

Ministère de l'Education
Nationale

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI



UNIVERSITE DES SCIENCES, DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



Faculté de Médecine
et d'Odonto-Stomatologie

THESE

N 181

**CONNAISSANCES ATTITUDES ET PRATIQUES DES
HOMMES PAR RAPPORT A LA PLANIFICATION
FAMILIALE EN COMMUNE IV DU DISTRICT DE
BAMAKO EN 2019.**

Présentée et soutenue publiquement, le / /2020

Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

PAR : **M. Modibo DIARRA**

Pour l'obtention du grade de Docteur en MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

JURY

Président: Pr Ababacar MAIGA

Membre: Dr TRAORE Fatou DIAWARA

Co-directrice : Dr SISSOKO Mama SY KONAKE

Directeur de thèse: Pr Akory AG IKNANE

DEDICACE

DEDICACES

Je dédie ce travail :

A ALLAH LE TOUT PUISSANT pour avoir maintenu ma santé et m'avoir donné la force de mener ce travail.

A ma mère feu Djégué COULIBALY:

Pour son amour et le sacrifice consenti pour notre éducation

Ce travail est le vôtre, la somme de votre amour, de vos sacrifices, de votre bénédiction, de vos conseils, vos suggestions, vos critiques et vos prières.

Vous avez été ma réelle motivation. Votre rigueur pour les études est sans précédente.

Maman. Que ce travail soit le témoignage de notre profonde admiration et de notre grand amour. Puisse Dieu t'accueillir dans son paradis. (Amen)

A mon frère Fousseny DIARRA :

Je vous dédie ce travail. Vous m'avez toujours aidé sur le plan moral, matériel et financier. Sans vous je ne pourrai pas arriver à ce niveau aujourd'hui. Je vous souhaite courage et abnégation ; Vos affections à mon égard et vos bénédictions ont été un soutien inestimable pour la réussite de mes études ; merci pour la sauvegarde des liens familiaux, que Dieu vous bénisse.

A père Moussa DIARRA :

Je vous remercie pour tous les conseils que vous n'avez jamais cessé de me prodiguer, que Dieu vous paye pour tous ceux que vous faites pour moi.

A la famille DIARRA :

Merci à tous pour vos différents soutiens. Que Dieu vous bénisse.

A ma fiancée **Rali AGNIDE** et à toute sa famille merci pour votre patience et votre confiance tout au long de ce travail.

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

AU MALI

Merci d'avoir investi en moi pendant ces longues années d'études. Ma chère patrie, tu m'as donné des encadreurs de taille depuis l'école maternelle jusqu'à nos jours. Tu as créé les conditions favorables à ma formation. Je prie le bon Dieu de pouvoir te servir avec honnêteté et loyauté

Au corps professoral de la faculté de médecine et d'odontostomatologie :

Recevez mes sincères remerciements pour la qualité de l'enseignement. Je prie Dieu afin que votre enseignement ne soit vains.

A mes honorables membres du jury :

Pr Ababacar MAIGA, Pr Akory AG IKNANE, Dr Sissoko Mama Sy KONAKE, Dr TRAORE Fatou DIAWARA

Pour avoir accepté d'évaluer ce travail.

Mes remerciements vont à tout le personnel du CS Réf CIV et notamment :

A Dr Saye AMAGUIRE, Dr Sirama DIARRA, Dr Dessé DIARRA, merci du plus profond de mon cœur pour l'aide inestimable que vous m'avez apportée, dans tous les domaines et sans restriction. Votre apport intellectuel et matériel, ainsi que vos conseils de maitres ne m'ont jamais fait défaut dans les moments les plus difficiles.

A tout le personnel du CS Réf de la C IV, particulièrement ceux de l'unité de la maternité, par crainte d'omettre des personnes, je tairais les noms. La formation que j'ai reçue à vos côtés toute une vie je ne pourrai vous manifester toute ma reconnaissance. Merci pour tout.

A tous mes collègues en thèse ou déjà docteur, je vous souhaite beaucoup de courage et bonne carrière de médecin. Que nos liens se consolident d'avantage et demeurent pour toujours.

A mes parents

A mon père : j'espère que tu seras fier de ton fils. Que DIEU te donne longue vie. Amen !

A ma maman si je suis fière d'une chose aujourd'hui c'est de l'éducation que j'ai reçu de vous, Vous m'avez toujours fait confiance et même entièrement, je me suis toujours interrogé si je le mérite vraiment.

A mon frère Fousseny DIARRA :

Merci pour les conseils que vous n'avez jamais cessé de me prodiguer.

A la famille REMY :

Merci pour votre amour, votre assistance, merci pour l'hospitalité.

A l'UERSB :

Merci pour tous vos soutiens pendant les moments les plus difficiles par la qualité de vos cours de rattrapage. Je prie pour la pérennité de vos aides aux étudiants.

HOMMAGES AUX MEMBRES DES JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY :

Professeur Ababacar MAIGA

- **Professeur titulaire de Toxicologie à la Faculté de Pharmacie de Bamako ;**
- **Ancien Vice Doyen de la Faculté de Pharmacie de Bamako ;**
- **Ancien directeur adjoint de la Direction de la Pharmacie et du médicament ;**
- **Directeur Général adjoint de l'INSP.**

Cher maître

Honorable Maître, vous nous faites un réel plaisir en acceptant de présider ce travail malgré vos multiples occupations. L'étendue de votre savoir, votre rigueur scientifique, vos qualités professionnelles, humaines et sociales font de vous un maître accompli, respectez et respectable, trouvez ici cher Maître, l'expression de notre gratitude et notre profonde reconnaissance. Qu'ALLAH vous donne longue vie. Amen !

