diplômé d'Etat.  
**I.E.C** : Information, Education et Communication.  
**I.S** : Infirmier de Santé.  
**I.S.T** : Infection sexuellement Transmissible.  
**M.M.C** : Méthodes, Modernes de contraception.  
**M.S** : Ministère de la Santé.  
**M.S.T** : Maladie Sexuellement Transmissible.  
**M.S.P.M.A.S** : Ministère de Santé Publique et des Affaires Sociales.

**NET EN** : Noriterat

**O.H.V.N** : Office Haute Vallée du Niger.

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

**O.N.G** : Organisme Non Gouvernemental.

**P.M.I** : Protection Maternelle et Infantile

**P.F** : Planification familiale.

**P.R.B** : Population Référence Bureau.

**P.T.D** : Plan Triennal De Développement.

**V.I.H** : Virus de l'immunodéficience humaine.

**SIDA** : Syndrome d'Immunodéficience Acquise.

**T.F.T** : taux de fécondité total.

**U.N.F.P.A** : Fond des Nations Unies Pour la Population.

**U.N.F.M** : Union Nationale des Femmes du Mali.

**URSS** : Union des Républiques Socialistes Soviétiques.

**USAID**: United States Agency for International Development

(Agence des Etats-Unis pour le développement international)

## LISTE DES FIGURES

	<b>Page</b>
<b>Figure 1</b> : Cadre conceptuel portant sur les déterminants de l'utilisation de services de PF par les Femmes en âge de procréer.....	.11
<b>Figure 2</b> : Carte de la commune VI du district de Bamako.....	23
<b>Figure 3</b> : Répartition des Femmes de la Commune VI du district de Bamako selon la Religion .....	33
<b>Figure 4</b> : Répartition des femmes de la commune VI du district de Bamako selon la tranche d'âge .....	34
<b>Figure 5</b> : Répartition des femmes de la commune VI du district de Bamako selon le statut matrimonial.....	34
<b>Figure 6</b> : Répartition des femmes de la commune VI du district de Bamako selon la parité .....	35
<b>Figure 7</b> : Répartition des femmes de la commune VI du district de Bamako selon le niveau socio-économique .....	36
<b>Figure 8</b> : Répartition des femmes de la commune VI du district de Bamako selon le nombre d'enfants souhaités .....	37
<b>Figure 9</b> : Répartition des femmes de la commune VI du district de Bamako selon leur perception de la limitation des naissances .....	38

**Figure 10 :** Répartition des Femmes enquêtées selon la distance qui sépare leur domicile au service de santé.....46

**Figure 11:** Répartition des Femmes enquêtées selon les raisons évoquées par rapport à la non utilisation des méthodes contraceptives modernes.....47

## LISTE DES TABLEAUX

	<u>Pages</u>
<b>Tableau I</b> : Répartition des personnels du centre de référence de la commune VI du district de Bamako selon la qualification.....	26
<b>Tableau II</b> : Répartition des Femmes enquêtées selon la profession .....	35
<b>Tableau III</b> : Répartition des Femmes enquêtées selon le niveau d'instruction .....	36
<b>Tableau IV</b> : Répartition des Femmes enquêtées selon leur perception de la limitation des naissances en commune VI du district de Bamako .....	39
<b>Tableau V</b> : Répartition des Femmes enquêtées selon qu'elles ont entendu parler ou non de la PF en commune VI du district de Bamako .....	39
<b>Tableau VI</b> : Répartition des femmes utilisatrices enquêtées selon les méthodes contraceptives utilisées.....	40
<b>Tableau VII</b> : Répartition des femmes selon leurs connaissances des avantages de la Planification Familiale.....	40
<b>Tableau VIII</b> : Répartition des Femmes enquêtées selon leur attitude vis-à-vis de l'utilisation des méthodes modernes.....	41
<b>Tableau IX</b> : Organisation et prestation des services de planification familiale selon les agents de santé directement impliqués.....	42
<b>Tableau X</b> : Organisation et prestation des services de planification familiale selon les agents de santé directement impliqués(suite) .....	44
<b>Tableau XI</b> : Opinion des femmes utilisatrices par rapport à la qualité des services de Planification Familiale en commune VI du district de Bamako .....	45

<b>Tableau XII:</b> Opinions exprimées par rapport à la Planification familiale selon les Chefs religieux, les Chefs traditionnels, les chefs d'arrondissements et les guérisseurs traditionnels .....	48
<b>Tableau XIII:</b> Opinions exprimées par conjoints par rapport au contrainte de la fréquentation des services de planification familiale .....	49
<b>Tableau XIV</b> Association entre âge et utilisation des services de planification familiale .....	50
<b>Tableau XV:</b> Association entre niveau d'instruction et utilisation des services de Planification Familiale .....	50
<b>Tableau XVI :</b> Association entre niveau socioéconomique utilisation des services de Planification Familiale .....	51
<b>Tableau XVII :</b> Association entre la distance et l'utilisation des services de Planification Familiale .....	51
<b>Tableau XVIII:</b> Autres Déterminant et utilisation des services de PF.....	52

**SOMMAIRE**

**I- INTRODUCTION ET OBJECTIFS ..... 1**

**II- GENERALITES..... 14**

**III- METHODOLOGIE ..... 23**

**IV- RESULTATS ..... 33**

**V- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS..... 54**

**VI- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS ..... 62**

**VII- REFERENCES..... 66**

**VIII-**

**ANNEXES .....**

....

## I- INTRODUCTION

De nos jours, la Planification Familiale (PF) constitue l'une des méthodes modernes pour réduire la mortalité maternelle et infantile et prévenir les maladies courantes. Elle contribue ainsi à réduire les grossesses rapprochées et non désirées, les avortements provoqués qui menacent dangereusement la santé de la femme.

L'Organisation Mondiale de la santé (OMS), estime à près de 600000 le nombre de femmes qui meurent chaque année dans le monde à la suite des causes liées à la grossesse et plus de 98% de ces décès surviennent dans les pays en voie de développement [1] au niveau de la population.

Dans nos contrées en Afrique subsaharienne, l'accès aux formations sanitaires et aux services de la Planification Familiale en l'occurrence, ne suscite guère un engouement au niveau de la population.

Au Mali, la poussée démographique ne cesse d'augmenter malgré l'intensification des activités des services de Planification Familiale pour réguler les naissances.

Peut-on affirmer dans ces conditions que les actions des services de PF sont comprises des bénéficiaires que sont les couples ?

Quels sont les déterminants de l'utilisation des services de Planification Familiale ?

Les différentes études menées au Mali se sont intéressés plutôt aux aspects épidémio-cliniques de la planification familiale.

La question des déterminants reste encore posée. Pour répondre à ces interrogations, nous avons choisi de mener une étude transversale, descriptive et analytique sur les déterminants de l'utilisation des services de Planification Familiale de la Commune VI où plusieurs interventions sur la PF ont été mises

en œuvre en vue de formuler des recommandations pour améliorer l'utilisation des services de la planification familiale.

Le plan de l'étude sera articulé autour des points suivants :

- l'Introduction ;
- l'énoncé du problème ;
- l'hypothèse de recherche ;
- les objectifs ;
- le cadre et la méthode d'étude ;
- les généralités ;
- les résultats ;
- la discussion ;
- la conclusion et les suggestions.

## 1.1. HISTORIQUE

La Planification Familiale (PF) est l'ensemble des moyens et techniques médicaux ou non mis à la disposition des individus et des couples pour leur permettre d'assurer leur sexualité de façon responsable, de manière à éviter les grossesses non désirées, espacer les naissances, avoir le nombre désiré d'enfants au moment voulu [2].

La première composante de la Santé de la Reproduction qu'a connue l'Afrique en général et le Mali en particulier est la Planification Familiale. Celle-ci s'étend à l'ensemble des méthodes permettant aux parents de décider du nombre d'enfants, de l'espacement des naissances et d'éviter même les grossesses.

Les activités de santé de la reproduction, notamment la planification familiale, ont démarré au Mali depuis 1970. Dès lors, le gouvernement du Mali ne fait que renforcer les interventions en faveurs de la santé de la mère et de l'enfant. En effet, malgré les activités intenses de santé maternelle et infantile, le taux de mortalité et de morbidité chez la mère et chez l'enfant continue d'être élevé.

En effet, selon EDS IV Mali en 2006, la mortalité infantile est de 96 pour 1000 naissances vivants et la mortalité maternelle est estimée à 464 pour 100 000 naissances vivantes.

L'évolution de la planification familiale au Mali

- En août 1971, une délégation malienne, pour la première fois, assiste à un séminaire organisé par le Centre de Recherche pour le Développement International (CRDI) à Montréal. A la suite de ce séminaire, le gouvernement a élaboré un projet d'ordonnance modifiant les articles 1 et 2 de la loi du 31 juillet 1920.

- En octobre 1971, le Mali a signé un accord avec le Centre de Recherche pour le Développement International (CRDI) pour un projet d'assistance en planification familiale couvrant une période de quatre ans.
- Au début de l'année 1972, est ouvert un centre pilote de PF à Bamako. Le centre a été créé par l'Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille (AMPPF) ; ses activités étaient fondées sur les soins, la recherche des informations, la formation du personnel en PF.
  - En 1972, un projet d'ordonnance légalise la pratique de la PF au Mali. En mars- avril 1973, le premier séminaire inter africain sur l'éducation sexuelle a été organisé à l'école de médecine de Bamako.
  - En mai 1973, a eu lieu le premier séminaire intersyndical sur la PF à Bamako.
  - En 1973, le gouvernement a décidé d'étendre les activités de PF aux centres de CMC de Bamako et aux autres capitales régionales.
  - En avril- mai 1974, une mission conjointe gouvernementale (FNUAP/UNICEF/OMS) à Bamako, a établi un plan d'action s'étalant sur 5 ans. La même année le Mali souscrit à la déclaration de Bucarest (Roumanie) qui stipulait le droit des femmes à la PF.
  - En novembre 1974, une requête du gouvernement a été adressée au FNUAP pour un projet de développement d'un programme national de santé au Mali.
  - En décembre 1974, s'est tenu le congrès constitutif de l'union nationale des femmes du Mali (UNFM) qui a recommandé :
    - La diffusion de l'éducation sexuelle dans les écoles à partir de la classe 7<sup>ème</sup> année ;
    - L'extension de la planification familiale au Mali.

L'arrêté N° 795/MSP/AS/CAB du 19 mars 1975 a créé la Division de la Santé Familiale rattachée à la Direction Nationale de la Santé Publique. Cette division a remplacé l'ancienne section d'hygiène de la maternité et de l'enfance rattachée à la division de la médecine socio préventive.

Le Mali souscrit en 1978 à la déclaration de l'Alma Ata (URSS) qui stipulait que la PF est une composante des soins de santé primaire.

La création de la DSF devient effective en devenant en 1980 la division santé familiale et communautaire (DSFC). Elle abrite, depuis 1981 le programme national de la santé materno-infantile et planification familiale.

Déjà, la plupart des méthodes modernes sont disponibles au Mali.

- En 1980 la division santé familiale (DSF) a été créée au sein du Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales (MSPMAS) pour élargir et coordonner les activités de la santé maternelle et infantile et en y intégrant le planning familial.
- 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 ceux des services de l'AMPPF.

L'évaluation de la connaissance et de l'utilisation de la contraception faite au cours de l'EDSM-I, était la première à couvrir l'ensemble du territoire national.

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 élaboré une déclaration de politique sectorielle de santé et de population. Le 8 mai 1991, le gouvernement conscient de l'impact des problèmes de population sur le développement socio-économique du pays, a adopté une politique nationale de population révisée en 2001.

- En 1994 avec la conférence internationale sur la population et le développement au Caire (Egypte), le gouvernement du Mali s'est engagé à agir dans le domaine de la santé de la reproduction, engagement réitéré lors de la 4<sup>ème</sup> conférence mondiale des femmes tenue 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.
- Du 14 au 18 mars 2005, le gouvernement du Mali a organisé sur toute l'étendue du territoire national, une 1<sup>ère</sup> campagne de sensibilisation concernant les enjeux liés au planning familial avec comme thème l'espacement des naissances pour une meilleure qualité de vie.
- En 2006, le gouvernement du Mali a organisé une 2<sup>ème</sup> campagne avec comme thème le repositionnement de la PF.
- Le 15 mars 2007, le gouvernement du Mali a lancé la 3<sup>ème</sup> campagne nationale en faveur de la promotion de la PF avec implication des hommes.

Plus tard, le concept malien en matière de planning familial a évolué allant de l'espacement des naissances dont la pratique était conditionnée à l'autorisation maritale ou parentale en 1971 au concept actuel qui définit le planning familial comme : l'ensemble de mesures et de moyens de régulation de la fécondité, de l'éducation et de la prise en charge de l'affection de la sphère génitale, mis à la disposition des individus et des couples afin de contribuer à réduire la mortalité et la morbidité maternelles, infantiles et juvéniles notamment celles liées aux IST/SIDA, aux grossesses non désirées et aux avortements et à assurer le bien être familial et individuel.

Ceci implique la liberté, la responsabilité et le droit à l'information de chaque individu ou couple pour 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.

En Afrique subsaharienne, la prévalence de la contraception reste encore très faible (13%) le taux de fécondité total (TFT) est de 5,5% avec un risque de décès maternel de 1 pour 14. Par contre dans les pays développés le taux de fécondité total (TFT) est de 1,6% et le risque de décès maternel est de 1 pour 2800 [9].

On note une différence entre ces taux observés dans les pays développés et en Afrique Subsaharienne.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) reconnaît que les soins de santé génésiques et sexuels font partie des droits fondamentaux de la personne [12].

On comprend donc que la politique sanitaire du Mali a accordé une importance toute particulière au couple mère- enfant. Cette situation a conduit le gouvernement du Mali à adopter la stratégie de la maternité sans risque dès 1987 à Nairobi (Kenya) et à Niamey (Niger) en 1989. Cette stratégie consiste en

- La demande à l'accès aux services de planification familiale
- l'amélioration des soins de santé maternelle à base communautaire
- l'apport adéquat des soins obstétricaux d'urgence.

L'analyse de l'utilisation des services de planification familiale a fait l'objet de nombreuses études au cours de ces trois dernières décennies en Afrique.

Au Mali malgré les actions entreprises, le niveau de la fécondité reste parmi les plus élevés au monde. L'enquête Démographique de santé (EDS) IV de 2006 (6,6 enfants /femme) au Mali, situe le taux de fécondité en baisse de 0,2 par rapport à 2001 où il était de 6,8 enfants/ femme [21].

Cette étude a montré en 2006 que la quasi-totalité des femmes et des hommes maliens ont entendu parler de la Planification Familiale. Mais 7% seulement

des femmes pratiquent de façon régulière les méthodes contraceptives modernes (pilules, condoms, injectables sont les plus utilisées). 31% des femmes actuellement en union ont un besoin non satisfait en PF. La demande potentielle en PF est évaluée à 40%. En d'autre terme la prévalence contraceptive passera de 8% à 40%, si tous les besoins en matière de PF étaient satisfaits ; cependant, la demande en PF n'est satisfaite que dans 8% des cas.

En réaction à cette situation, les autorités politiques de notre pays ont opté pour une approche plus élaborée et plus complète par la prise en compte de la dimension population dans tous les plans et programmes de développement. Cette orientation a été consolidée par la déclaration de politique nationale de population, dont l'objectif est d'atteindre l'équilibre entre l'accroissement de la population et le développement socio-économique. [21].

Il est à noter cependant que La prévalence de la planification familiale était et demeure dans une large mesure peu évaluée au Mali. La seule étude de référence est l'E.D.S. (Enquête Démographique et de Santé) D'après cette étude la prévalence contraceptive des femmes en union n'est pratiquement pas différente de celle de l'ensemble des femmes. En effet, 8% d'entre elles utilisent une méthode quelconque en 2006 selon E.D.S IV, [21].

Cette prévalence contraceptive au Mali paraît faible par rapport aux efforts fournis par le ministère de la santé publique, qui ne cesse de déployer d'énormes efforts pour l'utilisation des services de planification familiale.

Il faut noter que ces efforts ont été pendant longtemps dirigés vers les femmes, à cause du développement des méthodes contraceptives féminines, à savoir : les méthodes hormonales, le dispositif intra-utérin et la stérilisation chirurgicale féminine, et ce, très souvent à l'exclusion des hommes [48]. Il s'agissait de programme de promotion de l'utilisation des services de planification familiale (méthodes modernes contraceptives).

Mais ces programmes n'ont pas permis une augmentation de la prévalence contraceptive aussi bien dans notre Pays qu'à travers le monde. Les limites de ces programmes ont été principalement l'exclusion de certains déterminants de l'utilisation des services de PF car au Mali comme dans bien de pays à travers le monde, l'homme reste encore le grand décideur au sein de la famille donc sa collaboration est gage de réussite pour toute activité au sein de la famille.

Ainsi des études ont montré que l'opposition du partenaire est une des raisons les plus fréquentes données par les femmes pour ne pas adopter une méthode contraceptive ou pour arrêter l'utilisation. Par contre les hommes bien informés en matière de santé de la reproduction sont plus à même de soutenir la décision de leur partenaire et d'encourager une politique qui assure aux femmes les soins dont elles ont besoin en matière de reproduction [48].

Ainsi un projet mené en milieu rural au Mali poursuivait cet objectif en choisissant des hommes pour promouvoir la planification familiale dans les collectivités locales. Nombreuses sont les femmes qui disent que l'attitude de leur mari vis-à-vis de la planification familiale avait changé grâce aux prestataires masculins, et qu'entre époux ils en parlent plus ouvertement. Ainsi quand les hommes sont inclus dans les programmes de planification familiale et les décisions sont prises de concert par les partenaires, il est pratiquement assuré qu'elles seront suivies. Les hommes secondent leur partenaire en les aidant à trouver des services de santé reproductive quand elles en ont besoin et en leur procurant les ressources nécessaires à leur obtention. [48].

Ainsi il est donc urgent de revoir la question de la PF sous un nouvel angle, d'où la nécessité du repositionnement de la planification familiale.

Abordant dans le même sens, la conférence d'ACCRA (Ghana) qui s'est tenu du 15 au 18 février 2005, a retenu comme idée principale : « Promouvoir au niveau des pays, l'engagement pour le repositionnement de la planification familiale

comme objectif stratégique pour la santé et les objectifs du millénaire pour le développement » [28].

