

**Ministère de L'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique**



UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO

(USTTB)

FACULTÉ DE MÉDECINE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE

Année académique : 2011-2012

N°..... /

Thèse

PLANIFICATION FAMILIALE DANS LA COMMUNE URBAINE DE BOUGOUNI

**Présentée et soutenue publiquement le//2012
devant la faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie**

PAR MME SANSOUBA MAMOU SISSOKO

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

JURY

Président : Pr. Moukoro NIANI
Membre : Pr. Seydou DIARRA
Co-directeur : Dr. Cheikna SYLLA
Directeur de thèse : Pr. Jean TESTA

DEDICACE

Au nom de Dieu le Tout Puissant, **le Clément**, le très miséricordieux

Louange à **ALLAH Seigneur des créatures**

Maître du jour de la rétribution.

C'est par ta grâce que nous avons pu réaliser ce travail, je m'en souviendrai tout au long de cette vie éphémère et je te resterai toujours fidèle dans l'exercice de la médecine.

Paix et salut sur le **prophète Mohamed**

Je dédie ce travail,

❖ **A toutes les mères, singulièrement à celles qui ont perdu la vie en donnant naissance,**

❖ **A mes mères :**

✓ **Nantenin COULIBALY**

Rien ne peut contre la volonté de Dieu.

Ces mots n'exprimeront pas assez tout ce que j'éprouve pour toi aujourd'hui. Modèle de mère dévouée, courageuse et tolérante, Ton exemple est décrit dans tous les livres mais rare dans la vie courante.

Tu es pour nous l'image de la mère idéale par ta simplicité, ta générosité, ton courage, ta combativité, ton amour pour ta famille. J'ai la chance de t'avoir comme mère. Ce travail est le fruit de tes sacrifices consentis durant toutes ces années. Puisse, mère, ce travail t'apporter satisfaction et répondre à l'espoir que tu as placé en moi.

✓ **Niamé CISSE**

Je manque de mots à ton égard, ton amour pour nous, ta générosité et ton sens du pardon ont été pour nous une fierté. Tu as été et resteras toujours pour nous une mère exemplaire.

Je suis fier de toi et plus que jamais reconnaissante pour tout ce que tu as fait et que continue à faire pour nous.

Puisse Allah, le tout puissant te donner longue vie et te faire bénéficier du fruit de la patience. Amen !

❖ **A mon père : Famankan SISSOKO** affectueusement appelé **Boua**

Ton souci constant, ta rigueur, ton courage, ta sincérité, ta persévérance dans l'accomplissement du travail bien fait ont fait de toi le meilleur éducateur pour tes enfants et tes élèves. L'éducation que mes frères, sœurs et moi avons reçue de toi sera toujours notre guide. Je suis fière de toi, fière d'être ta fille. Ce travail est le fruit de tes sacrifices consentis durant toutes ces années.

Puisse Allah, le tout puissant vous te donner longue vie et te faire bénéficier des fruits de ton travail. Amen !

Remerciements

A travers ce travail, je voudrais exprimer ma gratitude

A ma tante : Mariam SIDIBE

En ce jour mémorable, pour tout le soutien moral et affectueux apportés à la famille durant toutes ces années

Que le tout puissant te donne longue et heureuse vie.

A mon mari : Abdoulaye DOUMBIA.

Ta présence à mes côtés, ton soutien tant moral que matériel, et tes nombreux sacrifices consentis m'ont permis de venir à bout de ce travail.

Les mots me manquent pour te remercier mais saches que je te serai reconnaissante pour tous tes sacrifices.

Merci, merci et merci que le tout puissant, le tout miséricordieux te le rende un jour. Ce travail est le fruit de tes efforts.

A mes grands frères et sœurs : Salikena DAMBA, Sira DAMBA, Abdoulaye SISSOKO et Tènèba SISSOKO

Pour le réconfort moral et le soutien matériel que vous n'avez cessé de m'apporter pendant tant d'années d'étude ; recevez par ce travail l'expression de mes sentiments affectueux et fraternels. La fraternité n'a pas de prix, j'espère et je souhaite qu'elle restera toujours sacrée entre nous.

Restons toujours unis pour encourager les plus jeunes à la persévérance et à l'endurance, car le chemin de la réussite dans ce monde impitoyable est long et plein d'embûches. Vous pouvez faire mieux pour le bien être de la famille.

Ce travail est l'occasion pour moi de vous dire à quel point vous m'êtes chers. Que la paix et l'entente règnent toujours entre nous et que Dieu renforce nos liens.

A mon cousin Seydou SISSOKO

En plus d'être un cousin tu as été pour moi un grand frère.

Merci pour ton affection et ton soutien permanent. Trouve ici l'expression de ma sincère gratitude.

A mes fils : Bougousse et Ibrahim

Vous êtes ma fierté, merci d'avoir rempli ma vie de bonheur, ce travail est pour vous. Que Dieu vous donne la force et la foi de surmonter les épreuves dans ce monde si dure, Qu'il vous accorde une longue et heureuse vie, Amen !

A mes petit(e)s frères et sœurs : Nahawa, Seybou, Aissata, Nouhoum, Adjaratou et Aminata, Siriman, Massaran, Kadidiatou, Mohamed, Fatoumata, Oumou, Modibo, Doussou

A mon ami : Dr SAMOURA Lassina :

Plus qu'un ami, tu as été pour moi un grand frère, tu m'a maintes fois donné l'occasion de me rendre compte que je pouvais compter sur toi. Ton courage et ta détermination m'ont toujours inspiré. Tu as été un soutien infaillible tout au long de l'élaboration de ce document, tu es de ces rares personnes que la vie a mises sur mon chemin pour m'en faciliter sa traversée.

Merci de ton assistance, que Dieu le tout puissant puisse t'accorder une longue vie pleine de bonheur.

A toute la famille SAMOURA à Bougouni plus particulièrement notre mère Awa TRAORE : pour tant d'amour et d'affection.

A mes amies : Dr FAROTA Dado, Yaye TAPO, Assanatou KONE Rokia GASSAMBA, Kinza SIDIBE Alima YOUNOUSSOU, Lala Aicha SALL..., rien n'est plus important que l'amitié ; recevez donc à travers ce modeste travail l'expression de mes vifs sentiments d'amitié.

Pour tous ces souvenirs et tous ces moments de bonheur vécus grâce à vous, trouvez ici toute ma reconnaissance.

A tout le personnel du Centre de Santé de Référence de Bougouni

Plus particulièrement Dr BAMBA Brahima, Dr ZERBO Abdrahamane, Dr GOÏTA Daouda, Dr KEMENANI Mariam, Dr SYLLA checkna, Dr TOURE Oumou, Dr BAGAYOKO Oumar, Dr TRAORE Abdoulaye ; merci pour votre encadrement

A mes aînés du CSRéf : Drs : Karim SIDIBE, FAROTA Dado, TRAORE Soumaïla, KANOUTE Fatoumata, Sidiki BERTE, Baman KANE, Madou Moussa DIAKITE, SAMAKE Moussa, Lassina SAMOURA, Soukaro TRAORE, Lassina TOGOLA, Votre disponibilité a été un facteur important pour la réussite de ce travail. Merci infiniment.

A tous les petits frères du CSRéf : Lamine MARIKO, Salif GUINDO, Diakaridia SAMAKE, Batènin KANTE, Kalifa DIALLO, ABOU BENGALY, Abdrahmane TRAORE, Amadou B TRAOREMerci pour le soutien et le respect dont vous avez fait preuve envers vos aînés.

A tout le personnel du laboratoire, du Bloc, des différentes unités : vous avez été pour moi des tontons, tantes, oncles et frères. Merci pour votre franche collaboration mais aussi pour cette ambiance de famille solidaire et fraternelle.

Aux frères et sœurs de la ligue islamique des élèves et étudiants du Mali (LIEEMA) et Sympathisants

Remerciements particuliers

A Docteur BEMBA Brahima

Vos qualités humaines, votre amour du travail bien fait et votre souci constant de la bonne formation des internes font de vous un exemple à suivre. Votre contribution morale et pratique a été indispensable pour la réalisation de cette recherche.

Trouvez ici toute ma reconnaissance et ma satisfaction.

A tout le personnel des hôpitaux et centre de santé du MALI.

A mes camarades de promotion du primaire, du secondaire et du supérieur ; en souvenir des heures pénibles passées ensemble

A tous mes maîtres, du premier cycle fondamental à la FMPOS du Mali pour leur patience et leur disponibilité.

A l'Etat malien pour tous les efforts consentis pour ma formation.

A notre maitre et président du jury

Professeur Niani Mounkoro

Maître de conférences à la FMOS

Chef de service d'obstétrique au CHU Gabriel Touré.

Chevalier de l'ordre du mérite de la santé.

Honorable maitre,

Nous sommes honorés que vous ayez accepté malgré vos multiples occupations de présider ce jury.

Votre abord facile, votre disponibilité et votre rigueur scientifique nous ont profondément impressionnés.

Nous apprécions en vous l'homme de science modeste et humble, vous nous laissez le souvenir d'un maître accompli et un exemple pour la jeune génération.

Soyez rassuré cher maître de notre profond attachement et de notre sincère reconnaissance.

Que Dieu le tout puissant vous accorde une longue vie.

A notre maitre et juge

Pr Seydou DOUMBIA

Maître de conférences à la FMOS

Chef du DER d'épidémiologie à la FMOS.

Cher maitre,

C'est un immense honneur pour nous de vous compter parmi nos membres du jury.

Cher maître, votre personne suscite admiration et respect, Votre franchise et votre immense talent de chercheur émérite ont forcé notre admiration.

Nous espérons avoir été à la hauteur de vos attentes dans la réalisation de ce travail.

Veillez accepter, cher maître, nos sentiments de reconnaissance et de respect.

A notre Maître et co-directeur :

Docteur Cheikna SYLLA

Gynécologue obstétricien au Centre de Santé de Référence de Bougouni, Chef de l'unité gynéco-obstétrique au Centre de Santé de Référence de Bougouni,

Cher maître

C'est une réelle satisfaction pour nous de vous compter parmi les membres de ce jury.

Votre abord, votre disponibilité et votre rigueur scientifique nous ont profondément impressionnés.

Durant notre formation dans le service, nous avons apprécié votre simplicité et votre pragmatisme. La densité et la clarté de votre enseignement font qu'il est aisé d'apprendre à vos côtés.

Cette thèse est l'occasion de vous remercier pour l'encadrement en gynéco-obstétrique dont nous avons bénéficié mais aussi pour le service rendu aux couches vulnérables notamment les femmes depuis votre arrivée à Bougouni

Trouvez ici, cher Maître, l'expression de notre profond respect et de notre sincère reconnaissance.

Que le tout puissant vous garde longtemps auprès de nous

Amen !

A notre Maître et Directeur de thèse :

Pr Jean Testa

Maître de conférences en santé publique.

Professeur de santé publique à la FMOS

Cher Maître,

Nous avons été impressionnés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de diriger ce travail

Votre immense expérience, votre esprit méthodique, votre amour pour le travail bien fait et votre façon chaleureuse d'accueillir restent pour nous source d'inspiration et mettent en évidence vos qualités incontestables de chercheur émérite.

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

Nous espérons tirer profit de l'enseignement strict que nous avons reçu de vous.

Nous sommes très honorés de vous avoir comme Directeur de thèse.

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

TABLES DES MATIERES

1	INTRODUCTION	14
1.1	Enonce du problème	14
1.2	Justification du Thème :.....	16
2	Objectifs :	21
2.1	Objectif général :	21
2.2	Objectifs spécifiques :.....	21
2.3	Hypothèses de recherche :	21
3	GENERALITE	22
3.1	Historique de la planification familiale :.....	22
3.1.1	Dans le monde	23
3.1.2	En Afrique.....	24
3.1.3	Principales dates de la politique de planification familiale au Mali	24
3.2	Avantages de la Planification Familiale [24 ; 18].....	26
3.3	Définition des concepts [29 ; 6].....	28
3.3.1	Planification Familiale :	28
3.3.2	Contraception :	29
3.4	Méthodes contraceptives :	30
3.4.1	Les caractéristiques d'une bonne méthode contraceptive [18] :.....	30
3.4.2	Classification des méthodes de contraception :	31
3.4.3	Description des méthodes de contraception :	31
3.5	Prévalence de la contraception	42
3.5.1	Prévalence contraceptive dans le monde en 2001 [8]	42
3.5.2	Utilisation de la contraception en Afrique, par région(2008) [10]	43
3.5.3	L'Afrique de l'Ouest dans son contexte [10]	43
3.5.4	Au Mali :	43
4	METHODOLOGIE.....	44
4.1	Cadre d'étude :	44
4.1.1	Aperçue générale du cercle de Bougouni : [39]	44
4.1.2	Aspects géographiques :	45
4.1.3	Population :	46
4.1.4	Religion :	46
4.1.5	Economie-finance :	46
4.1.6	Industrie et commerce :	46
4.1.7	Education :	46
4.1.8	Le CSRéf de Bougouni :	47
4.2	Période d'Etude :	49
4.3	Type d'Etude :	49
4.4	Population d'Etude:	49
4.4.1	Critères de non inclusion :	49
4.5	Collecte des données :	49
4.6	Echantillonnage :.....	50
4.6.1	Taille minimum de l'échantillon	50
4.6.2	Technique d'échantillonnage : sondage en grappes.	50
4.7	Analyse et Saisie des données :.....	51
4.8	Considération éthique :.....	51

5	RESULTATS	52
5.1	Caractéristiques sociodémographiques :.....	52
5.2	Connaissances en matière de santé de la reproduction.....	54
5.3	Pratique de la contraception	56
5.3.1	Prévalence de la contraception	56
5.3.2	Etude des utilisatrices de méthodes contraceptives.....	57
5.3.3	Etude des femmes non utilisatrices de PF	60
5.4	Evaluation de la qualité de la prestation dans les CCom /CSRéf	62
6	Commentaires et discussions.....	65
6.1	Méthodologie :.....	65
6.2	Caractéristiques sociodémographiques.....	65
6.3	Connaissances en matière de santé de la reproduction.....	66
6.4	Pratique des femmes en matière de planification familiale... 	68
6.5	Obstacles à l'utilisation du planning familial.....	69
6.6	Qualité de la prestation dans les centres de santé :	71
7	Conclusion.....	73
8	Recommandations	74
9	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES (selon vancouver)	75

1 INTRODUCTION

1.1 Enonce du problème

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

« Donner la vie en Afrique, c'est savoir aussi que l'on peut mourir » disait le docteur Patric THONNEAU et qui précise que dans les services d'obstétrique de Dakar, pour une femme qui meurt, ce sont dix qui restent invalides » [21].

«Je vais à l'océan, chercher de l'eau, mais le voyage est long et dangereux, il se peut que je ne revienne pas » : expression empruntée à la tradition orale Tanzanienne que la nouvelle maman évoque à ses enfants lorsqu'arrive le moment de l'accouchement, voilà des propos qui illustrent parfaitement les risques liés à la grossesse et à l'accouchement [21].

En Afrique noir une femme meurt toutes les minutes des suites de sa grossesse dans les pays pauvres et quinze millions restent handicapées à vie, six grossesses sur mille se terminent par un avortement provoqué [35], une pratique devenue courante de nos jours malgré ses conséquences désastreuses.

Selon l'OMS, chaque année, on dénombre 80 millions de grossesses non désirées, ce qui occasionne 45 millions d'IVG qui ont pour conséquences 70 000 décès dont 97% sont enregistrés dans les pays en développement [45].

Cette situation est un grave problème de santé publique, surtout dans les pays du tiers monde. L'impact le plus visible de la grossesse non désirée réside dans le domaine psychosocial car il contribue à une perte d'estime de soi, l'abandon scolaire, le rejet par la famille, une destruction des projets de vie et le maintien du cercle de la pauvreté [46].

En Afrique, 96% des avortements sont dangereux et on estime à 3740000, le nombre d'avortements provoqués clandestins effectués chaque année, avec un taux de mortalité de 6 pour 1.000, soit 1 décès pour 150 avortements.