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DE JURY :

Docteur TRAORE Fatou DIAWARA

- **Médecin de Santé Publique**
- **Spécialiste en Epidémiologie**
- **Chef de la Division Surveillance Epidémiologique à l'Agence Nationale de la Sécurité Sanitaire des Aliments (ANSSA).**
- **Ancienne Responsable Point Focal de Nutrition à la Direction Régionale de la Santé de Bamako (DRS)**
- **Chef du département d'études et de recherches médicales et communautaires de l'institut national de la santé publique (INSP)**

Cher Maître,

Nous avons été profondément impressionnés par votre disponibilité et votre abord facile. Le sens élevé du travail bien fait et le courage font de vous un maître admiré. C'est l'occasion pour nous de rappeler la clarté de votre enseignement et votre rigueur pour le travail. Trouvez ici, cher Maître, l'expression de nos profonds respects.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTRICE DE THESE :

Docteur SISSOKO Mama SY KONAKE

- **Titulaire d'un Master en Santé Publique (Major de la 2^e promotion, option épidémiologie du DER de Santé Publique)**
- **Ancienne consultante à l'OMS pour la gestion de la crise humanitaire et investigatrice d'Ebola au Mali.**
- **Ancien médecin chef du Centre de Santé de Référence de la commune IV du district de Bamako.**
- **Médecin chef du Centre de Santé de Référence de la commune VI du district de Bamako.**

Cher maître,

Ce travail est le vôtre, la modestie, le courage, la disponibilité et surtout le souci constant pour le travail bien fait sont des qualités que vous incarnez.

Cher maître, c'est pour nous une fierté d'être encadré par vous, c'est l'occasion pour nous de vous exprimer tout notre profond respect et de vous présenter nos sincères remerciements.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE :

Professeur Akory AG IKNANE

- **Maitre de conférences en Santé Publique à la FMOS et FAPH**
- **Directeur Général de l'agence national de la sécurité sanitaire des aliments (ANSSA)**
- **Président du Réseau Malien de Nutrition (REMANUT)**
- **Secrétaire Général de la Société Malienne de Santé Publique (SOMASAP)**
- **Ancien Chef de Service de Nutrition à l'INRSP**
- **Premier Médecin Directeur de l'association de santé communautaire de Banconi (ASACOBA)**
- **Directeur Général de l'institut national de santé publique (INSP)**

➤ **Cher Maître,**

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de diriger cette thèse.

Nous avons bénéficié, de votre enseignement de qualité.

L'honnêteté intellectuelle qui vous caractérise, le courtoisie, l'humilité, la sagesse et l'étendue de vos connaissances font de vous un homme admiré.

Trouvez dans ce travail l'expression de notre profonde gratitude.

Liste des tableaux et graphiques :

Tableau I : répartition des hommes selon leurs ethnies.

Tableau II : répartition des hommes selon la religion.

Tableau III : répartition des hommes selon leur scolarisation

Tableau IV : répartition des hommes selon le type d'école fréquentée

Tableau V : répartition des hommes selon leur niveau d'étude

Tableau VI : répartition des hommes selon leur régime matrimonial

Tableau VII : répartition des hommes selon le nombre d'enfant vivant

Tableau VIII : répartition des hommes selon IIG des enfants

Tableau IX : répartition des hommes selon le nombre d'enfant souhaité

Tableau X : répartition des hommes selon qu'ils aient entendu parler du PF

Tableau XI : répartition des hommes selon le but évoqué comme étant le but du PF

Tableau XII : répartition des hommes selon les méthodes de Pf

Tableau XIII: répartition des hommes selon leurs sources d'information sur la PF

Tableau XIV : répartition des hommes selon leur position par rapport à la PF

Tableau XV : répartition des hommes selon la raison qui les rendent favorables à la PF

Tableau XVI: répartition des hommes non favorables à la PF selon leur raison

Tableau XVII : répartition des hommes selon qu'ils aient discuté de la PF avec leurs partenaires

Tableau XVIII : répartition des hommes selon qu'ils aient accompagné leurs partenaires au centre de santé pour la planification familiale

Tableau XIX : répartition des hommes ayant participé au choix de la méthode choisie par leurs partenaires

Tableau XX : répartition des hommes selon la prise de décision en cas de la planification familiale

Tableau XXI : répartition des hommes selon les raisons de leur participation à la prise de décision de la PF

Tableau XXII : répartition des hommes selon leur position à la promotion de l'implication de l'homme dans la planification familiale

Tableau XXIII : relation entre l'âge des hommes et leur implication dans la planification familiale

Tableau XXIV : relation entre la religion des hommes et leur implication dans la planification familiale

Tableau XXV : relation entre le régime matrimonial des hommes et leur implication dans la planification familiale

Tableau XXVI : répartition des hommes selon qu'ils aient utilisés un moyen de planification familial

Tableau XXVII : répartition des hommes selon leurs raisons d'utilisation de la planification familiale

Tableau XXVIII: répartition des hommes selon le moyen de planification utilisé

Tableau XXIX : répartition des hommes selon leur lieu d'approvisionnement

Tableau XXX : relation entre l'âge et la pratique de la planification familiale

Tableau XXXI : répartition des hommes selon les raisons probables d'opposition à la planification familiale

Tableau XXXII : répartition des hommes selon la prise en charge des frais de la planification familiale

Tableau XXXIII : répartition des hommes selon la prise de décision concernant l'arrêt de la planification familiale

Tableau XXXIV : répartition des hommes selon leur réaction devant la pratique de la planification par leurs femmes à leur insu

Tableau XXXV : répartition des hommes selon leur connaissance de la loi N° 02-044 relative à la santé de la reproduction dite loi Lahaou Touré, adoptée le 24 juin 2002