Ainsi notre pays organise chaque année une campagne en faveur de la promotion de la planification familiale. Cette année le lancement de la campagne a eu lieu le 14 mars 2008 et était intitulée : « Leadership en faveur du repositionnement de la planification familiale au Mali avec comme slogan: L'engagement des hommes peut faire la différence ». Six éléments clés ont été mentionnés pour le leadership en faveur du repositionnement de la planification familiale à savoir :

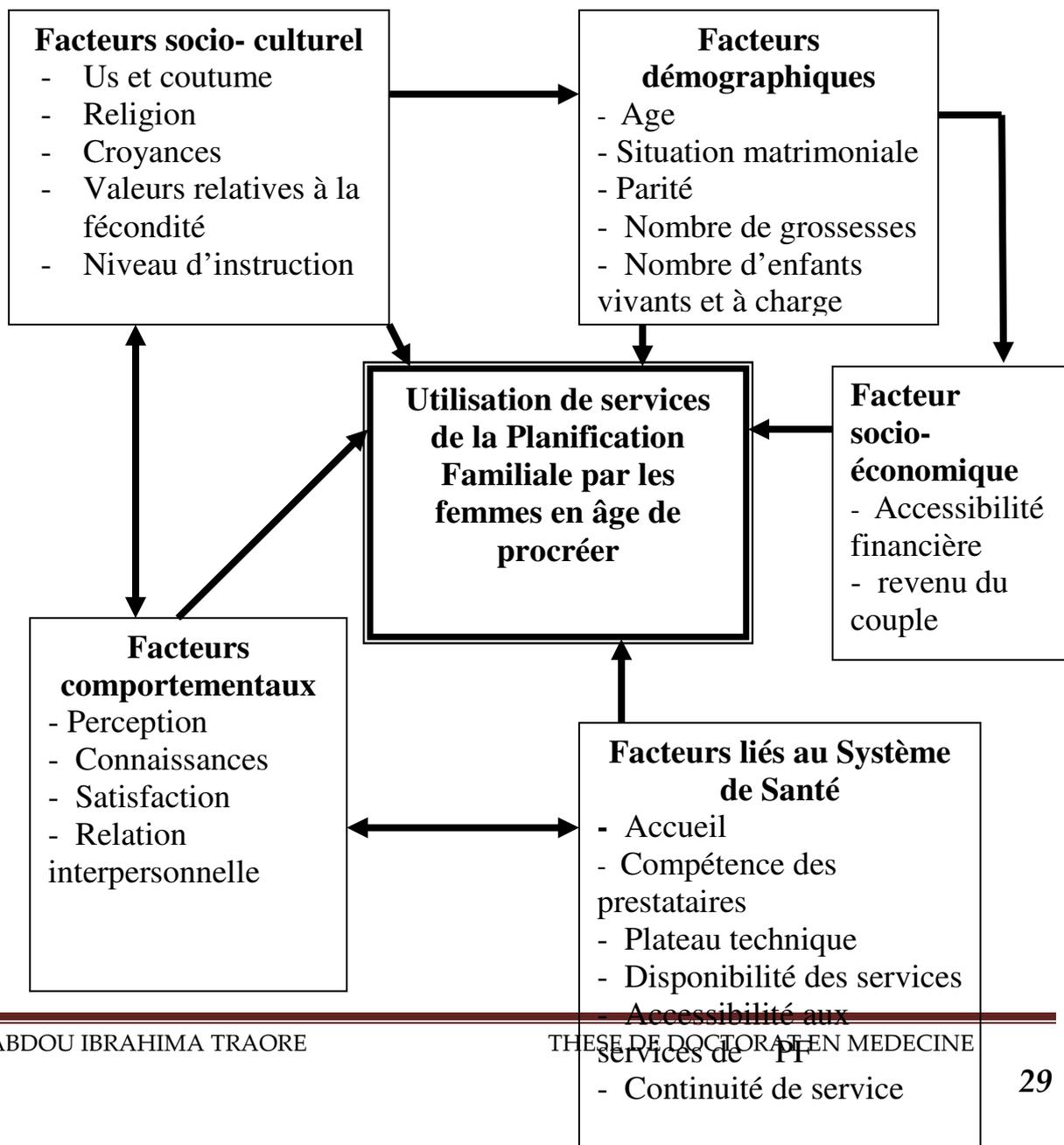
- Un bon soutien politique ;
- une diversité des méthodes et produits ;
- un personnel compétent et disponible ;
- l'information, l'éducation, et la communication ;
- l'organisation effective des services ;
- un environnement socioculturel favorable. [8].

De son côté l'USAID à travers sa division H.P.I (Helt Polish Initiative) en collaboration avec la D.N.S a mis au point un guide qui sera publié très prochainement intitulé : « L'engagement constructif des hommes en santé de la reproduction » dans ce Guide ; on pourra trouver les différentes stratégies pour un réel engagement des hommes en matière de PF.

Dans le même souci d'une augmentation du taux de prévalence contraceptive à travers une meilleure étude des déterminants de l'utilisation des services de PF, nous avons décidé de mener une étude transversale et descriptive à base de discussion individuelle et en groupe avec des hommes et des femmes en âge de procréer.

Il s'agit donc d'une étude dont les objectifs résument les déterminants de l'utilisation des services de PF en commune VI du district de Bamako.

## 1. 2- CADRE CONCEPTUEL



**Figure 1 :** Cadre conceptuel portant sur les déterminants de l'utilisation de services de PF par les Femmes en âge de procréer.

Ce cadre conceptuel met en relation les différentes composantes périphériques (Variables indépendantes) et la composante centrale (variable dépendante).

De même il existe une interrelation entre les différentes variables indépendantes.

Les actions combinées des composantes périphériques entraînent la réponse de la composante centrale.

L'utilisation des services de la Planification Familiale par les femmes en âge de procréer est la résultante de l'action conjuguée des facteurs socioculturels et des facteurs sociodémographiques.

L'utilisation d'un service de la Planification Familiale est également fonction des facteurs liés au système de santé, des facteurs comportementaux, et des facteurs socioéconomiques.

Les facteurs comportementaux (perception, connaissance) des femmes sur la PF, englobe les facteurs liés au système de santé d'une part et les facteurs socioculturels et socioéconomiques d'autre part.

## **II –HYPOTHESES**

Les facteurs socioculturels, démographiques, socioéconomiques et comportementaux ; la perception de la qualité de l'offre de service influencent l'utilisation des services de planification familiale de la commune VI du district de Bamako.

### **III -OBJECTIFS**

#### **3 -1 Objectif Général :**

Etudier les déterminants de l'utilisation des services de planification familiale par les femmes en âge de procréer des centres de santé de la commune VI en 2008.

#### **3 - 2. Objectifs Spécifiques :**

1 - Déterminer le taux d'utilisation des services de planification familiale dans les centres de santé de la commune VI du district de Bamako.

2 - Déterminer le niveau de connaissances et attitudes des femmes en âge de procréer sur la Planification Familiale dans la commune VI.

3 - Identifier les facteurs liés aux services de santé qui influencent l'utilisation des services de planification familiale des centres de santé de la commune VI.

4 - Identifier les facteurs socioculturels, socioéconomiques et démographiques qui influencent l'utilisation des services de planification familiale des centres de santé de la commune VI.

5 - Proposer des suggestions pour l'amélioration de la couverture en Planification Familiale dans les centres de santé de la commune VI.

## **IV GENERALITES**

### **4.1- DEFINITION OPERATOIRE DE CONCEPTS**

#### **La planification familiale :**

La Planification Familiale (PF) est l'ensemble des moyens et techniques médicaux ou non mis à la disposition des individus et des couples pour leur permettre d'assurer leur sexualité de façon responsable, de manière à éviter les grossesses non désirées, espacer les naissances, avoir le nombre désiré au moment voulu [2].

**Taux de couverture adéquate :** Evalue le déroulement correct des activités en termes de norme. C'est la proportion de la population cible qui a bénéficié d'une intervention complète.

**Connaissance des méthodes contraceptives :** elle est définie comme étant la connaissance d'au moins une des méthodes contraceptives.

**Satisfaction des bénéficiaires :** c'est l'opinion des clientes sur les services de planification familiale offerts. La cliente exprime sa satisfaction par rapport à la disponibilité, à la compétence des agents et à l'accueil.

**Disponibilité des services :** Signifie que le service est ouvert aux heures de travail et qu'un personnel qualifié répond à chaque fois qu'une cliente est dans le besoin. La disponibilité des produits contraceptifs au niveau du service est l'absence de rupture de stock les six ou trois derniers mois précédents.

**Accessibilité financière aux services de la PF :** explique la possibilité de recourir aux services de PF par une femme en âge de procréer lorsqu'elle désire avoir les soins ou les produits sans difficulté.

**Accessibilité sociale et culturelle :** elle se rapporte à l'acceptabilité des services offerts en tenant compte des valeurs sociales et culturelles, des croyances et des attitudes des clients. C'est en fait la proportion des femmes qui font confiance aux formations sanitaires et ont recours en cas de besoin de soins.

**Utilisation des services de Planification Familiale :** l'utilisation des services de PF est définie comme la proportion des femmes en âge de procréer qui ont fréquenté au moins une fois les services de PF au cours d'une période donnée. L'utilisation des services de PF évalue le contact entre la cible et le centre de prestations.

**Utilisation des méthodes contraceptives modernes :** l'utilisation des Méthodes contraceptives modernes est définie comme la proportion des femmes en âge de procréer qui ont utilisé au moins une fois les services de PF pour bénéficier des méthodes contraceptives modernes dans les trois ou six mois qui ont précédé l'enquête.

**Taux d'utilisation des services :** Nombre des femmes en âge de procréer ayant consulté au moins une fois le service sur la population cible fois cent.

**Accessibilité Géographique :** se mesure en moyen de locomotion, distance, temps de déplacement. La norme nationale est de 5 km de rayon autour d'une formation sanitaire.

**Contraception :** c'est l'ensemble des procédés par lesquels un rapport sexuel est rendu non fécond, et ceci de façon temporaire et réversible.

**Qualité des soins :** elle dépend des normes techniques de soins appliquées par les prestataires pour satisfaire les bénéficiaires. Les dimensions de la qualité sont :

- l'accès aux services ;
- l'efficience ;
- les relations inter personnelles ;
- l'efficacité ;
- l'innocuité ;
- la continuité de service ;
- Environnement/ agrément

**Déterminants :** C'est un ensemble d'éléments et facteurs qui peuvent influencer la santé des individus ou des groupes d'individus à avoir la tendance de se référer ou non aux services de soins.

**Valeurs :** ce sont les références, les comportements, les représentations collectives, les systèmes ou mécanismes de régulation (contrôle social) qui fondent et cimentent la vie en société et déterminent la conscience des membres de la société.

**Continuité de services :** signifie que le patient peut bénéficier de tous soins et services de la Planification Familiale dont il a besoin sans interruption.

**Comportement :** c'est la connaissance, l'habileté et (ou) l'attitude exprimée en réponse à un problème, un besoin ou toute autre situation requérant une action individuelle ou collective [7].

**Méthodes contraceptives modernes :** il s'agit de : préservatif masculin, de préservatif féminin (fémidon), pilules (contraceptif oral), injectables (Noristerat), implant, dispositif intra utérin, spermicides, diaphragme, vasectomie, ligature des trompes,

**Us et coutumes :** c'est la pérennisation de la tradition qui se transmet de génération en génération.

## **4.2 - REVUE DE LITTERATURE**

La connaissance des déterminants liés au comportement des femmes en âge de procréer par rapport à l'utilisation des services de planification familiale est essentielle pour réorienter les actions de promotion de la planification familiale ainsi que les nouvelles stratégies de communication pour le changement de comportement. L'adoption d'un nouveau comportement favorable à l'utilisation des services de PF constitue le résultat attendu [4].

Cette étude, vise à analyser les relations entre les besoins en planification familiale, l'accessibilité, la prestation de l'offre de services, les croyances, le niveau d'instruction, et l'utilisation des services de planification familiale par les femmes en âge de procréer. Pour mieux cerner le pourquoi de l'utilisation des services de Planification Familiale dans la littérature en prélude à l'enquête sur le terrain, nous avons consulté plusieurs auteurs sur les plans (International, Africain, et Local).

Dans le cadre de l'accès aux services de planification familiale plusieurs travaux ont été réalisés avec des suggestions. Parmi elles celles de L'UNFPA qui dans son rapport annuel 2007 a montré que les besoins non satisfaits des femmes en matière de contraception varient, ainsi que l'on pouvait s'y attendre, selon le niveau relatif de pauvreté. Les études couvrant l'Asie, l'Amérique latine, l'Afrique du Nord et l'Afrique subsaharienne font généralement apparaître des niveaux de besoins de contraception non satisfaits plus élevés dans la population rurale que dans la population urbaine, les populations urbaines pauvres se situant à mi-chemin entre ces deux groupes [26].

La mortalité maternelle reste très élevée; elle se situe à 529 000 décès par an, plus de 99 % survenant dans les pays en développement et est en grande partie évitable. Quatre décès sur cinq sont la conséquence directe de complications obstétricales, dont la plupart auraient pu être évitées par l'assistance à l'accouchement de personnel médical formé et par l'accès aux soins obstétricaux d'urgence. [26].

En Afrique, des auteurs, dont les œuvres méritent une attention ont abordé la question. Il s'agit de :

- **TOLOMEZ. G. [69]**, au Burkina- Faso en 1996 lors d'une évaluation du projet de PF BKF/GTZ stipule que les difficultés liées à l'approvisionnement, à la gestion des produits contraceptifs et à la disponibilité des outils de gestion sont observées à tous les niveaux. Cet ensemble de facteurs occasionne des ruptures fréquentes de stock, toute chose pouvant nuire à la qualité d'un programme de planification familiale.

- **Sepou A, Enza J, Nali M N. [68]**, dans une enquête réalisée en Centrafrique (1997), sur les difficultés liées à l'expansion de la contraception en zones urbaine et semi urbaine ont montré que la réticence du mari exprimé par 23,3% des personnes enquêtées, suivi de la position intransigeante de la

religion (9,6%), l'analphabétisme, la désinformation, le mauvais accueil sont les raisons freinant l'expansion de la contraception.

- **Diakité H. [18]**, dans l'étude sur la qualité des soins curatifs à Tori- Bossito a conclu à une efficacité des utilisateurs des services (84,6%), mais à une inefficacité du processus des soins.
- **KAMISSOKO M. [32]**, dans une étude réalisée en 1996 sur l'utilisation des contraceptifs modernes par les communautés de Ouidah et de Kpomassé, six ans après un programme de distribution à base communautaire de contraceptifs modernes a montré l'existence d'une association significative entre la distribution à base communautaire et l'attitude favorable à l'utilisation des contraceptifs modernes ( $p = 0,005$ ).
- Au Sénégal l'Enquête démographique de Santé (EDS) de 2005 [17], montre une amélioration du niveau de connaissance des femmes par rapport à 1997.
- La proportion des femmes ayant déclaré connaître une méthode contraceptive est passée de 85% à 92%.

Chez les femmes ayant un partenaire, cette proportion est passée de 86% en 1997 à 94% à l'enquête actuelle. Cette amélioration est due en grande partie à une amélioration de la connaissance des méthodes modernes : de 82% en 1997, la proportion est passée en 2005 à 91%. En ce qui concerne les méthodes traditionnelles, on constate la tendance inverse.

La proportion des femmes ayant déclaré connaître ce type de méthode est passée de 56% en 1997 à 42% en 2005.

- **Dénis S. [17]**, sur les déterminants de l'utilisation des services de Planification Familiale dans la zone sanitaire d'Aplahoué en 2002 au Bénin, a montré que les facteurs qui freinent l'utilisation des services de Planification Familiale sont :

- Le refus des maris ;
- Les effets secondaires des produits contraceptifs ;

- L'insuffisance d'information sur la Planification Familiale ;
- La non-implication des maris ;
- **NDIAYE M D. [47]**, dans une étude sur la pauvreté, les attitudes et pratiques des hommes en matière de PF dans une collectivité du Sénégal (Thiès), évoque le domaine socioculturel (culture de forte fécondité), la sphère économique, la faible implication des hommes dans l'élaboration et la mise en œuvre des programmes de planification familiale comme les raisons de la faible prévalence contraceptive.

Le rapport national sur l'état et le devenir de la population au Mali en 2002 montre que la société malienne confère à l'homme un statut de supériorité par rapport à la femme. En effet, c'est à lui que revient en premier le rôle de nourrir sa famille, de définir ses orientations, d'assurer son épanouissement et même de prendre des décisions qui intéressent sa femme dans son rôle procréateur. Il en résulte une influence des hommes sur la santé reproductive des femmes qui sont souvent obligées de demander leur autorisation pour avoir accès aux soins reproductifs : consultation prénatale, contraception, désir de grossesse et nombre d'enfants [30].

**TAMBOURA Fatoumata [23]**, dans une étude sur les préférences des adolescentes et jeunes adultes en matière de contraception à la clinique de l'AMPPF de Bamako (MALI) en 2008 évoque qu'il y a une forte adhésion des adolescentes âgées de 16-18ans à la contraception,

Les élèves-étudiantes représentaient la majorité des clientes.

Les célibataires représentaient le 2/3 de notre échantillon.

Les injectables (44,4%) ont été la méthode de contraception la plus utilisée.

**DIAWARA Halimatou [29]**, dans une étude sur les connaissances, attitudes et pratiques des méthodes contraceptives des élèves et étudiants du district de

Bamako (Mali) en 2008 a montré Que près de la moitié (41.2%) ne connaissent pas de source d'approvisionnement des méthodes contraceptives.

39.9% ne connaissent pas les avantages de la contraception, 29.4% l'associent à la prévention des grossesses non désirés.

Comme inconvénient à la contraception, 23 .9% ont cité la stérilité

56 .1% ne connaissent pas la contraception d'urgence.

Par ailleurs le pourcentage de communication mère enfant est bas.

Pour la pratique de la contraception, 12.2% ont utilisé une méthode contraceptive au moins une fois.

La méthode la plus utilisée est le préservatif, suivi de la pilule.

Les difficultés d'accès ont été citées par 31.1%, parmi lesquelles l'indiscrétion du centre et le prix élevé des prestations sont les plus cités.

Les adolescents et les jeunes ont un comportement à risque très élevé.

En effet, 3 /4 des enquêtés sont sexuellement actifs.

Le taux d'avortement est de 88.3% sur l'ensemble de ces grossesses, et la presque totalité de ces avortements étaient provoqués.

