

Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche Scientifique

République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi

Université de Bamako



Faculté de Médecine, de Pharmacie
et d'Odonto-stomatologie



Année Universitaire 2009/2010

N°...../

TITRE :

Etude de la connaissance et de la perception des
utilisatrices du planning familial consultantes à la
clinique de l'AMPPF.

THESE:

*Présentée et soutenue publiquement le 04/09/ 2010 devant
La Faculté de Médecine, Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.*

PAR

Madame TRAORE Anta CISSE

**Pour l'obtention du DOCTORAT en Médecine
(DIPLÔME D'ETAT)**

JURY:

Président: Pr. Mamadou KONE

Membre: Dr. Mamadou Sima

Co-directeur: Dr. Sékou BAH

Directeur: Pr. Elimane MARIKO

DEDICACES

JE DEDIE CE TRAVAIL :

A ALLAH le tout puissant, le miséricordieux, toutes les louanges t'appartiennent

Tu m'as assisté tout au long de ma vie, je te prie seigneur d'accepter ce modeste travail en témoignage de ma reconnaissance de ma foi

Par tes beaux noms, Seigneur je te demande de mettre de la sincérité dans ce travail afin que tu me donne chance, et que tu m'en fasses bénéficier dans ce monde et dans l'au-delà et que ta bénédiction soit sur notre Prophète (PSL), sur ces compagnons et tous ce qui le suivent dans le bon chemin (Amen)

A Mon Père : Feu Amadou Cissé Tout a été précipité pour moi cher père mais c'est le tout puissant ALLAH qui l'a décidé ainsi et nul ne peut contre sa volonté.

Tu m'as laissé un grand vide car malgré tout, tu as toujours su me donné ton amour.

Je regrette que tu ne sois pas là pour assister à ce moment que tu avais tant attendu que ton âme repose en paix (Amen).

A Mon oncle :Mahamadou S Diallo Mon très cher oncle tu est pour moi un modèle d'une générosité et d'une sympathie immenses, tu as toujours été a mes cotés quand j'avais besoin de l' affection d'un père , en toute sincérité les mots me manquent pour extériorisé l'amour et l'admiration que j'ai pour toi, trouve ici l'expression de ma sincère reconnaissance pour le soutien psychologique, financier que tu m'as consacré depuis le bas age jusqu'à maintenant ;ce travail est le fruit de tout votre soutien que le tout puissant te garde au près de nous aussi longtemps que possible .

A Ma Mère Djeneba S Diallo:Chère Maman, vous été une femme respectueuse généreuse courageuse et battante tu as joué ton rôle de Mère sois en rassurée.

Tu es une mère exemplaire ce travail est le fruit de vos prières et vos sacrifices de tous les jours.

Je prie le tout puissant pour qu'il m'aide à trouvé le chemin de la réussite afin que tu saches que tes nuits blanches tes prières, tes sacrifices et les efforts n'ont pas été vains.

Que Dieu te garde près nous aussi longtemps que possible pour que tu bénéficies le fruit de ton dévouement

REMERCIEMENTS

A Ma Tante (Maman) Nana Diallo et toute sa famille Sounfountéra : je vous remercie pour le soutien que vous m'avez apporté durant toute mes études ; ma très tante en toute honnêteté les mots me manquent. Car tu as toujours été pour moi un soutien morale, financier, toujours essuyé mes larmes ; tu es une femme exemplaire ce travail est le fruit de tes encouragements ; trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance je prie ALLAH le tout puissant qu'il te donne longue vie au près de nous tous

-A ma Grande mère Malado Diallo : vous avez toujours été un soutien pour moi, ce travail est le fruit de vos prières et les sacrifices de tous les jours C'est l'occasion pour moi de vous rappeler mon affection et toute ma reconnaissance que la terre te soit légère (Amen).

-A mon très cher Mari Ibrahima TRAORE: ce travail est le fruit de votre patience, de vos encouragements de tous les jours, tu as toujours su me consoler, trouver des solutions à mes problèmes.

QU'ALLAH le tout puissant nous garde longue vie auprès de nos enfants ; et nous donne bonne chance dans notre foyer.

-Mes frères et sœurs : votre confiance en moi est un stimulus constant qui m'encourage vers la réussite, n'oublions pas les efforts fournis par nos parents pour notre éducation.

Que l'amour et la compréhension qui règnent entre nous reste pour toujours.

-A mes tantes Ana , Koumba

Merci de me donner une famille d'accueil, un sous couvert .je n'oublierai jamais les bons moments que nous avons passé ensemble.

QU'ALLAH vous prête longue vie

-A Ibrahim Baber Touré : mes sincères reconnaissances pour votre disponibilité, vos encouragements.

Bref, pour tout le soutien que vous m'avez apporté durant ce travail

-Aux personnels de la clinique de L'AMPPF: trouver ici l'expression de mes profondes reconnaissances

- Au chef de la clinique de L' AMPPF ma profonde reconnaissance au chef, de m'accepter a faire ce travail dans son service

-A Tonton ELI SIMPARA (CHARGER DES IEC A L'AMPPF) mes sincères reconnaissances pour tout le soutien que vous m'avez apporté durant cette étude

-A tous mes maitres de l'école fondamentale jusqu'à la médecine.

-A toutes les personnes qui m'ont aidé tout au long de ce travail

A notre maitre et Président du jury

Professeur Mamadou KONE

🇲🇱 Professeur de Physiologie, Chargé de cours à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto Stomatologie de Bamako.

🇲🇱 Directeur adjoint du Centre National des Œuvres Universitaires du Mali

🇲🇱 Membre du comité scientifique international de la revue française de médecine du sport

🇲🇱 Membre du Groupement Latin et Méditerranéen de médecine du sport

🇲🇱 Président du colloque malien de réflexion en médecine du sport

Cher Maitre

Nous vous remercions d'avoir accepté si spontanément de présider cette thèse. Nous avons apprécié votre rigueur dans la démarche scientifique, vos qualités intellectuelles et humaines tout au long de ce travail.

Que cette thèse soit le témoignage de notre profonde et sincère reconnaissance.

A notre maître et, Directeur de thèse

Professeur Elimane MARIKO,

- 🇲🇱 Professeur de pharmacologie à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie ;**
- 🇲🇱 Colonel de l'armée Malienne, chargé de mission au ministère de la défense et des anciens combattants ;**
- 🇲🇱 Coordinateur de la cellule sectorielle de lutte contre le VIH/SIDA au ministère de la défense et des anciens combattants.**

Cher maître,

Nous vous remercions d'avoir initié et suivi ce travail malgré vos multiples occupations.

. En plus de vos expériences et compétences scientifiques, votre rigueur et votre humanisme font de vous une personne ressource de la FMPOS.

Nous prions le tout puissant Allah qu'il vous garde aussi longtemps que possible au près de nous afin de toujours bénéficier de vos conseils.

Trouvez- ici, cher maître, l'expression de notre notre profond respect.

.

A notre Maître, et Co- Directeur, Docteur Sékou Bah

🏛️ Maître assistant de pharmacologie à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie ;

🏛️ Pharmacologue à la pharmacie hospitalière du CHU du point « G » ;

🏛️ Titulaire d'un Master en santé Communautaire Internationale.

Cher maître, Ce travail est le vôtre; le respect de la vie humaine, le sens social élevé, la faculté d'écoute, sont des vertus que vous nous incarnez et qui font de vous un grand Pharmacien.

Votre courtoisie, votre disponibilité et votre exigence pour le travail bien fait, font de vous un exemple à suivre.

Veillez trouver ici cher Maître, l'assurance de notre reconnaissance.

**A notre Maître et juge
Docteur Mamadou Sima**

✚ Gynécologue obstétricien ;

**✚ Praticien hospitalier au service de gynécologie et d'obstétrique du
CHU du Point "G".**

Cher Maître :

Nous sommes honorés de votre présence dans ce jury ; l'accueil que vous nous aviez réservé dès le premier contact restera encre dans notre mémoire. Votre disponibilité et votre rigueur nous ont impressionnés.

Votre apport a été si important pour l'amélioration de la qualité de ce travail.

Trouvez – ici cher maître l'expression de notre profonde gratitude.

ABREVIATION :

AMPPF : Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille.

DNS : Direction Nationale de la Santé

DSFC : Division de la Santé Familiale et Communautaire

DSR : Division Santé de la Reproduction

EDSM : Enquête Démographique et de Santé au Mali

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PF : Planning Familial

PF : Planification Familiale

SR : Santé de la Reproduction

DSF : Division Santé Familiale

SMI/PF : Santé Maternelle et Infantile du Planning Familial

MST/SIDA : Maladies Sexuellement Transmissibles / Syndrome - Immuno Déficience Acquise

M. A. M.A : Méthode d'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée

COC : Contraceptifs Oraux Combinées

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

COP : Contraceptifs Oraux Progestatifs

DIU : Dispositif intra Utérin

CCV : Contraception Chirurgicale Volontaire

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

IEC : Information Education et Communication

SOMMAIRE

I-Introduction	1
II- Objectif général.....	4
III-Généralités.....	5
IV. Méthodologie.....	25
IV. Résultats.....	28
V. Commentaires et Discussion:.....	40
VI. Conclusion et Recommandations	44
VII .Bibliographie.....	46.
Annexes	

I-Introduction :

La planification familiale se définit comme l'ensemble des techniques médico-sociales mises à la disposition du couple pour avoir des enfants voulu au moment voulu, ensemble permettant un plein épanouissement sexuel et un développement économique rationnel et devant aussi lutter contre la stérilité du couple [2]. Elle est aussi reconnue comme un moyen essentiel pour maintenir le bien être des femmes et de leurs familles [3]

Le planning familial est considéré désormais comme un droit de la personne, un élément essentiel de la dignité humaine. C'est ainsi que l'entendent dans le monde entier, les populations et les gouvernements [1].