Tableau XXXVI : répartition des hommes sur leur position par rapport à la loi N° 02-044 relative à la santé de la reproduction dite loi Lahaou Touré, adoptée le 24 juin 2002

Graphique 1 : répartition des hommes selon l'âge

Graphique 2 : répartition des hommes selon leurs profession

ABREVIATIONS

La liste des abréviations

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

AMPR : Acétate de Medroxy-Progesterone Retard (AMPR)

ASACODJENEKA : Association de Santé Communautaire de Djenekabougou

ASACODJIP : Association de Santé Communautaire de Djicoroni

ASACOHAM : Association de Santé Communautaire de Hamdallaye

ASACOKA : Association de Santé Communautaire de Kalabambougou

ASACOLA : Association de Santé Communautaire de Lafiabougou

ASACOLABASAD : Association de Santé Communautaire de Lassa

ASACOSEK : Association de Santé Communautaire de Sébénicoro

ASACOSEKASI : Association de Santé Communautaire de Sibiribougou

CCC : Communication pour le Changement de Comportement.

CCV : Contraception Chirurgicale Volontaire

COC : Contraceptif Oral Combine.

COU : Contraception Orale d'Urgence

CSCOM : Centre de Sante Communautaire.

CSRe.F : Centre de Sante de Reference

EDS : Enquête Démographique et de Sante.

DIU : Dispositif Intra Utérin.

DNSI : Direction Nationale de la Statistique et l'informatique

DSF : Division Santé Familiale

HCG : Hormone Chorionique Gonadotrope Humaine

HTA : Hypertention Artérielle

IEC : Information, Education et Communication.

IST : Infection sexuellement Transmissible.

IVG : interruption volontaire de la grossesse

Km² : Kilomètre carré

MAMA : Méthode d'Allaitement Maternel et d'Aménorrhée

MST : Maladie Sexuellement Transmissible.

OMS : Organisation Mondiale de la Sante.

ONG : Organisme Non Gouvernemental.

PF : Planification Familiale.

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PFN : Planification Familiale Naturelle

PPS : Pilule de Progestatif Seul

PSL : Paix et Salut sur Lui

RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat

REMAPOD : Réseau des Parlementaires Maliens pour la Population et le

Développement

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise.

SIU-LNG : Système Intra Utérin à Libération de Levonorgestrel

SR : Santé de la reproduction

UNFPA : fonds des nations unies pour la population

URSS : Union des Républiques Socialistes et Soviétiques

USAID : Agence des Etats Unis pour le Développement International

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine.

SOMMAIRE

SOMMAIRE

I-	INTRODUCTION	20
II-	QUESTIONS DE RECHERCHE ET OBJECTIFS	23
III-	GENERALITE	26
	1. Définition	27
	1.1 Contraception	27
	1.2 Planification Familiale	27
	2. Histoire de la contraception	27
	2.1 Dans le monde	27
	2.2 Au Mali	27
	3. Morale et Ethique de la reproduction	30
	3.1 Dans l'antiquité	30
	3.2 Aspect religieux et philosophique	30
	4. Rappel physiologique de la fécondation	31
	4.1 Trajet de l'ovule	32
	4.2 Migration de la cellule masculine	33
	4.3 Moment de la fécondation	33
	4.4 Fusion des gamètes	34
	5. Moyens de régulation de naissance	34
	5.1 Méthodes de barrière	34
	5.2 Spermicides	36
	5.3 Contraception hormonale combinée	36
	5.4 Dispositifs intra utérins	43
	5.5 Contraception d'urgence	46
	5.6 Méthodes de planification familiale naturelle	47
	5.7 Contraception chirurgicale volontaire	52
	5.8 Agent anti testiculaire	56
	5.9 Méthodes de contraception traditionnelle au Mali	57
IV-	METHODOLOGIE	58
	1- Cadre de d'étude	59
	2- Données historiques	59
	2.1 Situation économique	59
	2.2 Situation sanitaire	59
	3- Type et Période d'étude	61
	4- Population d'étude	61
	5- Echantillonnage	61

5.1 Critères d'inclusion	62
5.2 Critères de non inclusion	62
6- Variables de l'étude	62
7- Support des données	62
8- Technique de collecte des données	62
9- Considérations éthique	63
V- RESULTATS	64
VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	85
VII- CONCLUSIONS	90
VIII- RECOMMANDATIONS	92
IX- REFERECES BIBLIOGRAPHIQUES	94
X- ANNEXES	99

INTRODUCTION

I- Introduction :

Au Mali : Le concept de santé de la reproduction, tel que défini par la Conférence Mondiale sur la Population et le Développement du Caire (CIPD-1994), a été adopté et prend en compte aujourd'hui toutes les étapes de vie (naissance, adolescence, procréation, ménopause), chez les hommes comme chez les femmes. Selon l'article 7 du rapport de la dite conférence, « **Par santé en matière de reproduction, on entend le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités** » y compris par ailleurs la santé sexuelle [1].

Les risques liés à la grossesse et à l'accouchement peuvent être illustrés par cette image empruntée à la tradition orale Tanzanienne, que la future accouchée évoque à ses enfants lorsqu'arrive le moment de l'accouchement : « **Je vais à l'océan chercher un bébé, mais le voyage sera long et dangereux. Il se pourrait que je ne revienne pas** » [2]. A ce problème de mortalité materno-infantile, il existe un autre socialement plus dramatique, celui des grossesses non désirées, précoces avec leur cortège de fille-mères, d'avortements illégaux, d'abandon d'enfants et d'infanticide [3]. En matière de planification familiale, le Mali connaît un retard dans la transition démographique comparé à beaucoup de pays africain [4]. Au Mali malgré les actions entreprises, le niveau de la natalité reste parmi les plus élevés au monde. En réaction à cette situation les autorités politiques de notre pays ont opté pour une approche plus élaborée et plus complète par la prise en compte de la dimension populaire dans tous les plans et programmes de développement. Cette orientation a été consolidée par la déclaration de politique nationale de population, dont l'objectif est d'atteindre

l'équilibre entre l'accroissement de la population et le développement socio-économique [5].