Les perforations utérines, les hémorragies et les infections sont généralement les causes de ces décès [45].

Les femmes surtout celles qui vivent en milieu rural n'ont pas toutes les informations nécessaires à la santé familiale ou ont des préjugés sur les différents problèmes liés à la grossesse [35].

L'OMS estime que 25% de décès néo-natal à travers le monde pourrait être prévenu par l'espacement des naissances.

Depuis 1960, les programmes de planification familiale ont aidé les femmes du monde entier à éviter 400 Millions de grossesses non désirées, on a donc épargné à de nombreuses femmes les dangers de la grossesse à haut risque ou avortement pratiqué dans des conditions néfastes [15].

Selon l'OMS la planification familiale se définit comme «Une manière de vivre que des individus et des couples adoptent de leur propre volonté en se basant sur les connaissances précises, des attitudes et des décisions réfléchies afin d'améliorer l'état de santé et le bien-être du groupe familial et par conséquent de contribuer au développement social du pays ».

Si toutes les femmes pouvaient éviter les grossesses à haut risque ou grossesses non désirées, le nombre de mort maternelle pourrait diminuer d'un quart [20].

La planification familiale sauve la vie des enfants en aidant les femmes à espacer les naissances. Entre 13 à 14 millions d'enfants âgés de 0 à 5 ans meurent chaque année. Si tous les enfants naissent à intervalle de 2 ans ; 3 à 4 millions de ces morts seraient évitées. Aujourd'hui il paraît clairement que la santé et la qualité de vie des individus s'améliorent lorsqu'ils décident de diminuer le nombre de leur enfant et l'espacement des naissances [15].

1.2 Justification du Thème :

Aujourd'hui, le taux d'accroissement de la population est sans précédent dans l'histoire de l'humanité. La population mondiale a doublé entre 1950 et 1994, soit en moins de 50 ans. Elle est estimée actuellement à 6 625 000 000 d'habitants [16; 25]

Face à cette pression démographique, s'est tenue au cours des années 1990 une série de conférences internationales qui ont inspiré un changement fondamental dans la façon dont le monde percevait les problèmes de population, de promotion de la femme et de l'enfant ainsi que la manière d'améliorer la santé de la reproduction.

La Déclaration Universelle sur les Droits de l'Homme [5]

La Déclaration universelle des droits de l'homme adoptée le 10 décembre 1948 est celle acceptée par tous les pays du monde et qui a ainsi le plus grand nombre d'adhérents. Elle constitue les pierres angulaires de tous les autres instruments. Cette déclaration fondamentale ne mentionne pas expressément le planning familial, d'une part les dispositions y mentionnées font référence au droit et à la liberté de fonder une famille qui implique implicitement le choix d'avoir ou non des enfants. D'autre part, l'obligation de l'Etat à protéger cette famille y est clairement mentionnée. A part la protection directe de la famille contre les vols, insécurité... on peut déduire qu'il s'agit également de la protection contre la pauvreté, le sous-développement, le mauvais état de santé qui sont tous des conséquences de la disproportion entre les ressources de la famille et l'effectif des membres de ce ménage.

Ces articles sont notamment les suivants :

« **Art. 3 :** Tout individu a droit à la vie, à la liberté et à la sûreté de sa personne. »

« **Art. 16 :** 1. A partir de l'âge nubile, l'homme et la femme, sans aucune restriction quant à la race, la nationalité ou la religion, ont le droit de se marier et de fonder une famille. Ils ont des droits égaux au regard du mariage, durant le mariage et lors de sa dissolution. »

« **Art. 16.3 :** La famille est l'élément naturel et fondamental de la société et a droit à la protection de la société et de l'Etat. »

La Charte Africaine des Droits de l'Homme et du Peuple [3]

La Charte Africaine des Droits de l'Homme et du Peuple a été adoptée lors de la 18^e Conférence de l'Organisation de l'Unité Africaine (OUA), tenue à Nairobi Kenya le 27 juin 1981. Elle est entrée en vigueur le 21 octobre 1986 et le Mali figure parmi les Etats signataires de cette charte.

La charte présente plusieurs dispositions relatives à la famille, aux populations et conséquemment au planning familial.

La Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) : [44]

En 1994, les Nations Unies ont organisé au Caire la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD). 179 pays aussi bien développés que sous-développés dont le Mali y ont participé. Les participants étaient unanimes sur le fait que les concepts de croissance démographique et développement sont liés étroitement l'un à l'autre. Cette conférence a appelé les pays à prendre les mesures nécessaires afin de répondre aux besoins de leur population en matière de planification familiale et entre autres pour fournir d'ici 2015, un accès universel à un large éventail de méthodes de planification familiale sans danger et fiables.

Ainsi, cette conférence a adopté plusieurs principes dont il convient de citer ci-après les 2 principes liés directement au planning familial et qui parlent d'eux-mêmes :

Principe 7 :

« Tout individu a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'il soit capable d'atteindre. Les Etats devraient prendre toutes les mesures appropriées pour assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, un accès universel aux services de santé, y compris ceux qui ont trait à la santé sexuelle et génésique ainsi qu'à la planification de la famille. Tout couple et tout individu a le droit fondamental de décider librement et en toute responsabilité du nombre de ses enfants et de l'espacement des naissances, d'être suffisamment instruit et informé de ces questions et de bénéficier de services adéquats en la matière.

Principe 7.12 :

« L'objectif des programmes de planification familiale doit être d'aider les

couples et les individus à décider librement et en toute responsabilité du nombre de leurs enfants et de l'espacement des naissances et de disposer de l'information et des moyens nécessaires à cette fin, ainsi que pour garantir des choix informés et mettre à leur disposition une gamme complète de méthodes sans danger et efficaces.»

Ces résolutions sont devenues des cadres de référence pour tous les programmes et politiques liés à la planification familiale.

Les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) [1]

Lors de l'Assemblée Générale de l'ONU en 2000, les Chefs d'Etat dont le Mali se sont fixés et engagés de commun accord des objectifs communs à atteindre d'ici 2015. Ce sont les Objectifs du Millénaire pour le Développement qui sont au nombre de huit dont :

1. Eliminer l'extrême pauvreté et la faim
2. Assurer une éducation primaire pour tous
3. Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes
4. Réduire la mortalité infantile
5. Améliorer la santé maternelle
6. Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies
7. Assurer un environnement durable
8. Mettre en place un partenariat mondial pour le développement.

Des indicateurs sont alors utilisés pour mesurer et suivre le progrès réalisé par rapport à ces objectifs. Parmi ces indicateurs, certains sont liés directement à la planification familiale. D'où cette dernière contribue directement ou indirectement à atteindre chacun de ces huit OMD.

Ainsi pour l'objectif 5 « Améliorer la santé maternelle », les indicateurs : « taux de contraception », « besoins de planification familiale non couverts » sont parmi ceux permettant de mesurer le progrès vers la cible 5.B qui est de rendre l'accès à la médecine procréative universel d'ici 2015.

Les orientations et recommandations issues de ces rencontres servent de guide au Mali dans l'élaboration des politiques et normes de SR dans le cadre global de la Politique Sanitaire Nationale(PSN) et du Plan National de Développement Sanitaire.

Conscient que la croissance de la population et les problèmes qui lui sont liés constituent un frein au développement, le Gouvernement du Mali, depuis des dizaines d'années, emploie de gros efforts visant à promouvoir la planification familiale.

En 1972, grâce à la création de l'AMPPF (Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille), les méthodes modernes de contraception virent le jour dans notre pays.

En 1980, la Division de la Santé Familiale et Communautaire (DSFC) fut créée, transformée en 2001 en Division de la Santé de la Reproduction (DSR) au sein de la Direction National de la Santé.

La politique sanitaire du Mali a évolué et continue d'évoluer depuis des dizaines d'années.

Avec l'appui financier et technique des partenaires au développement tels que l'USAID, les Pays-Bas, l'OMS, le FNUAP..., le Mali a entrepris des plans et des programmes dans les différents secteurs socio-sanitaires. Le document de la politique et normes des services de santé de la reproduction élaboré en Mars 2000 s'inscrit dans le cadre de ces mesures. Un des volets de cette politique nationale en santé de la reproduction est la santé de la femme à travers la planification familiale. [2]

Malgré d'énormes efforts sont consentis pour promouvoir la PF l'indice de fécondité reste toujours élevée (6,8%) selon EDS IV [28], la situation sanitaire est caractérisée par des taux élevés de mortalités infanto-juvénile (191 pour 1000) et maternelle (464 pour 100.000 naissances vivantes). L'état de santé de la mère est affecté par la sous-utilisation des services de santé maternelle de base, les complications liées aux grossesses nombreuses et rapprochées, les conditions souvent précaires des accouchements.

Selon l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) IV, le taux de prévalence contraceptive est faible : 8% en 2006 pour toutes les méthodes [28].

Conscient de la place qu'occupe la santé de reproduction pour le bon développement d'un pays.

Conscients que les femmes qui vivent en milieu rural n'ont pas toutes les informations nécessaires à la santé familiale ou ont des préjugés sur les différents problèmes liées à la contraception.

Conscients que le cercle de Bougouni dispose de peu d'indicateurs sur la PF ; nous avons jugé nécessaire de faire cette étude à Bougouni afin de mieux élucider les obstacles à l'utilisation de la PF pour ensuite faire des recommandations dans l'optique d'améliorer le taux d'utilisation des contraceptifs, le niveau d'information des femmes de Bougouni sur la planification familiale.

Et aussi mettre a la disposition des autorités (politico-administratives, sanitaires et partenaires) de la ville un outil fiable leur permettant d'élaborer une politique de planification familiale plus adaptée.

2 Objectifs :

2.1 Objectif général :

L'objectif général de cette enquête était d'identifier les principaux obstacles à l'utilisation de la contraception dans la Commune urbaine de Bougouni,

2.2 Objectifs spécifiques :

Evaluer la connaissance des femmes sur le PF et leurs sources d'informations,

Identifier les pratiques des femmes en matière de planification familiale

2.3 Hypothèses de recherche :

- La prévalence contraceptive est faible dans la commune urbaine de Bougouni
- Les rumeurs et craintes des effets secondaires (réels ou perçus), le manque d'information (sur les méthodes et leurs effets secondaires) sont des facteurs déterminants susceptibles de dissuader les femmes de recourir aux méthodes contraceptives

3 GENERALITE

3.1 Historique de la planification familiale :

Les grandes explosions démographiques ont été observées bien avant le 20^{ème} siècle. Si la contraception est un phénomène de tous les temps, il est certain que chaque époque, chaque civilisation, chaque société lui imprime un caractère particulier non seulement quant à ses effets sociologiques, démographiques, psychologiques mais aussi quant aux techniques contraceptives elles-mêmes en les orientant dans telle ou telle direction . La contraception depuis longtemps existe dans toutes les sociétés. Dans les milieux à niveau socio-économique élevé on s'intéressait depuis longtemps à la limitation des naissances. Il était souhaitable de ne pas avoir plus de trois à quatre enfants par famille. Ceci était en général obtenu par le fait que le couple limitait le nombre de ses enfants grâce à l'abstinence complète. Ceci ne posait pas de problème aux hommes parce qu'ils pouvaient satisfaire leurs besoins sexuels en dehors du ménage. Pour les femmes le problème restait posé, pour certaines d'entre elles il fallait choisir entre l'acceptation d'une famille plus nombreuse et la privation du plaisir sexuel. Leur choix se portant généralement sur la deuxième alternative ; mais il ne fallait perdre de vue qu'à cause du type d'éducation les femmes qui connaissaient le plaisir sexuel étaient beaucoup plus rares qu'à l'heure actuelle et que si la joie de leur fonction de mère leur étaient accordée celle du rôle de maitresse leur étaient refusée. Si l'abstinence complète se révélait impossible pour le couple on cherchait d'autres méthodes pour conserver le plaisir sexuel sans risque d'une nouvelle progéniture : la masturbation réciproque, le coït interrompu, la fellation ont été appliqués depuis longtemps dans les sociétés traditionnelles.

Il y avait bien ici et là à travers les civilisations en Chine, en Grèce, aux Indes comme en Afrique ou en Amérique du sud des méthodes populaires : les gris-gris, les tafos, les incantations magiques, la toile d'araignée. Pourtant il faut arriver à la période consécutive à la Première guerre mondiale pour voir s'épanouir des méthodes contraceptives. Ce fut surtout en Allemagne et en Angleterre qu'on a vu se réaliser de plus

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

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

3.1.1 Dans le monde

La notion de PF et les activités qui en découlent existent dans le monde depuis environ une vingtaine d'année. Les premières actions en faveur des femmes remontent à 1974 à Bucarest où il était question de croissance démographique et de libération de la femme et la première conférence mondiale des nations unies sur les femmes est celle qui s'est tenue à Mexico en 1975, aboutissant à la proclamation de l'année internationale de la femme(1975) et de la décennie de la femme (1976-1985). L'idée de PF a été officiellement discutée pour une des premières fois dans le monde en septembre 1978 à ALMA ATA (URSS) lors de la réunion mondiale sur les problèmes de santé des populations. A cette réunion, il a été élaboré un programme mondial de santé pour tous d'ici l'an 2000. Cette politique était

basée sur les soins de santé primaires (SSP). La plupart des pays du monde ont adhéré à ce concept de SSP ou la santé avait une note pluridisciplinaire, la PF étant la quatrième composante des SSP [34].

A partir de 1980, on assiste à une succession de rencontres dans différents pays du monde, qui avait pour thèmes : santé de la femme et de la famille.

Il existe de par le monde des associations de planification familiale (APF).

Ces APF sont affiliées à une organisation non gouvernementale, la Fédération Internationale pour la Planification Familiale [40].

3.1.2 En Afrique

En Afrique, la rencontre la plus importante en matière de santé maternelle et infantile et de PF est celle qui s'est tenue à Bamako (Mali) en septembre 1987. Il s'agissait de la 37^{ème} session du comité régional de l'Afrique pour l'Initiative de Bamako, rencontre qui a réuni presque tous les ministres africains de la santé. Le thème de cette rencontre était la santé des femmes et des enfants à travers le financement de la gestion des médicaments essentiels en ce qui concerne les communautés [13]. Bien avant cette date, une série de conférences sur le thème « femmes et enfants » avait eu lieu dans différents pays africains. C'est surtout après la réunion sur l'IB que les grandes lignes de politiques de PF ont commencé à se dessiner à travers des rencontres organisées dans différents pays africains [30].

Dans les années 80, nous avons assisté un peu partout en Afrique à la création d'association pour la PF (APF). Les années 90 ont été celles de symposiums sur la santé de la reproduction, la santé génésique, la santé sexuelle des individus, des couples et des familles [36].

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

3.1.3 Principales dates de la politique de planification familiale au Mali

Le Mali a été l'un des premiers pays à adopter une attitude de tolérance vis-à-vis de la planification familiale [32].

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

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

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

En 1973, deux séminaires dont un inter africain sur l'éducation sexuelle et l'autre inter syndical sur le planning familial ont été organisés à Bamako[31]. En 1978 le Mali a souscrit à la déclaration d'Alma Ata (URSS) sur les soins de santé primaire dont l'une des composantes est la planification familiale dans le but d'améliorer la santé de la mère et de l'enfant à travers un espacement judicieux des naissances.

En 1980, la division santé familiale(DSF) a été créé au sein du ministère de la santé publique et des affaires sociales pour élargir et coordonner les activités de la santé maternelle et infantile et en y intégrant le planning familial.

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

En 1991, le Mali a fait une déclaration de politique nationale de population[32].

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

En Juin 1995, a été organisée un atelier de révision des normes et procédures de santé maternelle infantile et planning familial.

Avec le temps, le concept malien en matière de planning a évolué allant de l'espacement des naissances dont la pratique était conditionné à l'autorisation maritale ou parentale en 1971 au concept actuelle qui définit le planning familial comme : l'ensemble des mesures et moyens de régulation de fécondité, l'éducation et de prise en charge d'affection de la sphère génitale mise à la disposition des individus et des couples afin de contribuer à réduire la mortalité et la morbidité maternelle, infantile et juvénile notamment celles liées aux IST /SIDA, aux grossesses non désirées et aux avortements et assurer ainsi le bien-être familial et individuel.