**N'DIAYE Sané [65]**. dans une étude épidémiologique et clinique des implants de type norplant à la clinique de l'AMPPF (Mali en 2008), affirme que durant ces trois années, il y a eu une augmentation régulière des utilisatrices de norplant. Ces utilisatrices se situaient dans la tranche d'âge de 20 à 29ans et mariées dans 66,1% des cas. Elles avaient fréquentées l'école conventionnelle jusqu'au niveau secondaire dans 34% des cas. Il s'agissait d'utilisatrices multipares et multi gestes et l'insertion avait été faite surtout par des infirmières. Des effets secondaires divers ont été observés pour 37,9% des utilisatrices ce qui a entraîné parfois l'abandon de la méthode. Abandon d'autant plus fréquent qu'apparaissent le désir de grossesse ultérieure et la pression du conjoint ou des parents.

**KOUMA Makan [36]**, dans une étude sur les Connaissances, attitudes et Pratiques des adolescents du Lycée Mamadou SARR relative à la planification familiale infection sexuellement transmissible et SIDA atteste que

**Par rapport à la PF :**

- 95% des élèves associent à la PF l'espacement des naissances et à la santé de la mère dans 78% des cas.
- Les méthodes de PF connues par les adolescents de cet établissement sont les contraceptifs oraux dans 96% et les méthodes de barrière (préservatifs) dans 93%
- 70% des adolescents interrogés ont reçu les informations sur la PF à partir des médias.

La part des parents est négligeable, ce qui montre le tabou sur le sexe en famille.

**TOUNKARA Maurice [37]**, dans une étude sur les connaissances, attitudes et pratiques des hommes par rapport aux méthodes modernes de contraception dans la commune rurale de Kalaban-coro a aboutit aux conclusions suivantes :

- La majorité des hommes enquêtés déclarait avoir entendu parler de méthodes modernes de contraception, soit : 87,9%, donc avait une certaine connaissance sur les méthodes modernes de contraception (M.M.C).
- Seulement près d'un tiers des hommes enquêtés approuvait l'utilisation des méthodes modernes de contraception et était impliqué dans la Planification familiale. L'implication des hommes dépendait principalement du niveau l'instruction, de l'âge et du statut matrimonial.
- En dépit du niveau de connaissance acceptable des hommes par rapport à la Planification Familiale, l'utilisation des méthodes contraceptives modernes restait encore faible dans la commune rurale de Kalaban-coro.
- Les hommes de 14 à 45 ans utilisaient plus les MMC que les hommes âgés ; les hommes instruits plus que ceux qui ne le sont pas.

- La faible implication des hommes dans les programmes de santé de la reproduction influence aussi la faible fréquentation des centres de santé par les femmes et le taux encore faible de prévalence contraceptive. En 2006, le taux de pratique contraceptive moderne chez les femmes est de 7% selon EDS IV.

## V- METHODE ET CADRE D'ETUDE:



**Figure 2** : carte sanitaire de la commune VI

**5.1. Cadre d'étude** : Le Centre de Santé de Référence de la Commune VI a été créé en 1981 comme maternité puis érigé en centre de santé de référence en 1999. Ce centre est l'un des six (6) centres de référence de commune du District de Bamako.

Mais le système de référence n'a débuté qu'en juin 2004.

Il est situé dans la plus grande et plus peuplée commune de Bamako avec 94 km<sup>2</sup> de superficie et 379 460 habitants en 2004 et une densité de 4 037 habitants par km<sup>2</sup>.

Ses limites sont les suivantes :

- A l'Est par la portion Sud du district de Bamako comprise entre son extrémité Sud-est et le lit du fleuve Niger

- Au Sud par la portion de la limite Sud du District comprise entre les limites Est et Ouest de la commune V
- A l'Ouest par la commune V
- Au Nord par la portion du fleuve Niger comprise entre la limite EST du district et la limite de la commune.

La Commune VI comporte 10 quartiers dont 6 urbains et 4 ruraux. Chacun des quartiers a en son sein un CSCOM.

Les principales activités menées par la population sont :

- ☞ L'agriculture,
- ☞ le maraîchage, pêche, élevage.
- ☞ Le petit commerce, transport et artisanat
- ☞ Existence de quelques industries (alimentaire, plastique, BTP).

Bamako connaît un climat tropical de type soudanais caractérisé par une saison sèche (décembre - mai) et une saison pluvieuse (juin - novembre) qui correspond à la haute période de transmission du paludisme.

Le centre de santé de référence de la Commune VI est beaucoup sollicité par la population de ladite commune mais aussi de certaines communes et villages environnants.

Cette sollicitation est liée d'une part à son accessibilité car situé au bord de la plus grande avenue de Bamako (Avenue de l'OUA) mais aussi à cause de son ancienneté : plus vieux centre de santé du district.

La maternité du centre fait en moyenne 15 accouchements par jour.

### **5.1.1- Organisation du service :**

#### **a) Infrastructure du service :**

Le service se compose de deux bâtiments :

- Premier bâtiment qui est le bloc opératoire, est composé de :
  - Deux salles d'opération,
  - Une salle de réveil,

- Une salle de préparation pour chirurgien
- Une salle de consultation pré-anesthésique,
- Une salle de nettoyage des instruments,
- Deux salles d'hospitalisation et 2 salles de garde.
- Un second bâtiment en étage :
  - Au rez-de-chaussée on a :
    - La maternité composée d'une salle d'attente, une salle d'observation et la salle d'accouchement qui est composée de deux tables et trois lits.
    - Une unité de consultation prénatale
    - Deux salles de consultation pour médecin généraliste.
    - Une salle de consultation pour médecin chirurgien.
    - Une unité ORL.
    - Une unité ophtalmologique
    - Une unité odonto-stomatologique.
    - Un laboratoire
    - Une salle d'injection.
    - Une salle de pansement
    - Une unité PEV
    - Une pharmacie pour médicaments génériques
  - A l'étage on a :
    - Un service d'administration comprenant {un bureau pour Médecin-chef, secrétariat, comptabilité, système informatique sanitaire, service d'hygiène}
    - Une salle de consultation gynécologique
    - Une salle de consultation pédiatrique
    - Une salle d'hospitalisation pédiatrique
    - Une unité de planning familial
    - Une unité de consultation post natale
    - Une salle de réunion

- Des toilettes.

Ailleurs, on a :

- Une maison pour le gardien.
- Deux salles pour la prise en charge de la tuberculose et de la lèpre
- Des toilettes.

**b) Le personnel :**

**Tableau I :** Répartition des personnels dans le centre de référence en commune VI du district de Bamako, de mars à septembre 2008 (voir page suivante)

Qualification	Nombre
Médecin gynécologue	2
Médecin généraliste	5
Médecin chirurgien	1
Pharmacien	0
Médecin santé publique	0
Etudiants thésards	18
Radiologue	0
Médecin ophtalmologue	0
Infirmier diplômé d'Etat	12
Technicien de laboratoire	3
Infirmiers de premier cycle	9
Sages femmes	27
Infirmières obstétriciennes	2

Matrones	4
Techniciens spécialisés en santé mentale	0
Techniciens spécialisés en soins dentaires	4
Techniciens spécialisés en radiologie	0
Techniciens spécialisés en ophtalmologie	4
Techniciens spécialisés en ORL	2
Techniciens spécialisés kinésithérapie	1
Techniciens spécialisés en santé publique	3 dont 2 assistants médicaux
Assistants médicaux	10
Techniciens sanitaires	3
Secrétaire dactylo	5
Gestionnaire	1
Comptable	1
Adjoint administratif	1
Gardiens	2
Chauffeurs	5
Chauffeurs mécaniciens	0
Aide soignant	16
Manœuvres + gardien	9
Total	150

**c) Fonctionnement du service :**

Une réunion se tient tous les jours à huit heures trente minutes pour discuter de la prise en charge des urgences admises la veille dans le service

Des consultations gynécologiques les Lundi et Mardi, le dépistage du cancer du col les Mercredi.

Deux séances d'échographie par semaine

Un programme opératoire, le jeudi.

Des consultations pédiatriques tous les jours ouvrables parallèlement aux autres domaines de la santé

Une équipe de garde assure la permanence du centre 24 heures/24.

Des consultations prénatales et de planning familial se font tous les jours ;

Les activités de santé publique sont menées ;

Les activités de vaccination VAT des femmes enceintes tous les jours et le BCG réservé au lundi et vendredi.

## **5.2 Méthode d'étude**

### **5.2.1 Type d'étude**

Cette étude est transversale, descriptive et analytique visant à décrire et à analyser les déterminants de l'utilisation des services de PF de la commune VI du district de Bamako.

**5.2.2. Période de l'étude :** la collecte des données s'est déroulée pendant la période de mars 2008 à septembre 2008 dans la commune VI du district de Bamako.

### **5.2.3. Population d'étude :**

Ont été concernés par l'étude :

- **Une cible primaire :** constituée par les femmes âgées de 15 à 45 ans dans la commune VI du district de Bamako.
- **Une cible secondaire** constituée :
  - ° du personnel de la santé (le médecin chef, les sages femmes responsables des maternités) ;
  - ° des représentants de la communauté : le maire, les chefs de quartiers, les guérisseurs traditionnels, les présidentes des associations féminines de la commune et des ONG intervenants dans le PF;
  - ° des sources de données (registre de consultation, les fiches Opérationnels PF, et les fiches de stock des contraceptifs).

**Critères d'inclusion :**

Toutes femmes âgées de 15 à 45 ans et qui résident en commune VI e depuis plus de 6 mois.

**Critères de non inclusion :** tous chefs de ménages absents le jour de l'enquête ou qui refusent de répondre à nos questions

**5.2.4. Echantillonnage :**

**5.2.4.1 Méthode d'échantillonnage :**

La méthode non probabiliste a été utilisée avec la technique du choix raisonné pour les cibles secondaires

Les méthodes probabilistes ont été utilisées pour le choix des cibles primaires : les femmes en âge de procréer, avec la technique de l'échantillonnage par sondage en grappes à deux degrés. Le premier degré a consisté à tirer au hasard les dix quartiers que compte commune VI. Le deuxième degré consistera à tirer les ménages au hasard dans chaque quartier par la manière suivante :

La direction à prendre pour l'enquête a été déterminée par la direction du bic lancé à partir du centre du quartier.

Le choix du premier ménage a été fait par le tirage au hasard du chiffre qui correspond à la maison dont le chiffre se situe entre le 1 et le nombre total de maisons situant le long de la direction indiquée par le bic lancé et les autres ménages ont été visités de proche en proche.

Le nombre de grappes choisi est de dix. Le choix de la 1<sup>ère</sup> (première) grappe sera fait en fonction du tableau récapitulatif de la population générale de chaque quartier et la population cumulée de la commune par la fixation du pas

de grappe qui sera égale à la population cumulée divisée par le nombre de grappe.

Le choix de la première grappe a été fait suivant le tirage au hasard d'un chiffre entre 1 et le pas de grappe

Et la technique de tirage au sort sans remise jusqu'à obtenir le cinquième des adhérents à la mutuelle.

#### **5.2.4.2 Techniques de collecte des données :**

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

- l'entretien individuel avec comme outil questionnaire
- l'entretien de groupe focalisé pour les groupes témoin adhérents et non adhérents
- observation directe pour l'observation du cadre de vie en vue d'évaluer le niveau socio-économique
- analyse documentaire.

#### **5.2.4.3 Supports et traitement des données:**

Le recueil de données a été fait à partir des questionnaires servant de fiche d'enquête, du carnet de santé de la mère, du registre d'accouchement, du registre d'hospitalisation, du registre du bloc opératoire, et des supports de l'évacuation : fiche d'évacuation, partogramme, cahier de référence/évacuation ; les fiches opérationnelles de PF et les fiches de stocke des contraceptifs.

Les données ont été saisies sur Word 2007, Excel 2007 et SPSS pour les graphiques. Les données ont été analysées sur le logiciel EPI INFO version 6.0 Fr. Le test statistique utilisé est le khi 2.

#### 5.2.4.4 Plan d'analyse

- Nous avons procédé à la description de l'échantillon de notre étude par le calcul des différentes fréquences des variables et par outils.
- L'analyse par le calcul de khi 2 de Karl Pearson (au seuil de 5%), par le croisement de toutes les variables indépendantes retenues par le questionnaire auprès des femmes en âge de procréer à la variable dépendante.
- Pour l'étude descriptive des données, les fréquences ont été calculées.
- Pour l'étude analytique, le test de khi carré de Pearson a été utilisé. A cet effet, le risque consenti est  $\alpha = 5 \%$  ; le test est non significatif (NS) si  $P > \alpha$  ; significatif (S\*) lorsque la probabilité (p) calculée est  $\leq \alpha$  ; et très significatif (S\*\*\*) lorsque  $p < 0,001$ .
- Pour la proportion des valeurs inférieure à 5 le test exact de Fisher est souvent utilisé.
- Les tableaux de fréquences ont été réalisés à l'aide du logiciel Epi info 2000.
- Le traitement de texte a été fait dans Microsoft Word (Windows XP).

**5.2.4.5 Le choix, la formation des enquêteurs et le pré-test** Phase préparatoire : elle a consisté à élaborer un protocole de recherche, des outils de collecte des données et un plan d'analyse des données qui ont guidé le dépouillement.

Une équipe des cinq enquêteurs constitués d'agents de santé relevant d'autres communes de la zone sanitaire ; avec une bonne maîtrise de la langue du milieu a été mise en place. L'équipe a été formée pendant une journée.

Un pré test des outils dans la zone de la commune V a permis de reformuler certaines questions pour une meilleure compréhension.

Les autorités administratives de la commune ont été informées par note officielle du Médecin Coordonnateur de Zone, qui à leur tour ont informé la communauté.

Nous avons assuré la supervision des enquêteurs durant tout le déroulement de l'enquête.

La phase de l'enquête proprement dite : pour la collecte des données, un guide d'entretien a été administré aux agents de santé, aux chefs traditionnels, aux chefs religieux et aux guérisseurs traditionnels.

Le questionnaire a été administré aux femmes en âge de procréer.

L'opinion des conjoints des femmes en âge de procréer a été recueillie en entretien de groupe (focus group).

Enfin une observation directe des structures de soins sur les aspects de l'accueil, l'intimité lors des consultations, et l'état des matériels de travail.

#### **5.2.4.6 Dispositions et considérations éthiques**

L'anonymat des femmes a été respecté. L'entrée des domiciles a été opérée avec l'accord du chef de ménage. Les autorités administratives, traditionnelles et religieuses ont été informées du bien fondé de l'étude et de son intérêt.

## **VI- RESULTATS**

Les résultats sont présentés par objectifs spécifiques. Ils ont porté sur les aspects suivants :

- Description de l'échantillon
- Caractéristiques socioculturelles démographiques et économiques des femmes en âge de procréer
- Connaissances et attitudes pratiques des femmes en âge de procréer ;

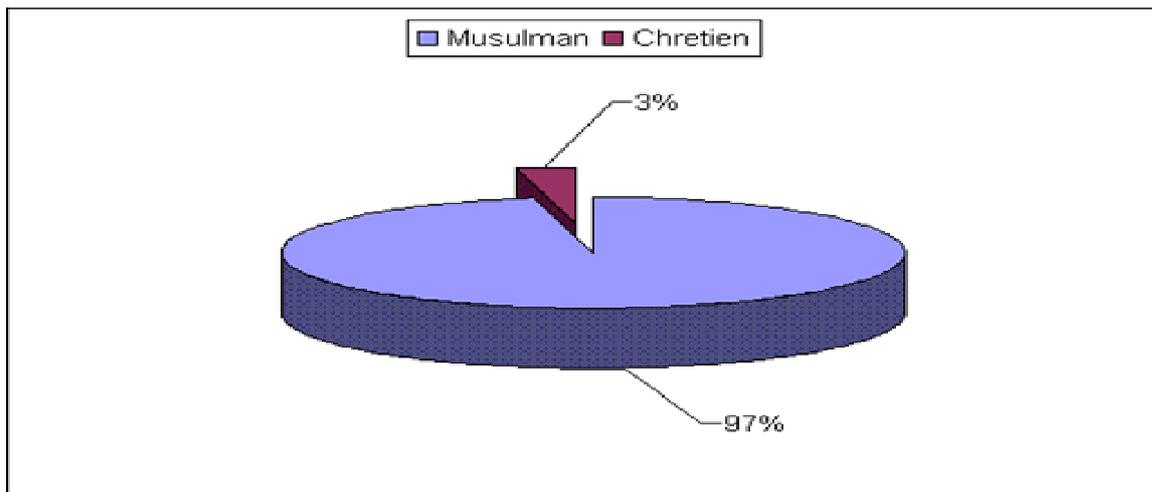
- Disponibilité, accessibilité et qualité des services de Planification familiale ;
- Facteurs Influençant l'utilisation des Services de Planification Familiale
- Association entre déterminants et faible utilisation des services de PF.

### 1 - Description de l'échantillon :

L'enquête a concerné 314 personnes : 244 femmes en âge de procréer (Cibles primaires) et 70 constituées de Cibles secondaires.

## 2 Caractéristiques socioculturelles, démographiques et économiques des femmes en âge de procréer

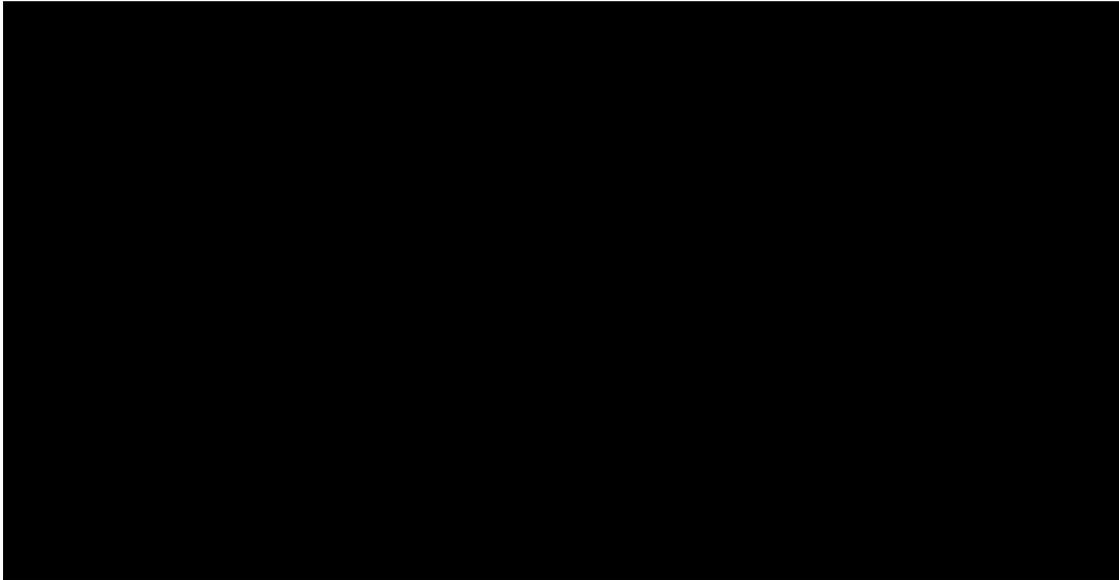
### 2.1-Religion :



**Figure 3 :** Répartition des femmes enquêtées selon la Religion.

La religion musulmane est prédominante avec 97%, suivie de la religion chrétienne avec 3%.