L'implication des hommes dans les programmes de santé de la reproduction (SR) et plus spécifiquement dans la planification familiale (PF) a toujours préoccupé les divers acteurs de développement tant au niveau national qu'international.

Selon l'étude faite au Mali en 2007 sur l'implication des hommes dans la prise de décision concernant la planification familiale, 92,3% des hommes pensaient qu'il est souhaitable que l'homme participe à la décision de pratique de la planification familiale, 60,7% pensent que c'est à l'homme que revient la décision finale [6]. Cette attitude est contraire aux politiques, normes et procédures en matière de santé de la reproduction, qui stipulent que chaque personne est libre de choisir, voire accéder aux services de PF.

En Mars 2008, le repositionnement de la planification familiale a été lancé avec comme thème « Leadership en faveur du repositionnement de la planification familiale », le Mali avait comme slogan « L'engagement constructif des hommes peut faire la différence » [6].

Dans le souci d'une augmentation du taux de prévalence contraceptive à travers une meilleure implication des hommes, nous avons décidé de mener cette étude.

QUESTIONS DE RECHERCHE ET OBJECTIFS

II- HYPOTHESE DE LA RECHERCHE

Vu la faible prévalence contraceptive selon la dernière enquête démographique et de santé du Mali (E.D.S V), notre hypothèse de recherche émise est la suivante :

- **Les hommes sont-ils favorables à la pratique de la planification familiale ?**

QUESTIONS DE RECHERCHE

Pour vérifier notre hypothèse, nous nous sommes posé certaines questions à savoir :

1. Quelles sont les connaissances des hommes sur la planification familiale dans la commune IV du district de Bamako ?
2. Quelle est la fréquence des hommes non favorables à la pratique de la planification familiale dans la commune IV du district de Bamako ?
3. Quelles sont les raisons du refus des hommes concernant la pratique de la planification familiale dans la commune IV du district de Bamako ?

QUESTIONS DE RECHERCHE ET OBJECTIFS

1-GENERAL :

Evaluer le niveau de connaissances, attitudes et pratiques des hommes sur la planification familiale en commune IV du district de Bamako en 2019.

2- SPECIFIQUES :

1. Décrire les caractéristiques socioculturelles, économiques et religieuses des hommes en commune IV du district de Bamako en 2019.
2. Déterminer le niveau des connaissances des hommes sur la planification familiale dans la commune IV du district de Bamako en 2019.
3. Déterminer la proportion des hommes non favorables à la pratique de la planification familiale dans la commune IV du district de Bamako en 2019.
4. Identifier les raisons du refus des hommes concernant la pratique de la planification familiale dans la commune IV du district de Bamako en 2019.

GENERALITE

III- GENERALITE

1- Définitions :

1.1- La contraception :

La contraception est définie comme une méthode visant à éviter, de façon réversible et temporaire, la fécondation d'un ovule par un spermatozoïde ou, s'il y a fécondation, la nidation de l'œuf fécondé [7].

1.2- Planification familiale :

Elle est définie comme l'ensemble des moyens et méthodes qui permettent de conformer à la volonté des parents le nombre et l'espacement des naissances dans une famille [8].

2- Histoire de la contraception :

2.1- Dans le monde :

Selon Serfaty D, la limitation des naissances est présente depuis les époques les plus reculées et est probablement née dans les sociétés préhistoriques lorsque, malgré une très forte mortalité naturelle, les conditions de survie obligeaient à restreindre les naissances [9]. La contraception était pratiquée dans l'antiquité, elle le fut ensuite et l'est encore de nos jours de façon extrêmement variables selon les lieux et les époques. Ceci pour nous montrer la constante volonté de l'espèce humaine d'échapper à la fatalité d'une reproduction naturelle. Mais la contraception sera rejetée pour des raisons morales faisant de la procréation une obligation sacrée dans une optique naturaliste mettant l'homme au service d'une volonté supérieure qui ne lui laisse pas d'autre choix : c'est le propre de la pensée religieuse [9].

2.2- Au Mali :

Les sociétés traditionnelles ont toujours été fortement pro-natalistes, cela pour des raisons d'ordre sociologique, culturel, économique et spirituel. La fécondité confère une valeur sociale et l'infécondité est toujours mal vécue et interprétée de malédiction ou de tares notamment pour la femme.

2-2-1 Principales dates de la politique du planning familial au Mali :

Le Mali a été l'un des premiers pays à adopter une attitude de tolérance vis-à-vis du planning familial. En effet depuis 1971 une délégation malienne s'est rendue à Montréal (Canada) pour participer à un séminaire sur la planification familiale [10].

Après, le Mali a signé un accord avec les organisateurs de ce séminaire pour un projet d'assistance en planning familial pour quatre ans. En ce moment, entre les approches démographiques et sanitaires du planning familial, c'est l'approche sanitaire qui a été choisie en absence de paramètre démographique suffisamment maîtrisé de l'époque. C'est dans cet élan que l'association malienne pour la protection et la promotion de la famille (AMPPF) a été créée le 7 juin 1972 [10].