Presque tout le monde a entendu parler du planning familial. La plupart des gens connaissent aussi quelques méthodes de planning familial.

Le planning familial jouit du soutien de la communauté. Les gens s'entendent à ce que la plupart de ses compatriotes pratiquent le planning familial et l'approuvent [1].

Ainsi au Mali, l'introduction des méthodes modernes de contraception est consécutive d'abord à la création de l'Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille (AMPPF) en 1972 , ensuite à la réorientation de la politique de santé maternelle et infantile et enfin à la création de la Division de la Santé et de la Reproduction , de la Division de la Santé Familiale et Communautaire (DSFC) en 1980 transformé en Division Santé de la Reproduction (DSR) en 2001 au sein de la Direction Nationale de la Santé (DNS).

Le gouvernement du mali ayant pris conscience de l'impact des problèmes de population sur le développement socio-économique du pays a adopté le 8 Mai 1991 une politique nationale de population révisée en 2001. [3]

Selon le rapport de l'OMS sur la santé dans le monde en 2005, chaque année il se produit 3,3 millions de mortalité à la naissance et peut être même d'avantage. Il n'y a pas non plus de répit dans la mortalité maternelle ; ce sont

529000 femmes qui meurent soudainement avec quelques 68000 autres par suite d'un avortement non médicalisé. Environ 87 millions se retrouvent enceintes sans l'avoir voulu. On estime que 100000 de décès maternels pourraient être évité chaque année si les femmes qui ne veulent pas d'enfant utilisaient efficacement un moyen contraceptif [15].

Malgré les efforts entrepris en matière de (SR) Santé de la reproduction , force est de constater que le Mali fait partie des pays où la prévalence contraceptive est des plus basses (7% en 2001). Ainsi l'utilisation actuelle des méthodes modernes de contraception est seulement de l'ordre de 5,7% [3].

Les différents EDSM ont aussi montré que l'indice synthétique de fécondité est resté quasiment cours tant de 1987 à 2001 (6,8 enfants par femme). Contrairement à un taux de fécondité global de 7 enfants par femme en 2003 selon le rapport de l'OMS. [3-4].

Il ressort, également des méthodes de la 4^{eme} Enquête Démographique et de Santé au Mali (EDSM) en 2005, que la mortalité maternelle est très élevée : 582 pour 100000 naissances vivantes, mortalité infantile avant 5ans 464 pour 1000 : Selon l'OMS chaque année au mali 3000 femmes meurent des complications de la grossesse et de l'accouchement, soit un décès toutes les 3 heures. En plus des milliers de femmes et de filles souffrent de complications et de séquelles liées à des grossesses non planifiées. Pour cela espacer les grossesses d'au moins deux (2) ans augmente les chances de survie des enfants. La contraception peut contribuer à réduire le nombre des avortements non médicalisés et de jouer un rôle important dans la réduction de la mortalité et des incapacités maternelles [3,4]

Aussi les besoins non satisfait en matière de PF exprimés par les femmes mariées sont de l'ordre de 28,5%. L'existence d'un tel niveau de besoins non satisfait en PF contraste avec la faible prévalence contraceptive. Dès lors, il dévient urgent et indispensable d'inverser la tendance qui hypothèque la qualité de vie et fragilise la survie des femmes et des enfants [3].

C'est dans le but de mieux répondre aux besoins des utilisatrices du planning familial consultants à la clinique de l'AMPPF du district de Bamako que la présente étude a été entreprise en se fixant les objectifs suivants.

II- Objectif général

Evaluer les connaissances et la perception des utilisatrices du planning familial consultantes à la clinique de l'AMPPF.

Objectifs spécifiques :

- 1-** Déterminer le profil sociodémographique des utilisatrices du PF consultantes à la clinique de l'AMPPF.
- 2-** Déterminer les différentes méthodes de contraception utilisées.
- 3-** Déterminer la connaissance des utilisatrices de différentes méthodes de contraception.
- 4-** Identifier les raisons conduisant à l'utilisation des différentes méthodes de contraception.
- 5-** Formuler des recommandations pouvant conduire à un usage plus élargi du planning familial.

III-Généralités

1. Historique :

La pratique d'espacement des naissances est assez ancienne en Afrique tropicale en général et au Mali en particulier bien que certaines méthodes anciennes (sevrage tardif, abstinence sexuelle, éloignement des conjoints) soient en voie de disparition

Principales dates de la politique au Mali en matière de planning familial :

Dès les premières années de son indépendance, le problème de planning familial s'est posé aux praticiens de la santé au Mali. Les demandes en planning familial se multipliaient et pour satisfaire à ces demandes les praticiens étaient obligés de faire appel à l'extérieur pour obtenir des contraceptifs. C'est ainsi que Feu Dr Faran Samaké avait eu l'initiative de réunir des amis pour réfléchir sur le problème et d'en chercher une solution. Ils se sont rendus deux fois à Montréal (Canada) pour participer à des séminaires sur le planning familial. Ainsi mieux informés, ils ont essayé de résoudre le problème en le situant dans le contexte spécifiquement malien. Après le Mali a signé un accord avec les organisateurs de ce séminaire pour un projet d'assistance en planning familial pour quatre ans. En ce moment, entre les approches démographiques et sanitaires du planning familial, c'est l'approche sanitaire qui a été choisie en l'absence de paramètre démographique suffisamment maîtrisé de l'époque. C'est dans ce cadre que l'Association Malienne pour la Promotion et la Protection de la Famille (AMPPF) a été créée le 07 Juin 1971.

En 1972, dans ces articles 3 et 4 qui interdisaient la propagande anticonceptionnelle. Un centre pilote du planning familial a été créé à Bamako par l'AMPPF qui a pour objectif l'espacement des naissances et non une limitation des naissances. La pratique du planning familial était conditionnée à l'autorisation maritale pour les femmes mariées et parentale pour les célibataires.

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

En 1974, le Mali a souscrit à la déclaration due Bucarest (Roumanie) sur le droit au planning familial.

En 1978, le Mali a souscrit à la déclaration d'Allemagne sur les soins de santé primaire dont une des composantes est le planning familial dans le but d'améliorer la santé de la mère et de l'enfant à travers un espacement judicieux de naissances.

En 1980, la division santé familial (DFS) a été créée au sein du ministère de la santé publique et des affaires sociales pour élargir et coordonner une activité de la santé maternelle et infantile et en y intégrant le planning familial.

En 1990, deux séminaires nationaux ont été organisés à Bamako pour l'ébauche d'une politique de population, femme et développement.

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

En 1994 avec la conférence internationale sur la population et le développement au Caire (Egypte) dans le domaine de la santé de la reproduction, engagement réitéré lors de la 4^{me} conférence mondiale sur les femmes à Beijing (Chine) en septembre 1995.

En Juin 1995 a été organisé un atelier de révision de normes et de procédures de santé maternelle et infantile du planning familial SMI/PF.

Avec le temps le concept malien en matière de planning familial a évolué allant de l'espacement des naissances dont la pratique était conditionnel à l'autorisation maritale ou parentale en 1971 au concept actuel qui définit le planning familial comme : << L'ensemble des mesures et moyens de régularisation de la fécondité, d'éducation et de prise en charge d'affectation de la sphère génitale, mis à la disposition des individus et des couples afin de contribuer à réduire la mortalité et la morbidité maternelle, infantile et juvéniles

notamment celles liés aux MST/SIDA, aux grossesses non désirées et aux avortements et assurer ainsi la bien être familial e individuel.>>

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

2) Définitions opératoires

2-1) Définition de la planification familiale selon L'OMS :

La planification familiale est l'ensemble des mesures permettant de favoriser des naissances, d'agir sur l'intervalle entre les naissances, d'éviter les naissances non désirées et de donner à chaque couple le moyen de déterminer le nombre d'enfants qu'il désire.

Elle englobe la lutte contre la stérilité, la mise en œuvre des moyens de contraception, l'éducation sexuelle et familiale [8,4].

2-2) La santé de la reproduction :

Elle recouvre le bien être général, tant physique que mental et social de la personne humaine pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité. Elle englobe l'information des hommes et des femmes sur la planification familiale et l'accès a des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien grossesse et accouchement [4].

3) Définitions des différents concepts de planification familiale utilisés par les programmes

3-1) L'espacement des naissances : ce concept insiste sur la notion d'intervalle à maintenir entre les naissances sans se préoccuper de la taille de la famille. Beaucoup de pratiques sociales telles que l'abstinence périodique, l'allaitement maternel prolongé, l'envoi de la femme dans sa famille d'origine prouvent ce concept. Celui-ci est beaucoup utilisé dans les Pays Francophones d'Afrique dans la mise en place de leurs programmes de planification familiale (cas du Mali).