## 2.2- Age

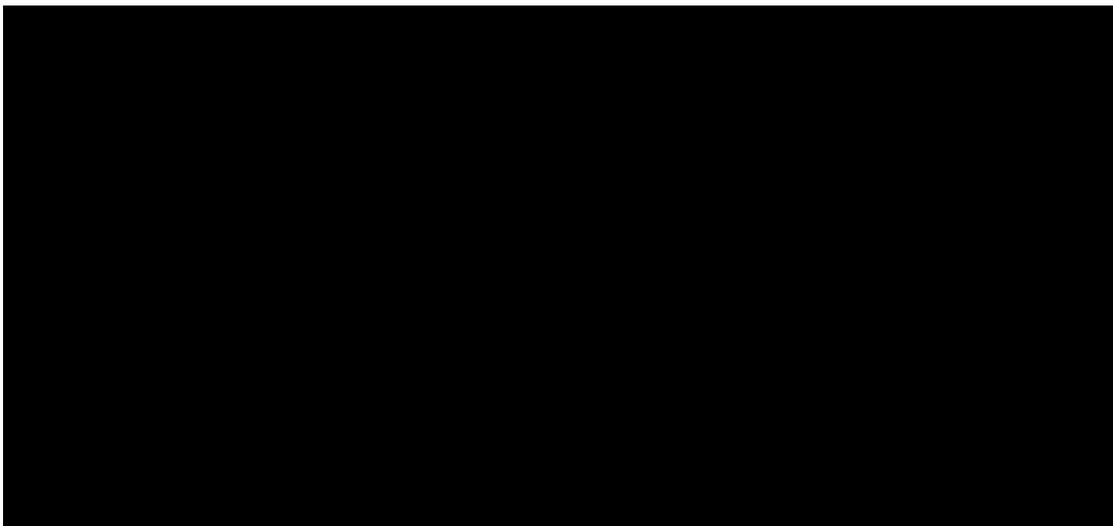


**Figure 4** : Répartition des femmes enquêtées selon la Tranche d'âge.

Sur les 244 femmes enquêtées, la médiane est de 28,5 ans ; avec un écart type de 7,8 ans.

La tranche d'âge de 25 – 34 ans parait la plus représentée avec une proportion de 48, %.

## 2.3 - Statut matrimonial



**Figure 5** : Répartition des femmes enquêtées selon le statut matrimonial.

La majorité des enquêtées (72,5%) sont mariées et (50%) d'entre elles vivent dans un foyer de type polygamique.

## 2.4- Profession

**Tableau II** : Répartition des femmes enquêtées selon la profession.

Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère	105	43 ,03
Commerçante/ Vendeuse	91	37,6
Elève	19	7,9
Fonctionnaire	11	4,5
Artisane	17	7,0
Etudiante	1	0,4
<b>TOTAL</b>	<b>244</b>	<b>100%</b>

La majorité des femmes enquêtées (43,03%) sont des ménagères suivies des commerçantes (37,6%).

## 2.5- Parité

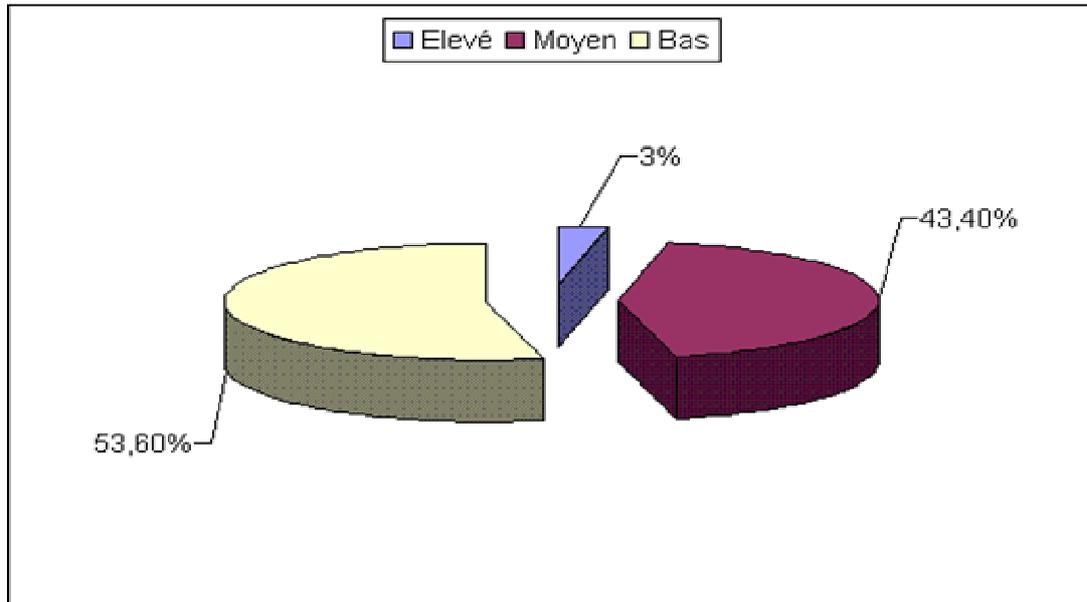
Parité	Effectif absolu	Pourcentage
Nullipare	1	0 ,40
Primipare	30	12 ,29
<b>Multipare</b>	<b>178</b>	<b>73</b>
Grande multipare	20	8,19
Non précisée	15	6,02
<b>Total</b>	<b>224</b>	<b>100</b>

**tableau 3** : Répartition des Femmes enquêtées selon la Parité

La majorité des femmes enquêtées (73%) ont moins de quatre enfants.

Le nombre moyen d'enfants vivants par femme est de 3 enfants.

## 2.6- Niveau Socioéconomique



**Figure 7 :** Répartition des femmes enquêtées selon le niveau socioéconomique.

Plus de la moitié des femmes enquêtées (53,6 %) a un niveau socioéconomique bas.

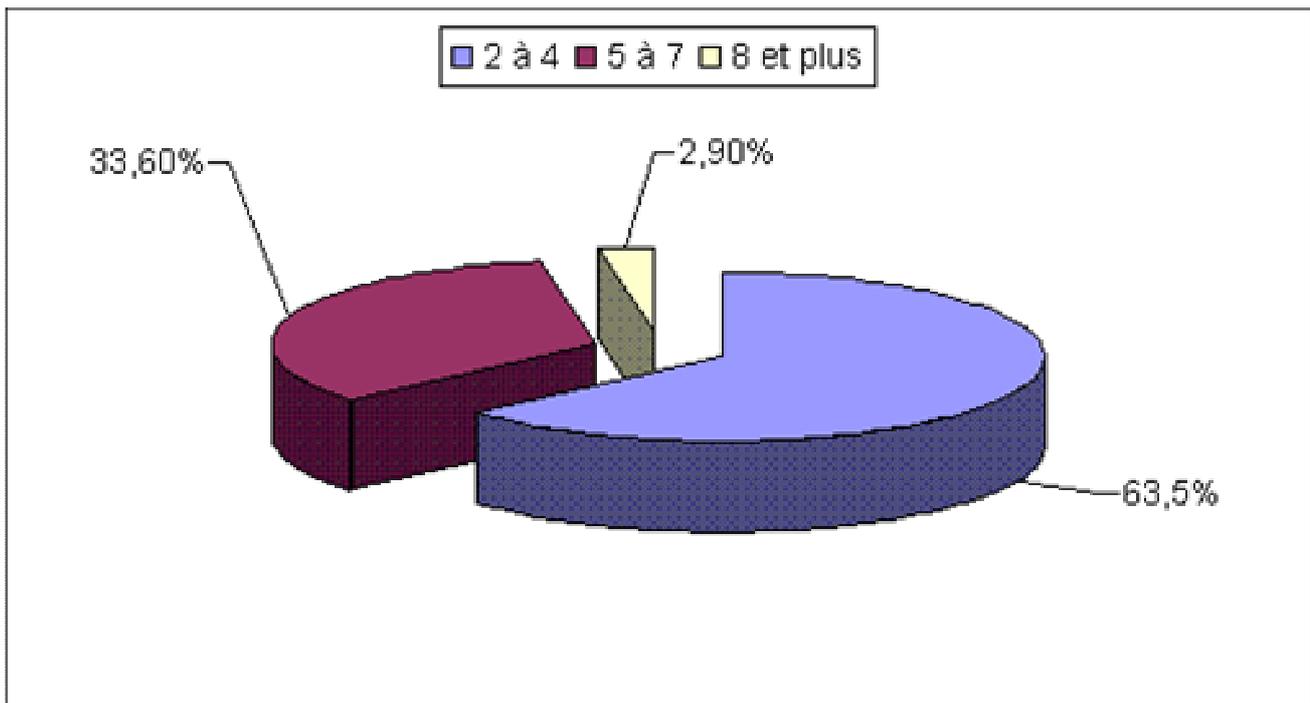
## 2.7- Niveau d'instruction

**Tableau III :** Répartition des femmes enquêtées selon le niveau d'instruction.

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Aucun	134	54,91
Primaire	70	29,0
Secondaire	36	14,85
Supérieur	4	1,65
<b>TOTAL</b>	<b>244</b>	<b>100%</b>

Parmi les enquêtées, Plus de la moitié (54,91%) n'a pas été scolarisées et parmi celles qui sont scolarisées, (29,3%) n'a suivi que l'enseignement primaire. Quand bien même on note 13,2% des alphabétisées parmi les femmes enquêtées.

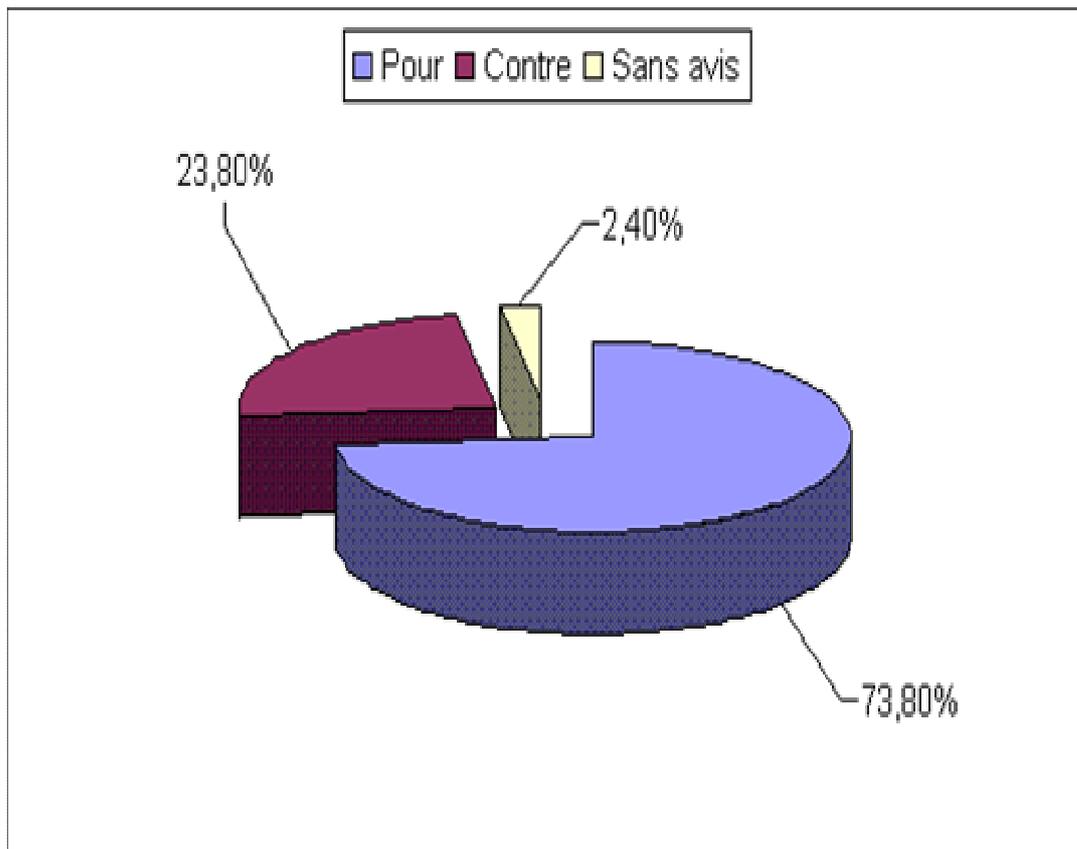
## 2.8 - Nombre d'Enfant souhaité par Femme



**Figure 8 :** Répartition des femmes enquêtées en fonction du nombre d'enfant souhaité.

La majorité des femmes enquêtées (63,5%) désire avoir moins de 5 enfants

## 2.9 - Perception de l'espace des naissances



**Figure 9 :** Répartition des femmes enquêtées selon leur perception de l'espacement des naissances.

Parmi les femmes enquêtées, la majorité (73,8%) souhaite une limitation des naissances.

### **3-Connaissances et Attitudes des Femmes en matière de Planification Familiale**

#### **3.1- Connaissances et attitudes des femmes en matière de PF**

**Tableau IV :** Répartition des femmes enquêtées selon qu'elles ont entendu parler ou non de la PF.

Entendu Parler	Effectif	Pourcentage
Oui	236	96,7
Non	8	3,3
<b>TOTAL</b>	244	100%

Pour les femmes enquêtées, 96,72 % ont entendu parler au moins une fois de la Planification Familiale.

### 3.2- sources d'information

**Tableau V** : Répartition des femmes selon les sources d'information des méthodes contraceptives modernes.

Sources d'information des MMC	Effectif	Pourcentage
Télévision	98	40
Radio	16	06
Journal écrit	2	01
<b>Formations sanitaires</b>	<b>101</b>	<b>41</b>
Parents ou amis	27	11
<b>TOTAL</b>	244	100

La première source d'information des femmes enquêtées citées sont les formations sanitaires dans 41,% des cas.

### 3.3- Connaissance des méthodes contraceptives.

**Tableau VI :** Répartition des femmes selon la connaissance d'au moins une méthode contraceptive moderne et traditionnelle.

Méthode contraceptive citée	Effectif	Pourcentage
<b>Méthode contraceptive moderne</b>	<b>225</b>	<b>92,21</b>
Méthode contraceptive traditionnelle	19	7,79
Total	244	100

Pour les femmes enquêtées, 92,21 % ont cité au moins une méthode contraceptive moderne.

### 3.4- Connaissance des avantages de la PF

**Tableau VII :** Répartition des enquêtés selon leurs connaissances des avantages de la PF.

Avantages de l'utilisation des méthodes	Effectif	Pourcentage
Contribue à améliorer la santé de la mère et de l'enfant	84	34.42
<b>Evite les grossesses non désirées</b>	<b>105</b>	<b>43.04</b>
Avoir le nombre désiré d'enfant au moment voulu	32	13.11
Ne connaît pas	23	10.43
Total	244	100

Dans près de 1/3 des cas, les femmes en âge de procréer considèrent le fait de pouvoir éviter une grossesse non désirée comme l'avantage le plus important (43.04%). Les autres avantages comme contribuer à l'amélioration de la santé de

la mère et de l'enfant et avoir le nombre désiré d'enfant au moment voulu ont été évoqués respectivement dans 34.42% et 13.11% des cas.

### 3.5 -L'utilisation de service de PF par les femmes en âge de procréer

Au cours de l'enquête menée dans la commune VI du district de Bamako, 17 femmes ont déclaré avoir utilisé les services de Planification Familiale. Sur la base de constat, le taux d'utilisation des services de Planification Familiale (TUSPF) dans la communauté est de :

$$TUSPF = \frac{17 \times 100}{244} = 6,96 \%$$

Par rapport aux critères retenus au niveau de l'aspect opérationnel des variables, le taux d'utilisation des services de Planification Familiale de 6,96 % obtenu est en dessous de l'échelon national donc qualifié de faible.

#### 3.5.1 Attitude des femmes vis-à-vis de l'utilisation de service de PF

**Tableau VIII** : Répartition des femmes enquêtées selon l'utilisation des méthodes modernes.

Utilisation Méthode moderne	Effectif	Pourcentage
Oui	27	10,93
<b>Non</b>	<b>217</b>	<b>89,07</b>
<b>TOTAL</b>	244	100%

Parmi les femmes enquêtées, la majorité (89,07%) a déclaré ne pas utiliser une méthode contraceptive moderne.

#### 3.5.2 Les Méthodes contraceptives modernes utilisées par les femmes

**Tableau IX:** Répartition des femmes selon les méthodes contraceptives modernes utilisées.

MMC	Effectif	Pourcentage
Norplant	3	12,00
DIU	3	12,00
<b>Contraceptifs injectables</b>	<b>13</b>	<b>52,00</b>
Contraceptifs oraux	6	24,00
Total	25	100

Les formes injectables de contraceptifs modernes sont les plus utilisées (52%) par les utilisatrices.

#### **4°) Disponibilité, qualité des soins et services et accessibilité**

##### **4.1-Organisation et prestations des services**

**Tableau X :** Organisation et prestations des services de planification familiale selon les agents de santé directement impliqués (voir page suivante)

Organisation et prestations de services dans les formations enquêtées dans la CVI N=15	Effectifs	Proportion
<b>Qualification de l'agent</b>		
Médecins	1	6,66
Sages femmes	6	40
Infirmiers(IDE)	5	33,33
Infirmiers(IS)	3	20
<b>Existence d'un plan de formation</b>		
Oui	4	27
Non	11	73
<b>Formation en PF</b>		
Oui	7	47
Non	8	53
<b>Existence d'un guide de prescription des contraceptifs</b>		
Oui	2	13
Non	13	87
<b>Supervisions reçues</b>		
Oui	5	33,3
Non	10	66,7
<b>Disponibilité des méthodes contraceptives</b>		
Oui	15	100
Non	0	0
<b>Circuit d'approvisionnement : Pharmacie de la zone</b>		
Oui	12	80
Non	3	20
<b>Fréquence de rupture de stock</b>		
Oui	3	20
Non	12	80

**Tableau XI : Organisation et prestations de soins et services de Planification Familiale dans les formations sanitaires (Suite)**

Organisation et prestations dans les formations enquêtées N=15	Effectifs	Proportion
<b>Continuité des services</b>		
Oui	15	100
Non	0	0
<b>Enumération des tâches</b>		
Oui	14	93
Non	1	7
<b>Implication des agents dans la PF</b>		
Oui	13	87
Non	2	13
<b>Relations interpersonnelles Agent-Utilisatrice</b>		
Bonne	15	100
Mauvaise	0	0
<b>Relations interpersonnelles Agent-Agent</b>		
Bonne	15	100
Mauvaise	0	0
<b>Implication de la communauté dans la PF</b>		
Oui	4	27
Non	11	73
<b>Disponibilité de service</b>		
Oui	15	100
Non	0	0

Sur les Quinze (15) agents de santé enquêtés, le plan de formation n'existe pas pour beaucoup d'entre eux. Aussi huit (8) Agents n'ont pas bénéficié de formation en PF. Certaines sages femmes ont émis le vœu d'être formées en insertion de DIU.