Un centre pilote a été créé à Bamako par l'AMPPF dont l'objectif était l'espacement des naissances. La pratique du planning était conditionnée à l'autorisation maritale pour les femmes et parentale pour les célibataires [7].

-En 1973, deux séminaires dont un interafricain sur l'éducation sexuelle et d'autre intersyndical sur le planning familial ont été organisés à Bamako [6].

-En 1974, le Mali a souscrit à la déclaration de Bucarest (Roumanie) sur le droit au planning familial [11].

-En 1978, le Mali a souscrit à la déclaration d'Alma Ata (URSS) sur les soins de santé primaires dont une des composantes est le planning familial dans le but d'améliorer la santé de la mère et de l'enfant à travers un espacement judicieux des naissances [10].

-En 1980, la division sante familiale (DSF) a été créée au sein du ministère de la santé et des affaires sociales pour élargir et coordonner les activités de la santé maternelle et infantile et en y intégrant le planning familial [13].

-En 1990, deux séminaires nationaux ont été organisées 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 [10].

-En 1994 avec la conférence internationale sur la population et le développement au Caire (Egypte), les gouvernements dont celui du Mali se sont engagés à agir dans le domaine de la sante de la reproduction, engagement réitéré lors de la 4eme conférence mondiale sur les femmes a Beijing (Chine) en septembre 1995.

-En juin 1995 a été organisé un atelier de révision des normes et procédures de santé maternelle, infantile et planning familial [10].

Avec le temps le concept malien en matière de planning familial a évolué allant de l'espacement des naissances dont la pratique était conditionnée à l'autorisation maritale ou parentale en 1971 au concept actuel qui définit le planning familial comme : **l'ensemble des mesures et 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 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 [10].

2-2-2/-Principales lois relatives à la santé de la reproduction au Mali

a) Lettre-circulaire N°004/MSP-AS/CAB du 25 janvier 1991 :

Cette lettre adressée aux responsables politiques, administratives et sanitaires, stipule que l'accès à une méthode contraceptive reste libre pour toute femme en âge de procréer qui le désire ou qui le nécessite [12].

b) La loi N° 02-044 relative à la santé de la reproduction dite loi Lahaou Touré, adoptée le 24 juin 2002. (Article 3 : Les hommes et les femmes ont le

droit égal de liberté, de responsabilité, d'être informés et d'utiliser la méthode de planification ou de régulation des naissances de leur choix, qui ne sont pas contraires à la loi).

Il est à noter que la loi sur la S.R (Santé de la reproduction) a été initiée par l'Assemblée Nationale sous forme de proposition de loi introduite par le REMAPOD et adoptée à partir d'une proposition régionale Ouest Africaine (Cote d'Ivoire 1999). Cette introduction a été faite dans un contexte marqué par de nombreuses barrières juridiques et non juridiques à la SR/PF : l'existence de la loi de 1920 qui interdisait la propagande anticonceptionnelle et l'avortement; le statut légal de la femme peu favorable à la S.R au Mali. Il faut noter que le processus d'adoption de cette loi a bénéficié de l'engagement des parlementaires maliens et du réseau régional de parlementaires, de la collaboration des ministères en charge de la santé et de la femme, de la société civile, des juristes...et aussi du soutien de partenaires comme l'USAID, l'UNFPA et le Policy projet.

3) Morale et éthique de la reproduction :

3.1- Dans l'antiquité :

L'infanticide, l'avortement et la contraception étaient pratiqués depuis l'antiquité. Ils continuent encore de nos jours dans les proportions extrêmement variables selon les lieux et les époques [13].

3.2- Aspects religieux et philosophique :

a) Le christianisme et la contraception

La contraception n'est pas une question nouvelle selon Larchet, mais l'expansion et la banalisation de cette pratique dans les sociétés modernes par la mise à disposition des moyens plus nombreux et plus sûrs, à susciter des réactions aigües et accentuer le débat du côté des confessions chrétiennes traditionnellement réservées vis-à-vis de la contraception [13].

b) L'islam et la contraception : [14]

La définition de la planification familiale adoptée à la conférence islamique internationale de Rabat 1971 est la suivante : « **la planification familiale est l'utilisation par les deux conjoints, qui tous deux y consentent sans contrainte, d'une méthode licite et sûre pour retarder ou avancer le moment de la grossesse selon ce qui convient le mieux aux époux en fonction des facteurs sociaux, économiques ou de santé de la famille, les conjoints étant conscients à tous moments de leurs responsabilités vis-à-vis d'eux-mêmes et de leur progéniture**».

La planification familiale n'est pas une nouveauté pour l'islam, comme le révèlent les propos échangés à la conférence. Les compagnons du prophète (PSL) la pratiquaient déjà à l'époque de la révélation coranique, et en discutaient avec lui, qui ne l'interdisait pas [14].

Si la planification familiale, comme on l'entendait alors, était prohibée, alors les versets coraniques qui s'y rapportent l'auraient formellement interdite, ce qui n'est pas le cas.

Aucun texte de l'islam n'interdit la régulation des naissances mais la perpétuation de l'espèce humaine reste l'objet essentiel de l'accouplement [14].

4-Rappel physiologique de fécondation :

La fécondation est l'ensemble des phénomènes physiologique, cytologique, biochimique qui aboutissent à la fusion de deux cellules hautement spécialisées (ovocyte et spermatozoïde) l'une féminine, l'autre masculine, à l'intérieur de l'organisme maternel, union qui provoque le développement d'un nouvel être. Bien entendu, ce contact, cette fusion des deux cellules reproductrices a lieu lorsque toutes les deux sont vivantes. C'est là un point important car elles ne survivent que quelques heures [15].