Ceci implique la liberté, la responsabilité et le droit à l'information de chaque individu ou couple pour l'aider à choisir le ou les moyens de régulation de la fécondité [32].

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.

3.2 Avantages de la Planification Familiale [24 ; 18]

Les dispensateurs des services de PF doivent être fiers de leur travail, parce que la PF aide tout le monde. Depuis les années 1960, les programmes de planification familiale ont aidé des femmes du monde entier à éviter 400 millions de grossesses non désirées. On a donc épargné à de nombreuses femmes les dangers de grossesses à hauts risques ou d'interruptions de grossesses pratiquées dans de mauvaises conditions. Si toutes les femmes pouvaient éviter les grossesses à hauts risques, le nombre de morts maternelles pourrait diminuer d'un quart. La PF sauve la vie des enfants en aidant les femmes à espacer les naissances. Entre 13 et 15 millions d'enfants âgés de moins de 5 ans meurent chaque année. Si tous les enfants naissaient à intervalle d'au moins 2 ans, 3 à 4 millions de ces morts seraient évitées.

Tableau I Avantages de la planification familiale

Avantages	Sanitaires	Economiques	Socio-affectifs
Pour la mère	<ul style="list-style-type: none"> • Est en bonne santé ; • Retrouve ses forces entre les grossesses ; • Evite les grossesses précoces, multiples et non-désirées. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dispose du temps et de l'énergie pour vaquer à ses occupations (champs, commerce) ; • Possibilité de faire de l'épargne. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dispose du temps pour se faire une beauté ; • Est aimée par son mari ; • Est respectée et considérée dans le milieu.
Pour l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> • Naît d'un poids normal ; • Est allaité au sein plus longtemps ; • Est en bonne santé ; • Est mieux nourri ; • Lien affectif mère-enfant. 	<ul style="list-style-type: none"> • Scolarité assurée. 	<ul style="list-style-type: none"> • Est bien aimé par ses parents ; • Est bien éduqué.
Pour le père		<ul style="list-style-type: none"> • Diminution des dépenses occasionnées par les maladies ; • Répond aux besoins fondamentaux de la famille ; • Possibilité d'épargne ; • Possibilité de faire des réalisations (construire une maison, acheter un moulin, une moto ou une radio...). 	<ul style="list-style-type: none"> • Mieux équilibré
Avantages	Sanitaires	• Economiques	• Socio-affectifs
Pour la communauté	<ul style="list-style-type: none"> • Population en bonne santé ; • Réduction des taux de mortalité maternelle et infantile ; Réduction des complications à la dues grossesse et à l'accouchement ; Prévention des grossesses à risques ; • Réduction des avortements provoqués. 	<ul style="list-style-type: none"> • Production agricole croissante ; • Disponibilité de plus de bras valides pour le développement de la communauté. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tout le monde participe à la vie sociale et culturelle ; • Il existe une solidarité entre les membres de la communauté ; • Diminution de la délinquance juvénile ; • Diminution de l'exode rural.

3.3 Définition des concepts [29 ; 6]

3.3.1 Planification Familiale :

C'est l'ensemble des moyens 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 et à avoir le nombre d'enfants qu'ils veulent.

→ **Dans le monde**, différents concepts sont utilisés selon les programmes, les pays, selon les politiques gouvernementales. C'est ainsi qu'on distingue :

- L'espacement des naissances : insiste sur la notion d'intervalle à maintenir entre les naissances sans se préoccuper de la taille de la famille.
- La régulation des naissances : insiste sur l'idée de régulation par opposition à la soumission, à la fatalité biologique, au hasard de l'arrivée des enfants.
- Le contrôle des naissances : insiste sur la régulation du nombre des naissances aussi bien par la famille que par la nation.
- La limitation des naissances : elle suppose l'intervention de l'Etat comme dans le contrôle des naissances dont il est proche. Elle soutient l'idée de réduire le taux d'accroissement de la population.

→ **Au Mali** , le concept de la Planification Familiale est un ensemble de mesures et de moyens de régulation de la fécondité, d'éducation et de prise en charge d'affections 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 au IST, VIH SIDA, aux grossesses non désirées , aux avortements et d'assurer ainsi le bien-être familial et individuel.

Les composantes de la Planification Familiale retenues par le Mali sont :

- La contraception
- La prévention et le traitement de l'infertilité
- La prévention et le traitement des IST/VIH/SIDA

- L'éducation à la vie familiale/éducation en matière de population (EVF/EMP)
- Les activités connexes : égalité entre les sexes et promotion des femmes, diminution de la discrimination envers les filles, responsabilité, implication des hommes.

Notre étude se propose d'étudier l'une des composantes de la planification familiale : la contraception.

3.3.2 Contraception :

Ensemble de procédés par lesquels un rapport sexuel est rendu non fécondant, et ceci de façon temporaire et réversible.

- ✓ **Efficacité de la contraception** : se mesure par la proportion dans laquelle la fécondabilité naturelle se trouve réduite par l'emploi d'une méthode contraceptive donnée, en utilisant l'indice de Pearl ou la méthode des tables de mortalité.
- ✓ **Efficacité pratique de la contraception** : efficacité d'usage de la contraception. Elle est liée à l'acceptabilité du procédé et à la motivation des couples qui l'utilisent.
- ✓ **Efficacité théorique de la contraception** : efficacité technique de la contraception. Elle implique l'utilisation d'une méthode de contraception de manière continue suivant les instructions données.
- ✓ **Indice de Pearl** : mesure de l'efficacité de la contraception, qui exprime le taux des échecs en fonction du nombre de grossesses pour 100 années-femmes à risque. Cette mesure est proportionnelle au rapport, chez les couples contracepteurs, du nombre de conceptions accidentelles durant une période, au nombre de mois d'exposition au risque de concevoir durant cette période. Cet indice **r** s'exprime par la formule :

$$r = \frac{\text{Nombre de conception accidentelles}}{\text{Nombre de mois d'exposition au risque de concevoir}} \times 120$$

- ✓ **Taux de Prévalence de la Contraception (TPC)** : Pourcentage de femmes en âge de procréer actuellement mariées, veuves ou «en union» (15 à 39 ans) qui utilisent une méthode de contraception moderne. La formule est la suivante :

$$TPC = \frac{\text{Nombre de couples utilisant la contraction moderne}}{\text{Nombre total de couples éligibles}}$$

3.4 Méthodes contraceptives :

Les méthodes contraceptives sont des moyens tant naturels que modernes, qui permettent à un individu ou à un couple d'empêcher temporairement ou définitivement la survenue d'une grossesse

3.4.1 Les caractéristiques d'une bonne méthode contraceptive [18] :

Une bonne méthode contraceptive doit avoir les quatre caractères suivants :

➤ Une innocuité totale :

Une méthode contraceptive ne doit pas présenter de danger pour l'utilisatrice, elle doit être tolérée (ne doit pas avoir d'effets secondaires insupportables). Elle ne doit pas présenter de danger pour le produit de conception ultérieur.

➤ L'efficacité :

Elle fait recours à l'indice de Pearl, lorsque l'indice est inférieur ou égal à 2%, on dit que la méthode est très efficace. S'il est supérieur à 2%, la méthode est dite non efficace.

➤ La réversibilité :

Une méthode contraceptive est dite réversible lorsqu'il y a retour à la fécondité à son arrêt dès les mois qui suivent.

➤ L'acceptabilité :

Elle regroupe plusieurs éléments :

- La facilité d'application en tout lieu et en tout temps.
- Le prix de revient et les facilités de réapprovisionnement.
- L'eupareunie doit être conservée pour les deux partenaires tant dans les préludes, que dans l'acte sexuel lui-même

3.4.2 Classification des méthodes de contraception :

La classification suivante a été adoptée au Mali [11].

❖ Méthodes temporaires :

De courte durée :

- les méthodes naturelles ;
- la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée ;
- les condoms ;
- les spermicides ;
- les diaphragmes ;
- les capes cervicales ;
- les contraceptifs oraux combinés/ progestatifs (COC et COP)
- les injectables.

➤ De longue durée :

- les implants ;
- les dispositifs intra utérin (DIU).

❖ Méthodes permanentes :

- ligature des trompes ;
- la vasectomie

3.4.3 Description des méthodes de contraception :

➤ Méthodes temporaires :

- ✓ **Méthodes de courte durée :** [4]

La pilule :

Description : Les pilules sont composées d'hormones synthétiques semblables aux hormones produites par le corps de la femme : l'œstrogène et la progestérone. A l'heure actuelle, les contraceptifs oraux contiennent des doses d'hormones extrêmement faibles. Ils demandent une prescription médicale. Il existe plusieurs sortes de boîtiers de pilules. Certaines contiennent 28 pilules dont 21 pilules actives (monophasique : une seule couleur pour les comprimés actifs) et 7 pilules de couleur différente qui ne contiennent pas d'hormone. D'autres ne contiennent que les 21 pilules actives. D'autres se présentent en combinés biphasiques ou triphasiques contenant des pilules actives de différentes couleurs.

Avantages

- o Simple et très efficace;
- o Régularise les cycles menstruels;
- o Réversible;
- o Réduit les douleurs menstruelles;
- o Ne modifie pas le déroulement des relations sexuelles.

Inconvénients

- o Cela prend une prescription médicale;
- o Il faut la prendre de façon très régulière, c'est-à-dire à la même heure et à chaque jour;
- o Aucune protection ne contre les IST.

L'injectable : DMPA

Description : Le contraceptif injectable ne contient qu'une seule hormone, un progestatif. C'est une progestérone à effet prolongé. Il est administré par injection intramusculaire profonde dans le bras ou dans le muscle fessier.

Avantages

- o Simple et efficace;
- o N'exige aucune responsabilité quotidienne;
- o Effet prolongé (de 10 à 13 semaines);
- o Rend les menstruations moins abondantes;
- o Ne modifie pas le déroulement des relations sexuelles.

Inconvénients

- o Aucune protection contre les IST;
- o Irrégularités menstruelles ou encore absence de menstruations ;
- o Cause une augmentation de l'appétit chez 50% des utilisatrices donc gain de poids possible;
- o La fertilité est souvent retardée de 6 à 12 mois. Si on désire avoir une grossesse rapidement, d'autres méthodes sont préférables ;
- o Possibilité de diminution de la densité minérale osseuse;

o D'autres effets indésirables pourront aussi être présents occasionnellement : maux de tête, irritabilité, ballonnement abdominal.

✚ Si un de ces effets incommode, on ne doit pas hésiter à communiquer avec un professionnel de la santé.

Le préservatif masculin (condom)

Description : Membrane de forme cylindrique faite de latex ou de polyuréthane dont on recouvre le pénis en érection avant la pénétration. Pour l'identifier, on parlera souvent de capote, de préservatif masculin, ou encore de leur marque de commerce.

Avantages

- o Assure une protection contre les IST;
- o Facile à obtenir et simple à utiliser ;
- o Permet de développer la responsabilité contraceptive chez l'homme ;
- o Peut être utilisé comme méthode d'appoint (ex. en attente d'une première prescription d'anovulants, suite à l'arrêt des contraceptifs oraux, à l'oubli de la pilule).

Inconvénients

- o Oblige à un certain arrêt durant les préludes amoureux (entrave la spontanéité), ce qui demande une bonne communication verbale ou non-verbale dans le couple. Cependant, le condom peut s'intégrer dans les jeux sexuels du couple ;
- o Peut émousser la sensibilité;
- o Peut causer une dyspareunie (douleur au moment de la pénétration) due au frottement du condom sec sur les parois vaginales ;
- o Des réactions d'ordre psychologique, bien que rares, peuvent aller de la simple diminution du désir sexuel jusqu'à l'impuissance totale.

Le préservatif féminin (fémidon)

Description : C'est une gaine en polyuréthane comportant deux anneaux que les femmes portent pendant les rapports sexuels vaginaux. Il protège contre la grossesse et les IST. Il ne contient pas de latex. Le préservatif est lubrifié à l'extérieur comme à l'intérieur. Le lubrifiant extérieur combiné à la lubrification naturelle du vagin permet son ajustement contre les parois du vagin. Le lubrifiant intérieur aide au pénis à glisser dans le fémidon.

Avantages

- o C'est le seul contraceptif dont l'utilisation est contrôlée par la femme, qui protège contre la grossesse ainsi que les IST;
- o Contrairement au condom pour homme, le condom pour femme est spacieux et ne serre pas le pénis;
- o Peut être inséré avant le rapport sexuel, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'interrompre les ébats sexuels;
- o Il n'est pas nécessaire de le retirer immédiatement après le rapport sexuel. Retirer le seulement avant de se lever.

Inconvénients

- o Demande de développer une certaine habilité pour l'insertion;
- o Pour une protection adéquate, il faut guider le pénis à l'intérieur de l'anneau extérieur pour vous assurer qu'il ne glisse pas à côté du préservatif;
- o Peut être bruyant pendant le rapport sexuel;
- o Est assez coûteux

Les spermicides

Description : Ce sont des produits chimiques à effets contraceptifs chimiques qui se présentent sous différentes formes : crème, gelée, mousse, ou tablettes moussantes. Les mousses seraient supérieurs aux autres présentations. La dispersion du produit étant plus uniforme, ils fondent plus rapidement et leur durée d'efficacité est plus longue.

Avantages

- o Facile à obtenir et simple à utiliser;
- o Application rapide;
- o Effet local;
- o Peut être utilisé comme méthode d'appoint, par exemple, en période d'ovulation conjointement avec une autre méthode contraceptive (ex. avec sympto-thermique);
- o Fournit une lubrification que certaines femmes considèrent comme positive. Leur popularité chez les femmes de plus de 40 ans peut s'expliquer par le fait que les sécrétions vaginales peuvent être diminuées;
- o Offre une certaine protection contre les IST, mais pour une protection adéquate, il devrait être utilisé de concert avec un condom pour homme.

Inconvénients

- o Doit être utilisé avant chaque relation sexuelle;
 - o Modifie le déroulement des relations sexuelles;
 - o Provoque parfois des allergies ou des irritations;
 - o Goût désagréable lors des contacts oraux-génitaux;
 - o Application parfois salissante;
 - o Les manipulations vaginales répugnent certaines femmes.
- ✚ Les spermicides doivent être combinés avec d'autres méthodes comme le condom.

Le Norlevo

Description : C'est une méthode contraceptive exceptionnelle qui permet d'éviter la survenue d'une grossesse non désirée après un rapport sexuel non ou mal protégé, c'est-à-dire en l'absence d'une contraception ou en cas d'échec de la méthode contraceptive utilisée. Cette méthode est appelée "contraception d'urgence". Elle consiste à prendre le produit contraceptif (Norlevo) en deux prises : La première prise doit être effectuée le plus tôt possible après ce rapport, c'est pourquoi elle est appelée contraception d'urgence ; la deuxième prise 12 à 24 heures après la première prise.

Limites

- Elle est réservée aux situations d'urgence et de détresse caractérisée
- Elle ne permet pas d'éviter une grossesse dans tous les cas (échec dans 5 à 42 % des cas).
- Elle ne peut pas remplacer une contraception régulière car le surdosage hormonal qu'elle entraîne n'est pas souhaitable en cas de prise régulière.
- Ce n'est pas une méthode d'interruption de grossesse, c'est-à-dire ces médicaments ne provoquent pas l'interruption de grossesse déjà en cours.

Effets secondaires

- Certaines femmes peuvent ressentir des nausées et plus rarement des vomissements, des vertiges, une fatigue, des maux de tête, des douleurs abdominales basses, une sensation de tension des seins et des saignements vaginaux.

La méthode d'allaitement maternel et de l'aménorrhée

Description : C'est une méthode qui consiste à allaiter l'enfant aux seins pendant au moins les 6 premiers mois ; cela entraîne un retard de retour de couche et donc une période d'anovulation. Efficace si l'allaitement est prolongé, exclusif pendant les premiers six mois du post-partum et s'il y a pas de retour de couche, c'est une méthode semblable à d'autres méthodes par blocage de l'ovulation

Avantages

Elle est efficace, disponible, renforce le lien mère enfant, nutritive et assure une protection du nourrisson par les anticorps contenus dans le lait maternel.