La supervision n'est pas régulière (13) agents ont affirmé n'avoir pas reçu de supervision durant l'année 2008.

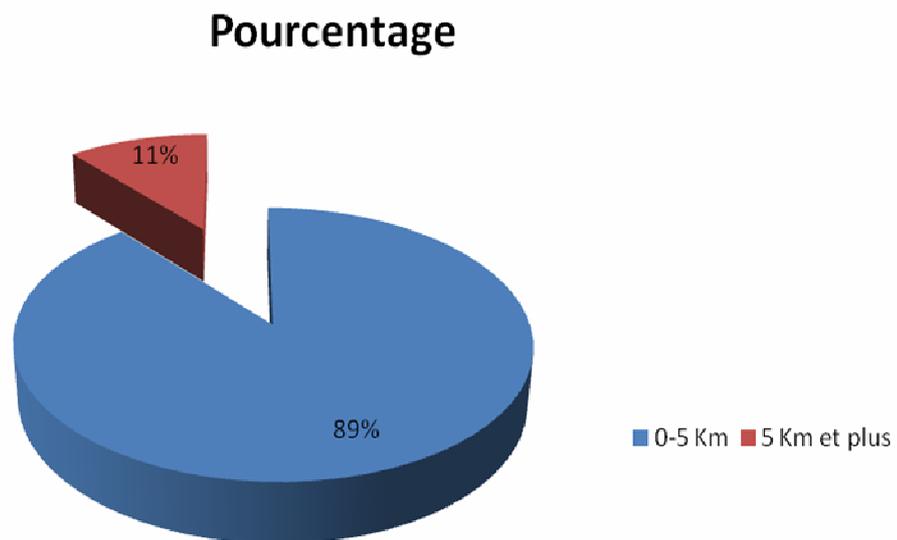
#### 4.2- Qualité des soins et services

**Tableau XII** : Opinion des femmes utilisatrices par rapport à la qualité des services de Planification Familiale.

<b>Opinion</b> <b>N=17</b>	<b>Nombre de fois cité</b>	<b>Pourcentage</b>
Bon accueil	11	64,70
Satisfaite d'heure d'ouverture	8	47,05
Confidentialité assurée lors de la consultation	16	94,11
Coût des médicaments acceptable	7	41,17
Service disponible à tout temps	11	64,70

La confidentialité, le bon accueil, la disponibilité à tout temps de service ont été les plus cités par les utilisatrices.

#### 4.3- Accessibilité des services de PF



**Figure 10:** Répartition des Femmes enquêtées selon la distance qui sépare leur domicile au service de santé.

La majorité des femmes (89,3%) habitent moins de 5 km des Services de Planification Familiale.

### 5 - Facteurs influençant l'utilisation des Services de Planification Familiale

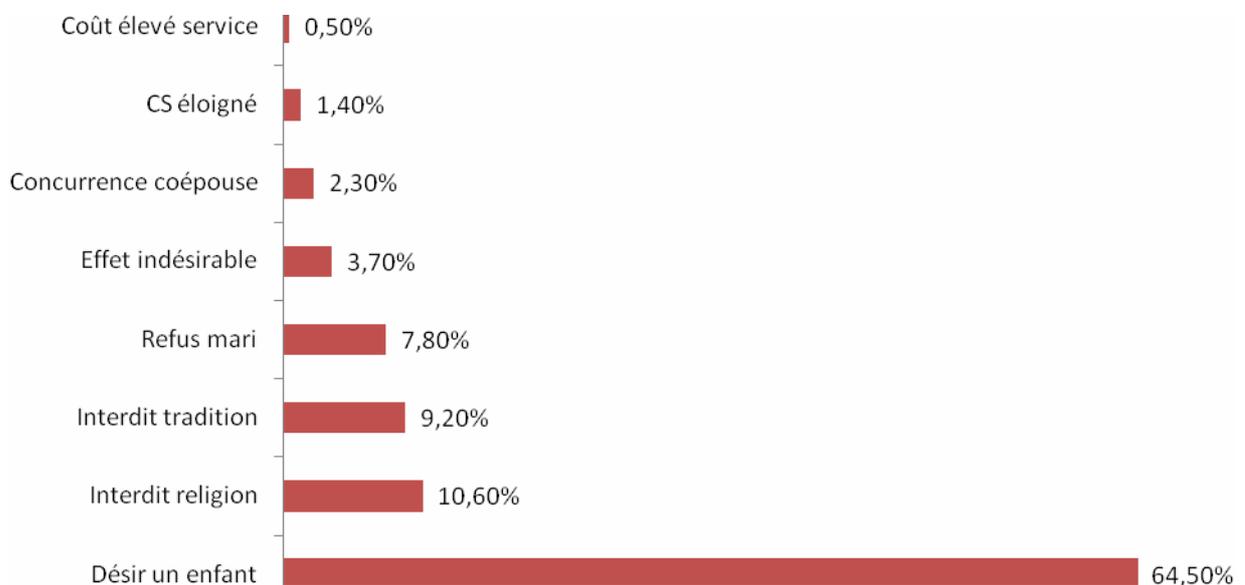
#### 5.1- Lieu d'achat des méthodes contraceptives modernes

Parmi les 25 femmes qui ont déclaré avoir utilisé les méthodes contraceptives modernes, 17 ont fréquenté les services de la Planification Familiale tandis que les 8 autres ont acheté les contraceptifs modernes sur le marché.

## 5.2- Opinion des femmes sur les raisons de non utilisation des méthodes contraceptives modernes.

Au cours de l'enquête, les femmes en âge de procréer ont relevé le désir d'avoir des enfants, l'interdiction imposée par la religion, la tradition, le coût des prestations, l'influence des maris, et les effets secondaires sont les facteurs qui empêchent l'utilisation des méthodes contraceptives modernes.

Ces raisons sont illustrées dans la figure ci-dessous.



**Figure 11:** Répartition des Femmes enquêtées selon les raisons évoquées par rapport à la non- utilisation des méthodes contraceptives modernes.

L'enquête a relevé que le désir d'avoir des enfants (64,50%) est évoqué par les femmes comme raison première. Cependant l'interdit par la religion (10,60%), la tradition (9,20%), le refus des maris (7,80%), les effets indésirables (3,70%) et le coût élevé des services (0,5%) demeurent toujours leur préoccupation.

### 5.3- Opinion des Autorités Administratives, Traditionnelles, Chefs religieux et guérisseurs traditionnels :

**Tableau XIII** : Opinions exprimées par les Chefs religieux, les autorités administratives, traditionnelles, et par les guérisseurs traditionnels sur la PF.

Groupes d'intervenants	Opinions exprimées	Nombre de fois
<ul style="list-style-type: none"> <li>Autorités administratives</li> </ul> <p>N = 4</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les us et coutumes sont en faveur d'une forte procréation</li> <li>L'enfant est perçu par la communauté comme une richesse, la force de la famille</li> <li>La communauté n'est pas favorable à la limitation de la naissance</li> </ul>	<p>4</p> <p>3</p> <p>4</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Autorités traditionnelles</li> </ul> <p>N = 29</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Connaissance des méthodes contraceptives</li> <li>Valeurs de l'enfant</li> <li>Favorable à l'espacement de naissance</li> <li>Non favorable à la limitation des naissances</li> </ul>	<p>8</p> <p>19</p> <p>28</p> <p>9</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Chefs religieux</li> </ul> <p>N = 5</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La religion musulmane est contre la contraception</li> <li>L'Eglise est contre la contraception</li> <li>La religion est contre la limitation de naissance</li> <li>Les religieux n'acceptent pas la pratique des méthodes modernes</li> <li>La religion est pro nataliste</li> </ul>	<p>1</p> <p>3</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>2</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Les guérisseurs traditionnels</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les guérisseurs traditionnels sont favorables à la procréation</li> <li>Les guérisseurs traditionnels participent à la sensibilisation pour la contraception</li> <li>Les guérisseurs traditionnels sont contre</li> </ul>	<p>5</p> <p>3</p> <p>1</p>

N = 5	la limitation des naissances	
-------	------------------------------	--

La limitation des naissances, la religion, et la perception de l'enfant sont les facteurs les plus ressortis.

### **6 - Opinion des Conjoints sur la pratique et le refus de la PF**

#### **Tableau XIV.**

Les contraintes à la fréquentation des services de Planification Familiale par les femmes, le poids de leur avis dans la prise de décision pour adopter une méthode contraceptive.

Opinions exprimées	Conjoints
D'accord pour espacer les naissances pour permettre aux parents de mieux suivre la santé des enfants, c'est aussi le bonheur de la famille.	7
Ont un avis favorable pour les méthodes de contraception modernes mais pas perdre de vue les méthodes naturelles qui sont entre autres : abstinence, la séparation des couples et l'aménorrhée de l'allaitement.	6
Ne sont pas d'avis pour la limitation des naissances << car elle favorise l'avortement provoqué : interdit par Dieu >>	4
Ont affirmé que <<avoir un garçon ou une fille n'a pas beaucoup d'importance de nos jours car les femmes sont devenues aussi les piliers de la famille.	9
Ont affirmé qu'il n'y a pas de rites traditionnels défavorables à l'utilisation de la contraception.	10

Ont unanimement affirmé que la faible fréquentation des services est liée aux : le moyen financier, le manque d'information au niveau des femmes et le refus de certains maris.	10
Ont signalé <<le manque d'échange entre le couple, les femmes qui adoptent des méthodes contraceptives sans avis de leurs maris.	7

Les conjoints ont unanimement affirmé qu'il n'y a pas de rites traditionnels défavorables à l'utilisation de la contraception et que la faible fréquentation des services est liée aux facteurs suivants : moyen financier, manque d'information au niveau des femmes et refus de certains maris.

## 7 - Association entre déterminants et utilisation des services de PF

Pour vérifier les forces d'association entre les déterminants et l'utilisation des services de Planification Familiale, nous avons utilisé les tests statistiques pour faire l'analyse.

**Tableau X V:** Association entre l'âge des femmes enquêtées de la Commune VI et l'utilisation des services de PF.

Age	Utilisatrices	Non Utilisatrices	P
< ou = 29	11 (64,7%)	125 (55,1%)	0,44
> 29	6 (35,3%)	102(44,9%)	

*\*NS Non significatif*

Il ressort de ce tableau que 64,7 % des femmes de moins de 29 ans utilisent les services de Planification Familiale.

Le lien au plan de l'utilisation des services de la Planification Familiale selon les tranches d'âge n'est pas statistiquement significatif avec P= 0,44.

L'âge des femmes n'a donc pas d'influence sur l'utilisation des services de PF.

**Tableau XVI :** Association entre le niveau d'instruction et utilisation des services de Planification Familiale.

Scolarisation	Utilisatrices	Non Utilisatrices	P
Oui	16 (94,1%)	95 (41,8%)	P <0, 0000
Non	1(5,9%)	132 (58,2%)	

La majorité des Femmes scolarisées (94,1%), utilisent les services de PF.

L'utilisation des services de PF est liée au niveau de scolarisation des femmes (P< 0,0000).

**Tableau XVII:** Association entre le niveau socioéconomique et utilisation des services de Planification Familiale.

Niveau socioéconomique	Utilisatrices	Non Utilisatrices	P
Elevé	14 (82,3%)	100 (44%)	0,002
Bas	3 (17,6)	127 (56%)	

Il ressort de ce tableau que 82,3% des femmes ayant un niveau socioéconomique élevé, utilisent les services de PF contre 17,6% pour celles ayant un niveau socioéconomique bas.

La différence au plan de l'utilisation des services de la PF selon le niveau socioéconomique est statistiquement significative (p < 0,002).

**Tableau XVIII:** Association entre distance et utilisation des services de Planification Familiale.

Distance	Utilisatrices	Non Utilisatrices	P
< ou = 5 Km	15 (88,2%)	202 (89,3%)	0,8
> ou = 5 Km	2 (11,8%)	25 (10,7%)	

Par rapport à la distance, 88,2% des femmes qui habitent à moins de 5 Km d'un centre, utilisent les services de PF. Celles qui sont au-delà de 5 Km et qui utilisent les services représentent 11,8%. Il ressort de ce tableau qu'il n'y a pas un lien entre la distance et l'utilisation des services ( $p = 0,8$ ).

**Tableau XIX :** Association entre autres déterminants et utilisation des services de PF.

Variables	Utilisatrices	Non utilisatrices	P
<b>🚦 Profession</b>			
- Ménagères	7(41,1%)	97(42,6%)	0,90
- Autres	10(58,8%)	130(57,3%)	
<b>🚦 Religion</b>			
- Aucune	5(29,4%)	95(41,8%)	0,31
- Autres	12(70,6%)	132(58,2%)	
<b>🚦 Nombre d'enfant souhaité</b>			
- < ou = 4	13(76,5%)	141(62,2%)	0,24
- 4 et plus	4(23,5%)	86(37,8%)	
<b>🚦 Limitation de naissance</b>			
- Pour	17(100 %)	162(71,6%)	0,004
- Contre	0(0 %)	65(28,4%)	
<b>🚦 Situation Matrimoniale</b>			
	14(87,5%)	162(74,2%)	0,23

Mariées	2(12,5%)	57(25,8%)	
Non Mariées			
<b>Moyen de déplacement utilisé</b>			
Pieds	13(76,5%)	49(21,3%)	0,51
Autres	4 (23,5%)	118 (78,7%)	

Il ressort de l'analyse que les déterminants tels que le niveau d'instruction, le niveau socioéconomique et la limitation de naissance sont significativement associés à l'utilisation de service de PF par les femmes en âge de procréer de la Commune VI du district de Bamako.

## VII COMMENTAIRES ET DISCUSSION

La présente étude s'est déroulée du 1<sup>er</sup> mars 2007 au 30 septembre 2008 sur les déterminants de l'utilisation des services de planification familiale par les femmes en âge de procréer dans les centres de santé de la commune VI du district de Bamako.

Nos objectifs en effectuant cette étude étaient d'étudier d'une part, les déterminants de l'utilisation des services de planification familiale par les femmes en âge de procréer; et, d'autre part :

- Déterminer le taux d'utilisation des services de planification familiale ;
- Déterminer le niveau de connaissances et attitudes des femmes en âge de procréer sur la Planification Familiale ;
- Identifier les facteurs liés aux services de santé qui influencent l'utilisation des services de planification familiale ;
  - Identifier les facteurs socioculturels, socioéconomiques et démographiques qui influencent l'utilisation des services de planification familiale ;
  - Proposer des suggestions pour l'amélioration de la couverture en Planification Familiale pour les femmes en âge de procréer au niveau de la commune VI du district de Bamako.

Dans les centres de santé visités, les bâtiments servent à la fois pour les activités de PF, de la CPN et les Agents ont souhaité de voir renforcer les matériels

médicaux en CPN et en PF ; si possible avoir les deux salles séparées (CPN et PF).

L'approvisionnement des centres de santé se fait généralement à partir des dépôts de vente de contrôle de santé selon le principe de guichet unique.

Les bâtiments dans lesquels sont menées les activités de PF étaient en bon état et propre au jour de l'enquête.

La communauté n'est impliquée dans les activités de PF dans aucun centre soit par manque de compétence, soit par crainte de rupture de confidentialité entre prestataire et clientes.

Dans les formations, l'accueil des clientes a été bien assuré : salutation d'usage, échange d'empreint de courtoisie avec un temps d'attente de l'ordre de 15 à 20 minutes par utilisatrice.

Les difficultés rencontrées pendant l'enquête ont été :

- Refus de certaines cibles de répondre à certaines questions ;
- Difficultés de communication entre certaines femmes et l'enquêteur chaque fois que les deux ne parlaient pas la même langue.

#### **- Connaissance des femmes en matière de Planification Familiale**

L'étude a révélé que la plus part des femmes en âge de procréer (96,72%) a une bonne connaissance de la PF, cela pourrait être du à la politique nationale de sensibilisation et éducation de la santé de la reproduction. Nos résultats sont comparables à ceux de Halimatou DIAWARA [29] qui trouvait que 85,1% des femmes en âge de procréer ont une bonne connaissance de la PF dans une étude réalisée dans trois (3) centres de santé du district de Bamako. ALIHONOU E. et Coll. dans une étude axée sur les connaissances, attitudes et pratiques en matière de la contraception en milieux ruraux [3] en 1988 a révélé que 85% des femmes et des hommes béninois ont entendu parler de la Planification Familiale.

Par ailleurs, il a été conclu des tendances dégagées de l'entretien de groupe focalisé avec les partenaires (hommes mariés), une prise de conscience des hommes par rapport à l'espacement des naissances.

### **-Attitudes et pratiques des femmes en matière de Planification Familiale.**

Dans cette étude la prévalence de la pratique contraceptive moderne est de 6,96%, ce qui explique que les femmes utilisent plus d'autres méthodes que la méthode moderne.

Sacko-D [68] a trouvé en 1999 au Mali 7,6% la pratique contraceptive moderne et l'EDS IV réalisée au Mali en 2006 qui a montré une prévalence contraceptive moderne de 7% ; ce taux est légèrement supérieur au taux obtenu dans cette étude.

L'EDS réalisée au Congo en 2005[41], a montré une prévalence contraceptive moderne de 14%. On note une certaine différence entre ce taux et celui obtenu dans cette étude.

Selon les informations que nous avons reçues, ceci s'expliquait par l'accentuation des séances de sensibilisation dans les formations sanitaires.

L'étude d'Abdoulaye. R M. en 2000 [1]. Sur les déterminants de la faible couverture en Planification Familiale chez les femmes en âge de procréer dans la circonscription Urbaine de Porto- Novo au Bénin a montré un taux de couverture en planification familiale de 5,9% dans la circonscription et que ces facteurs associés à la faible couverture étaient évoqués dans l'étude :

- Le désir d'avoir beaucoup d'enfant ;

- L'opinion sur le contraceptif moderne ;
- L'accueil des utilisatrices dans les centres de service de PF ;
- Le temps d'attente long ;
- Les relations avec l'agent de santé ainsi que l'explication du choix de contraceptif ;
- Perception de la société.