Au moment de l'ovulation, l'ovule sort du follicule éclaté, mais, au lieu de

tomber dans la cavité abdominale comme on pourrait s'y attendre, il est recueilli par le pavillon de la trompe qui, à ce moment précis, s'abouche étroitement à la paroi de l'ovaire, évitant que l'ovule ne se perde [15].

Pour faciliter le passage du spermatozoïde au moment de l'ovulation, le bouchon muqueux se modifie, devient plus fluide, moins résistant. Il ne représente plus un obstacle pour les spermatozoïdes, qui peuvent le traverser avec facilité.

Par ailleurs, lorsque l'orgasme féminin se produit au moment de l'union sexuelle, l'utérus se contracte énergiquement, de sorte que le mucus situé à la sortie est expulsé ; le col s'ouvrant, il y a afflux de millions de spermatozoïdes qui, dans le mécanisme optimum, sont introduits directement dans le col et même dans la cavité utérine, surtout si l'éjaculation coïncide avec l'orgasme féminin. Cependant, lorsque le sperme est déposé au niveau du vagin, plus ou moins près du col de l'utérus, les spermatozoïdes, cellules dotées d'une grande mobilité, tendent à parvenir jusqu'à ce col, à y pénétrer pour continuer ensuite leur progression biologique : c'est pourquoi l'on connaît des cas de grossesse chez des femmes vierges [21].

4-1/ Trajet de l'ovule :

Fécondé ou non, il doit continuer son trajet à travers la trompe, pour sortir vers l'extérieur (en cas de non fécondation) ou pour aller s'implanter à l'intérieur de l'utérus et s'y développer s'il y a eu fécondation. Deux mécanismes principaux font progresser l'ovule à l'intérieur de la trompe à savoir :

- Le mouvement des cils dont celle-ci est tapissée à l'intérieur;
- Le mouvement de la trompe elle-même, qui se meut de façon à faire avancer l'ovule en direction de l'utérus.

Il a été démontré expérimentalement que les trompes sont animées de

mouvements plus accusés précisément les jours correspondants à l'ovulation et les jours suivants. Le parcours de l'ovule tout au long de la trompe dure trois ou quatre jours mais comme la vitalité de l'ovule ne se maintient pas plus de douze à vingt quatre heures, la fécondation doit nécessairement avoir lieu dans les premières portions de la trompe et au cours du premier jour du trajet [3].

4.2-Migration de la cellule masculine :

Une fois parvenus au col ou à l'intérieur de l'utérus, les spermatozoïdes continuent leur progression. Par d'intéressantes et minutieuses expériences, on arrive aussi à mesurer le temps qu'ils mettent pour parcourir l'intérieur de l'appareil génital : des spermatozoïdes, dotés d'une bonne mobilité peuvent atteindre l'ovule en trois à cinq heures dans la portion externe de la trompe, après un long parcours de 20cm.

Des milliers de spermatozoïdes sont à la recherche de l'ovule, qui sera atteint finalement par l'un d'entre eux, un seul devant le féconder. Il faut dire que parmi ces millions de spermatozoïdes, certains seront morts d'autres immobiles, notamment, ceux animés de mouvements lents et circulaires qui ne les font pas progresser; les plus mobiles parviendront jusqu'à l'ovule. Celui qui fécondera l'ovule serait-il le plus rapide et le premier arrive ou serait –il le plus puissant ?

Le spermatozoïde fécondant perfore la pellucide ovulaire et pénètre à l'intérieur de l'ovule en laissant dehors sa queue, appendice qui, comme un fouet propulseur, lui a servi à progresser.

Ces phénomènes de la fécondation ont été étudiés par le père Pujaila sur l'oursin de mer.

4.3- Moment de la fécondation :

Les jours favorables à la fécondation pour l'espèce humaine sont au nombre de trois : les deux jours précédents l'ovulation et celui qui la suit : Ce sont précisément les jours où la femme ressent le plus d'attraction vers l'homme. La

vitalité des spermatozoïdes étant de vingt-quatre à quarante-huit heures, ceux-ci peuvent, durant ce laps de temps atteindre l'ovule qui se libère du follicule.

La fécondation peut avoir lieu aussi au cours des vingt-quatre heures suivantes, compte tenu de la vitalité de l'ovule. Bien entendu, en biologie tout n'est pas si simple, si schématique : on trouve des spermatozoïdes vivant dans la trompe après sept et huit jours, mais il semble que cela soit exceptionnel.

4.4-Fusion des gamètes :

Un seul spermatozoïde, parvient à introduire sa tête et sa partie intermédiaire à travers la membrane de l'ovule ; à partir de ce moment, ce dernier devient totalement impénétrable aux autres spermatozoïdes [15].

5-Les moyens de régulation des naissances :

La régulation des naissances se fait essentiellement à partir de la planification familiale. Elle fait intervenir : la contraception qui est l'ensemble des procédés par lesquels un rapport sexuel est rendu non fécondant, de façon temporaire et réversible; la contraception post-coïtale utilisable après un rapport non protégé entre le temps de l'ovulation et l'implantation ; la stérilisation, la méthode irréversible ; l'interruption volontaire de la grossesse (IVG).

Il convient toutefois de remarquer que cette dernière n'est pas reconnue par la législation malienne comme étant un moyen légal de régulation des naissances [10].

Il existe aujourd'hui à travers le monde, des moyens qui diffèrent selon leur présentation pharmacologique, leur durée d'action et leur mécanisme.

5.1- Les méthodes de barrière :

Ces méthodes font appel à une barrière mécanique ou chimique afin d'entraver la pénétration des spermatozoïdes dans les voies génitales supérieures de la femme [16].

5.1.1 - Le condom masculin et féminin (préservatif)

Les taux d'échec sont respectivement estimés à 3% et 5% [17].