3-2) La régulation des naissances : elle insiste sur l'idée de régulation par opposition à la soumission, à la fatalité biologique liée au hasard dans la naissance des enfants. Ce concept est assez proche de l'espacement des naissances.

3-3) Le contrôle de naissance : il insiste sur la réglementation du nombre des naissances aussi bien par les familles que par les nations. Il intervient dans le cadre de certaines politiques de population élaborées par les gouvernements. On peut soit réduire les avantages sociaux, soit alléger les impôts pour les premiers enfants, soit supprimer les avantages pour les enfants venant au-delà d'un certain rang.

3-4) La limitation des naissances : elle suppose l'intervention de l'Etat comme dans le contrôle des naissances dont il est proche. La limitation des naissances soutient en plus l'idée de réduire le taux d'accroissement de la population.

4) Contraception

La contraception se définit comme la prévention de la fécondation ou, de manière plus générale, de la grossesse.

4-1) Rappel sur les différentes méthodes de contraception :

La contraception est l'utilisation de l'ensemble des méthodes naturelles ou artificielles mises à la disposition d'un couple ou d'un individu pour empêcher temporairement ou définitivement la conception [11].

4-2) Méthodes naturelles :

4-2-1) L'abstinence périodique :

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

a) Méthode du collier:

-Définition: c'est une méthode qui est basée sur la connaissance de la fertilité du couple. Elle aide la cliente/le couple à prévenir une grossesse non désirée, à l'aide d'un collier de <perles>.

Il est à noter que pour la méthode du collier, la cliente doit avoir un cycle menstruel compris entre 26 et 32 jours.

Il faut que :

La cliente soit motivée.

- mode d'utilisation :

Le 1^{er} jour des menstruations, déplacer l'anneau sur la perle rouge ;

- Faire une marque dans le calendrier pour ce jour ;
- Chaque jour, déplacer l'anneau vers la perle suivante ;
- Déplacer toujours l'anneau dans la même direction, de l'extrémité étroite vers l'extrémité plus large ;
- Eviter les rapports sexuels sans protection si l'on ne veut pas tomber enceinte pendant les jours correspondant aux perles blanches, les rapports sexuels sont possibles sans risque de grossesse après les perles blanches.

Si la cliente n'est pas sûre d'avoir déplacé l'anneau :

- Lui dire de vérifier le calendrier pour voir quand est ce que le dernier cycle menstruel a commencé ;
- Puis compter les jours jusqu'au jour où elle s'est rendue compte qu'elle a oublié de déplacer l'anneau ;
- Après avoir compté le nombre de jour, déplacer l'anneau vers la perle correspondante ;
- Dire à la cliente de déplacer l'anneau sur la perle rouge le jour où les règles réapparaissent ;
- S'assurer que la cliente/couple a compris ;
- Expliquer les limites : jour d'abstinence longue, ne protège pas contre les IST/SIDA [5].

b) La méthode de température :

La courbe thermique matinale d'une femme présente une phase d'hypothermie qui s'étend des règles à l'ovulation, et une phase d'hyperthermie qui s'étend de l'ovulation aux règles suivantes :

L'ovulation se situe exactement aux derniers jours de la température basse avant le décalage thermique ou au premier et même au deuxième jour de cette montée thermique, lorsque celle-ci s'étale sur plusieurs jours, par rapport à cette ovulation, il existe donc une période féconde dont la durée classique de 7 jours est fondée : - sur la survie des spermatozoïdes (4 jours)

- sur la survie de l'ovule (12 à 24 heures).
- La période féconde s'étend donc du cinquième au quatrième jour avant l'ovulation (avant le décalage) jusqu'au premier jour ou second jour après elle.
- Elle sépare deux périodes stériles : une après les règles où la stérilité est relative à cause de la survie exceptionnelle mais possible des spermatozoïdes au-delà de 4 jours, l'autre après l'ovulation où la stérilité est absolue et va du deuxième jour de température haute, après le décalage, jusqu'aux règles suivantes. Si le couple veut donc exclure de façon absolue le risque de grossesse, il ne doit avoir de rapport qu'à partir du second jour du second jour du plateau thermique confirmé.

La méthode de température est efficace (99% de succès) disponible, sans effet secondaire. Mais elle a des contraintes comme l'enregistrement quotidien des signes, une longue période d'abstinence [5].

c) La méthode de la glaire cervicale (Méthode de Billings)

La glaire subit des changements avant et après l'ovulation. En effet à l'approche de l'ovulation, la glaire devient abondante et filante et cela s'accroît jusqu'à l'ovulation. Après l'ovulation la glaire s'épaissit et devient pâteuse.

La femme en examinant sa glaire tous les jours peut détecter ces changements et ainsi connaître à peu près son jour d'ovulation. Pour ne pas avoir d'enfant, elle doit s'abstenir des rapports jusqu'après l'ovulation qui est la phase de glaire pâteuse.

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

d) Le Bio-Self :

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

Il mémorise également les six derniers cycles pour affiner faire partie des méthodes d'abstinence périodique et présente les mêmes avantages et inconvénients.

Il faut noter le coût élevé de l'appareil qui n'apporte guère plus de sécurité que la méthode des températures traditionnellement utilisées [3].

4-2-2) L'abstinence complète :

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

4-2-3) Le coït interrompu :

C'est le retrait du pénis du vagin avant l'éjaculation. Le coït obstructifs : méthode dangereuse consistant à «serrer la base de la verge, penser à autre chose, et retenir sa respiration» risque d'aboutir à une éjaculation dans la vessie, cause secondaire de stérilité. Cette méthode n'est pas très efficace car difficile à observer. Son taux d'échec est de l'ordre de 15 à 20% [4].

4-2-4) La méthode d'allaitement maternel et de l'aménorrhée (M.A.M.A) :

c'est une méthode qui consiste à allaiter l'enfant au sein pendant au moins les

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

4--3) Les méthodes traditionnelles :

Ces méthodes reposent sur le vécu socio culturel des peuples, on peut citer ;

a) Le tafo :

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

b) La toile d'araignée :

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

c) Le miel et le jus de citron :

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

d) Les solutions à boire :

Il peut s'agir d'écorces d'arbre ou de plante, de graines à avaler, ou de 'nassi' solution préparée par les marabouts et charlatans. Aucune étude scientifique n'a été faite sur l'efficacité de ces méthodes traditionnelles. Il semble qu'elles peuvent être à la base d'infection à répétition et même créer d'autres problèmes chez la femme tels que l'infertilité, des algies pelviennes.

4-4) Les méthodes modernes

4-4-1) Les contraceptifs hormonaux :

a) Les contraceptifs oraux ou pilules :

- Les contraceptifs oraux combinés ou COC :

Les COC ou pilules sont des comprimés composés de deux hormones synthétiques ; œstrogène et progestérone, très semblables à ceux que l'on retrouve dans le corps de la femme.

Ils se présentent sous forme de plaquettes de 28 comprimés dont les 7 derniers contiennent du fer.

Avantages

- Très efficace ; taux d'efficacité élevé (98-99%) ;
- Efficace immédiatement
- L'examen gynécologique n'est pas nécessaire
- N'interfère pas avec les rapports sexuels
- Peu d'effets secondaires
- Peut être fourni par un personnel non médical
- Diminue la quantité des règles et leur durée
- Diminue les crampes des menstrues
- Diminue le risque d'anémie,
- Protège contre les cancers des ovaires et de l'endomètre
- Diminue les maladies bénignes des seins et les kystes ovariens
- Prévient les grossesses extra utérines
- Méthode réversible ;
- Prévient certaines affections (kystes ovariens, dysménorrhée...)
- Régularise le cycle

Inconvénients et précautions :

- Ne protège pas contre les IST et VIH/SIDA
- Diminue la production du lait
- Doivent être pris tous les jours

- L'oubli augmente l'échec
- Peut entraîner la nausée, vertiges, céphalées...
- Leur efficacité peut être réduite par certains médicaments (rifampicine, antimycosiques, anticonvulsivants) ;

Effets secondaires :

- Nausées, vertiges, seins légèrement sensibles et des maux de tête légers ainsi que de légers saignements sont courants.
- Céphalées
- Hypertension artérielle
- Aménorrhée
- Peut entraîner un retard dans le retour de la fécondité
- Acné

Convient aux :

- Femmes en âge de procréer ;
- Mères allaitantes (6 mois post partum ou plus) ;
- Femmes en post partum qui n'allaitent pas peuvent commencer 6 semaines après l'accouchement ;
- Femmes après avortement, femmes avec crampes menstruelles ;
- Femmes avec antécédents de grossesse extra utérine.

- Les contraceptifs oraux progestatifs ou COP :

Définition :

Les COP sont des contraceptifs oraux qui contiennent uniquement des progestatifs à faible dose.