Inconvénients

L'efficacité contraceptive diminue si une des conditions n'est pas respectée.

La cape cervicale/le diaphragme

Description : circulaire en caoutchouc en forme de dé à coudre. Le diaphragme est un dispositif circulaire en latex en forme de dôme Ils sont placés au niveau du col utérin dans les 60 minutes qui précèdent le rapport sexuel et empêchent la pénétration des spermatozoïdes

La planification familiale naturelle (PFN)

Description : La planification familiale naturelle (PFN) exige deux actions : identification de la période de fécondité de la femme et abstinence sexuelle durant cette période. Il y'a plusieurs méthodes de PFN, notamment la méthode du calendrier, la méthode de la glaire cervicale de Billing, la méthode de la température corporelle basale, et la méthode sympto-thermique.

Tableau II Méthodes naturelles de planification familiale : [43]

Méthode	Technique	Période d'abstinence	Taux d'échecs réels
Calendrier	Estimation de la période féconde d'après la longueur des cycles menstruels antérieurs	Mi-cycle(a) (environ 7jrs)	Entre 16,1% et 23,7% dans 4 études
Glaire cervicale (Billing)	Contrôle de l'écoulement de la glaire cervicale	Durant les règles et du début d'apparition de glaire humide/collante jusqu'à 7 jours après le pic d'humidité (environ 14 jours)	Entre 15,8% et 35,0% dans 3 études
Température corporelle basale	Mesure l'augmentation de la température qui suit l'ovulation	Du début des règles jusqu'à 3 jours après l'augmentation de la température corporelle(env.17js)	Entre 0,3 et 6,6 pour cent années-femmes dans 3 études
Symptothermique	Combinaison de la température corporelle basale, de la glaire cervicale et autres indicateurs de l'ovulation	De l'apparition de glaire cervicale humide/collante jusqu'à 3 J après l'élévation de la température ou 4 J. après le pic de la glaire, choisir le signe le plus tardif des deux (env. 8 J.)	Entre 4,9 et 34,4 pour 100 années-femme (médiane 16) dans 17 études

(a) Le cycle commence le premier jour des règles

✓ Méthodes de longue durée [4]

Le Dispositif intra-utérin (DIU) ou Stérilet Description : Dispositif en forme de T, fait de polyéthylène supportant du cuivre ou une hormone (progestérone), que l'on installe dans la cavité utérine pour prévenir une grossesse. Les deux branches du stérilet sont flexibles et légèrement arrondies pour en faciliter l'insertion et le retrait. C'est le médecin qui le pose et qui l'enlève. On devrait percevoir lorsque l'on touche au col un ou deux petits fils de nylon. Il est bon de le vérifier soi-même après chaque menstruation. Puisque la forme arrondie du stérilet épouse celle de l'utérus, le dispositif s'y ajuste si bien qu'on ne sent pas sa présence.

Avantages

- o Ne modifie pas le déroulement des relations sexuelles ;
- o Offre une contraception à long terme ;
- o Aucun effet sur la fécondité lorsque le stérilet est retiré ;
- o Convient aux femmes qui ne veulent pas ou ne peuvent pas utiliser de méthodes hormonales ;
- o Aucun effet sur l'allaitement maternel ;
- o Alternative valable à la stérilisation ;
- o Le modèle avec cuivre peut être utilisé comme contraception d'urgence si le dispositif est posé dans les 7 jours ou moins après une relation sexuelle non protégée.

Inconvénients

- o Aucune protection contre les IST ;
- o Peut allonger la période de menstruations de 1 à 2 jour (s) o Possibilité de menstruations plus abondantes et plus douloureuses pendant quelques mois après la pose ;
- o Saignements inter-cycles chez certaines femmes ;
- o Perforation utérine de l'ordre de 0.6 par 1000 insertions de stérilet ;
- o Occasionnellement, le partenaire peut sentir les fils à l'extrémité de son pénis lors des relations sexuelles si le fil est coupé trop court ;
- o Peut augmenter le risque d'infection des trompes en cas de IST.

Les Implants

Description : C'est une sorte de bâtonnet de 4 cm de long et de 2 mm de diamètre que l'on implante au niveau de l'intérieur du bras et qui libère de faibles doses d'un progestatif très sélectif. Cet implant va libérer ce progestatif pendant trois ans. Son mode d'action repose sur l'inhibition de l'ovulation et l'augmentation de la viscosité de la glaire cervicale. En dehors de l'aménorrhée, les autres troubles semblent diminuer avec les temps (1 à 2 ans). Il reste toutefois difficile de prédire avec certitude l'évolution des saignements

Avantage

De ce moyen de contraception est qu'une fois posé, vous n'avez plus à vous en préoccuper. Il n'y a pas de risque d'oubli.

❖ Méthodes permanentes : [21]

La ligature des trompes/la vasectomie

Description : Méthodes irréversibles, très efficaces (efficacité presque totale); parfois des complications peuvent survenir après l'intervention : lésions vésicales, intestinales, rectale.

❖ Les méthodes traditionnelles : [21]

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

1- Le Tafo:

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

2- La Toile d'araignée :

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

3- 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.

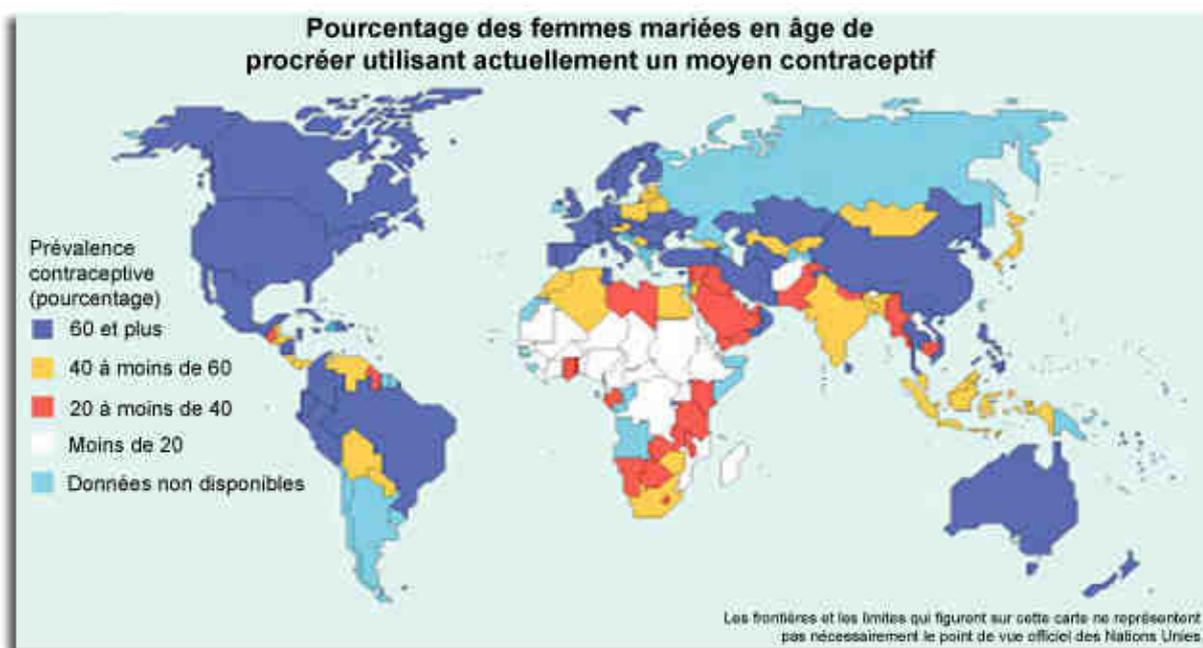
4-Les solutions à boire :

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

- ✚ Aucune étude scientifique n'a été faite sur l'efficacité de ces méthodes traditionnelles. Il semble qu'elles peuvent être à la base d'infections à répétition et même créer d'autres problèmes chez la femme tels que l'infertilité, des algies pelviennes.

3.5 Prévalence de la contraception

3.5.1 Prévalence contraceptive dans le monde en 2001 [8]



Dans le monde, 62 % utilisent un moyen contraceptif.

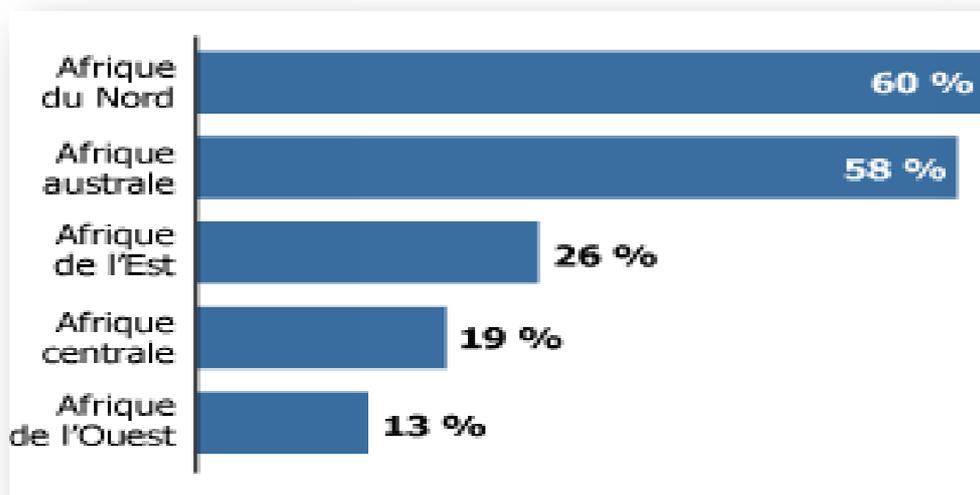
L'emploi des contraceptifs est plus répandu dans les régions les plus développées, où 70 % des 170 millions de femmes mariées ou vivant en union libre utilisent une méthode contraceptive, contre 60 % des 880 millions dans les régions les moins développées.

Le pourcentage est sensiblement élevé en Asie (66 % des 700 millions de femmes mariées) et en Amérique latine et aux Caraïbes (69 % des 84 millions de femmes mariées).

Le niveau est le plus bas en Afrique où, sur les 117 millions de femmes, seulement 25% ont recours à la contraception

3.5.2 Utilisation de la contraception en Afrique, par région(2008) [10]

Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans utilisant des contraceptifs



Notes : Estimations basées sur les données les plus récentes disponibles entre 1998 et 2007. Ces pourcentages incluent les femmes mariées ou en union libre.

3.5.3 L'Afrique de l'Ouest dans son contexte [10]

Au cours des dix dernières années, l'utilisation de la planification familiale par les femmes mariées en Afrique de l'Ouest est passée de 6,3 % à 13,9 %. Bien que les taux d'utilisation de la planification familiale aient plus que doublé, l'Afrique de l'Ouest demeure en retard par rapport aux autres régions de l'Afrique, comme l'indique la figure ci-dessus.

3.5.4 Au Mali :

Au Mali la prévalence contraceptive est très faible, elle est estimée à seulement 8 % pour toutes les méthodes contraceptives selon l'EDS IV [28].

4 METHODOLOGIE

4.1 Cadre d'étude :

Le Mali est un pays intérieur dans la partie occidentale de l'Afrique au Sud du Sahara. Au dernier recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) de la population du Mali était estimée à 13,9 Millions habitants. Le taux de croissance démographique annuel estimé à 2,6% pourrait conduire à un doublement de la population en une trentaine d'années environ [2]. Le territoire national est divisé en 08 régions (Kayes, Koulikoro, Sikasso, Segou, Mopti, Gao, Tombouctou, Kidal.

L'étude a eu lieu dans le chef lieu de cercle de Bougouni qui est l'un des sept cercles de la région de Sikasso.

4.1.1 Aperçue générale du cercle de Bougouni : [39]

Etymologiquement, Bougouni signifie : « petite hutte ». Cette appellation est héritée d'une hutte qui servait de lazaret lors des épidémies de variole, dont fut victime la famille de l'ancêtre des peulhs Diakité de la localité, feu Médian Diakité ; qui s'était installé auprès des premiers occupants qui étaient les Coulibaly. Ces derniers avaient semble – t- il, prit cette mesure d'isolement. Le site du lazaret s'étant révélé propice aux activités pastorales et de chasse, la famille Diakité s'installa définitivement au Lazaret et prospéra tout en entretenant des rapports avec les voisins, notamment les liens de mariage. Les différents contacts entre les Diakité et leurs voisins d'une part et d'autre part avec les caravaniers de la route de la cola (vers le sud de la RCI) et du sel (vers le nord), se faisait sous le vocale « à la petite hutte, Bougou-ni ».A la longue , Bougou-ni donna naissance à un village qui conserva le nom de Bougouni. Sous l'occupation coloniale et en raison de sa position stratégique entre les troupes de Samory Touré, celles de Babemba Traoré du Kéné Dougou au sud et le front de pénétration française du nord, le village bénéficia du statut de chef lieu de cercle en 1893. Il devint la capitale du canton « Bani Monotiè », littéralement entre le Bani (Affluent du fleuve Niger) et le Mono (Marigot), sous le mandat des peulhs Diakité, à travers le chef de canton Sakoro Mery DIAKITE.

4.1.2 Aspects géographiques :

Situation géographique :

Situé entre le «Bani» et le «Mono» Bougouni est un véritable carrefour.

La route nationale N°7 traverse la ville et rejoint de part et d'autre Bamako à 160 km et Sikasso à 210 km. Il est limité :

- Au nord par les cercles de Kati et Diola, (région de Koulikoro)
- Au sud par la république de Côte d'Ivoire
- Au sud-est par les cercles de Kolondiéba et Sikasso
- A l'ouest par le cercle de Yanfolila

La ville est située dans un bas-fond et a une superficie de 20028km².

Climat et végétation :

Le climat est de type soudanien comprenant une saison sèche et une saison des pluies.

La savane arboreuse constitue l'essentiel de la végétation. Les essences dominantes sont : le karité, le néré, le caillédrot, le baobab, le kapokier, et le fromager.

Hydrographie :

Le réseau hydrographique est fourni par le « Bani » un affluent du fleuve Niger et le « Mono », un marigot.

Voies de communication :

Elles sont constituées pour l'essentiel de :

- Axe Bamako-Bougouni
- Axe Bougouni-Sikasso-Côte d'Ivoire
- Axe Bougouni-Yanfolila-Guinée (Conakry)
- Axe Bougouni-Kolondiéba-Côte d'Ivoire

Les moyens de locomotion au regard de la population sont insuffisants mais se sont améliorés ces deux dernières années.

Le service des postes est opérationnel. Après Bamako, Bougouni est le premier cercle du Mali à être dotée de téléphone fixe depuis 1984 et la téléphonie mobile (Orange Mali et Malitel en 2004).

La ville compte quatre (4) stations Radio FM (Banimonotié, Bédiana, Kafokan et Arc- en- ciel).

La ville de Bougouni dispose d'une piste d'atterrissage d'avion non fonctionnelle.

4.1.3 Population :

La population générale du cercle est 435321 habitants en 2010 selon le recensement administratif de 1998 actualisé, soit une densité de 18 habitants au km². Cette densité est légèrement supérieure à celle du niveau national qui est d'environ 10 habitants au km². De plus en plus, le cercle attire de nombreux immigrants venant des différentes régions du Mali et des pays voisins à cause des exploitations d'or. L'émigration se fait aussi sentir ces dernières années avec un retour massif des originaires du cercle ou d'autres des évènements de la côte d'ivoire.

4.1.4 Religion :

Trois religions dominent le cercle : l'islam, le christianisme et l'animisme.

4.1.5 Economie-finance :

Le cercle de Bougouni a une économie rurale particulièrement agropastorale. Des ONG telles que Save the « Children l'HELVETAS, l'AID-MALI, opèrent dans la zone dans des secteurs clés comme la santé, l'éducation, la décentralisation, la foresterie, l'hydraulique villageoise.