Dans la commune VI du district de Bamako, le taux d'utilisation par les femmes des méthodes contraceptives modernes est de 7,55% et 8% sur le plan national mais reste encore faible par rapport aux objectifs fixés.

La prévalence de 6,96% dans la communauté lors de l'enquête est légèrement inférieure à celle observée 7,55 % au niveau de la Commune selon le rapport d'activité annuelle [21].

La différence pourrait s'expliquer par le fait que certaines femmes achètent les produits contraceptifs à l'insu de leur mari et par peur de ces derniers, refusent de nous livrer quelque fois leur opinion par rapport à l'utilisation des contraceptifs.

#### **- Source d'approvisionnement de la contraception par les femmes**

Dans cette étude, il a été relevé que 32% des femmes qui ont déclaré utiliser les méthodes contraceptives modernes ont comme source d'approvisionnement : le marché.

Dans L'EDS Congo de 2005 [41], 52% des utilisatrices ont comme sources d'approvisionnement :

- Vendeurs ambulants ;
- Boutiques ;
- Marchés ;

- Boîtes de nuit.

Ce qui confirme cette tendance.

Dans l'EDS Mali 2006 p75, 52% des utilisatrices ont comme sources d'approvisionnement :

- Secteur public (hôpitaux, CSREF, CSCOM, dispensaire /maternité) ;
- Secteur médical privé (clinique privée, pharmacie, vendeur ambulant) ;
- Autres sources (boutique, tablier, amis/connaissances/parents.

Ce qui reconfirme la tendance.

### **- Utilisation des services de Planification Familiale**

Au cours de l'étude, le taux d'utilisation de services de PF obtenu par l'enquête est de 6,96%. Ce taux est légèrement inférieur au taux de 7,8% trouvé en 2006 au Benin [63].

La différence observée entre le taux obtenu lors de l'enquête et celui du système d'information sanitaire mis en place au niveau de la Commune de Come au Benin, trouve son explication dans l'insuffisance constatée dans la supervision des agents impliqués dans la PF.

Au cours de l'entretien avec le personnel, bon nombre d'entre eux ont souligné l'insuffisance de supervision.

## **Facteurs influençant l'utilisation des services de Planification Familiale**

### **- La religion**

Dans cette étude, la religion n'est pas apparue comme facteur influençant l'utilisation des services de PF par les femmes :  $P = (0,31)$ . Cependant, l'opinion unanimement exprimée par l'ensemble des personnes interrogées au cours de cette étude accorde un poids important à la religion dans la non-adoption d'une méthode de contraception moderne.

Les représentants de la religion se sont opposés à l'usage de contraceptifs modernes. Cette observation est en accord avec d'autres auteurs tels que Halimatou D [29] au Mali et Sepou A., Enza. J, Nali M.N. [67] en République Centrafricaine (2000) qui avaient montré respectivement l'opposition de la religion (4,2% et 9,6%).

De même que Alihonou E. dans une enquête dans les six communes «sentinelles» du PEV/SSP au Bénin [3] a relevé aussi les croyances religieuses comme facteurs qui freinent l'utilisation des services de santé par les populations.

CHIESA MOUTANDOU S. [14] au Gabon en 2001 a rapporté dans une étude sur le faible taux d'utilisation des méthodes modernes que les convictions religieuses ne sont évoquées que 10 fois sur 487, soit 2% des réponses.

#### - **Les raisons de non utilisation**

Dans cette étude, le désir d'avoir un enfant, les considérations religieuses, et le refus du mari ont été les plus cités.

ELIWO M A, Helène K K. [20] à Yaoundé 1999 ont cité les mêmes raisons dans leurs études portant sur une étude comparative des déterminants de la pratique contraceptive en Afrique.

#### - **La limitation des naissances**

L'étude a révélé l'influence de la limitation des naissances sur l'utilisation des services de PF par les femmes ( $p < 0,004$ ). Ceci montre que le désir de limiter le nombre d'enfants constitue une motivation à l'utilisation des services de PF.

Ces résultats sont analogues à ceux évoqués par Denis S [17] à Aplahoué en 2002 (à Cotonou) et SACKO-D et collaborateurs [68] qui trouvait 87,8% pour l'espacement des naissances au Lycée BAH Aminata DIALLO : Bamako 1999 (Mali).

### **- Le niveau d'instruction**

Dans notre étude, nous avons trouvé une relation entre le niveau d'instruction et l'utilisation des services de PF ( $p < 0000$ ). Cette relation pourrait s'expliquer par le niveau d'information élevé des mères scolarisées sur l'importance de la planification familiale. L'école est une source importante de connaissance et d'ouverture d'esprit. D'ailleurs ces résultats sont analogues à ceux trouvés par **Dohoye E C** au Bénin à Cotonou [19] et par Fatoumata TAMBOURA à l'AMPPF au Mali 2007 qui stipule que 34,3% des utilisatrices ont un niveau d'instruction secondaire [23].

### **- Le niveau socioéconomique**

L'étude a montré que le niveau socioéconomique influence l'utilisation des services de PF ( $p < 0,002$ ). Cela s'explique par le fait que 131 = (53,68%) femmes enquêtées sur les 244 ont un niveau socioéconomique bas.

10 femmes sur les 17 utilisatrices ont trouvé les coûts de prestation chers

Ce constat corrobore les observations de travaux réalisés par **NDIAYE M, D.** [49] dans une étude sur la pauvreté, les attitudes et pratiques des hommes en matière de PF dans une collectivité du Sénégal (Thiès).

Des études réalisées au Bénin ont mis l'accent sur l'accessibilité financière :

**OUENDO E M** et al [55] trouvent que par manque de conditions particulières de paiement, les couches défavorisées n'ont pas accès aux soins. Elles restent marginalisées.

### **- L'opposition des maris à l'utilisation des services de Planification Familiale**

Dans ce milieu comme dans beaucoup de pays africains en développement, le pouvoir de décision est généralement réservé aux maris.

La majorité des maris interrogés au cours de la discussion de groupe focalisé pensent qu'il leur revient le droit absolu le pouvoir de décider de la pratique de la contraception moderne par leur femme, d'autres pensent que c'est l'affaire du couple. De même la majorité des hommes affirment discuter avec leurs épouses sur les sujets importants.

Dans cette étude, 7,8% des femmes ont exprimé la réticence du mari.

En Centrafrique, Sepou A., Enza. J, Nali M.N [67] avaient montré la réticence du mari exprimé par 23,3% des enquêtées.

Au Mali, 9% des femmes ont exprimé la réticence des maris / partenaires.

### **Qualité des soins et services et Accessibilité**

#### **- Distance**

Cette étude n'a pas établi l'association de la distance à l'utilisation des services de PF dans la commune : ( $p = 0,8$ ). L'enquête auprès des femmes a donné la confirmation que l'accès géographique est égal à 90% et que 88,2% des femmes qui ont utilisé les services de PF sont à moins de 5 km. Celles situées à plus de 5 Km représentent 11,8%. Ce constat est contraire à celui qui a été fait au cours de l'étude de **Dembélé K [16]** (Cotonou 2002) qui a établi une association entre la distance et la faible utilisation des SMI/PF. Mais qui a abouti à la même conclusion selon laquelle les femmes habitant à moins de 5 km utilisent plus les services que celles vivant à plus de 5 km.

#### **- L'accueil**

L'accueil dans les centres est jugé satisfaisant par la majorité des utilisatrices (64,7%). Le niveau de satisfaction des utilisatrices a été mesuré à travers l'accueil et ses dimensions : le siège, le sourire, la courtoisie et le temps d'attente.

- NEVIS B. S., de AHO- DOUMATEY A., CATRAYE S. G. [49] (Cotonou 1994) met en évidence l'accueil des agents comme facteurs expliquant la faible fréquentation du service de Planification Familiale.

#### - Effets secondaires des contraceptifs modernes

Dans cette étude, les femmes en âge de procréer et la majorité des hommes du groupe de discussion focalisé ont cité les effets secondaires dus aux contraceptifs modernes comme frein à l'utilisation des services de PF.

Ce constat a été fait par **Dénis. S.** [17] (Cotonou 2002) qui a mis en évidence le lien entre les effets secondaires des produits contraceptifs et l'utilisation des services de PF.

## VIII CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

### 1 CONCLUSION

Dans la commune VI du district de Bamako, l'étude portée sur les déterminants de l'utilisation des services de Planification Familiale a permis de noter que:

- le taux d'utilisation des services de Planification Familiale est égal au taux de prévalence contraceptive (**6,96%**).
- Les déterminants de l'utilisation des services de planification familiale relèvent principalement du domaine socioculturel, économique, organisationnel, et le faible niveau d'information de la population sur la PF.
- Le niveau d'instruction des femmes, la limitation des naissances et le niveau socioéconomique ont été les déterminants les plus directement associés à l'utilisation des services. Il est à noter également l'insuffisance dans l'organisation des services, le faible niveau d'information des populations en matière de PF, la faible implication de la communauté dans l'élaboration et la mise en œuvre des programmes qui sont à inscrire sur la liste des facteurs pouvant influencer l'utilisation des services de Planification Familiale dans cette Commune.

Pour y remédier nous pensons qu'il faudra poursuivre cette étude dans un contexte plus large en s'appropriant nos résultats et ouvrir prochainement une réflexion sur le sujet.

Aussi l'accent devrait être mis sur les activités visant à améliorer l'organisation des services de PF, la mise en place d'un plan de politique d'information, d'éducation et de communication en direction des populations de cette zone en général et celle des quartiers de la Commune en particulier.

## **2 RECOMMANDATIONS**

Au terme de l'étude qui a permis de dégager des résultats, les suggestions suivantes sont faites à l'endroit des acteurs pour la promotion de la PF dans la commune VI. Elles sont présentées sous forme d'axes stratégiques et d'actions à mener.

### **A l'endroit du personnel de santé**

- . Renforcer la communication pour un changement de comportement (C.C.C) ciblée en faveur des femmes en âge de procréer.
- . Offrir l'ensemble des méthodes contraceptives plutôt que de se limiter aux pilules, condoms et injectables.
  - Impliquer la communauté dans la planification et la mise en œuvre des plans ;
  - 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 ;

- Créer et former des Relais communautaires en Planification Familiale au sein des groupements féminins et masculins.
  - Impliquer les structures/associations dans les quartiers, les partenaires et les autres secteurs travaillant au sein des communautés dans la diffusion des messages sur la PF.
  - Superviser les agents communautaires locaux de Planification Familiale dans leur milieu et les collaborateurs impliqués dans les activités de Planification Familiale ;
  - Impliquer les maris aux premières négociations de la Planification Familiale ;
-  **A l'endroit de la communauté :**
- Promouvoir la communication au sein du couple.
  - Encourager les débats sur la contraception.
  - Participer aux séances d'I.E.C sur la contraception.

 **A l'endroit des autorités sanitaires**

**Plaidoyer**

- Développer un partenariat avec toutes les ONG et formations privées qui interviennent dans le domaine. Ce partenariat bien qu'existant déjà, nécessite une organisation et une coordination des activités de sensibilisation ;
- Mener le plaidoyer auprès des autorités politiques et administratives, des chefs coutumiers et religieux, des hommes, des femmes et des jeunes et adolescents.
- élaborer un plan de communication en Planification Familiale en tenant compte des valeurs propres de cette communauté ;
- Organiser la formation de tous les agents intervenant dans la Planification Familiale en communication et en recherche.
- Mettre en place une équipe de réflexion sur le repositionnement de la PF

### **Renforcement des compétences et du système de gestion**

- Elaborer un programme de formation sur la PF, la communication et plaider pour la PF ;
- Former les agents de santé sur la PF, et sur la communication ;
- Former les agents d'autres secteurs de développement et des membres de la communauté en plaider pour la santé ;
- Mettre en place un plan de supervision des agents de la zone ;
- Approvisionner les centres en matériel technique de PF et supports de communication sur la PF ;

#### **A l'endroit des autorités politiques :**

- Formuler une politique prenant en compte les déterminants de l'utilisation des services de planification familiale.
- Introduire les déterminants de l'utilisation des services de PF dans les curricula de formation de base.
- Utiliser des stratégies appropriées pour améliorer l'utilisation des méthodes contraceptives au niveau de la commune .
- Tenir compte des déterminants de l'utilisation des services de PF avant de prendre toute décision les concernant.
- Veiller à la mise à disposition des produits contraceptifs conformément au cadre stratégique de lutte contre la pauvreté.
- Promouvoir les radios de proximités et l'I.E.C ciblée aux leaders (chefs de village, imams et autres groupes influents).

## **IX- REFERENCES**

Les références sont présentées selon les normes de Vancouver 5<sup>ème</sup> édition mise à jour en 2004 et classées selon l'ordre d'appel dans le texte.

**1 - Abdoulaye R M** Etude des Déterminants de la faible couverture en planification familiale chez les femmes en âge de procréer dans la Circonscription Urbaine de Porto- Novo au Bénin.

**2 -Akpadza K, Tchgafou M, Kambatibe N, et al.** Connaissances, attitudes et pratiques des hommes des méthodes modernes de contraception dans la région de Kara (Togo).Journal de la SAGO, 2002, Vol. 1, n°1, 31-34

**3- Alihonou E, Gandaho T, HouetoC, Tossou Y.** Connaissances, Attitudes et pratiques en matière de contraception dans les milieux ruraux de Pahou Avlékété et Gakpé. Pahou : CREDESA ; 1988

**4 - Alihonou E.** Niveau socio-économique et dépenses sanitaires des populations : enquêtes dans les six communes « sentinelles » du Programme Elargi de Vaccination / Soins de Santé Primaire. Pahou : CREDESA ; 1991

**5- Sidibé Alima.** Etude des connaissances, des attitudes et des pratiques des adolescents en milieu scolaire sur la contraception.

Thèse de Médecine, Bamako 2006

**6- ANDERSSON K, ODLIND V, RYBO G.** « Levonorgestrel-releasing and copper-releasing (Nova-T) IUDs during five years of use: a randomized comparative trial », *Contraception*, vol. 49, 1994, p. 56-72.]

**7 - Ayivi B, Takpara I.** Notes de cours sur l'état de la santé de la Reproduction au Bénin. Ouidah : IRSP ; 2007

Mém. : Santé Publique : Cotonou : IRSP ; 2000

**8- A. BLACK, T. O'GRADY, H. PYMAR,** Consensus Canadien sur la contraception – Chapitre 5 - N° 143 – Deuxième partie de trois, Mars 2004

**9 - A Black, Francoeur D, Rowe T.** Consensus Canadien sur la contraception. Directives Cliniques SOGC 2004 ; 143 : 158-164

**10- A. CAMPANA** Cours pour les étudiants de médecine - Family planning - Guidelines, reviews Document électronique consulté le [http://www.gfmer.ch/Cours/Index\\_cours4e\\_annee.html](http://www.gfmer.ch/Cours/Index_cours4e_annee.html)

**11- Bilodeau A.; Forget G.; Tetrault J.** L'auto efficacité relative à la contraception chez les adolescents: validation de la version française de l'échelle de mesure de Levinson. *Revue canadienne de santé publique* 1994 ; 85, 2 : 115-20.

**12- Boubacar M.** Etude épidémio-clinique du planning familial : Enquête auprès de 206 utilisatrices au centre de santé de référence de la commune I du District de Bamako d'Avril à Juin 2003. Thèse médecine, Bamako 2003, n°183.

**13- C.A. FORTIN, E.GUILBERT**, Consensus canadien sur la contraception-  
Chapitre 10 No 143, troisième partie de trois, Avril 2004

**14- Chiesa-Moutandou S, Tiemeni Wantou G.** Le Comportement contraceptif  
des Gabonaises : les méthodes modernes : faible taux d'utilisation et déficit  
d'information.

Médecine d'Afrique Noire 2001 ; 48 (5) : 191-98

**15- D. FRANCOEUR, L. HANVEY, R. MILLER, H. PYMAR**

Consensus Canadien sur la contraception Chapitre 8, N°143, Troisième partie de  
trois, Avril 2003

**16 – Dembélé K.** Utilisation des services de santé maternelle et planification  
familiale dans la commune de ouidah au Bénin.

Mém : Santé publique : IRSP : Cotonou ; 2005

**17- Denis S.** Etude des déterminants de l'utilisation des services de  
Planification Familiale dans la zone sanitaire D'Aplahoué.

Mém : Santé publique : IRSP : Cotonou ; 2002

**18 - Diakité H.** Etude de la qualité des soins curatifs au centre de santé du chef-  
lieu de la sous-préfecture de Tori-Bossito.

Mém : Santé Publique : IRSP : Cotonou ; 1999

**19 - Dohoye E C.** Besoins non satisfaits en Planification Familiale au sein du  
couple : Caractéristiques socio démographiques et cadre de vie au Bénin.

Cotonou: INSAE; 2002

**20 - Eliwo M A.** Etude comparative des déterminants de la pratique  
contraceptive moderne en Afrique. Yaoundé ; 1999

**21- Enquête Démographique de la Santé (EDSM -1- IV).** Bamako 2001, 2006  
- P63

**22 - FAMILY HEALTH INTERNATIONAL** Document électronique-  
consulté le <http://www.fhi.org/docs/site/fr/fpfaqf/fpfqfr11.html>

**23 - TAMBOURA Fatoumata** dans une étude sur les préférences des adolescentes et jeunes adultes en matière de contraception à la clinique de l'AMPPF de Bamako (MALI). Thèse de médecine Bamako 2008.

**24 - Fédération internationale pour la planification familiale.** L'islam et la planification familiale, Rabat 1971.

**25 - Fondation Genevoise pour la Formation et la Recherche Médicales.** Planification familiale

**26 - Fonds des Nations Unies pour la Population.** Situation de la population dans le Monde. Washington : FNUAP ; 1995

**27 - Fonds des nations Unies pour la Population :** Etat de la population mondiale 2007. Libérer le potentiel de la croissance urbaine. Washington : UNFPA ; 2007

**28-Groupe planification familiale Leadership** en faveur du repositionnement de la planification familiale au Mali (Mars 2008)

**29 - Halimatou DIAWARA** dans une étude sur les connaissances, attitudes et pratiques des méthodes contraceptives des élèves et étudiants du district de Bamako (Mali). Thèse de médecine Bamako 2008.

**30- Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique. Bénin** Rapport national sur l'état et le devenir de la population du Bénin. Cotonou : INSAE ; 2002

**31-International Développement Research.** Planning traditionnel au Mali. Education sexuelle en Afrique tropicale 1973 ; P54

**32 - Kamissoko M.** Utilisation de la contraception moderne par les communautés de Ouidah et Kpomassé, six ans après un programme de distribution à base communautaire.