Avantages

- Très efficaces si la prise est correcte ;
- Le retour à la fécondité est immédiat ;
- N'influencent pas la lactation ;

- Diminuent les risques de maladies inflammatoires du pelvis ;
- Donnent une protection relative contre le cancer de l'endomètre.
- N'interfèrent pas avec les rapports sexuels

Inconvénients et précautions :

- Les COP ne protègent pas contre les IST/SIDA ;

Effets secondaires :

- Prise de poids ;
- Aménorrhée ;
- Saignements irréguliers.

b) Contraceptifs injectables :

Le contraceptif injectable est un produit progestatif de synthèse qui, libère lentement empêche la survenue de la grossesse.

Avantage :

- Très efficace (>99,7%) ;
- Action prolongée, longue durée d'action ;
- Méthode peu contraignante, pratique, discrète ;
- Ne gêne pas la lactation ;
- Peut diminuer l'anémie ;
- Peut protéger partiellement contre le cancer de l'endomètre, l'endométriose et les kystes de l'ovaire ;
- Fournit une protection relative contre les maladies inflammatoires du pelvis ;
- Diminue les risques de grossesse ectopique.

Inconvénients et précautions :

- Pas de protection contre les IST et SIDA
- Retour parfois lent à la fertilité (6 à 10 mois, et même parfois davantage, jusqu'à 18 mois) ;

Effets secondaires :

- spotting ou, rarement, hémorragie génitale importante ;
- Aménorrhée ;

- Gain pondéral modéré ;
- Maux de tête ;
- Légère sensibilité des seins ;
- Changement d'humeur, dépression ;
- Acné (rarement) ;
- Diminution de la libido.

L'implant (Norplant®)

C'est un contraceptif contenant un progestatif retard diffusé à travers 6 capsules insérées en sous-cutané à la face interne du bras de l'utilisatrice.

Avantage :

- Aussi efficace que la ligature des trompes (99 à 99,8% d'efficacité), même chez des femmes de poids élevé ;
- Son action est immédiate (elle commence 24h après l'insertion) ;
- Actif dans l'organisme pendant :
 - 7 ans pour les femmes de moins de 70kg,
 - 5 ans pour les femmes de 70 à 79kg,
 - 4 ans pour les femmes de plus de 80kg.

Toutefois les capsules peuvent être retirées à tout moment.

- N'interfère pas avec les rapports sexuels (n'agit pas) ;
- N'affecte pas l'allaitement ;
- Les capsules ne gênent pas et sont à peine visibles sous la peau ;
- Cette méthode n'exige pas un effort de mémoire, sauf pour la date de rendez-vous ;
- Le norplant peut prévenir l'anémie en diminuant le flux menstruel ;
- Il a peu d'effets secondaires, à part les irrégularités du cycle menstruel et le spotting.

Inconvénients et précautions :

- La pose ou le retrait des capsules nécessite un personnel qualifié ;
- Le norplant ne protège pas contre les IST/SIDA ;

- La pose et le retrait nécessitent une procédure chirurgicale mineure
- Les capsules peuvent être visibles sous la peau ;
- Il existe quelques risques mineurs liés à l'opération : saignement, hématome, infection locale ;
- L'utilisatrice ne peut pas arrêter la méthode d'elle-même.

Effets secondaires :

Effets secondaires fréquents : trouble du cycle :

- spotting,
- Saignements prolongés,
- Aménorrhée, ou une combinaison de ces troubles.

Effets secondaires peu courants :

- Céphalées ;
- Prise de poids et modification de l'appétit ;
- Troubles de l'humeur (nervosité/dépression) ;
- Vertiges ;

Critères de sélection d'une utilisatrice désirant le norplant :

- Femme allaitante depuis plus de 6 semaines ;
- Femme qui désire une contraception continue ou de longue durée ;
- Femme qui a le nombre d'enfants désirés mais ne veut pas subir une ligature des trompes ;
- Femme qui considère la possibilité d'une ligature des trompes, mais n'a pas encore pris sa décision finale ;
- Femme qui ne peut pas utiliser des contraceptifs qui contiennent des œstrogènes.

d) Contraception d'urgence :

Ensemble de procédés contraceptifs utilisés pendant une période limitée après un acte sexuel sans protection. Il s'agit :

- **COC : 30-35 µg Ethynil œstradiol**
 - o Prendre **4 comprimés** puis 4 autres 12 h plus tard au total 8 comprimés.

- *Exemple* : **Lo-fémenal ou Pilplan**
- **COC : 50 µg Ethynil œstradiol**
 - Prendre **2 comprimés** puis 2 autres 12 h plus tard.
 - *Exemple* : **Eugynon 50, ovral, Microgynon-50 Stediril** disponible au Mali
- **COP: 0,075 mg (75 µg) de norgestrel**
 - Prendre **20 comprimés** puis 20 autres 12 h plus tard.
 - *Exemple* : **Ovrette**
- **COP: 0,03 mg (30 µg) de levonorgestrel**
 - Prendre **25 comprimés** puis 25 autres 12 h plus tard.
 - *Exemple* : **Microlut, Norgeston**
- **COP: 0,75 mg (750 µg) de levonorgestrel**
 - Prendre **2 comprimés** en prise unique
 - *Exemple* : **Nor-Levo, Postinor, 6Imediat, Plan-B**
- **D.I.U : TCu-380A**
 - Dans les 72 heures suivant l'acte sans protection

Indications :

- Viol
- Rupture/glissement/utilisation incorrecte de préservatifs.
- Expulsion de D.I.U ;
- Echec du coït interrompu ;
- Oublie de pilule ;
- Rapport sexuel imprévu
- Injectable : rendez vous dépasse de plus de deux semaines.

4-3-2) Dispositif intra utérin : D.I.U

Le DIU est un dispositif flexible de composition métallique et/ou plastique que l'on insère dans la cavité utérine dans un but contraceptif.

Il existe plusieurs modèles :

- En cuivre, le DIU TCu-380A qui est en plastique et libère lentement de petites quantités de cuivre.
- Le DIU médicament qui libère un progestatif (progestérone ou levonorgestrel).

Avantage :

- Très efficace (99,2 a 99,4% d'efficacité) ;
- Son action est immédiate ;
- Actif pendant 12 a 13 ans dans l'organisme ;
- N'interfère pas avec les rapports sexuels (n'agit pas) ;
- N'affecte pas l'allaitement ;
- Pas d'effet secondaire hormonal ;
- Immédiatement réversible ;
- Cette méthode n'exige pas un effort de mémoire ;
- Il a peu d'effets secondaires.

Inconvénients et précautions :

- La pose ou le retrait du DIU nécessite un personnel qualifié ;
- Le DIU ne protège pas contre les IST/SIDA ;
- Pose et retrait nécessitent un examen clinique ;
- L'utilisatrice ne peut pas arrêter la méthode d'elle-même ;
- Le DIU peut être expulsé sans que la femme ne s'en rende compte (post partum) ;
- Le DIU ne protège pas contre les grossesses ectopiques ;
- La femme doit vérifier la position du fil de temps à autre.

Effets secondaires :

Effets secondaires fréquents :

- Changements menstruels (durant les 3 premiers mois mais ont tendance à diminuer après) :
- Règles plus longues et plus abondantes ;
- Saignements ou Spotting entre les règles ;

- Crampes et douleurs durant les règles.

Autres effets secondaires et complications peu courants :

- Crampes et douleurs 3 à 5 jours après l'insertion ;
- Saignements menstruels abondants pouvant conduire à l'anémie (surtout avec les DIU inertes) ;
- Perforation de la paroi de l'utérus si insertion mal effectuée.

4-3-3) Méthodes dites de barrière :

a) Le préservatif masculin :

Le préservatif masculin est une gaine protectrice en latex ou tissu animal destiné à recouvrir le pénis en érection. Il recueille le sperme lors de l'éjaculation et constitue une barrière au passage des spermatozoïdes et une protection contre les IST/VIH/SIDA (double protection).

Avantages :

- Efficace (surtout si associé aux spermicides) ;
- Corrige l'éjaculation précoce (retarde l'éjaculation) ;
- Protège contre la grossesse non désirée ;
- Protège contre les IST-VIH/SIDA ;
- Disponible, vente libre et emploi facile.

Inconvénients et précautions :

- Diminue éventuellement le plaisir et l'élan sexuels ;
- Contraignant : doit être changé à chaque rapport.

Effets secondaires :

- Allergies au latex ou à certains lubrifiants.

b) Le préservatif féminin :

Le préservatif féminin (femidom) est un mince fourreau de polyuréthane, (matière plastique) mou et transparent que la femme place dans le vagin avant le rapport sexuel pour se protéger de la grossesse et des IST/VIH/SIDA (double protection).

Avantages :

- Efficace ;
- Protège contre la grossesse et les IST/VIH/SIDA ;
- Pas d'allergies ;
- Peut être porté plusieurs heures avant le rapport sexuel.

Inconvénients et précautions :

- Coûteux actuellement ;
- Contraignant : doit être changé à chaque rapport ;
- La femme doit toucher ses parties génitales ;
- Peu discret.

Effets secondaires : pas d'effets secondaires apparents.

4-3-4) Les spermicides :

Les spermicides sont des produits chimiques qui se présentent sous forme de crème, gel, ovule, comprimé, ovule moussant, mousse, aérosol qu'on place dans le vagin avant le rapport sexuel et qui inactivent ou tuent les spermatozoïdes.