4.1.6 Industrie et commerce :

Le géant du coton au Mali, la compagnie malienne du développement textile (CMDT) y possède deux unités importantes. L'usine de traitement de noix de karité de Zantiébougou et celle de la mine d'or de Morila ont contribué à la diminution du chômage dans le cercle.

L'installation de la BNDA, et des caisses d'épargne (Kafojiginew, CAECE jigiseme) et la facilité d'accès à la zone ont favorisé le commerce.

4.1.7 Education :

La première école de Bougouni a été créée en 1903. Actuellement le cercle a deux centres d'animation pédagogique (CAP).

Le CAP1 de Bougouni dispose de :

- 6 écoles fondamentales 1^{er} cycle
- 18 écoles fondamentales 2^{ème} cycle
- 127 écoles communautaires :
- 3 jardins d'enfants

- 1 institut de formation des maîtres
- 4 lycées
- 5 établissements professionnels

Le CAP2 ou CAP de Koumantou composé de Manankoro, Garalo, Zantiébougou et Sanso :

- 45 premiers cycles
- 6 seconds cycles
- Un lycée
- Le cercle dispose aussi de:
- 5 Medersa (école coranique)
- 169 écoles communautaires
- 34 CED (centres d'éducation pour le développement)

4.1.8 Le CSRéf de Bougouni :

Le Dispensaire de Bougouni a été créé en 1949, achevé et inauguré la même année par le Médecin Colonel Vernier qui été son premier Médecin. Il s'est érigé en CSRéf en 1996.

➤ **Configuration du CSRéf :**

Situé au centre de la ville de Bougouni au bord droit de la route bitumée allant du quartier de Massablacoura à la préfecture.

L'accessibilité entre le CSRéf et certains CSCom(s) est difficile à cause de l'état des routes.

➤ **Données sanitaires:**

Le district sanitaire de Bougouni est composé d'un centre de santé de référence et trente cinq centres de santé communautaires fonctionnels.

A coté de ces structures, il existe :

*Un centre confessionnel à Banantoumou

*Les deux infirmeries de la CMDT (Bougouni et Koumantou)

*Les infirmeries du lycée et de l'IFM de Bougouni

*Quatre cabinets de soins (dont 3 à Bougouni et un à Babilena)

*Quatre cabinets médicaux (dont 3 à Bougouni et 1 à Koumantou)

*Une clinique à MORILA

*Trois officines privées à Bougouni et des dépôts dont 2 à Sanso, 01 à Koumantou, 1 à Garalo et 01 à Bougouni.

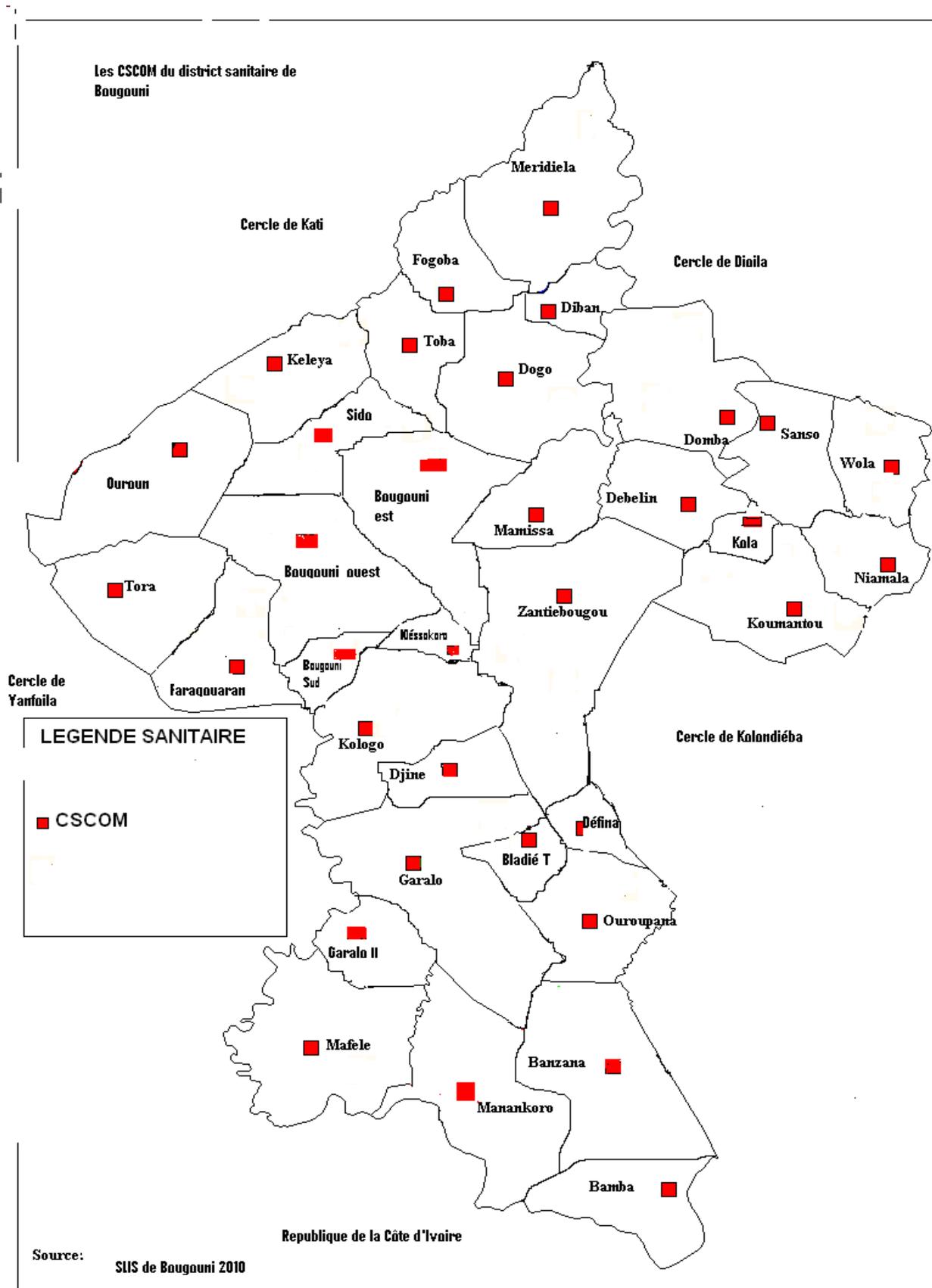


Figure 1 : Les CSCOM du district sanitaire de Bougouni.

▪ **La description de l'unité de gynéco-obstétrique :**

Elle comporte 7 salles d'hospitalisation avec 22 lits.

Le personnel est composé de quatre médecins dont un médecin spécialiste en gynéco-obstétrique et trois médecins généralistes, trois sages femmes, trois infirmières obstétriciennes, trois matrones et un manoeuvre

Activités principales : consultations gynéco-obstétricales, CPN, PTME/VIH, accouchements, PF et suivi des malades hospitalisées.

4.2 Période d'Etude :

L'étude s'est étendue sur 3 mois allant du 1^{er} Mai 2010 au 30 Juillet 2010, la période pendant laquelle nous étions disponibles pour mener à bien l'enquête.

4.3 Type d'Etude :

Il s'agissait d'une étude transversale dans la population générale

4.4 Population d'Etude:

Critères d'inclusion :été inclus dans notre étude :

- les femmes en âge de procréer (15-45 ans) utilisatrices ou non de la PF,
- Et résidants actuellement dans la ville de Bougouni.

4.4.1 Critères de non inclusion :

N'ont pas été inclus dans notre étude :

- Les filles de moins de 15 ans, les femmes de plus de 45 ans et celles ayant refusé de participer à l'étude ou ne résidant pas à Bougouni.

4.5 Collecte des données :

Le support des données a été deux questionnaires élaborés ; la technique de la collecte était l'interview directe entre la personne enquêtée et l'enquêteur.

4.6 Echantillonnage :

4.6.1 Taille minimum de l'échantillon

Dans les études transversales, le nombre de sujets nécessaires est donné par la formule suivante :

$$n = \frac{\sum^2 X P Q}{I^2}$$

n : taille minimum de l'échantillon

P : prévalence contraceptive (8% pour l'ensemble des femmes selon l'EDS IV).

Q : 1-p=0,92

I : précision de la prévalence p. Nous avons fixé i à 3%.

$\Sigma = 1,96$.

La taille minimale n = 314

4.6.2 Technique d'échantillonnage : sondage en grappes.

Pour constituer l'échantillon de femmes dans la population générale, nous avons effectué la technique de sondage en Grappes à deux niveaux mise au point par Henderson et Sundaresan.

La ville de Bougouni compte sept quartiers qui ont été tous concernés par l'enquête.

Tableau 3 Liste, population, population cumulative et situation des grappes des quartiers de Bougouni:

N°	QUARTIERS	POPULATION	POPULATION CUMULATIVE	SITUATION DE LA GRAPPE
1	Dialanikoro	4 090	4 090	G.1,2,3
2	Dougounina	3 768	7 858	G. 4,5
3	Faraba	4 973	12 831	G. 6,7,8,9
4	Heremakono	13 426	26 257	G.10,11,12,13,14,15,16,17,18,19
5	Massablacoura	7 179	33 436	G. 20,21,22,23,24
6	Medine	3 962	37 398	G. 25,26, 27
7	Niébala	3 988	41 386	G. 28, 29,30

Population totale : $Pt = 41386$

Nombre de grappes : $Ng = 30$

Intervalle de sondage : $I = 41386/30 = 1380$

N° au hasard entre 0001 et 1380 = 1000

Taille d'une grappe : $T = 314/30 = 10,46 \approx 11$

4.7 Analyse et Saisie des données :

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel Epi-info

4.8 Considération éthique :

Il s'agissait d'une étude qui portait sur des êtres humains, aussi le consentement éclairé de chaque personne a été acquis avant le début de l'entretien. La confidentialité et l'anonymat ont été garantis pour les informations collectées. Une autorisation des responsables sanitaires a été demandée avant le début de l'enquête.

5 RESULTATS

Au total 330 femmes âgées de 15 à 45 ans ont été interrogées dans la ville de Bougouni. Ces femmes ont été réparties comme suit :

5.1 Caractéristiques sociodémographiques :

Tableau 4 : Répartition en fonction de l'âge

Age	Fréquence	Pourcentage
15-25	101	30.6
26-35	156	47.3
36-45	73	22.1
Total	330	100.0

La tranche d'âge de 26 à 35 ans était la plus représentée soit 47.3%.

Tableau 5 : Répartition en fonction du niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Fréquence	Pourcentage
Aucun	122	37.0
Primaire	132	40.0
Secondaire/Supérieur	76	23.0
Total	330	100.0

Parmi les femmes enquêtées, 63% étaient scolarisées avec 40% du niveau primaire

Tableau 6 : Répartition en fonction de la profession

Profession	Fréquence	Pourcentage
Elève/Etudiante	85	25.8
Secteur informel	127	38.5
Ménagère	90	27.3
Commerçantes	9	2.7
Autres	19	5.8
Total	330	100

Parmi les femmes enquêtées, celles qui travaillent dans le Secteur informel étaient les plus représentées soit 38.5 %.

Autres : Fonctionnaires, Aide-ménagères...

Tableau 7 : Répartition en fonction de la religion

Religion	Fréquence	Pourcentage
Islam	310	94%
Christianisme	16	4.8%
Animisme	4	1.2%
Total	330	100.0%

La religion dominante était l'islam soit 94%.

Tableau 8 : Répartition en fonction de l'ethnie

Ethnie	Fréquence	Pourcentage
Bambara	170	51.5
Peulh	77	23.3
Malinké	16	4.9
Autres	67	20.3
Total	330	100

L'ethnie bambara était majoritaire, soit 51,5%.

Autres : Senoufo, Minianka, Bozo, Dafing...

Tableau 9 : Répartition en fonction de la situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Fréquence	Pourcentage
Célibataire	90	27.3
Mariée	227	68.8
Veuve/Divorcée	13	3.9
Total	330	100

Les femmes mariées étaient les plus représentées soit 68,8%.

Tableau 10 : Répartition en fonction du nombre d'enfants

Nombre d'enfants	Fréquence	Pourcentage
Aucun	68	20.6
1-3	141	42.7
4-6	97	29.4
7 et plus	24	7.3
Total	330	100

Parmi les femmes enquêtées, 42,7% avaient entre 1-3 enfant(s)

5.2 Connaissances en matière de santé de la reproduction

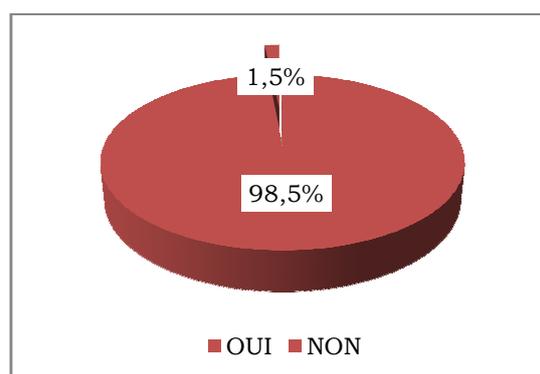


Figure 2 : Répartition en fonction de l'information sur le PF

La presque totalité des femmes avaient entendu parler de planification familiale soit 98.5% (IC à 95% : 92,1%-97,0%).

Tableau 11: Répartition en fonction de leurs sources d'information

Source d'information	Fréquence	Pourcentage
Radio /TV	312	94.5
Ecole	24	7.3
Centre de Santé	145	43.9
Conférence	11	3.3
Amies/Camarades	187	56.7
Parents	21	6.4
Autres	4	1.2

Les principales sources d'information sur la planification familiale étaient la télévision/radio, les amies/camarades, le centre de santé soit respectivement : 94.5%, 56,7%, 43.9%.

Tableau 12: Répartition en fonction du sens donné à la PF

Connaissance en pf	Fréquence	Pourcentage
Espacement des naissances	298	90.3
Sante mère-enfant	215	65
Moins de dépenses	113	34.2
Famille heureuse	38	11.5
Protection MST/SIDA, GND	74	22.4
Meilleure éducation des enfants	54	16.4
Autres	14	4.2

Le sens donné à la planification familiale par les enquêtées était dans la majorité des cas l'espace des naissances soit 90.3%

Autres : Epanouissement de la femme, développement du pays...

Tableau 13: Répartition des femmes selon la connaissance des méthodes contraceptives

Méthodes contraceptives	Fréquence	Pourcentage
Pilule	215	65.1
CI	155	47
DIU	15	4.5
Implant	29	8.8
MAMA	10	3.0
Préservatif	30	11.2
LRT	11	3.3
Collier/Calendrier	37	9.1
MT	8	2.4
Autres	12	3.6
Aucune	51	15.4

La pilule était le moyen contraceptif le plus connu soit 65.1% ; la méthode traditionnelle était la moins citée avec 2.4%.

5.3 Pratique de la contraception

5.3.1 Prévalence de la contraception

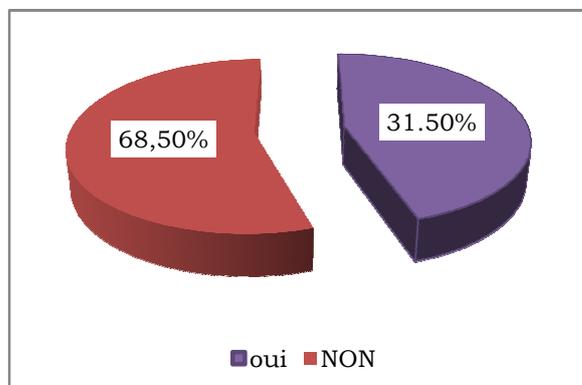


Figure 3 : Répartition des femmes selon la pratique actuelle de la contraception

La majorité des femmes n'utilisait pas de méthodes contraceptives au moment de l'enquête soit 68.5% (IC à 95% : 26,6-36,5%).