Mém : Santé Publique : IRSP : Cotonou ; 1996

**33-La contraception.** <http://www.contraceptions.org/html/index>.

**34- Larousse médical 1995**

**35-Les contraceptifs injectables.**

<http://search.fhi.org/sitesearch.asp?query=injectables+progestatif>

Projet de développement sanitaire. Stratégie nationale en planification familiale et en IEC. Bamako Mali.

**36 - KOUMA Makan** dans une étude sur les Connaissances, attitudes et Pratiques des adolescents du Lycée Mamadou SARR relative à la planification familiale infection sexuellement transmissible et SIDA. Thèse de médecine Bamako. Thèse de médecine Bamako 2008.

**37 - Tounkara Maurice:** Les connaissances attitudes pratique des hommes par rapport aux méthodes modernes contraceptives dans la commune rurale de Kalaban coro. Thèse médecine, juin 2008, Bamako, Mali.

**38 - Ministère de la santé des personnes âgées et de la solidarité**

**DNSP/DSFC.** Rapport d'analyse des données statistiques de SMI/planification familiale 1991. Bamako Mali, juin 1993.

**39 - Ministère de la Santé Publique. Bénin.** Plan Triennal de Développement de la Zone Sanitaire. Comé : MSP ; 2006

**40 - Ministère de la Santé Publique. Bénin.** Annuaire des statistiques sanitaires. Cotonou : DPP : SNIG ; 2005

**41- Ministère de la Santé Publique. Congo.** Enquête Démographique et de Santé au Congo. Brazzaville : MSP ; 2005

**42 - promotion féminine (Mali).** Déclaration nationale de politique de population. Bamako Mali Août 1991.

**43 - Ministère de la Santé Publique. Sénégal** Enquête Démographique et de Santé au Sénégal. Dakar : MSP ; 2005

**44- Ministère de l'économie des finances et plan Sénégal.** Enquête sur la planification familiale en milieu urbain. Dakar Sénégal 1994.

**45 - Ministère du développement de l'Economie et des Finances. Bénin.** Objectif du millénaire pour le développement : Premier rapport départemental. Cotonou : MDEF : OCS : ONU ; 2006

**46 - Ministère de la Santé Publique. Mali.** Enquête Démographique et de Santé au Mali. Bamako : MSP ; 2001

**47 - Ndiaye MD.** Pauvreté, attitudes et pratiques des hommes en matière de Planification Familiale : cas du quartier de Randoulène Nord. [En ligne].

Disponible sur :

URL :<<http://www.cicred.org/Eng/Seminars/Details/Seminars/PAUVRETE/AC TES/Ndiaye.PDF>>

**48 – Network en français.** Family health international, planification familiale et IST: 2001; 20, (4): 1 - 35

**49 - Nevis B S, Aho- Doumatey A, Catraye S G.** Etude des causes de la faible fréquentation du service de planification familiale de la commune urbaine de Savalou: rapport de recherche. Cotonou : SPF ; 1994

**50- Nian M.** Approche épidémio-clinique de la grossesse chez l'adolescente à l'hôpital régional de Kayes. Thèse méd., Bamako 2000. (00M99)

**51- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE** Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive use, 2e édition. Genève, OMS, 2001.

**52 - Organisation Mondiale de la Santé. Brazzaville.** Replacer la Planification Familiale dans les services de Santé de la Reproduction. Brazzaville : OMS ; 2005

**53 - Organisation Mondiale de la Santé. Genève.** Réduire la mortalité. Genève : OMS : FNUAP : UNICEF ; 1999

**54 - Organisation Mondiale de la Santé.** Genève. Pour un meilleur accès à des soins de qualité en matière de planification familiale. Genève: OMS; 2003

**55 - Ouendo EM, Makoutode M, Agueh V, d'Almeida A M K.**

Equité d'une application de l'initiative de Bamako : Situation de la prise en charge sanitaire des indigents au Bénin et approche de solution. In : Financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu. Paris : Khartala ; 2003

**56 - PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE,**

Loi N°02 44 du 24 Juin 2002 relative à la santé de la reproduction, Article 14

**57 - Présidence de la République du Mali.** Loi n° 02-044 du 24 juin 2002 relative à la Santé de la Reproduction WQ

**58 - Présidence de la République du Mali.** Lettre Circulaire n°004/MSP-AS/CAB du 25 janvier 1991, relative au libre accès de toute femme en âge de procréer à une méthode contraceptive.

**59 - POPULATION INFORMATION PROGRAM.** Vasectomy: safe and simple. Population Reports, Series D, No. 4, Baltimore, Johns Hopkins University, novembre / décembre 1983.

**60 -Population Référence Bureau.** La planification familiale sauve des vies. Washington (US) 1991.

**61 -Population Reports.** Santé reproductive : La participation des hommes vue sous un autre angle. Série j N°46

**62- R. MILLER- L. HANVEY** Consensus Canadien sur la contraception- Chapitre 9 - No 143, troisième partie de trois, Avril 2004

**63 -Rouamba Amadou.** La planification familiale. Bamako Mali AMPPF 1986.

**64 – Saleh :** contribution à la recherche de déterminants de l'utilisation des services de planification familiale Come au Bénin 2007

**65 - Sané N'DIAYE** dans une étude épidémiologique et clinique des implants de type norplant à la clinique de l'AMPPF. Thèse de médecine Bamako 2008.

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

Thèse Médecine, Bamako 1996, N°32.

**67 - SANNI A M. :** Les opinions et comportements respectifs des conjoints en matière de fécondité et de la planification familiale au Sud- Bénin :

Méthodologie et Résultat préliminaire sur l'enquête. Cotonou : CEFORP ; 1995

**68 – SACKO - D.** Contribution à l'étude de la planification familiale dans la commune IV du district de Bamako. Thèse Médecine, Bamako 1999, N°32.

**69 - Sepou A, Enza J, Nalim N.** Les difficultés liées à l'expansion de la contraception en zones urbaine et semi urbaine de la République Centrafricaine.

Médecine d'Afrique Noire 2000 ; 47(2) : 73-77

**70 - Tolomez G.** Etude sur les statistiques de Planification familiale :

L'approvisionnement et la vente des produits contraceptifs. Burkina Faso: SPF; 1996

**71 –Traoré B. ; Konaté M. K. ; Startorton C.** Enquête démographique de la santé (EDS I) au Mali 1987.

**72- T. ROWE,** Consensus canadien sur la contraception – Chapitre 12 No 143, troisième partie de trois, avril 2004

## X- ANNEXE

### A QUESTIONNAIRE DESTINE AUX FEMMES EN AGE DE PROCREER (15-49 ans)

N°	QUESTIONS	CODES
IDENTIFICATION		
	Numéro de fiche	/_//_/_/
Q1	Arrondissement de	/_/_/
Q2	Village	/_/_/
Q3	Date de l'enquête	/_//_/_/ /_//_/_/ /_//_/_/ J M A
Q4	Nom de l'enquêteur	

IDENTIFICATION DE L'ENQUETE		
Q5	Quel âge avez- vous ?	/__/
Q6	Avez- vous fréquenté l'école ?	/__/ oui 1 Non 2
Q7	Si oui, jusqu'à quel niveau avez –vous fréquenté l'école ?  a- <b>Scolarisation</b>	/__/ primaire 1 Secondaire 2 Supérieur 3  /__/ oui 1 Non 2
Q8	Savez-vous lire et écrire en langue locale	/__/ oui 1 Non 2
Q9	1- Quelle est votre situation matrimoniale actuelle ?  2- Si mariée, êtes- vous dans un foyer polygame ?  3-Si oui, occupez- vous quel rang ?  3- Si vous êtes célibataire, avez- vous des enfants ?	/__/ mariée 1 Divorcée 2 Célibataire 3 Veuve 4  /__/ oui 1 Non 2  /__/ Première 1 Deuxième 2 Troisième 3 Quatrième 4  /__/ oui 1 Non 2
Q10	Quelle religion pratiquez- vous ?	/__/ catholique 1 Traditionnelle 2 Protestante 3 Musulmane 4 Aucune 5



		<p>-Noristerat5</p> <p>/__/ -Abstinence 1</p> <p>-Décoction 2</p> <p>-Aménorrhée de la lactation 3</p> <p>-Séparation du couple 4</p>
Q18	Citez 2 avantages de la PF	<p>/__/- contribue à améliorer la santé de la mère et de l'enfant <b>1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- éviter les grossesses non désirées <b>2</b></li> <li>- avoir le nombre désiré au moment voulu <b>3</b></li> <li>- ne sait pas <b>4</b></li> <li>- autres <b>5</b></li> </ul>
Q19	Avez- vous besoin de limiter votre naissance	<p>/__/ Oui 1</p> <p>Non 2</p>
RENSEIGNEMENT EN RAPPORT AVEC L'UTILISATION DE SETRVICE DE PF		

Q20	Avez-vous été dans un service de PF ?	/___/ Oui 1 Non 2
Q21	<p>Avez – vous utilisé au moins une fois les méthodes de contraception moderne ?</p> <p>a- si oui, laquelle utilisez- vous actuellement ?</p> <p>b- où procurez-vous ?</p> <p>c- Si non pourquoi ?</p>	<p>/___/ Oui 1 Non 2</p> <p>/___/ pilules 1 Préservatifs 2 Injectable 3 DIU 4 Norplant 5</p> <p>/___/ - centre de santé 1 - une amie /collègue 2 - voisine 3 - au marché 4</p> <p>/___/- désir d’avoir des enfants 1 - interdit par la religion 2 - interdit par la tradition ou les coutumes 3 - coûts élevés de services 4 - centre de santé éloignée 5 - concurrence avec la coépouse pour avoir plus d’enfants 6</p>

RENSEIGNEMENTS SUR L'ACCESSIBILITE DES SERVICES DE PF		
Q22	Combien dépensez-vous pour les prestations reçues ?	/_____/
Q23	Les coûts des prestations vous semblent-ils :	/__/ Trop cher 1 Acceptable 2 Sans opinion 3
Q24	Quelle distance sépare votre domicile du centre de santé le plus proche ?	/__/- ≤ 30 mn de marche <b>1</b> - Entre 30 mn et 60mn de marche <b>2</b> - > 60 mn de marche <b>3</b>
Q25	Quel moyen utilisez- vous pour vous déplacez au centre de santé ?	/__/ Voiture 1 Moto 2 Aucun 3
RENSEIGNEMENT SUR LA DISPONIBILITE DES SERVICES DE PF		
Q26	1- Est-ce que vous savez qu'il existe un service de PF dans le centre de santé ? 2- Est-ce que le service est ouvert au moment où vous avez besoin ? 3- Etes –vous satisfaites des heures d'ouvertures ?	/__/ Oui 1 Non 2  /__/ Oui 1 Non 2  /__/ Oui 1

		Non 2
Q27	Si vous fréquentez le centre de santé, comment trouvez-vous l'accueil au niveau des services de PF ?	/__/ Bien 1 Acceptable 2 Mauvais 3
Q28	Pensez- vous que la confidentialité est assurée ?	/__/ Oui 1 Non 2
Q29	Pensez- vous que votre intimité est respectée lors des consultations ?	/__/ Oui 1 Non 2
Q30	Vous est-il donné la liberté de choisir librement la méthode que vous désirez ?	/__/ Oui 1 Non 2
<b>RENSEIGNEMENT SUR LES NORMES SOCIALES</b>		
Q31	a- Le sexe de l'enfant a-t-il une signification dans votre société ? b- Le sexe masculin a -t-il plus de signification que le sexe féminin pour votre collectivité ? c- Si oui pourquoi ?  d-Le nombre d'enfants est-il important dans votre milieu ?	/__/ Oui 1 Non 2  /__/ Oui 1 Non 2 Remplace le chef de famille 1 -Aide le père dans le champ/ travail 2 -Force de la famille 3 -Autre 4  /__/ Oui 1 Non 2
Q32	Est-ce qu'il y a des cérémonies ou des croyances dans votre société qui n'encouragent pas l'utilisation des méthodes contraceptives ?	/__/ Acceptation de méthodes contraceptives 1 Non acceptation 2
Q33	Votre religion vous permet-elle d'utiliser une méthode contraceptive ?	/__/ Oui 1 Non 2
<b>RENSEIGNEMENT SUR LE NIVEAU SOCIO ECONOMIQUE DE LA FEMME</b>		
Q34	Disposez-vous des éléments suivants dans votre ménage ?  (à observer certains et noter)	/__/ maison en dur avec dalle tôle ou tuile 1  /__/ maison en banco +

<p>Q35</p>	<p>A résumé : niveau socioéconomique</p> <p>Elevé /_/ 1</p> <p>Moyen 2</p> <p>Bas 3</p> <p>Quelle est votre profession ?</p>	<p>tôles 2</p> <p>/_/ maison en banco sans</p> <p>tôles 3</p> <p>/_/ téléviseur 4</p> <p>/_/ poste radio 5</p> <p>/_/ véhicule 6</p> <p>/_/ moto 7</p> <p>Commerçant (es) 1</p> <p>Vendeurs (ses) 2</p> <p>Artisans (es) 3</p> <p>Fonctionnaires 4</p> <p>Ménagères/ sans 5</p> <p>Elève 6</p>
------------	--	--

B

**GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES AGENTS DE SANTE IMPLIQUES**

**DANS LA PF**

Commune de :

N° Fiche :

QUARTIER :

Date de l'enquête :

CSCOM

Nom de l'enquêteur

**I/ IDENTIFICATION DE L'ENQUETE :**

Nom :

Prénom :

Sexe :

Age :

Qualification :

Fonction :

**II/ ACTIVITES TECHNIQUES :**

**1/ Données sur les compétences techniques :**

Disposez-vous d'un plan de formation ? Si oui quel est le niveau d'exécution ?

.....  
.....

Quelles sont les formations/ remise à niveau prévues et reçues en PF (connaissance à jour) ?

.....

Disposez-vous d'un guide de prescription des contraceptifs ?

.....

Nombre de supervisions prévues au titre de l'année 2007

.....  
Nombre de supervisions réalisées au titre de l'année 2007

.....  
2/ Données sur le plateau technique disponible dans le service :

Quelles sont les Méthodes contraceptives disponibles dans le centre ?

.....  
Quel est le circuit d'approvisionnement ?

.....  
Le centre connaît-il des ruptures de stocks de contraceptifs ?

.....  
Quel est le coût moyen d'une prestation ?

.....  
Le centre dispose-t-il des matériels médico-techniques selon les normes ?

.....  
3/ Consultation en planning Familial :

Nouvelles Consultantes

.....  
Taux de couverture en PF

.....  
4/ Relation interpersonnelle:

Répartition des tâches des membres de l'équipe

.....  
Travail en équipe

.....  
Implication des agents dans la planification

.....  
Ambiance de travail

.....  
Quelles relations le personnel entretient avec les clientes  
(respect de l'intimité, confiance, empathie, écoute attentive)

.....  
Quelles sont leurs relations de travail avec la communauté ?  
Niveau d'implication des communautés dans la PF

.....  
Quelles sont les activités de PF réalisées avec l'appui de la communauté ?

.....  
5/ Données sur la disponibilité des services :

Existe – t-il un service de permanence au niveau du centre ?

.....  
Heure d'ouverture et de fermeture du centre

.....  
6/ Continuité des services :

Le service est-il ouvert toute la semaine ?

.....  
Disponible 24h/ 24h

C

**GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES AUTORITES TRADITIONNELS**

Commune de :

N° Fiche :

QUARTIER :

Date de l'enquête :

Nom de l'enquêteur

I/ IDENTIFICATION DE L'ENQUETE :

Nom :

Prénom :

Age :

Fonction :

II/ THEMES D'ENTRETIEN :

1/ Données sur leur perception sur la contraception et la connaissance:

Avez-vous entendu parler de la PF ?

.....

Quelle est votre perception sur la procréation ?

.....

Connaissez-vous les avantages des méthodes contraceptives ? Si oui

Citez-en deux

.....

Y-a-t-il d'avantage à espacer les naissances ? Lesquels ?

.....  
2- Données sur les prestations offertes :

Quels sont les produits utilisés pour la contraception ?

.....  
Comment appréciez- vous le niveau de fréquentation pour la contraception ?

.....  
Comment appréciez- vous la limitation des naissances ?

.....  
Quelle appréciation les clients font de votre rôle (satisfaction)?

.....  
Quelles suggestions faites-vous pour la promotion de la PF ?

.....

**D**

**GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES CHEFS RELIGIEUX**

Commune de :

N° Fiche :

QUARTIER

Date de l'enquête :

Nom de l'enquêteur

I/ IDENTIFICATION DE L'ENQUETE :

Nom :

Prénom :

Age :

Fonction :

II/ THEMES D'ENTRETIEN :

1/ Données sur leur perception sur la contraception et la connaissance:

Avez-vous entendu parler de la PF ?

.....  
Quelle est la perception de votre religion sur la procréation ?

.....  
Et la perception de votre religion sur la contraception ?

.....  
Connaissez-vous les avantages des méthodes contraceptives ? Si oui

Citez-en un.....

Y-a- t-il d'avantage à espacer les naissances ? Lesquels ?

.....  
Perception par rapport (espacement des naissances, limitation des naissances)

.....  
La perception de l'enfant au sein de la société.....

Quel est votre rôle en tant que religieux dans le système de santé ?

**E**  
**FICHE D'EXPLOITATION DOCUMENTAIRE A**  
**L'ENDROIT DES CENTRES DE SANTE**  
**COMMUNAUTAIRE**

Commune de :

N° Fiche :

QUARTIER

CSCOM

Date de l'enquête :

1/ Données Démographiques :

Population Totale

.....  
Répartition par tranche d'âge et par sexe

.....  
Taille moyenne des ménages

.....  
Nombre des femmes en âge de procréer (15- 49 ans) en 2006, 2007, 2008

2 /DONNEES SANITAIRES :

2.1 Données sur l'infrastructure et l'équipement :

Type d'infrastructure .....

Nombre de salles.....

Equipement (état du matériel de PF) :.....

2.2 Données sur le personnel et compétences techniques :

Effectif par catégorie : .....

Formation continue (nombre et thèmes de supervisions sur la PF reçues en 2007 et 2008)

.....

Guide de formation

.....

Description de postes de chaque agent

.....

Enumération des tâches du personnel menant les activités de PF :

.....

2.3 Données sur l'organisation des ressources :

Les horaires de services :.....

Programme du travail : calendrier journalier, hebdomadaire, et mensuel

.....

Plan d'action : .....