Mode d'action :

- Les spermicides, de par leurs propriétés chimiques, détruisent la membrane cellulaire des spermatozoïdes diminuant ainsi leurs mouvements et inhibant leur capacité à féconder.

Avantages :

- Efficace si :
 - Utilisation adéquate (70 à 80%) ;
 - Associé avec les condoms (99%).
- Vente libre sans prescription médicale ;
- Utilisation facile ;
- Utilisés comme méthode d'attente ou de transition ;

- Peuvent servir de lubrifiants pour humidifier le vagin ;
- Doivent être introduits juste avant les rapports sexuels : les comprimés et ovules doivent être mis 10 à 15 minutes avant les rapports sexuels.

Inconvénients et précautions :

- Peuvent interrompre les préludes avant les rapports sexuels ;
- Peuvent être gênants pour les femmes qui n'aiment pas manipuler leur vagin ;
- Peuvent entraîner une sensation de chaleur qui peut être gênante pour certaines personnes, appréciable par d'autres ;
- Peuvent parfois causer une irritation ou allergie vaginale ou du pénis (rare) ;
- Excès d'humidité vaginale, et même écoulement du produit, ce qui peut être gênant pour certaines personnes, appréciable par d'autres ;
- Pas de toilette vaginale dans les 6 heures après le rapport ;
- Doivent être utilisés à chaque rapport ;
- Nécessitent une motivation constante de l'utilisatrice ;
- N'assurent pas la double protection.

4-3-5) Contraception chirurgicale volontaire CCV :

La CCV est une petite intervention chirurgicale volontaire qui consiste à interrompre la capacité reproductive de l'homme (vasectomie) ou de la femme (ligature des trompes) de façon irréversible.

Avantages :

- Efficacité presque totale ;
- Méthode permanente et définitive ;
- N'interfère pas avec les rapports sexuels ;
- Pas besoin de prendre des produits ;
- La ligature des trompes est efficace aussitôt après l'intervention.

Inconvénients) ou précautions :

- Méthode irréversible ;
- La CCV ne protège pas contre les IST/VIH/SIDA ;
- Nécessite un personnel qualifié ;
- S'assurer que le couple a compris.

Effets secondaires et complications :

- Crampes et douleurs après l'intervention ;
- Hématome pariétal ;
- Hémorragie interne ;
- Infection - péritonite ;
- Abscess pelvien ;
- Septicémie ;
- Lésions viscérales ;
- Décès.

Conditions pour la consultation :

- Exiger la présence du couple et le mettre à l'aise ;
- Assurer l'intimité et la confidentialité ;
- Demander ce que le couple sait de la CCV ;
- Etre à l'écoute des questions ou des rumeurs (impuissance de l'homme, frigidité du couple, aménorrhée de la femme) et prendre le temps de rassurer le couple/et ou l'utilisatrice.

IV-Méthodologie

1-Cadre d'étude :

Notre étude a été effectuée à la clinique de l'AMPPF en commune III du district de Bamako. L'idée de création de l'AMPPF est venue de feu Dr FARAN SAMAKE qui s'est montré très engagé à un moment donné où il était fréquemment sollicité par des personnes qui se plaignaient de grossesse nombreuses, ratées ou non désirées ainsi que le nombre en augmentation d'infanticide, d'abandon d'enfants et d'IVG. L'AMPPF est donc née officiellement le 03 Mars 1972 après une assemblée constitutive tenue en Juin 1971. L'AMPPF est devenue la clinique pilote de planning familial au Mali depuis des années ; elle compte aujourd'hui 120 salariés dont 06 cadres supérieurs au niveau du siège et qui sont :

- Un directeur exécutif inspecteur des finances
- Un directeur des programmes économiste, il coordonne et contrôle toutes les activités de l'association, il est chargé de la recherche et de l'évaluation des programmes.
- Un directeur administratif et financier
- Un responsable clinique qui est médecin chargé des consultations
- Un responsable IEC
- Gardiens, plantons....

La clinique de l'AMPPF a son siège à Bamako dans le quartier de Ouolofobougou-Bolibana, elle est limitée à l'Est par la société Mali Métaux et le jardin d'enfants Dangnouma Coulibaly ; à l'Ouest par la station d'essence Ben&Co ; au Nord par les rails et au Sud par l'avenue Kassé Keita. Elle occupe un immeuble en étage.

Son personnel se compose de :

- Un assistant médical responsable de la clinique
- Un médecin échographiste vacataire
- Un médecin cardiologue vacataire

- Un médecin gynéco-obstétricien vacataire
- Un infirmier d'Etat
- Deux magasiniers
- Deux réceptionnistes
- Une conseillère
- Une aide soignante pour l'injection
- Un manoeuvre
- Quatre chauffeurs

Les prestations ont lieu du Lundi au Vendredi de 8H à 16H et les Samedi de 07H à 13H.

Elles portent sur :

- Consultation en PF
- Consultation gynécologique
- Soins médicaux
- Analyses de laboratoire
- Echographie pelvienne
- Soin prénatal et post-natal.

Actuellement l'AMPPF a une antenne dans six régions du Mali (Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti et Gao) dirigée chacune par un coordinateur régional. Les antennes régionales s'occupent des prestations de services de planning familial à base communautaire.

2- Type d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale descriptive

3- Période d'étude :

Notre étude s'est déroulée du Novembre 2009 à décembre 2009

4- Population d'étude :

Femmes utilisatrices d'une méthode de planning familial à la clinique de l'AMPPF.

5- Echantillonnage :

La taille de l'échantillonnage a été exhaustive

6- Critères d'inclusion :

Les Utilisatrices âgées de 17 ans à 55 ans (limite supérieure) informées et consentantes.

7- Critères de non inclusion :

Clientes refusant l'interrogation d'âges < 17 ans ou d'âges non déterminé.

8-Technique des collectes des données :

Les données ont été recueillies à partir d'un interrogatoire individuel faites dans la salle d'accueil après consultation, enregistrées sur une fiche d'enquête portée en annexe.

9-Variables mesurées :

Age, perception, connaissance, niveau d'alphabétisation, raison d'utilisation, religion, avantages, inconvénients effets secondaires, méthodes de PF

10-Définition des variables mesurées :

-Perception :

C'est dans le contexte de savoir ce que la population pense du Planning Familial

-Inconvénients : c'est pour savoir les effets secondaires liés à chaque méthode

-Avantages : c'est pour savoir la raison de pratique de tout un chacun

-Connaissance : c'est pour évaluer le niveau de connaissance de nos utilisatrices sur le planning familial

-Avortement : notre étude a concerné toute sorte d'avortement

-Méthodes modernes : c'est le planning familial (pilule, injectable,...)

-Méthodes traditionnelles : ce sont le tafo et les solutions buvables...

11-Ethiques :

Les inclusions sont faites après un consentement éclairé

12-Saisies et analyse des données

La saisie a été faite avec Microsoft office Word 2007. L'analyse des données a été faite avec le logiciel SPSS12 .0 pour Windows

IV Résultats

Au cours de l'étude nous avons pu interroger 96 utilisatrices du PF répondant à nos critères d'inclusion

A- Profils sociaux démographiques :

Sur les 100 personnes interrogées, 4 n'ont pas pu déterminer leur âge de et n'ont pas été inclus

Les 96 utilisatrices sont réparties selon le groupe d'âge dans le tableau I

Tableau I : Répartition des utilisatrices du planning familial selon les tranches d'âge

TRANCHES D'AGE (ANS)	FREQUENCES	POURCENTAGES (%)
≤ 23	27	28 ,1
24 – 39	57	59 ,4
≥ 40	12	12 ,5
TOTAL	96	100 ,0

La tranche d'âge 24-39 ans a été la plus représentée soit 59,4% ; l'âge moyen a été de 29,48±8,37 ans avec de limites d'âge 17 et 55 ans.

Tableau II : Répartition des UTILISATRICES selon les ethnies

ETHNIE	FREQUENCES	POURCENTAGES (%)
Malinké	23	24 ,0
Bambara	22	22,9
Peulh	20	20,8
Sarakolé	14	14,6
Bobo	4	4, 2
Sonrai	4	4 ,2
Senoufo	6	6 ,2
Minianka	1	1
TOTAL	96	100,0

Presque toutes les ethnies résidant à Bamako ont utilisées le PF à l'AMPPF dont l'ethnie Malinké est plus représentée, soit 24%

Tableau III : Répartition des utilisatrices selon la résidence

Lieu de résidence	FREQUENCES	POURCENTAGES (%)
Commune I	11	11 ,5
Commune II	10	10,5
Commune III	32	33,3

Commune IV	23	24,0
Commune V	13	13,5
Commune IV	7	7,2
TOTAL	96	100,0

Les utilisatrices du PF à la clinique de l'AMPPF provenaient de toute les communes du district de Bamako avec une majorité résidant en commune III soit 33,3%

Tableau IV : Répartition des utilisatrices selon le niveau d'alphabétisation

Niveau d'alphabétisation	FREQUENCES	POURCENTAGES (%)
Analphabète	18	18,8
Fondamental	41	42,7
Secondaire	17	17,7
Supérieur	20	20,8
TOTAL	96	100,0

Les utilisatrices qui ont fréquenté la clinique de l'AMPPF pour le PF étaient de tous les niveaux d'étude avec une majorité ayant le niveau fondamental soit 42,7%

Tableau V : Répartition des utilisatrices du PF selon la profession

Profession	FREQUENCES	POURCENTAGES (%)
Ménagère	32	33,3
Elève - Etudiante	21	21,9
Fonctionnaire	16	16,7
Commerçante	13	13,5
Artiste	12	12,5
Sans Emploi	2	2,1
TOTAL	96	100,0

Au cours de notre étude, nous avons observé que les ménagères ont représenté 33% des utilisatrices du PF.