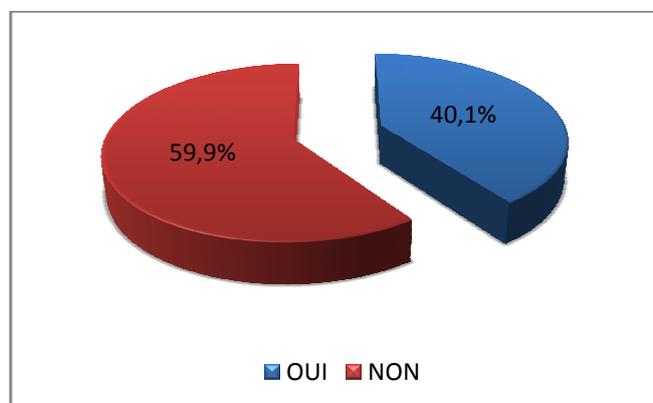


Figure 4: Répartition en fonction de la pratique de la contraception dans le passé

Parmi les non utilisatrices, 40,1% avaient déjà utilisé une méthode contraceptive dans le passé (IC à 95% : 34,7-45,3%).

5.3.2 Etude des utilisatrices de méthodes contraceptives

➤ **Femmes utilisant une méthode contraceptive au moment de l'enquête**

Tableau 14: Répartition selon la méthode contraceptive utilisée

Méthodes	Fréquence	Pourcentage
Pilule	40	38,5
CI	42	40,4
DIU	1	1
Implant	2	1,9
Mama	2	1,9
Préservatif	3	2,9
LRT	3	2,9
Collier	8	7.7
Autres	3	2,9
Total	104	100

Les méthodes les plus utilisées étaient le contraceptif injectable avec 40,4%, la pilule avec 38,5%, la moins utilisée était le DIU avec 1%

Autres : méthodes traditionnelles

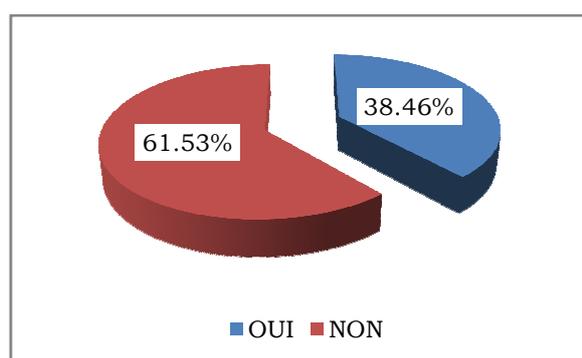


Figure 5 : Répartition selon le fait d'avoir un problème avec une méthode contraceptive

Parmi les utilisatrices, 38.46% avaient présenté des ES avec les méthodes utilisées (IC à 95% : 29,1-47,8%).

Tableau 15: Répartition des utilisatrices qui ont présenté des ES en fonction des méthodes contraceptives

Méthodes	Fréquence	%
Pilule	16	40.0
CI	20	50.0
Collier	1	2.5
Implant	2	5.0
MT	1	2.5
Total	40	100

Les effets secondaires ressenties par ces femmes étaient majoritairement dû à l'injectable soit 50%.

Tableau 16: Répartition des utilisatrices selon les raisons du choix

Raison d'utilisation	Méthodes										Total
	Pilule	CI	DIU	Implant	Mam	Préservatif	LR	Collier	Autres		
Facile à observer	9	2	1	-	-	-	-	-	-	-	30
Pas ou (-) d'ES	24	1	-	2	2	-	8	3	-	-	52
Méconnaissance	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
Efficacité	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Moins cher	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Facile à observer et longue durée	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	2
Adapté à son métier	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Utérus tri ou quadri cicatriciel	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	3
Autres	3	5	-	-	-	-	-	-	-	-	8
Total	40	4	1	2	2	3	3	8	3	-	104

La principale raison de choix d'une méthode était l'innocuité avec 50% ; la pilule étant la méthode de choix avec 46.1%, la seconde raison était l'observance avec 28.8% ; l'injectable comme chef de fil avec 66.7%

Tableau 17: Répartition selon le besoin d'approvisionnement

Problème d'approvisionnement	Fréquence	%
Oui	15	14.4
Non	89	85.6
Total	104	100

La majorité des utilisatrices n'avaient pas eu de problème d'approvisionnement soit 85.6%

Tableau 18: Répartition selon le lieu d'approvisionnement

Lieux	Fréquence	Pourcentage
CSRéf/ CSCom	42	40.4
Pharmacie	34	32.7
Marché	13	12.5
Structure privée	5	4.8
Autres	10	9.6
Total	104	100

Les centres de santé (CSRéf/CSCom) étaient les lieux d'approvisionnement les plus fréquentés soit 40.4%, suivi des pharmacies privées soit 32.7%

Autres : les parents, amies, partenaires ...

➤ **Anciennes utilisatrices de méthodes contraceptives**

Tableau 19: Répartition des anciennes utilisatrices selon la méthode utilisée dans le passé

Méthode utilisé	Fréquence	Pourcentage
Pilule	55	61.1
Contraceptive injectable	32	35.5
Préservatif	2	2,2
Collier	1	1,1
Total	90	100

La méthode la plus utilisée dans le passé était la pilule soit 61,1%

Tableau 20: Répartition des anciennes utilisatrices selon les raisons d'abandon

Raison d'abandon	Fréquence	Pourcentage
ES	43	47,8
Rumeurs et craintes des ES	6	6,7
Désir enfant	16	17,8
Pas d'activité sexuelle	5	5,6
Echec méthode	4	4,4
Refus du mari ou parent	11	12, 2
Veuvage	2	2,2
Aucune raison	3	3,3
Total	90	100

Les ES ressentis, le désir d'enfant et le refus du mari/parent étaient les principales raisons d'abandon de la contraception soit respectivement 47.8%, 17.8% et 12.2%

5.3.3 Etude des femmes non utilisatrices de PF

Il s'agissait des femmes qui n'ont jamais utilisé de méthodes contraceptives.

Tableau 21: Répartition selon les raisons de non utilisation

Raison de non utilisation	Fréquence	Pourcentage
Aucune raison	34	15.3
Désir d'enfants	26	11.8
Manque d'information/connaissance	50	22.6
Refus mari/partenaire	14	6.33
Rumeurs/Crainte des ES	58	26.2
Autres	39	17.6

Les rumeurs/crainte des ES, le manque d'information/connaissance, étaient les principaux obstacles soit respectivement 26.2% et 22.6%.

Autres : religion, choix limité, cout élevé, polygamie, n'aime pas la contraception...

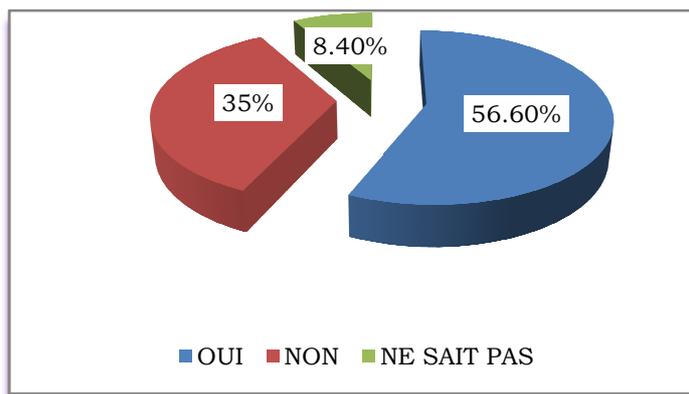


Figure 6 : Répartition en fonction du désir d'utilisation de la contraception dans l'avenir.

La majorité des femmes qui n'utilisaient pas de méthodes contraceptives ont l'intention de le faire à l'avenir soit 56,6% (IC à 95% : 50,2-63,1%).

Tableau 22 : Répartition selon la méthode de choix dans l'avenir

Méthodes de choix	Fréquence	Pourcentage
Pilule	27	21.1
CI	30	23.4
DIU	1	0.8
Implant	11	8.6
Préservatif	5	3.9
LRT	7	5.5
Collier/Calendrier	23	18.0
Autres	6	4.7
Ne sait pas	24	14.1
Total	128	100

Les méthodes contraceptives susceptibles d'être utilisées le plus dans l'avenir étaient le contraceptif injectable, la pilule, le collier/calendrier avec respectivement 23.4%; 21.1% et 18%.

5.4 Evaluation de la qualité de la prestation dans les CSCom /CSRéf

Cet échantillon représente les utilisatrices qui s'approvisionnaient au CSRéf/CSCom(s)

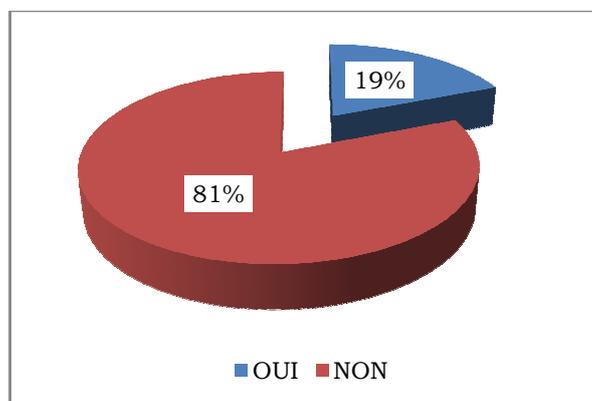


Figure 7 : Répartition en fonction de l'examen général lors de la première consultation

La majorité des clientes n'avait pas été examiné lors de la première consultation soit 81% (IC à 95% : 69,1-92,8%).

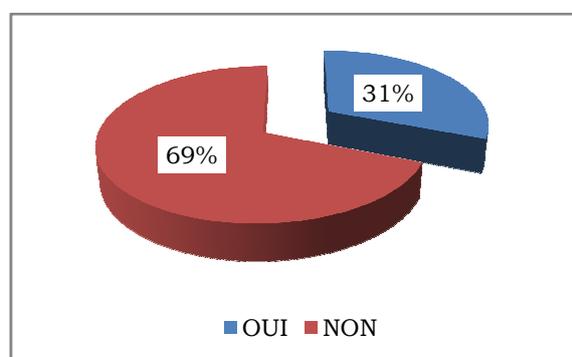


Figure 8 : Répartition en fonctions de l'information sur les méthodes disponibles

Dans cet échantillon, la majorité n'avait pas reçu d'information sur les autres méthodes disponibles dans le service soit 69% (IC à 95% : 55,1-83,0%).

Tableau 23: Répartition en fonction du counseling sur les ES

Utilisatrices	Fréquence	Pourcentage
OUI	12	28.6%
NON	30	71.4%
TOTAL	42	100%

La majorité des clientes n'avaient pas bénéficié d'un counseling sur les ES de la méthode choisie soit 71.4% (IC à 95% : 57,8-87,1%).

Tableau 24: Répartition en fonction de l'information sur la date de la prochaine visite

Rendez-vous	Fréquence	%
OUI	35	83.3
NON	7	16.7
Total	42	100

La majorité des femmes était régulièrement informé de la date de la prochaine visite soit 83.3% (IC à 95% : 72,1-94,6%).

Tableau 25: Répartition en fonction de l'avis sur le temps d'attente

Temps d'attente acceptable	Fréquence	%
OUI	42	100
NON	.	0
Total	42	100

La totalité des femmes trouvaient le temps d'attente acceptable soit 100%

Tableau 26: Répartition en fonction de l'avis sur la durée de consultation

Durée de consultation	Fréquence	%
Courte	6	14.3
Longue	2	4.8
Juste le temps qu'il faut	34	80.9
Total	42	100

La majorité des clientes trouvaient la durée de consultation acceptable

Tableau 27: Répartition en fonction de l'avis sur le nombre de méthodes disponibles

Nombre de méthodes disponibles	Fréquence	%
Suffisant	32	76.2
Insuffisant	10	23.8
Total	42	100

Dans l'échantillon 23.8% trouvaient que le nombre de méthodes disponibles étaient insuffisant (IC à 95% : 10,9-36,7%).

Tableau 28: Répartition des utilisatrices selon les suggestions

Suggestions	Fréquence	%
Parler des ES	6	14,6
promouvoir les méthodes qui n'ont pas d'ES	2	4,9
Assurer l'intimité	3	7,3
Disponibilité d'autres méthodes	15	36.6
RAS	5	12.2
Autres	10	24.4

Les principales suggestions des utilisatrices étaient respectivement : Disponibilité d'autres méthodes, parler des ES, assurer l'intimité des clientes, promouvoir les méthodes qui n'ont pas d'ES soit 36.6%, 14.6%, 7.3%

6 Commentaires et discussions

6.1 Méthodologie :

Nous avons réalisé une étude transversale qui s'est étendue sur 3 mois allant du 1^{er} mai au 31 juillet 2010.

Cette étude a porté sur 330 femmes de la ville de Bougouni. Le support de données était deux questionnaires à l'endroit des femmes. Une autorisation des responsables sanitaires a été demandée avant le début de l'enquête. Les difficultés rencontrées étaient surtout liées à notre technique d'enquête (enquête par interview). Certaines femmes se gênaient de répondre directement à des questions, d'autres étaient pressées pour aller à leurs tâches domestiques. Malgré ces difficultés ; cette étude a apporté un éclairage aux problématiques qu'on s'est posé avant de la commencer ; c'est-à-dire le manque d'indicateurs sur la PF à Bougouni et les obstacles liés à son utilisation effective.

Cette étude nous a permis d'avoir les résultats suivants :

6.2 Caractéristiques sociodémographiques

La tranche d'âge de 26-35 ans était la plus représentée. La majorité d'entre elles étaient mariées ; 68.8% contre 27.3% pour les célibataires. Ces résultats sont statistiquement similaires à ceux de KANSAYE D. à Baguineda qui avait trouvé dans son étude 87.2% de mariées ; 12.2% pour les célibataires

Les bambara étaient les plus représentées avec 51,5% ; suivies des peuhles avec 23.3%. Cela reflète en réalité la prédominance de l'ethnie Bambara dans notre pays qui est de 32,0% [14]. Cependant, il faut signaler que les autres ethnies (malinké, soninké, senoufo, bozo, miniaka,) étaient représentées, mettant en évidence la diversité ethnique de la ville.

Les musulmanes représentaient 94% contre 4.8% pour les chrétiens, et cela parce que le Mali est un pays laïque à prédominance musulmane.

La plupart des femmes était scolarisées niveau primaire (40.0%) ou secondaire. (23.%).

Une prédominance des femmes qui travaille dans le secteur informel (38.5%) a été observée, suivies des ménagères (27.3%) et des élèves/étudiantes (25.8%). La plupart d'entre elles (42.7%) avaient 1-3 enfant(s).

6.3 Connaissances en matière de santé de la reproduction

---Durant notre enquête 98.5% des femmes ont affirmé avoir entendu parler de planification familiale. Ce résultat ne diffère pas statistiquement de ceux de KANSAYE D. ($p=0.1830$) où 99,6% des femmes affirmaient avoir entendu parler de planification familiale [21] et de Keita Y. ($p=0.4472$) au lycée Monseigneur Luc August SANGARE à Bamako où 99,4% des élèves avaient entendu parler de planification familiale [22]. Par contre il est statistiquement supérieur a celui de LENGLENGUE O. au Burkina ($p=0.0000$) où 86.50% des adolescentes de la commune rurale de Niaogho avaient entendu parler de planification familiale [27]. Cette différence statistique pourrait s'expliquer par le lieu d'étude : la population urbaine étant plus exposée aux campagnes de sensibilisation sur le PF (médias, école...).

---Dans notre étude les sources d'information les plus citées étaient la radio/télé soit 94.5%, les amies camarades 56.7%, les centres de santé 43.9%. Les mêmes sources d'informations ont été rapporté par KEITA Y. dans son étude avec 94.55% pour la radio/télé ; 84,5% pour les amies camarades ; 45,5% pour les centres de santé

Dans l'étude de Kansaye D., les sources d'informations les plus citées furent : les media (96,6); les centres de santé (94,4%) ; les amis (86,0%) ; Conférence (16,4%)

Tableau 29: Médias comme source d'information selon les auteurs

Auteurs	Fréquences	%	Test statistique
KANSAYE D. [21]	498	96,60	0,1494
KEITA Y. [22]	328	94.55	1,0000
LENGLENGUE O.[27]	346	65.25	0,9285
Notre étude	325	94.5	

Une bonne exposition aux medias, constitue un important moyen d'accès à l'information sur la planification familiale comme le montre les études ci-dessus dans lesquelles la radio/télé était citée comme principale source d'information. Il n'existe aucune différence statistique entre notre résultat et ceux des autres séries maliennes et burkinabé ($p>0,05$) ;

Ce qui justifie que la radiodiffusion pourrait constituer un canal de choix pour la diffusion des messages sur la planification familiale.