Mécanisme d'action

Le condom agit à titre de barrière mécanique afin de prévenir l'échange de fluides corporels et de sperme. Certains sont pré-lubrifiés à l'aide d'un lubrifiant aqueux ou d'une petite quantité de spermicide qui renforce leur efficacité.

5.1.2- Le diaphragme

Le diaphragme est une méthode de contraception intra-vaginale utilisée conjointement avec un spermicide. C'est un dôme de latex dont le pourtour contient un anneau d'acier flexible. Il s'insère dans le vagin afin de recouvrir le col utérin.

Il existe trois types de diaphragme :

- * le diaphragme à ressort à boudin privilégié par les multipares;
- *le diaphragme à ressort à arceau convenant mieux aux nullipares ;
- *le diaphragme a ressort à lame fait de silicone constitue une option pour les femmes allergiques au latex.

Les taux d'échec selon l'OMS au cours des 12 premiers mois d'utilisation sont de 6 % selon une utilisation parfaite [17].

5.1.3- La cape cervicale

A utiliser conjointement avec un spermicide (gelée ou crémé), la cape cervicale est indiquée chez les femmes allaitantes, celles ne souhaitant pas avoir recours à la contraception hormonale ou chez celle pour qui cette dernière est contre indiquée.

Selon l'OMS les taux d'échec de cape cervicale varie entre 9% et 26% [17].

5.1.4-L'éponge contraceptive

Imprégnée de spermicide, l'éponge contraceptive consiste en de petits dispositifs jetables, ou en mousse de polyuréthane conçus pour recouvrir le col de l'utérus.

Les taux d'échec varient entre 18 et 20 % pour les nullipares et de 36 à 40 % pour les multipares [8].

5.2-Les spermicides

Ils sont composés d'un agent spermicide en solution dans un excipient qui permet la dispersion et la rétention dans le vagin. Le nonoxynol-9 est le plus courant d'entre eux. Leur utilisation n'est recommandée qu'à titre de traitement d'appoint à utiliser conjointement avec une méthode de barrière dont ils renforcent l'action. Le taux d'échec au cours de la première année d'utilisation est de 6 % selon une utilisation parfaite [17].

5.3-La contraception hormonale combinée [18]

Elle désigne les moyens de contraception qui contiennent à la fois des œstrogènes et un progestatif. Il en existe quatre types :

5.3.1- Les contraceptifs oraux combinés

Ils peuvent être :

- Monophasiques, contenant une quantité fixe d'œstrogène et de progestatif.
- Bi phasiques, la quantité d'œstrogène est fixe, alors que celle de progestatif augmente au cours de la seconde moitié du cycle.
- Tri phasiques dont la quantité d'œstrogènes fixe ou variable, tandis que la quantité de progestatif augmente en trois phases égales.

Deux types d'œstrogènes sont utilisés : l'éthinylœstradiol et le mestranol qui est un « pro-médicament » converti in vivo en éthinylœstradiol.

En fonction de leur structure chimique, les progestatifs peuvent être repartis en deux groupes :

Les estranes (norethindrone, diacétate d'éthynodiol)

Les gonanes (levonorgestrel, desogestrel, norgestimate) qui semblent être plus puissants [18].

Efficacité

Les COC constituent un mode de contraception réversible très efficace. En utilisation parfaite, ils sont efficaces à 99,9 % [12].

Mécanisme d'action

Le principal mécanisme d'action est l'inhibition de l'ovulation.

Parmi les autres mécanismes d'action, on trouve :

- l'accentuation de l'atrophie endométriale,
- la production de glaire cervicale visqueuse,
- des effets sur la sécrétion et le péristaltisme au sein des trompes de Fallope

Contre-indications

L'OMS, a établi des contre-indications absolues et relatives à l'utilisation des COC [19].

Contre-indications absolues

- HTA (systolique >160 mmHg ou diastolique >100 mmHg) ;
- Antécédents de thrombo-embolie veineuse ;
- Cardiopathie ischémique ;
- Antécédents d'accident vasculaire cérébral ;
- Cardiopathie valvulaire compliquée ;
- Migraine accompagnée de symptômes neurologiques en foyer ;
- Cancer du sein (en cours) ;
- Diabète accompagné de rétinopathie / néphropathie / neuropathie ;
- Grave cirrhose et tumeur hépatique (adénome ou hépatome).

Contre-indications relatives

- HTA adéquatement maîtrisée ;
- Hypertension (systolique : 140-159 mmHg, diastolique : 90-99 mmHg) ;
- Migraine (chez les femmes de plus de 35 ans) ;

- Maladie vésiculaire en phase symptomatique ;
- Légère cirrhose ;
- Antécédents de cholestase associée à l'utilisation de COC ;
- Utilisatrices de médicaments pouvant entraver le métabolisme des COC.

Effets indésirables

Survenant la plupart du temps au cours des trois premiers cycles, la présence de saignements menstruels anormaux constitue la raison la plus couramment citée par les patientes. Parmi les autres raisons courantes, on trouve la nausée, le gain pondéral, les sautes d'humeur, la sensibilité des seins et les céphalées.

5.3.2- Le timbre contraceptif transdermique

Le timbre contraceptif diffuse 150 µg de norelgestromine (principal métabolite actif du norgestimate) et 20µg d'éthinylœstradiol quotidiennement dans la circulation générale.

L'utilisatrice doit appliquer un timbre par semaine sur ses fesses, la partie supérieure externe du bras, la partie inférieure de l'abdomen ou la partie supérieure du torse (en dehors des seins) pendant trois semaines consécutives et ensuite s'abstenir de le faire pendant une semaine. Il convient tout particulièrement aux femmes qui souhaitent utiliser un moyen de contraception moins exigeant sur le plan de l'observance.