Tableau VI : Répartition des utilisatrices du PF à la clinique de l'AMPPF selon le statut matrimonial

Statut Matrimonial	FREQUENCES	POURCENTAGES (%)
--------------------	------------	------------------

Mariée	74	77,1
Célibataire	21	21,9
Divorcée	1	1,0
TOTAL	96	100,0

Les utilisatrices du PF à la clinique de l'AMPPF étaient constituées majoritairement de femmes mariées soit 77,1%

B- Antécédents gynéco obstétriques

Tableau VII : Répartition des utilisatrices du PF de la clinique de l'AMPPF selon la gestité

GESTITE	FREQUENCES	POURCENTAGES (%)
Nulligeste	17	17,7
1 – 3	51	53,1
4 – 5	15	15,6
≥6	13	13,5
TOTAL	96	100,0

Le nombre moyen de grossesse est de 2,73 – 2,75 avec un mode de 3 le minimum d'enfant est de 1-9

Tableau VIII : Répartition des utilisatrices du PF de la clinique de l'AMPPF selon la parité

PARITE	FREQUENCES	POURCENTAGES (%)
Nullipare	18	18,7
1 – 3	51	53,1
4 -5	16	16,7

≥6	11	11,5
TOTAL	96	100,0

Le nombre moyen d'accouchement est de $2,65 \pm 2,21$ avec un mode de 3. (0-9)

Tableau IX : Répartition des utilisatrices du PF selon le nombre d'avortement

AVORTEMENT	FREQUENCES	POURCENTAGES (%)
Aucun avortement	67	91,7
Une fois	3	4,1
2fois	1	1,3
3fois	2	2,7
TOTAL	73	100,0

Le taux d'avortement a été 2,5%, parmi elles deux femmes ont avorté 3 fois

Tableau X : Répartition des utilisatrices du PF selon le nombre d'enfants vivant

NOMBRE D'ENFANT VIVANT	FREQUENCES	POURCENTAGES (%)
1 – 3	53	67,09
4 – 6	24	30,38
>6	2	2,53
TOTAL	79	100,0

La majorité de nos utilisatrices avait au moins 1 – 3 enfants vivant soit 67,09%

Tableau XI : Répartition des utilisatrices du PF selon le nombre d'année séparant les enfants

NOMBRE D'ANNEE SEPARANT LES ENFANTS	FREQUENCES	POURCENTAGES (%)
Moins d'un an	5	7,9
1 – 2 ans	22	35

Plus de 2 ans	36	57,1
TOTAL	63	100,0

Dans la majorité des cas (57,1%) le nombre d'année séparant les enfants des utilisatrices a été plus de 2 ans.

C – PRATIQUE DE LA CONTRACEPTION

Tableau XII : Répartition des utilisatrices du PF selon la méthode de contraception connue

METHODE DE CONTRACEPTION	FREQUENCES	POURCENTAGES (%)
Moderne	92	96
Traditionnelle	2	2
Aucun	2	2
TOTAL	96	100,0

Presque la totalité des utilisatrices avait connaissance d'une méthode moderne de contraception soit 96%

Tableau XIII : Répartition des utilisatrices selon la signification du Planning Familial

SIGNIFICATION AU PLANNING FAMILIAL	FREQUENCES	POURCENTAGES (%)
Espacer naissance	86	89,6
Eviter une Grossesse	8	8,3
Eviter une Grossesse et espacer naissances	2	2,1
TOTAL	96	100,0

Pour la majorité des utilisatrices, le Planning Familial signifie espacer les naissances (89,6%)

Tableau XIV : Répartition des utilisatrices selon le but de la pratique de contraception

BUT DE LA PRATIQUE	FREQUENCES	POURCENTAGES (%)
Espacer naissance	54	55,7
Eviter Grossesse	22	23,2
Limiter naissance	19	20,0
Lutter contre les IST	1	1,1

TOTAL	96	100,0
-------	----	-------

Plus de la moitié des utilisatrices (55,7%) ont utilisé le PF pour espacer les naissances

Tableau XVI : Répartition des méthodes modernes pratiquées selon les utilisatrices du PF

METHODES PRATIQUEES	FREQUENCES	POURCENTAGES (%)
Implants	37	38,5
Injectables	26	27,1
Pilule	22	22,9
DIU	7	7,3
Spermicide	2	2,1
Préservatif	2	2,1
TOTAL	96	100,0

Les implants ont représenté la méthode de contraception la plus utilisée soit 38,5% suivie des injectables (27,1%)

Tableau XV : Répartition des utilisatrices selon les effets secondaires des méthodes utilisées

EFFETS SECONDAIRES	FREQUENCES	POURCENTAGES (%)
Aucun	10	10,4
Aménorrhée	36	37,5
Spotting	26	27,1
prise de poids	8	8,4
Vertige	8	8,4

Vomissement	6	6,2
Maux de ventre	2	2,0
TOTAL	96	100,0

Pour les utilisatrices du PF, l'aménorrhée a représenté l'effet secondaire le plus remarqué soit (37,5%), cependant 10,4% ont pensé que le PF était sans effet secondaire

C - SOURCE D'INFORMATION

Tableau XVII : Répartition des utilisatrices du PF selon la source d'information

SOURCE D'INFORMATION	FREQUENCES	POURCENTAGES (%)
Télévision	58	60,4
Agent de Santé	13	13,5
Amie	11	11,5
Parent	9	9,4
Voisine	4	4,2
Mari	1	1,0
TOTAL	96	100,0

La télévision a représenté la principale source d'information de PF soit 60,4%.

Tableau XVIII : Répartition des utilisatrices selon l'accord de leur partenaire

ACCORD DU PARTENAIRE	FREQUENCES	POURCENTAGES (%)
OUI	85	88,5
NON	11	11,5
TOTAL	96	100,0

L'utilisation du PF a été faite avec l'accord du partenaire dans la majorité des cas soit 88,5%

Tableau XIX : Répartition des utilisatrices selon la personne qui a conseillé de pratiquer le PF

CONSEILLERE	FREQUENCES	POURCENTAGES (%)
Initiative personnelle	75	78,1
Mari	9	9,4
Agent de Santé	5	5,2
Amie	4	4,2
Parent	3	3,1
TOTAL	96	100,0

Dans la majorité des cas (78,1%), la pratique du PF a été faite sur initiative personnelle

Tableau XX : Répartition des utilisatrices selon la décision de la pratique du PF

Décision d'utilisation	FREQUENCES	POURCENTAGES (%)
Vous et votre partenaire	63	65,6
Personnelle	21	21,9
Votre partenaire	12	12,5
TOTAL	96	100,0

Dans la majorité des cas, la décision de pratiquer le PF a été faite avec le partenaire (conjoint)

Antécédent d'utilisation de méthode de planification, les utilisatrices étaient demandées de dire si elles ont eu a utilisée une méthode de contraception, elles devaient répondre par oui ou non dans 71,9% des cas elles avaient utilisé uneméthode auparavant ; les méthodes qu'elles ont eu a utiliser sont présentées dans le tableau XXI

Tableau XXI : Répartition des utilisatrices selon la méthode utilisée auparavant

Méthode de PF utilisée auparavant	FREQUENCES	POURCENTAGES (%)
Pilule	27	28,1
Injectable	21	21,9

Implant	12	12,5
DIU	5	5,1
Méthode de calendrier	2	2,0
Préservatif	1	1,4
TOTAL	96	100,0

La pilule a été la méthode de contraception la plus utilisée (28,1%) suivie des injectables

2- Tableau XXII : Avantages liés au planning familial

AVENTAGES	FREQUENCES	POURCENTAGES (%)
Discrétion	67	71,3%
Equilibre socio économique	17	18,1%
Espacer naissances	3	3,2%
Total	87	100

Sur les 94 utilisatrices qui connaissent le planning familial, 87 personnes soit 92,5% reconnaissent les avantages liés à l'utilisation du planning familial, contre 7 personnes soit 7,5%. Les différents avantages cités :

-Discrétion (71,3%)

-Maintenir de l'équilibre socio- économique de la famille (18,1%)

-Espacer les naissances (3,2%)

3-Tableau XXIII : Inconvénients liés à la pratique du planning familial

Inconvénients	Fréquences	Pourcentages (%)
Aménorrhée	36	37,5
Spotting	26	30,0
Prise de poids	23	24
Vertiges	14	14
Maux de ventre	3	3,1

Total	94	100
-------	----	-----

- 36 personnes soit 37,5% d'aménorrhée
- Pour 29 personnes soit 30,2% ont évoqué n risque de spotting
- Pour 23 personnes soit 24% ont courut un risque de prise de poids
- Pour 14 personnes soit 14,6% ont évoqué des vertiges
- Pour 8 personnes soit 8,3% ont déclaré des maux de ventre

4- Relation entre le planning familial et la religieuse

Au cours de cette étude, les utilisatrices étaient sollicitées à dire si le PF avait un rapport avec la religion. La majorité (69,8%) à indiqué que la pratique du PF était conforme à leur religion ; par contre (11,5%) trouvaient que la pratique du PF est contre indiquée interdite par leur religion. Celles – ci ont soutenu que la Pratique du PF est une opposition à la volonté de Dieu.