---Le sens donné à la PF par la majorité des femmes enquêtées était l'espacement des naissances (90.3%), la santé de la mère-enfant (65.1%), moins de dépenses dans la famille (34.2%)

- ✓ Dans l'étude de Kansaye D. à Baguineda, la presque totalité des femmes assimilaient la planification familiale à un espacement des naissances soit 100%, la santé de la mère et de l'enfant 99,8%, une meilleure éducation des enfants 99,6%, moins de dépenses 76,5% [21].
- ✓ Dans l'étude de Keita M. la PF était associée à l'espacement des naissances dans 97,3%, suivis de ceux qui la ramenaient à la bonne santé de la mère 95,8% et à moins de naissance 73,0% [22].
- ✓ Des enquêtées qui ont déjà entendu parler de la PF, 81.21% estimaient qu'elle se résume à l'espacement des naissances selon LENGLENGUE O. au Burkina Faso [21].

Au sujet du sens de la planification familiale certaines réponses données par un certain nombre de femmes (telles que Protection MST/SIDA, GND) démontrent quelque part que ces femmes ont une large ouverture d'idée sur le sujet pouvant les aider à répondre en cas de besoins.

---Nos résultats observés par rapport à la pilule (65.1%) et à l'injectable (47%) comme méthodes plus connues, se rapprochent de plusieurs études :

Au Mali, les données de l'EDS IV, montrent que ce sont la pilule (68 %), les injectables (63 %) qui sont les plus fréquemment connus [28], aussi KANSAYE D. avait trouvé 65 ,6% pour la pilule et 71 ,0% pour le CI [21].

En Guinée DIALLO SYK trouvait dans son étude à l'AGBEF que la pilule (52,9%), le contraceptif injectable (36,1%) étaient les plus connues [12]. Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que ces deux moyens de contraception sont ceux dont on parle le plus dans les campagnes de sensibilisation.

✓ **Connaissance du préservatif comme méthode de PF**

Dans notre étude, le préservatif était connu par 11.2% de femmes. Ce résultat est statistiquement inférieur à ceux de Keita Y. ($p=0.0000$) et de LENGLENGUE O. ($p=0.0000$) qui ont trouvé respectivement 97,9% et 57.67%. Cette différence pourrait être due aux cibles d'études ; les campagnes de sensibilisation sur le préservatif s'adressant beaucoup *plus* aux adolescents/élèves qu'aux femmes dans les ménages

6.4 Pratique des femmes en matière de planification familiale

Tableau 30: Prévalence contraceptive selon les auteurs

Auteurs	Fréquences	%	Test statistique
ACMS Cameroun [23]	705	55.0	0,0000
DIALLO S. Guinée	3090	35.0	0.2040
LENGLENGUE O. Burkina	400	34.8	0.3559
Laurence R. Madagascar [37]	1955	27.0	0.0904
Notre étude Mali	330	31.5	

Le taux de 31.5% retrouvé dans notre étude ne diffère pas statistiquement de ceux de la série guinéenne, burkinabé et malgache ($p>0.05$) mais inférieur à la série camerounaise ($p=0.0000$).

D'autres études attestent cette faible utilisation :

- ⇒ Au Mali 27.3% des adolescent(e)s du lycée Monseigneur Luc August SANGARE de Bamako utilisaient les méthodes contraceptives
- ⇒ Selon les données réunies par la Population Référence Bureau (PRB) en Afrique, 34% des adolescents sexuellement actifs utilisent des méthodes contraceptives alors que dans le Sud-est Asiatique 28% des adolescents célibataires utilisent les méthodes de planification familiale [7].
- ⇒ Egalement les résultats des études effectuées à Hanoï et au Vietnam confirment la faible utilisation des contraceptifs, sur 78% de jeunes filles ayant entendu parler de la Planification familiale, seulement 26% avaient utilisé une méthode contraceptive, principalement le préservatif [7].

---Les méthodes les plus utilisées étaient l'injectable soit 40,4%, la pilule soit 38,5% ; la moins utilisée était le DIU soit 1%. Selon les résultats de l'étude de DIALLO S., la méthode injectable était la plus utilisée dans les services de l'AGBEF à Conakry avec 52,9% (soit plus de la moitié) ; elle était suivie par les contraceptifs oraux (36,1%).

La prédominance de ces méthodes serait liée à certains de leurs avantages, notamment la confidentialité(CI), l'observance facile(CI) et l'innocuité (pilule) mais aussi parce que ces deux moyens de contraception étaient celles dont on parle le plus dans les campagnes de sensibilisation, les plus vulgarisés et les plus disponibles (pharmacies, centres de santé, marchés, etc.).

La faible représentativité du DIU et l'implant serait certainement du à la non disponibilité de ces méthodes au moment de l'enquête.

---Les lieux d'approvisionnement les plus fréquentés étaient les centres de santé (CSRéf/CSCoM) soit 40.38%, les pharmacies privées soit 32.7%.

Cependant, nous avons constaté durant l'enquête que certaines femmes (12.50% des utilisatrices) s'approvisionnaient au marché, auprès des vendeuses de médicaments de la rue, s'exposant ainsi à de nombreux risques liés à l'utilisation de méthodes contraceptives sans suivie médicale.

6.5 Obstacles à l'utilisation du planning familial

Dans le monde en développement, plus d'une femme mariée sur quatre désireuse d'éviter de tomber enceinte n'utilise pas de contraceptifs, selon les données des EDS [9]. De nombreux facteurs contribuent à cette question de besoin non satisfait en matière de contraception.

❖ Les rumeurs/crainte des ES

Les croyances et rumeurs suites à des effets secondaires dangereux sont très répandues et ce sont de véritables freins à l'utilisation de la contraception moderne. Les femmes s'inquiètent des ES, elles ont des peurs dénuées de fondement sur ces effets ou sur les conséquences pour la santé.

Tableau 31 : Rumeurs sur les effets secondaires selon les auteurs

Auteurs	Fréquences	%	Test statistique
LENGLENGUE O. Burkina	321	15.66	0,003519
Pakistan [41]	1310	40	0.0000
Vietnam [42]	229	14,3	0.002
Notre étude	226	26.2	

Notre étude a révélé qu'à Bougouni, 26.2% des femmes qui n'utilisaient pas de méthodes contraceptives craignaient que leur utilisation ne soit associée à des effets nocifs.

Ce résultat est statistiquement supérieur à celui de la série Burkinabé ($p < 0.05$) et vietnamienne ($p < 0,05$) mais inférieur à celui de l'étude pakistanaise [41], cette différence avec la série pakistanaise pourrait s'expliquer par l'année d'étude.

❖ **Le manque de connaissance/d'information sur les méthodes**

Le manque de connaissance ou d'information sur la PF en général, la contraception en particulier est un facteur limitant le recours aux méthodes contraceptives comme le montre les études malienne (la notre) et vietnamienne [42], dans lesquelles respectivement 22.6% et 17% des femmes ne pratiquaient pas la contraception par insuffisance d'information sur les méthodes.

❖ **Les effets secondaires ressentis**

Dans de nombreuses études, les répercussions réelles des contraceptifs sur la santé de la femme représentent souvent un obstacle à leur utilisation

Tableau XXXII : répercussions des ES selon les auteurs

Auteurs	Fréquences	%	Test statistique
Tunisie [9]	376	30	0.103
Indonésie [48]	144	20	0.001
Notre étude	104	38.46	

Le taux des utilisatrices ayant présentées des ES ne diffère statistiquement de celui de l'étude tunisienne ($p = 0.103$) mais supérieur à la série indonésienne. Nous n'avons pas trouvé d'explications scientifiques à cette différence entre les résultats.

6.6 Qualité de la prestation dans les centres de santé :

Les centres de santé (CSRéf/CSCCom) étaient les lieux d'approvisionnement les plus fréquentés (40.38%) par les utilisatrices de PF.

La qualité de service offert par les prestataires au niveau des ces centres de santé aurait un effet sur la pratique contraceptive. Un service impeccable aurait tendance à attirer les femmes et à les mettre en confiance. En outre, si le personnel de santé et les autres prestataires ne font pas un bon counseling, ceci contribuera à diminuer le nombre déjà faible d'utilisatrices de contraceptifs. . Une façon d'affronter les obstacles liés aux effets secondaires, aux craintes pour la santé et à la méconnaissance des contraceptifs consiste à assurer un counseling de meilleure qualité.

Notre étude a montré que les utilisatrices de PF qui s'approvisionnaient dans les centres de santé de la ville (CSCCom/CSRéf) n'avaient pas reçu dans la majorité des cas de bon counseling. Au niveau de :

➤ L'information sur les méthodes disponibles

Le fait de proposer une gamme de méthodes modernes de contraception et d'encourager les utilisatrices à changer de méthodes en cas de problèmes augmenterait le taux de continuation de la PF. Selon des recherches menées en 1989, l'adjonction d'une nouvelle méthode de contraception faisait augmenter le taux de 2% [19].

Dans notre étude 69% des n'avaient pas reçu d'explication sur les méthodes disponibles au centre de santé, ce résultat dépasse de loin celui de DEME B. ($p = 0,001$) à Bamako [10] qui était de 1%. Cette différence serait due à la performance des prestataires.

➤ L'information sur les ES

Dans une étude réalisée en chine auprès de 400 utilisatrices de DMPA, la moitié a bénéficié d'un counseling approfondi sur la méthode. Un an plus tard les taux d'abandon étaient près de quatre fois plus élevés chez les femmes qui n'avaient reçu de counseling soit 42% par rapport à 11%. La principale raison invoquée concernait les changements menstruels, l'effet secondaire le plus courant du DMPA [26].

Aux philippines, parmi les quelque 800 utilisatrices du DMPA, les femmes qui avaient été prévenu de l'éventualité des ES étaient plus de trois fois plus

susceptibles de continuer d'utiliser cette méthode que celles qui n'avaient pas bénéficié d'un counseling sur ce sujet [33].

Le taux de 71.4% d'utilisatrices n'ayant pas bénéficié de counseling sur les ES dans notre étude est statistiquement proche ($p < 0,005$) de celui d'une étude sur la qualité des services de PF au Burkina soit 76%. Ces résultats prouvent que beaucoup de prestataires ne prodiguent pas de counseling sur les ES, une telle situation est déplorable car elle laisse la cliente en proie à des doute fondées sur les rumeurs et contribue à l'abandon rapide de la méthode choisie ou de la PF.

➤ **L'examen des clientes :**

L'examen de femme doit être complet surtout lors de la première consultation afin de déceler chez elle les contre-indications (absolues et relatives) de la méthode qu'elle aura choisie.

Parmi les utilisatrices des services de PF seulement 19% ont été examinés lors de la première consultation, ce résultat est largement inférieur à celui trouvé dans l'étude de ZALHA M. en 2004 à Ouagadougou ($p = 0.000$) où plus de la moitié des clientes (87.2%) était examinée par les prestataires [47]. Cette différence pourrait s'expliquer le nombre d'échantillon mais surtout par la négligence de nos prestataires.

Il est à noter que ces genres de prestations peuvent exposer à long terme beaucoup de femmes à des maladies mettant en péril leur santé.

7 Conclusion

Au terme de cette étude :

La presque totalité (98.5%) des femmes avaient entendu parler de la planification familiale.

Les sources d'information les plus citées étaient la radio/télé soit 94.5%, les amies camarades 56.7%, les centres de santé 43.9%

La majorité l'assimilait à un espacement des naissances (90.3%) suivi de la santé maternelle (65.1%).

Quant à la connaissance des méthodes contraceptives, la pilule était la plus connue avec 65.1%, suivie de l'injectable avec 47% ; le préservatif avec 11.2%; le collier/calendrier avec 9%.

La majorité des femmes (58,8%) pratiquait ou avait pratiqué dans le passé la contraception.

La prévalence contraceptive de 31.5% de la commune dépassait de loin le taux national qui était de 8% en 2006, elle se rapproche surtout de celles de certain pays de l'Afrique de l'ouest.

Les principaux obstacles à la pratique contraceptive étaient les rumeurs et craintes sur les effets secondaires le manque de connaissance sur les méthodes contraceptives, la répercussion réelle des effets secondaires des méthodes contraceptives sur l'état de santé des femmes.

Enfin les femmes n'avaient pas reçu dans des cas une bonne prestation dans les centres de santé

A la lumière de nos résultats, nous formulons les recommandations suivantes:

8 Recommandations

- **Aux prestataires de PF des centres de santé**
 - ✓ Assurer un bon counseling auprès des utilisatrices de PF afin de leur préparer à mieux supporter les ES, ceci permettra de réduire le taux d'abandon et par conséquent augmenter la prévalence contraceptive,
 - ✓ Assurer l'intimité des clientes lors des consultations.
- **Aux autorités sanitaires, politico-administratives de la ville**
 - ✓ Mettre à la disposition des femmes de Bougouni tous les moyens de contraception disponibles dans le pays,
 - ✓ Multiplier les campagnes d'information et de sensibilisation à travers les médias sur la nature des produits contraceptifs, leur mécanisme de fonctionnement et leur innocuité en vue d'augmenter la prévalence contraceptive chez les femmes de Bougouni,
 - ✓ S'appuyer sur les leaders d'opinion pour promouvoir la planification familiale.
- **Aux associations féminines:**
 - ✓ Mettre en place des réseaux de femmes, de partage et de recherche d'informations sur la planification familiale,
 - ✓ Mobiliser ces réseaux à faire des causeries débats auprès des femmes pour assurer une mise à niveau des connaissances sur la PF et toute la santé de reproduction en général.
- **Au Ministère de tutelle**
 - ✓ Mobiliser des ressources financières aidant à la création des centres de conseil pour les jeunes filles et femmes de Bougouni en santé de reproduction pour informer, sensibiliser, éduquer et offrir des services de qualité de PF,
 - ✓ Promouvoir les méthodes qui n'ont pas d'effets secondaires,
 - ✓ Assurer le recyclage du personnel sanitaire afin d'améliorer la qualité de services offerts aux femmes.