2.4 Données sur les utilisatrices :

Nombre d'utilisatrices (anciennes et nouvelles) en 2007, 2008

.....

Nombre des naissances vivantes en 2007, 2008

.....

Nombre des grossesses attendues en 2007,2008

.....

Nombre de centre de santé fonctionnels dans la commune

.....

Nombre d'hôpital public

.....

Nombre d'hôpital privé

.....

Nombre d'hôpital confessionnel

.....

S'il existe un centre d'insertion de Norplant dans la Commune VI.

.....

Nombre des cabinets privés et confessionnels

.....

La couverture en infrastructures sanitaires de la commune est de combien pour l'année 2008?

.....

Nombre d'agents toutes catégories confondues travaillant dans les formations sanitaires

.....

Nombre des agents par catégorie travaillant dans les services de PF

.....

Taux de fréquentation des centres de santé communautaire pour l'année 2008

.....

Taux d'utilisation de services de soins curatifs pour l'année 2008

.....

Les principales causes de consultation dans la formation sanitaire en 2008

.....

Les 3 premières causes de décès

.....

Activités de la maternité :

Taux d'utilisation des services prénataux (nombre de consultations prénatales/ nombre de grossesses attendues) dans le CSCOM en 2008

.....

Taux d'utilisation des services post-natals dans le CSCOM en 2008

.....

Taux des accouchements assistés dans le centre de santé en 2008

## **ENTRETIEN DE GROUPE AVEC LES CONJOINTS DE FEMMES EN AGE DE PROCREER**

F

I/ introduction : avant de commencer l'entretien

- Saluer l'auditoire
- Se présenter
- Expliquer le motif de la rencontre et le but
- Rassure les participants du caractère confidentiel de l'entretien
- Solliciter la participation active de tous
- Demander à chaque participant de se présenter

Avec votre permission, si nous pouvons commencer l'entretien

II/ THEMES D'ENTRETIEN :

Perception par les hommes de la Planification familiale

.....

Connaissance des méthodes modernes, avantages et inconvénients

.....

Les moyens de déplacement utilisés généralement pour se rendre au centre de santé

.....

Quel symbole représente l'enfant dans le milieu ? : (Richesse, conservateur de la tradition ...)

.....

Perception par les hommes de l'espacement des naissances

.....

Perception par les hommes de la limitation des naissances

.....

Perception par les hommes du sexe de l'enfant a-t-il une importance dans cette société ?

.....

Quelles sont les valeurs de cette société ?

.....

Influence de ces valeurs sur la contraception

.....

Avis des hommes sur le nombre des enfants

.....

Avis sur l'importance des enfants

.....

Méthodes d'espacement utilisées dans le milieu par les hommes et par les femmes

.....

A-t-on plus recours à ces méthodes traditionnelles que les modernes ?

.....

Pourquoi ?.....

.....

La population a-t-elle accès financièrement et géographiquement aux méthodes contraceptives dans les services de santé ?

.....

.....

Existe-t-il d'autres recours (automédication = pilules vendues sur le marché) ?

.....

.....

Qu'est ce qui peut freiner la fréquentation des services de PF dans les centres de santé par les femmes ?

.....  
.....

Existe-t- il un échange entre les hommes et femmes sur le nombre d'enfants à avoir dans le ménage ?

.....

Les avantages de la PF sont-ils connus des hommes ?

.....  
.....

Quel est le poids de l'avis des hommes dans la prise de décision pour prendre une méthode contraceptive ?

.....

Leur implication dans la promotion de la PF

.....

Je vous remercie d'avoir bien voulu répondre à notre invitation malgré vos multiples occupations.

## G

### GRILLE D'OBSERVATION AU NIVEAU DES CENTRES DE SANTE

#### Identification du centre

Centre de santé du quartier .....

#### Infrastructures de PF

Etat des bâtiments	Bon /___/	mauvais /___/
Entretien	propre /___/	sale /___/
Nombre des bâtiments	/___/	

#### Equipement

Equipement médical :

Existant	oui /___/	non /___/
En bon état	oui /___/	non /___/

Conforme

- Boîte à outils
- Stérilisateur
- Gants
- Table gynécologique
- Bancs – chaises
- Registre
- Fiche de gestion de stocks
- Pèse-personne
- Mètre ruban

Hygiène du matériel

- des matériels (boîte spéculum, petite chirurgie) oui /\_\_\_/ non /\_\_\_/

Organisation des soins

- Plan de travail oui /\_\_\_/ non /\_\_\_/
- Tableau de permanence oui /\_\_\_/ non /\_\_\_/
- Affiches sur la contraception oui /\_\_\_/ non /\_\_\_/

Gestion des contraceptifs

- disponible oui /\_\_\_/ non /\_\_\_/
- stockage et ranger dans une étagère oui /\_\_\_/ non /\_\_\_/
- document de gestion  
  . Fiche de stock oui /\_\_\_/ non /\_\_\_/  
  . Fiches d'inventaires oui /\_\_\_/ non /\_\_\_/
- Liste des contraceptifs existants oui /\_\_\_/ non /\_\_\_/
- Liste des contraceptifs affichés oui /\_\_\_/ non /\_\_\_/

Prestations

Accueil

- salutations / sourire oui /\_\_\_/ non /\_\_\_/
- siège
- respect de confidentialité oui /\_\_\_/ non /\_\_\_/
  
- séances d'IEC/CCC oui /\_\_\_/ non /\_\_\_/

## **H**

### **GUIDE D'ENTRETIEN AVEC DES REPRESENTANTS DE LA COMMUNAUTE : les autorités de la commune.**

Commune de :

N° Fiche :

QUARTIER

Date de l'enquête :

I/ Identification de l'enquêté

Nom :

Prénom :

Age :

fonction :

II/ THEMES D'ENTRETIEN :

1- Données sur les coutumes, croyances et les valeurs sociales :

Connaissance des méthodes modernes, avantages et inconvénients

.....

Connaissez-vous les avantages des méthodes contraceptives ? Si oui

Citez-en un

.....

Y-a-t-il d'avantage à espacer les naissances ? Lesquels ?

.....

Est-ce que vous savez qu'il existe un service de PF dans le centre de santé ?

.....

Quels sont les groupes ethniques qui existent dans votre localité ?

.....

Quelles sont les valeurs, importance accordez-vous à l'enfant ?

.....

Perception par les représentants de la communauté de l'espacement des naissances

.....

Perception par les représentants de la limitation des naissances

.....

Est-ce qu'il y a des cérémonies ou des croyances dans votre société qui n'encouragent pas l'utilisation des méthodes contraceptives ?

.....

**I**

**GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES GUERISEURS  
TRADITIONNEL**

Commune de

N° Fiche :

QUATIER

Date de l'enquête :

I/ Identification de l'enquêté

Fonction :

II/ THEMES D'ENTRETIEN :

1- Données sur les coutumes, croyances et les valeurs sociales :

Pensez-vous que les Us et Coutumes dans la localité sont favorables à la PF ?

.....

Quelles sont les valeurs, importance accordées à l'enfant dans cette Communauté ?

.....

Votre perception par rapport à la limitation des naissances

.....

Est-ce que vous savez qu'il existe un service de PF dans les centres de santé de votre quartier ?

.....

Est-ce qu'il y a des cérémonies ou des croyances dans cette société qui n'encouragent pas l'utilisation des méthodes contraceptives ?

.....

### **Aspects opérationnels des variables**

Cette étude concerne deux catégories de variables

Variable dépendante : **Utilisation de service de Planification Familiale**

Variables Indépendantes :

- Croyances
- Religion
- Valeurs relatives à la fécondité
- Niveau d'instruction
- Age
- Situation matrimoniale
- Parité
- Nombre de grossesse
- Nombre d'enfants
- Accessibilité financière
- Accueil
- Compétence des prestataires
- Disponibilité des services
- Accessibilité aux services de PF
- Continuité de service

- Perception
- Connaissances
  
- Relation interpersonnelle

## Opérationnalisation des variables

*Tableau N°I : Variable dépendante*

Objectif	Variable	Modalité
Utilisation des services de planification familiale	- Proportion des Femmes qui utilisent  - Proportion des Femmes qui n'utilisent pas	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Bon : taux d'utilisation <math>\geq 10\%</math></li><li>▪ Acceptable : taux d'utilisation entre 8 et 10%</li><li>▪ Faible : taux d'utilisation <math>&lt; 8\%</math></li></ul> <p>Ces critères sont établis en fonction du taux national qui est de 8,02 au Bénin en 2006</p>

*Tableau N°II : Variable Indépendante*

Objectif	Variable	Modalité	Critère
1	Utilisation des services	-Proportion des femmes en âge de procréer qui ont visité au moins une fois les services de PF pour recevoir des prestations durant la période.	Bonne : si oui  Mauvaise : si non

**Tableau N°III : Variable indépendante 1**

Objectif	Variable	Modalité	Critère
2	Connaissances des méthodes contraceptives de la PF	1- les méthodes modernes : pilules ; injectables ; préservatifs ; DIU ; Norplant ; Diaphragme  2- les méthodes traditionnelles utilisées au niveau communautaire : décoctions ; bague ;	- <u>Bonne connaissance</u> : Si la femme connaît 2 méthodes et au moins 2 avantage  - <u>Connaissance acceptable</u> : Si elle cite 1 ou 2 méthodes et connaît au moins 1 avantage ;  - <u>connaissance Insuffisante</u> : si la femme ne connaît aucune méthode et aucun avantage.

		<p>Abstinence temporaire ; méthode de cycle</p> <p>3- les avantages des méthodes modernes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-contribue à améliorer la santé de la mère et de l'enfant</li> <li>- Eviter les grossesses non désirées</li> <li>- Avoir le nombre désiré au moment voulu</li> </ul>	
--	--	---	--

**Tableau N°IV : Variables indépendantes 2**

Objectif	Variable	Modalité	Critère
3	Accessibilité géographique	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Distance entre le domicile et le centre de santé (<math>\leq 30</math> minutes à pieds)</li> <li>- voies d'accès praticables en toutes saisons</li> <li>- Moyens de déplacement (moto ou voiture)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Bonne</u> : Si domicile <math>\leq 5</math> Km ; voies praticables en toute saison ; existence de moyen de déplacement (moto ou voiture)</li> <li>- <u>Mauvaise</u>: distance <math>&gt; 5</math> Km ; voies non praticables ; absence de moyens de déplacement.</li> </ul>

	Accessibilité économique	Capacité d'honorer les prestations	<p><u>Oui</u> : Si honore totalement les coûts de la prestation</p> <p>- <u>Non</u> : Si honore pas du tout les coûts de la prestation</p>
	Accueil	Salutation, offre d'un siège, se présenter, dire au revoir, agent sourit aux patientes, courtoisie, salle d'attente,	<p><u>Bien</u> : si tous ces éléments sont présents</p> <p><u>Insuffisance</u> : si deux éléments manquent</p>
	Compétence des prestataires	Qualification des agents : sage femme ou infirmière formée, supervisée régulièrement,	<p>- <u>Agent compétent</u> : infirmière d'état, sage femme, aide soignant formés en PF et supervisé régulièrement</p> <p>- <u>Non compétent</u> : infirmière d'état, sage femme, aide soignant non formés et non supervisé.</p>
		Existence d'un plan de formation pour les agents de PF	<p>- Oui</p> <p>Plan de formation</p> <p>- Non</p>
		Existence d'un guide de formation	<p>- Oui</p> <p>Existence</p>

			- Non
	Plateau technique	Disponibilité des matériels médico-techniques :  Boite petite chirurgie, boîte spéculum, tambour PM, table d'examen, appareil à tension, Thermomètre	- <u>Bon</u> : si tous les matériels sont présents  - <u>Insuffisance</u> : si au moins deux ne sont pas disponibles
	Disponibilité des services	- s'il existe un service de PF au niveau du centre  - au moins les contraceptifs (pilule, injectables, préservatifs) existent  - le personnel compétent et répond aux sollicitations de la cliente	- <u>Disponibilité bonne</u> : Si le service de PF est ouvert aux utilisatrices, au moins 2 contraceptifs existent ; un personnel compétent et répond aux sollicitations de la cliente  - <u>Disponibilité acceptable</u> : Si le service de PF est ouvert aux utilisatrices, au moins 1 contraceptif  - <u>Non disponible</u> : s'il n'existe pas de service de PF
		le service respecte l'horaire d'ouverture et de fermeture	<u>Oui</u> : si service de PF respecte l'horaire d'ouverture et de fermeture  <u>Non</u> : Si aucun respect d'horaire d'ouverture et de fermeture
	Continuité de service	Le service est ouvert à tout moment jour et nuit.	- <u>Disponibilité bonne</u> : si le service de PF est ouvert aux utilisatrices de jour comme de nuit pendant toute la

			<p>semaine ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Insuffisante</u> : si le service n'est pas disponible jour et nuit pendant toute la semaine ;</li> </ul>
	Relation interpersonnelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Répartition des tâches des membres de l'équipe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Oui</u> : si les tâches sont bien réparties entre les différents membres</li> <li>- <u>Non</u> : si aucune répartition des tâches n'est faite</li> </ul>
		Relation entre agent	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Bonne</u> : si les agents entretiennent de bonne relation</li> <li>- <u>Mauvaise</u> : si souvent conflits entre agent</li> </ul>
		Travail en équipe	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Bon</u> : Agent motivé</li> <li>- <u>mauvais</u> : si Agent non motivé</li> </ul>
	Satisfaction des bénéficiaires	<p>Efficacité des méthodes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponibilité</li> <li>- Accessibilité</li> <li>- Qualité de la PEC</li> <li>- Bon accueil</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Bon</u> : si les 4 conditions sont réunies</li> <li>- <u>Acceptable</u> si 3 au moins sont réunies</li> <li>- <u>Insuffisant</u> si aucune n'est réunie</li> </ul>

**Tableau N°V : Variables indépendantes 3**

Objectif	Variable	Modalité	Critère
4	Us et coutume	- Refus de la contraception moderne	- Acceptation des méthodes contraceptives oui ou non
		- Poids de la tradition	- Encouragement à l'utilisation : Oui Non
	Niveau d'instruction	Analphabète Instruite : niveau primaire niveau secondaire et plus	<u>Niveau d'instruction</u> : ayant fréquenté au moins le niveau primaire et sachant lire et écrire dans une langue ;  - <u>Sans Niveau d'instruction</u> : n'ayant pas fréquenté et ne sachant lire et écrire dans une langue ;
	Religion	Les religions pratiquées :  - Catholique  - Religion traditionnelle  - Protestante  - Musulmane  - Aucune	position de chaque religion sur l'utilisation des méthodes contraceptives
	Croyance	- Sexe de l'enfant	- valeur sociale de chaque sexe
	Valeur relative à la	- Nombre élevé	- Influence oui ou non de

	fécondité	(richesse, main d'œuvre, don de dieu) - Pérennisation de la famille	l'utilisation de la PF
	Age	- 15 à 25 ans - 25 à 35 ans - 35 à 45 ans - 45 à 49 ans	- tranche la plus propice et la plus exposée à l'utilisation : 25 à 35 ans
	Situation Matrimoniale	- Mariée :  - célibataire (avec enfant, sans enfant) - Divorcée - Veuve	- <u>Favorable</u> : si consentement du mari à l'utilisation et la femme pratique la contraception  - <u>non favorable</u> : si refus du mari et la femme n'utilise pas  <u>Utilisation</u> : oui  Non
	Nombre de grossesse	- 1 à 3 grossesses - 4 à 6 grossesses - Aucune	<u>Prédispose</u> oui ou non

	Nombre d'enfant vivant et à charge	- nombre d'enfants qui prédisposent à l'utilisation des méthodes contraceptives  2 – 4 enfants  5 – 7 enfants  8 et plus	Nombre d'enfant vivant et à charge       <u>Prédispose</u> oui ou non
	Niveau socioéconomique	Peut être élevé, moyen, bas ; généralement mesuré par la disponibilité ou non dans le ménage de : maison en dur avec dalle, tuile ; dur avec avec tôle ; banco avec paille; véhicule, moto ou, télé/ radio, nombre de repas par jour.	<u>Elevé</u> : maison en dur avec dalle, tuile ; véhicule ; au moins 2 repas par jour  - <u>Moyen</u> : maison en dur avec tôle ; moto ; poste radio ; au moins 1 repas par jour  - <u>Bas</u> : maison en banco avec paille ; moins de 2 repas ;

**FICHE SIGNALITIQUE**

Nom: **TRAORE**

Prénom: **ABDOU IBRAHIMA**

Titre de la thèse : **Déterminants de l'utilisation des services de planification familiale par les femmes en âge de procréer dans les centres de santé de la commune VI du district de Bamako.**

Année de soutenance : 2010

Ville de soutenance : **BAMAKO**

Nationalité : **MALIENNE**

Lieu de dépôt : **Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto- Stomatologie.**

Secteurs d'intérêt : **Santé publique, Gynécologie.**

## **RESUME**

L'étude qui a porté sur 314 personnes de la Commune VI du district de Bamako, a tenté d'identifier les déterminants de l'utilisation des services de Planification Familiale par les femmes en âge de procréer et d'établir une relation entre les différents facteurs et l'utilisation des services.

Les personnes enquêtées ont été réparties en deux sous-groupes à savoir :

- Celui de 244 femmes en âge de procréer recrutées par échantillonnage en grappes ;
- Celui constitué par 18 agents de santé retenus par choix raisonné et de 28 chefs traditionnels, 5 chefs religieux, 5 guérisseurs traditionnels et 4 autorités administratives, choisis également par choix raisonné.

Un entretien de groupe focalisé fut réalisé avec 10 conjoints.

Les techniques et outils de collecte des données ont été : une enquête par questionnaire, un entretien individuel et de groupe à l'aide des guides d'entretien, une exploitation documentaire par une fiche d'exploitation documentaire et l'observation avec une grille d'observation. Le taux d'utilisation trouvé est de 06,96%. Les facteurs socioculturels tels que le niveau d'instruction, la limitation des naissances, les facteurs socioéconomiques tel que le niveau socioéconomique ont été les déterminants identifiés. Le désir d'avoir un enfant, la religion, la réticence des conjoints et les effets secondaires ont été cités par les enquêtées comme frein à l'utilisation de services de PF. Il serait nécessaire d'élever le niveau de connaissance des populations sur les méthodes

contraceptives modernes, d'impliquer la communauté et les autres secteurs du développement, d'augmenter le niveau de compétence des agents, afin de motiver les femmes à l'adhésion pour les services de Planification Familiale.

**Mots clés :** Déterminants, Utilisation, Commune VI du district de Bamako , Mali.

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

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

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

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

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

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

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

**JE LE JURE.**