Conforme	Fréquences	Pourcentages (%)
1(oui)	67	69,79
2(non)	10	10,42
3(pas de rapport)	19	19,79
Total	96	100

Comme indiqué dans le tableau, la majorité des utilisatrices ont indiqué que la pratique de la PF était conforme à leur religion et celui quelque soit le groupe d'âge

5- Tableau XXIV : Répartition du PF selon la religion et l'âge

RELIGION	OUI	NON	NE SAIT PAS	TOTAL
AGE				
1	18	1	8	27
2	43	5	9	57

3	6	4	2	12
TOTAL	67	10	19	96

6- Tableau XXV : Répartition du PF selon la décision et le groupe d'âge

Décideur	Soi même	Partenaire	Soi même	TOTAL
Groupe d'âge	Partenaire			
≤ 23	10	2	15	27
24-39	8	10	39	58
≥ 40	3	0	9	12
TOTAL	21	12	63	96

V COMMENTAIRES ET DISCUSSION:

1-Tranche d'âge :

Dans notre étude 59,4% des utilisatrices avaient un âge compris entre 24-39 ans, avec une moyenne d'âge de 29ans. Ce qui est comparable au résultat de Maiga. [12] qui trouve que 18,63% d'utilisatrices du planning familial ont au moins 30 ans et que la tranche d'âge 17-22 ans et 34 ans et plus sont sous représentées avec respectivement 24% et 23,7%. Les sous représentations de la tranche d'âge 17-22 ans peuvent s'expliquer par le fait que cette tranche d'âge considérée jeune aux multiples pressions et préjugés de la société soumise. Cet état les conduit à ne pas solliciter le service du planning familial

3-Résidence :

Notre étude a montré que 33,3% de nos utilisatrices résident en commune III (tableau III). Cela peut s'expliquer par le fait que le siège même de la clinique de l'AMPPF se situe en commune III.

4-Profession :

Pendant notre étude les utilisatrices du planning familial dans la clinique de l'AMPPF étaient des ménagères ce résultat est comparable avec celui obtenu par Maiga [12] en commune VI de Bamako, la sous représentation des étudiants/élèves pourrait être liée aux pressions de la société donc sous cette pression elles se planifient. Nos résultats sont comparables à ceux de Maiga [12] qui a trouvé un taux de représentation de 2,07% pour les étudiantes/élèves et 0,88% pour les fonctionnaires en 1996 dans le centre de santé de la commune VI.

5-Niveau d'alphabétisation :

Notre étude montre que 42,7% des utilisatrices du planning familial ont atteint le niveau secondaire et supérieur

Nos résultats sont différents de ceux de Tamboura [4] qui trouvent que 37,3% d'utilisatrices ont le niveau primaire en 2008 à la clinique de l'AMPPF. Cette différence pourrait s'expliquer par la période d'étude

6- Statut matrimonial :

Les femmes Mariées ont représenté 77,1% des utilisatrices du Planning Familial durant la période de notre étude. Cela peut s'expliquer par la disparition des préjugés et que le planning familial est fait par l'accord de leur conjoint. Ces résultats se rapprochent de ceux de Maiga [12] et de Sidibé [18] qui avaient trouvé respectivement 81,65% et 83,82% de mariées comme utilisatrices de Planning Familial.

7 Les antécédents gynécologiques obstétricaux :

La majorité des utilisatrices du Planning Familial au cours de notre étude a au moins un enfant soit 55,2%. Nos résultats sont comparables à ceux de Maiga [12] qui a trouvé 94,78% des utilisatrices de la contraception cela pourrait être

due au fait que déjà ces femmes sont en âge de procréer et que la prise du PF pour espacer les naissances est acceptable.

B-Connaissance du planning familial par les utilisatrices a la clinique de l'AMPPF :

1- connaissances de l'objectif du PF :

L'objectif le plus connu par les utilisatrices du Planning Familial de notre étude a été l'espacement des naissances soit 89,6%. Les autres objectifs : éviter les grossesses non désirées (hors du mariage), limitation des naissances, la lutte contre les IST/SIDA, contre la stérilité sont peu connus ou totalement inconnu par utilisatrices du PF .Cela montre une bonne sensibilité au PF face aux utilisatrices.

2-Connaissance des méthodes :

Sur les 96 personnes interrogées, 95,8% connaissent la méthode moderne ; cela est dû aux nombreuses publicités faites sur les différentes méthodes modernes ; les méthodes traditionnelles, naturelles et autres sont mal connues par les utilisatrices du PF.

3-Connaissance des effets secondaires :

Sur les 96 personnes interrogées, 37,5% des utilisatrices ont rapporté l'aménorrhée comme effet secondaire cela pourrait être du à une meilleure sensibilisation des femmes au cours des consultations et dans les campagnes de sensibilisation

4-Connaissance du planning familial en fonction du niveau d'alphabétisation :

L'élévation du niveau de connaissance des effets secondaires pourrait être liée au fait que les utilisatrices du PF, avaient un niveau supérieur

C- Pratique :

1-Fréquence des méthodes utilisées parmi les méthodes disponibles à la clinique de l'AMPPF :

Les implants (Norplant) sont utilisés par 38,5% des utilisatrices de notre échantillon contre 27,1% des injectables 22,9% des pilules 5,2% des DIU et que 2,1% des spermicides, stérilet, préservatif cela est due au fait de la disponibilité de nombreuses campagnes de publicité sur les implants , à sa discrétion et sa dureté contrairement pour Maïga [12] qui trouve que la pilule était plus utilisé par 79,29% de son échantillon en 1996, et Tamboura [4] qui trouve les injectables avec 44,4% en 2008

2-But de la pratique du planning familial :

Notre étude a montré que 55,7% des utilisatrices du PF à la clinique de l'AMPPF pratiquent le planning familial pour espacer les naissances (toutes mariées), 24,3% pour éviter les grossesses non désirées (célibataire, fiancé, divorcée) et 20,0% pour limitation (arrêt total) de naissance (toutes mariées, grande multipare). Nos résultats sont comparables à ceux de Maïga [12] cela pourrait s'expliquer par le fait que l'espacement des naissances soit la raison de pratique du PF la plus accepté par la société.

D-Source d'information :

Pendant notre étude les sources d'informations citées par les utilisatrices ont été; la télé 60,4%, Agent de santé 13,5%, communication inter personnel (Amie, voisine, Mari.....) avec 26,1% pour les jeunes sans enfants cela s'explique par un manque de communication entre les parents et les enfants en matière d'éducation sexuelle dans nos sociétés. La télévision représente actuellement une principale source d'information à travers les publicités.

- Source de guide : notre étude montre que 78,1% ont été guidé par eux même (après mur réflexion) 9,4% par leur Mari, 5,2% par Agent de société à 4,2% et 3,4% par ami et parent cela s'explique par le fait que les souffrances liées à la grossesse et à l'accouchement puis l'entretien de l'enfant sont subi par la femme elle-même, en plus la femme est aussi responsable de l'entretien de l'enfant.

- La religion constitue également un grand facteur contre la pratique du planning familial car 11,5% sur les 96 personnes utilisatrices du planning familial de notre échantillon trouvent qu'il n'est pas conforme à leur éthique religieuse. Ceci est d'autant plus vrai que la religion (christianisme, musulmane) s'oppose totalement aux méthodes dites mécaniques du planning familial. Seul l'abstinence et le coït interrompu sont autorisés. Selon l'étude de Mounkoro [2] qui trouve 62,2% des femmes interrogées disaient que le planning familial était non conforme à leur éthique religieuse.

Mounkoro [2] l'église rappelait encore en 1989 qu'il y a une différence anthropologique entre méthodes «naturelles» ou d'auto observation et les méthodes dites «mécaniques».

VI CONCLUSION RECOMMANDATIONS

CONCLUSION

Cette étude avait, pour objectif d'évaluer la connaissance et la perception des utilisatrices du Planning Familial consultantes à la clinique de l'AMPPF de Bamako. Pour cela nous avons fait une étude prospective allant de Novembre 2009 au Décembre 2009 permettant de déterminer les caractéristiques démographiques des utilisatrices du PF, leur connaissance attitude et pratique sur le PF, on aboutie à la conclusion suivante :

La fréquentation des services socio sanitaire pour le PF reste une affaire des femmes d'âge relativement jeunes 27,1% des utilisatrices ont ou plus de 30 ans ,mariées 77,1% avec au moins un enfant vivant 55,2% et de niveau d'alphabétisation faible .Ces femmes sont en majorité des ménagères 33,3%, la majorité réside en commune III ,la source d'information des utilisatrices en

générale est la télévision/radio avec 60,4%, l'espacement des naissances reste le but principal de la pratique du PF avec 55,5% et les implants représentent la méthode la plus utilisée avec 38,5% .