9 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES (selon vancouver)

1. Action Mondiale des Parlementaires, PGA, Rapport d'atelier sur La législation en matière de Santé de la reproduction en Afrique de l'ouest, Mali novembre 2000, 37p.
2. AMPPF. Plan stratégique 2001-2005. Bamako : Déc.2000 :28
3. Anonyme. Charte Africaine des droits de l'homme et des peuples : [consulté le 23 mai 2012]. URL : http://www.aceci.org/documents/Charte_africaine.pdf.
4. Anonyme. Contraception [consulté le 23 Avril 2011]. URL : <http://www.sicsq.org>
5. Anonyme. Déclaration universelle des droits de l'homme [consulté le 27 mai 2012]. URL : <http://www.un.org/fr/documents/udhr>.
6. Anonyme. Planification familiale : Définitions [consulté le 11 Janvier 2011]. URL : <http://www.gfmer.ch>
7. Anonyme. Population-Reference-Bureau 2009 [consulté le 23 mai 2012]. <http://www.linguee.fr/anglaisfrançais/.../population+reference+bureau.htm>
8. Anonyme. Prévalence contraceptive dans le monde en 2001 [consulté le 2 Décembre 2011]. URL : <http://www.un.org/esa/populationpublications/contraceptive2001/contraception01.htm>
9. Center for Population, Health and Nutrition, U.S. Agency for International Development. Unmet need for family planning. Pop Briefs 1998.
10. CLIFTON D., KANEDA T. et ASHFORD L. La planification familiale dans le monde en 2008 [consulté le 22 Mars 2011]. URL : <http://www.prb.org/pdf08/fpds08.pdf>
11. DEM B. Etude sur les raisons de la faible utilisation du dispositif intra utérin dans deux centres de santé de référence du district de Bamako. Thèse Doctorat de l'université de Bamako. Mention: FMPOS. Option: Médecine. Bamako: Université de Bamako; 2007; 177
12. DIALLO SYK. La Planification familiale en Guinée : Expérience de l'Association Guinéenne pour le Bien-Être Familial (AGBEF) à Conakry, de 2003 à 2007 ». Thèse Doctorat de l'université de Conakry. Option: Médecine. Université Conakry; 2010; 57

- 13.** Direction nationale de la santé, atelier de repositionnement de la planification familiale –Situation de la planification au Mali, Mars 2004.
- 14.** EDSM III - Enquête démographique et de santé Mali III Rapport juin 2001 ; 450p
- 15.** ELIAS. Choix des méthodes contraceptives : Guide théorique et pratique. OMS : Egypte ; 1996 : 142.
- 16.** GILLES P. Population et sociétés. Bulletin mensuel d'informations de l'Institut National d'Etudes Démographiques (France) 2007 ; no 436 : p 2.
- 17.** GUINDO N. Connaissances, attitudes et pratiques comportementales des étudiants de la FMPOS en matière de la planification familiale. . Thèse Doctorat de l'université de Bamako. Mention: FMPOS. Option: Médecine. Bamako: Université de Bamako; 2009; 85.
- 18.** 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.
- 19.** Jain AK. Fertility reduction and the quality of family planning services. Stud Fam Plann 1989; 20(1): 1-16
- 20.** KANE B : Connaissances et attitudes des étudiants de la FMPOS en matière de planification familiale Thèse Doctorat de l'université de Bamako. Mention: FMPOS. Option: Médecine. Bamako: Université de Bamako; 2005;87
- 21.** KANSAYE D. Consultation communautaire : connaissances, attitudes et pratiques comportementales des femmes de Banguineda âgées de 15 à 45 ans en matière de planification familiale. Thèse Doctorat de l'université de Bamako. Mention: FMPOS. Option: Médecine. Bamako: Université de Bamako; 2010; 94.
- 22.** KEITA M. Connaissances, attitudes et pratiques comportementales des adolescents du lycée monseigneur Luc August Sangaré de Bamako sur la planification familiale et les IST/VIH. Thèse Doctorat de l'université de Bamako. Mention: FMPOS. Option: Médecine. Bamako: Université de Bamako; 2008; 105.

- 23.** KOUAM FS. Analyse des déterminants de la pratique contraceptive moderne chez les femmes en union du Cameroun: cas de la ville de Yaoundé. Yaoundé: ACMS ; 2010
- 24.** La planification familiale. *Enfant en milieu tropical* 1990 ; n°187-88 : 74-78.
- 25.** Le BARBU E. La population mondiale : répartition et dynamisme [consulté le 31 Août 2011]. URL : <http://www.erra.club.fr>
- 26.** LEI ZW, WU SC, GARCEAU RJ, et al. Effects of pretreatment counseling on discontinuation rates in Chinese women given DMPA for contraception. *Contraception* 1996;53(6): 357-61.
- 27.** LENGLENGUE O. Connaissances, attitudes et pratiques des adolescents en matière de planification familiale : cas de la commune rurale de Niaogho au Burkina Faso. Maitrise de l'Université Internationale d'Andalousie / Université Cheik Anta Diop de Dakar; 2010; 52
- 28.** MARIKO S., LIBITE PR., DIOP M., DEMBELE E., BA S., TRAORE SM., SAMAKE S. Enquête Démographique et de santé du Mali (EDS-IV) 2006 [consulté le 23 mai 2012] URL : www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR199.pdf
- 29.** MEYER L. Planification familiale : objectifs, moyens, réglementation, structures. *La revue du praticien* 1991 ; vol.41, n° 17 :1615-1617.
- 30.** Ministère de l'économie des finances et du plan Sénégal. Enquête sur la planification familiale en milieu urbain Dakar –Sénégal 1994.
- 31.** Ministère de la santé publique, des affaires sociales et de la de la promotion féminine. Déclaration nationale de la politique de population. Bamako-Mali Aout 1991.
- 32.** Ministère de la santé publique et affaires sociales. Projet de développement sanitaire ; stratégie nationale en Planification Familiale et en IEC. Bamako-Mali 1987.
- 33.** Network en français Family Heath International Santé sexuelle 2002 ,21(4) ; 1-35
- 34.** OMS-Alma-ATA, Le début d'Alma Ata à l'an 2000 : Réflexion à la mi-parcours 1990 : 3-12
- 35.** Organisation mondiale de la Santé (OMS). Choix de méthodes contraceptives : Population Council-1997 ; Mali

- 36.** OUEDRAOGO T R. Introduction. Dans : Recherche portant sur l'examen et l'analyse de toutes les législations ,règlements et politiques administratives ayant une incidence sur le statut juridique de la femmes les questions liées à l'avortement; l'accessibilité aux informations et services de Planification familiale. Burkina : Ministère de la promotion de la femme, 1995 :12-69
- 37.** Planification familiale après avortement : guide pratique à l'intension des responsables de programmes. WHO/RHT. 1997 ; n°20 : 23-29
- 38.** RAKOTOMALALA L. Rapport de Recherche Juridique sur «LE PLANNING FAMILIAL À MADAGASCAR» Centre National De Télé-enseignement De Madagascar Département Droit Privé ; 2008 ; 53
- 39.** SAMOURA L. Prise en charge des urgences chirurgicales digestives au CSRéf de Bougouni Thèse Doctorat de l'université de Bamako. Mention: FMPOS. Option: Médecine. Bamako: Université de Bamako; 2011; 105.
- 40.** SANOGO S. Contribution à l'étude de la planification familiale dans la commune IV du District de Bamako. Thèse Doctorat de l'université de Bamako. Mention: FMPOS. Option: Médecine. Bamako: Université de Bamako; 2008; 98.
- 41.** The Gap between Reproductive Intentions and Behaviour: A Study of Punjabi Men and Women. Islamabad: Population Council; 1998.
- 42.** Thom NT, Anh PT, Larson A, et al. Introductory study of DMPA in Vietnam -- an opportunity to strengthen quality of care in family planning service delivery. Presentation at Lessons Learned Workshop, Hanoi, October 12, 1998.
- 43.** TRUSSEL J. KOST K. Contraceptive failure in the United States: a critical review of the literature. Studies in family planning.1987; 18(5): 237-283
- 44.** UNFPA, Conférence Internationale sur la Population et le Développement CIPD, Le Caire, 1994.
- 45.** VITRAULLE M. L'avortement clandestin en Afrique, un drame silencieux qui tue 300 000 femmes tous les ans [consulté le 03 septembre 2011]. URL : <http://www.afrik.com>

46. VOLOLONIRINA, R. Prise en charge de l'avortement chez les adolescentes. Mémoire de Fin d'études spécialisées. Institut National de Santé Publique et Communautaire. Madagascar ; 2004 p 4

47. Zalha M. Obstacles à l'utilisation des services de planning familial dans la ville de Ouagadougou. Thèse Doctorat de l'université de Bamako. Mention: FMPOS. Option: Médecine. Bamako: Université de Bamako; 2004; 115

48.

FICHE D'ENQUETE

QUESTIONNAIRE I : A L'ATTENTION DE LA POPULATION FEMININE

1. Grappe/Numéro :..... 2. Enquêteur :.....

Données état-civil et socio-économique

3. Age :.....

4. Niveau d'instruction : Aucun Primaire/école coranique
Secondaire Supérieur

5. Profession : Elève/Etudiante Ménagère Commerçante
Secteur informel Autres :

6. Religion : Musulmane Chrétienne Animiste

7. Ethnie Bambara Peuhle Malinké

Autre :

8. Situation matrimoniale : Célibataire Mariée monogame
Mariée polygame Veuve Divorcée

9. Nombre d'enfants :

Questions PF

10. Avez-vous entendu parler de PF ? : Oui Non

11. Si oui, quelles sont vos principales sources d'informations ?

Radio TV Ecole Parents Centre de Santé
Conférence Amies/Camarades Autres :
.....

12. Qu'est ce que le PF selon vous ?

Espacement naissances Santé de la mère et de l'enfant Moins de naissances
Moins de dépenses Famille heureuse Protection contre les MST/SIDA
Meilleure éducation enfants

Autre :

13. Quelles sont les méthodes contraceptives que vous connaissez?

Pilule Contraceptive injectable DIU Implant
MAMA Préservatif Ligature des trompes Collier

Autres :

14. Utilisez-vous une méthode contraceptive ? Oui Non

15. Si non, pourquoi ?

Aucune raison Désir d'enfants Manque d'information Refus mari/partenaire
Coût trop élevé Effets secondaires Difficultés obtention Polygamie choix limité

Rumeurs : quelle rumeur.....

Autres :

16. Avez-vous utilisé la contraception dans le passé ? Oui Non

17. Si oui, quelle méthode avez-vous utilisé?

Pilule Contraceptive injectable DIU
Implant MAMA Préservatif Ligature des trompes
Collier Autres :

18. Si oui, quelle est la raison principale qui vous a poussé à l'abandonner ?
.....
.....

19. Avez-vous l'intention d'utiliser une méthode contraceptive dans l'avenir ?
Oui Non

20. Si oui, quelle méthode allez-vous utiliser?

Pilule Contraceptive injectable DIU
Implant MAMA Préservatif Ligature des trompes
Collier Autres :

21. Si utilisation : quelle méthode utilisez-vous?

Pilule Contraceptive injectable DIU
Implant MAMA Préservatif Ligature des trompes
 Collier Autres :

22. Pourquoi préférez-vous cette méthode?
.....

23. Avez-vous eu des problèmes avec une méthode contraceptive? Oui
 Non

Si oui

Quelle méthode..... Quel problème.....

Quelle méthode..... Quel problème.....

24. Si oui, quelle a été votre attitude devant ces problèmes ?

Problème1

Problème2.....

25. Comment vous approvisionnez-vous ?

CS Réf. CSCom. Pharmacie Marché

Autres :

26. Avez-vous des problèmes d'approvisionnement ? Oui Non

QUESTIONNAIRE II : Evaluation de la qualité des services de PF :

Si approvisionnement CS Réf. /CSCom. :

1. le prestataire vous a-t-il prévenu des effets secondaires possibles de la méthode que vous avez choisie ?

Oui Non

2. Le prestataire vous a-t-il parlé d'autres méthodes ? Oui Non

3. Pendant la visites le prestataire vous a t-il fait des examens ? Oui
Non

4. Le prestataire de services vous a t-il donné un papier ou une carte pour vous rappeler la datte de la prochaine visite ? Oui Non

5. Pendant les visites passées, aviez-vous des inquiétudes par rapport à la PF ou d'autres questions que vous vouliez discutez avec le prestataire ?

Oui Non

6. Si oui, le prestataire a-t-il répondu à vos préoccupations de manière satisfaisante ? Oui Non

7. Le temps d'attente est-il trop longue pour vous ?

Oui Non

8. Pensez-vous que votre consultation avec l'agent PF a été :

Trop courte Trop longue Juste le temps qu'il faut

9. Pensez-vous que le coût de la prestation est cher Oui Non

10. Pensez-vous que le nombre de méthodes disponibles est insuffisant ?

Oui Non

11. En somme êtes-vous satisfaite de la qualité de services offerts en PF Oui

 Non

12. Avez-vous des suggestions à faire par rapport à l'amélioration des services fournis ?

.....
.....

Liste des tableaux

Tableau I Avantages de la planification familiale	27
Tableau II Méthodes naturelles de planification familiale : [43].....	38
Tableau 3 Liste, population, population cumulative et situation des grappes des quartiers de Bougouni:.....	50
Tableau 4 : Répartition en fonction du niveau d'instruction	52
Tableau 5 : Répartition en fonction de la profession.....	52
Tableau 6 : Répartition en fonction de la religion	52
Tableau 7 : Répartition en fonction de l'ethnie	53
Tableau 8 : Répartition en fonction de la situation matrimonial	53
Tableau 9 : Répartition en fonction du nombre d'enfants	53
Tableau 10: Répartition en fonction de leurs sources d'information	54
Tableau 11: Répartition en fonction du sens donné à la PF	55
Tableau 12: Répartition des femmes selon la connaissance des méthodes contraceptives	55
Tableau 13: Répartition selon la méthode contraceptive utilisée.....	57
Tableau 14: Répartition des utilisatrices qui ont présenté des ES en fonction des méthodes contraceptives	58
Tableau 15: Répartition des utilisatrices selon les raisons du choix	58
Tableau 16: Répartition selon le besoin d'approvisionnement.....	59
Tableau 17: Répartition selon le lieu d'approvisionnement.....	59
Tableau 18: Répartition des anciennes utilisatrices selon la méthode utilisée dans le passé	59
Tableau 19: Répartition des anciennes utilisatrices selon les raisons d'abandon	60
Tableau 20: Répartition selon les raisons de non utilisation.....	60
Tableau 21 : Répartition selon la méthode de choix dans l'avenir.....	61
Tableau 22: Répartition en fonction du counseling sur les ES.....	63
Tableau 23: Répartition en fonction de l'information sur la date de la prochaine visite	63
Tableau 24: Répartition en fonction de l'avis sur le temps d'attente	63
Tableau 25: Répartition en fonction de l'avis sur la durée de consultation..	63
Tableau 26: Répartition en fonction de l'avis sur le nombre de méthodes disponibles.....	64
Tableau 27: Répartition des utilisatrices selon les suggestions.....	64
Tableau 28: Médias comme source d'information selon les auteurs.....	66
Tableau 29: Prévalence contraceptive selon les auteurs	68
Tableau 30 : Rumeurs sur les effets secondaires selon les auteurs.....	70

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Les CSCCom du district sanitaire de Bougouni.	48
Figure 2 : Répartition en fonction de l'information sur le PF.....	54
Figure 3 : Répartition des femmes selon la pratique actuelle de la contraception	56
Figure 4: Répartition en fonction de la pratique de la contraception dans le passé	56
Figure 5 : Répartition selon le fait d'avoir un problème avec une méthode contraceptive.....	57
Figure 6 : Répartition en fonction du désir d'utilisation de la contraception dans l'avenir.....	61
Figure 7 : Répartition en fonction de l'examen général lors de la première consultation	62
Figure 8 : Répartition en fonctions de l'information sur les méthodes disponibles.....	62

FICHE SIGNALETIQUE :

NOM : SISSOKO

PRENOM : Sansouba dite Mamou

Tel: 00223 60734621

E-mail: mariamsissoko33@yahoo.fr

ANNEE DE SOUTENANCE 2011-2012

TITRE DE LA THESE : Planification familiale dans la commune urbaine de Bougouni

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

PAYS D'ORIGINE : MALI

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la faculté de médecine, et d'odontostomatologie

SECTEURS D'INTERET : Département de Santé Publique ;

gynéco-Obstétrique ; Pédiatrie

OBJET : Etudier la planification familiale dans la commune urbaine de Bougouni

RESUME

Notre étude a porté sur 330 femmes dans la ville de Bougouni. Il s'agissait d'une étude transversale dans la population. L'objectif général était d'identifier les principaux obstacles à l'utilisation effective de la planification à Bougouni. La technique utilisée pour collecter nos données fut un questionnaire. Malgré les difficultés rencontrées, cette étude nous a apporté un éclairage sur la problématique qui nous a motivés à la mener.

Les femmes enquêtées ont entendu parler de la PF (98.5%). La majorité l'assimile à un espacement des naissances : 90.3%, suivi de la santé de la

mère et de l'enfant : 65% : Les principales sources d'information sont les médias (94.5%), les amis (56.6%), les centres de santé (43.9%),

Les méthodes contraceptives les plus connues sont la pilule : 65% et le contraceptif injectable : 47%

La prévalence contraceptive s'élève à 31.5%, les principaux obstacles sont les rumeurs/craintes, le manque de connaissance et d'information sur les méthodes contraceptives et enfin la mauvaise qualité de prestation dans les centres de santé

Mots clés : planification familiale, femmes, connaissance, prévalence, obstacles