Pour cette étude nous suggérons quelques recommandations qui sont proposées comme suivant :

RECOMMANDATIONS

1- Pour les utilisatrices :

L'utilisation du Planning Familial dans les services socio sanitaire est faite pour leur propre santé et celle de toute leur famille, aussi pour améliorer leurs conditions de vie socio économique

2- Pour les agents de la clinique de l'AMPPF

Améliorer une plus grande explication pour mieux informer les utilisatrices du PF sur les inconvénients et les avantages liées à chaque méthode, afin de mettre en œuvre pour leur auto formation continue

3- Pour les autorités du Ministère de la santé

- organiser d'avantage des campagnes d'information, de sensibilisation et d'éducation sur les avantages de la planification Familial

- Instaurer les cours de formation sur le PF dans les écoles

- Multiplier les centres de Planification Familial pour améliorer l'accès au Planning Familial

- Informer la population sur le Planning Familial plus particulièrement les hommes afin de les fait comprendre qu'ils participent à la PF

4- Leaders religieux :

Mener des activités de mobilisations sociales et d'information par les agents

Instaurer les débats de sensibilisation en matière de Planning Familial sur les lieux de prestation (espacement des naissances)

VII. References bibliographiques

1- Hatcher,R.A,Rinehart,w.Blackburn,R.Geller,J.S.et Shelton ,J.D

Eléments de la technologie de la contraception. Baltimore, Programme d'information sur la population, Ecole de Santé Publique, Université Johns Hopkins, 2000.

2- MOUKORO. R

Perception communautaire du Planning Familial dans le cercle de Tominia
Thèse Médecine Bamako, 1993. 39P. N°12.

3- AMPPF :

Document de la campagne Nationale sur la PF, Mars2004. P1-3

4- TAMBOURA F.

Préférences des Adolescentes et jeunes adultes en matière de contraception à la clinique de l'AMPPF.

Thèse Médecine. Bamako, 2008. 56P. N°152.

5- AMPPF :

Plan stratégique 2006-2010 ; P47.

6- AMPPF :

Manuel de référence pour le planning familial janvier 2007

7- AMPPF

Bulletin de l' n°4 du 31-Octobre-1993 ; P3.

8- Camara M :

La contraception chez l'adolescente.

Thèse Médecine. Bamako.1992 n°44 Bamako -Mali

9- Coulibaly P :

Contribution à l'étude socio épidémiologique du planning familial dans le cercle de douentza.

Thèse Med 1992 n°3.

10-Division santé de la reproduction :

Plan stratégique de la santé de la reproduction 2004-2008.

11- Dakouo S :

Besoins et préférences des femmes en matière de contraception au MALI BKO
Thèse Med 2000n°80

12- Maiga S :

Contribution à l'étude du planning familial auprès des utilisatrices du centre de santé de la commune VIThèse Médecine. Bamako 1996 n°52.

13- Ministère de la santé publique et des affaires sociales projet de développement –sanitaire.

Stratégie national en planning familial et en IEC en 1987.

14- Ministère de la santé, des personnes âgées et de la solidarité.

Procédures des services de santé, de la reproduction et de planning familial (2versions)
Bamako. Décembre 1995.

15- OMS.

<<Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant 2005>>.

16- Ministère de la santé publique, des affaires sociales et de la promotion féminine.

Déclaration nationale de politique de population
Bamako -Mali Août 1991

17- Sanogo S :

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

Thèse Med Bamako 1996 n°32.

18- Sidibé MK

Approche épidémiologique du planning familial au centre de santé de la commune IV du district de Bko.

Thèse Med 1992 n°52.

19-Traoré D :

Les contraceptifs oraux en pratique courants à Bamako, cas de l'AMPPF.
Thèse Pharmacie, Bamako 1998 n°39.

QUESTIONNAIRE

1. N° D'IDENTIFICATION :

2. AGE :

3. ETHNIE :

- Bamanan
- Peulh
- Sarakolé
- Malinké
- Dogon
- Bobo
- Senoufo
- Minianka
- Sonrhäi
- Maure
- Autres

4. PROFESSION :

5. RESIDENCE PAR COMMUNE

- Commune I
- Commune II
- Commune III
- Commune IV
- Commune V
- Commune VI

6. NIVEAU D'ALPHABETISATION

- Premier cycle
- Second cycle
- Aucun
- Secondaire
- Supérieur

7. STATUT MATRIMONIAL

- Mariée
- Célibataire
- Divorcée
- Veuve

8. ANTECEDANTS GYNECO OBSTETRIQUES :

- Comment de fois étiez vous tomber enceinte ?
- Jamais nombre
- Combien de fois avez vous accouché ?
- Vivant
- Avortement
- Décès
- Sans enfants
- Nombre d'année séparant Les enfants : -1 an
- 2 ans
- +2 an

9. AVEZ-VOUS DEJA UTILISE UNE METHODE DE CONTRACEPTION AUPARAVANT :

- OUI
- NON

Si Oui laquelle ?

10. PENDANT COMBIEN DE TEMPS AVEZ-VOUS UTILISE CETTE METHODE :

11. POUR QUELLE RAISON AVEZ-VOUS ABANDONNEZ CETTE METHODE ?

12. CONNAISSEZ VOUS DES METHODES DE PF LEQUEL ?

- Traditionnel
- Moderne

13. QUEL METHODE DE CONTRACEPTION PREFEREZ VOUS ?

- Pilule
- Diaphragme
- Injectable
- Ligature des trompes
- DIU
- Spermicides
- Préservatif
- Implants
- Autres

14. QUELS SONT LES AVANTAGES LIES CETTE METHODE ?

15. QUELS SONT LES INCONVENIANTS DE CETTE METHODE ?

16. POURQUOI PRATIQUER VOUS LE PLANNING FAMILIAL ?

- Eviter une grossesse
- Espacer des naissances
- Limitation de naissances
- Lutte contre la stérilité
- Lute contre les IST/SIDA

17. QUI VOUS A CONSEILLE DE PRATIQUER LE PLANNING FAMILIAL ?

- Apres mûre réflexion
- Amie
- Agent de santé
- Parent
- Mari
- Voisins
- Autres

18. CROYEZ VOUS QU'IL EXISTE DES INCONVENIENTS LIES AU PF ?

- OUI
- NON

Si Oui lesquels

- Vertiges
- Vomissements
- Prises de poids
- Aménorrhée
- Spotting

19. LE PF EST IL CONFORME A VOTRE ETHIQUE RELIGIEUSE :

- OUI
- NON

Justifier votre réponse :

20. A PARTIR DE QUELLE SOURCE D'INFORMATION AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PAR LE DU PLANNING FAMILIAL?

- Télévision
- Radio
- Amie
- Voisin
- Parent
- Mari
- Agent de santé
- Autres

21. SELON VOUS QUE SIGNIFIE LE PLANNING FAMILIAL ?

22. VOTRE CHOIX A-T-IL ETE FAIT DE COMMUN ACCORD AVEC VOTRE PARTENAIRE ?

- OUI
- NON

23. A VOTRE AVIS, QUI DOIT DECIDER DE L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION :

- Vous-même
- Votre partenaire
- Vous et votre partenaire
- Vos parents

24. QUEL CONSEIL DONNERIEZ-VOUS AUX FEMMES QUI SONT ENCORE HESITANTES A L'UTILISATION DU PF :

Fiche signalétique

Non : Mme Traoré née CISSE

Prénom : ANTA

Titre : Etude de la connaissance et de la perception des utilisatrices du planning familial consultantes à la clinique de l'AMPPF

Année de soutenance : 2010

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto stomatologie (FMPOS)

Secteur d'intérêt : Santé publique

RESUME :

Il s'agit d'une étude prospective descriptive d'un mois cohortes de 100 (Cent) cas allant de Novembre à Décembre 2009 dans la clinique de l'AMPPF dont 4 (quatre) personnes non consentantes. L'objectif général de l'étude était d'évaluer la connaissance et la perception des utilisatrices du PF à la clinique de l'AMPPF. Nos résultats ont montré que 89,6% connaissent le PF en tant que 'espacement des naissances et que sur les 96 personnes interrogées 95,8% connaissent la méthode moderne ; 37,5% ont parlé d'effets secondaires et 22,9% les ignorent. 27,1% des utilisatrices ont ou plus de 30 ans, mariées. 77,1% ont un niveau d'alphabétisation faible. Ces femmes sont en majorité des ménagères (33,3%). L'espacement des naissances reste le but principal de la pratique du PF. Les implants ont représenté la méthode la plus utilisée et la majorité ont été enceinte au moins une à trois fois (53,1%). Ces femmes ont chacune plus de deux ans séparant leurs enfants (57,1%). La décision de la pratique du PF est faite avec l'accord de leur partenaire (88,5%). La majorité des utilisatrices disent que la pratique du PF est conforme à leur religion et que 11,5% trouve que ce n'est pas conforme. La télévision a représenté la principale source d'information du PF. Le choix de la pratique du PF a été faite par initiative personnelle.

Mots clés :

Connaissances, perception, utilisatrices, AMPPF, Planning Familial