Efficacité

L'indice de Pearl du timbre contraceptif transdermique (taux des échecs en fonction du nombre de grossesses pour 100 années-femme) est de 0,7 (IC de 95 %, 0,31–1,10), dans le cas d'une utilisation parfaite [17].

Mécanisme d'action

Le mécanisme d'action du timbre contraceptif est semblable à celui des COC, vu qu'il empêche le développement folliculaire et inhibe l'ovulation.

Contre-indications

Les contre-indications applicables au timbre contraceptif sont les mêmes que celles applicables aux COC.

Effets indésirables

A l'exception des réactions sur le site d'application, les effets indésirables qui affectent les utilisatrices de timbres contraceptifs sont semblables à ceux que connaissent les utilisatrices de COC mais le timbre cause rarement l'aménorrhée.

5.3.3- L'anneau vaginal contraceptif

L'anneau vaginal contraceptif est un anneau flexible, pratiquement transparent, dont le diamètre extérieur est de 54mm et le diamètre transversal, de 4 mm Il diffuse un taux constant de 15 µg d'ethinylœstradiol et de 0,120 mg d'etonogestrel (métabolite actif du desogestrel) par jour.

Chaque anneau est utilisé pendant trois semaines d'utilisation continue, suivi d'un intervalle sans anneau pendant une semaine.

Efficacité

L'indice de Pearl global de l'anneau, se situe entre 0,65 et 1,18 [17].

Mécanisme d'action

L'anneau empêche le développement folliculaire et inhibe l'ovulation. Parmi les autres mécanismes d'action possible, on trouve l'accentuation de l'atrophie endométriale et l'altération de la glaire cervicale.

Indications

L'anneau convient tout particulièrement aux femmes qui souhaitent utiliser un moyen de contraception ne nécessitant pas une attention quotidienne.

Contre-indications

Les contre-indications absolues sont la grossesse connue ou soupçonnée, les antécédents de thrombo-embolie veineuse, les maladies cérébro-vasculaires ou coronariennes, la cardiopathie valvulaire compliquée, l'HTA sévère, le

diabète, les céphalées accompagnées de symptômes neurologiques en foyer, le cancer (connu ou soupçonné) du sein, de l'endomètre ou du col utérin, les saignements vaginaux inexplicables, ainsi que les réactions allergiques à un des composants de l'anneau.

Parmi les contre-indications relatives, on trouve le prolapsus utérovaginal ou la sténose vaginale si la rétention de l'anneau s'en trouve affectée.

Effets indésirables

Ils sont dans l'ensemble semblables à ceux que l'on constate pour les COC; toutefois, certains sont propres à l'anneau vaginal, notamment :

- Des saignements irréguliers au premier cycle d'utilisation ;
- Des effets indésirables de nature hormonale : céphalées, nausée et la sensibilité des seins ;
- Des symptômes vaginaux : vaginite et leucorrhée.

5.3.4 - La contraception injectable combinée

Cette forme contraceptive n'est pas encore largement utilisée. Il s'agit d'un contraceptif injectable mensuel composé de 5 mg de cypionate d'œstradiol et de 25 mg d'acetate de medroxyprogesterone (Lunelle).

Il s'administre en intramusculaire, en s'assurant que l'intervalle entre les injections ne dépasse pas 33 jours.

Son principal mécanisme d'action est l'inhibition de l'ovulation.

Il dispose les mêmes indications et contre-indications que les C.O.C et devrait être envisagé par les femmes qui ont de la difficulté à se rappeler la prise de pilule chaque jour, qui souhaitent obtenir des saignements mensuels prévisibles ou qui présentent des troubles d'absorption entérique.

5.3.5- Contraception hormonale à base de progestatif [18]

Les contraceptifs ne contenant qu'un progestatif peuvent être offerts sous forme de comprimé oral, d'implants ou de solution injectable.

5.3.5.1 - Les progestatifs injectables

L'acétate de médroxy-progestérone retard (AMPR) est utilisé à titre de contraceptif par des millions de femmes à travers le monde.

Efficacité

L'AMPR est une forme grandement efficace de contraception dont le taux d'échec est estimé à moins de 0,3 % par an [8].

Mécanisme d'action

Son action se fait principalement par l'inhibition de la sécrétion des gonadotrophines hypophysaires, ce qui prévient l'ovulation. Il accroît la viscosité de la glaire cervicale et provoque une atrophie endométriale.

Indications

Puisqu'il ne nécessite pas d'attention quotidienne, il peut être mieux adapté aux besoins des femmes qui ont de la difficulté à respecter la posologie des autres moyens de contraception.

Il peut également convenir aux femmes allaitantes ou ayant :

- Une sensibilité ou des contre-indications connues aux œstrogènes;
- Plus de 35 ans et qui fument ;
- des migraines ;
- une endométriose ;
- la drépanocytose ;
- sous anticonvulsivants.

Contre indications

- **Contre-indications absolues** : grossesse, saignements vaginaux inexplicables et cancer du sein.
- **Contre-indications relatives** : cirrhose grave, hépatite virale évolutive et adénome hépatique bénin.

Effets indésirables

Les effets indésirables associés à l'AMPR sont :

- la perturbation du cycle menstruel (le plus courant).
- La prise de poids
- Les effets indésirables de nature hormonale (céphalée, acné, baisse de la libido, la nausée et la sensibilité des seins)
- Des variations de l'humeur ont également été signalées.
- Retour tardif de la fécondité (neuf mois en moyenne)
- Baisse de la densité minérale osseuse sans ostéoporose notamment au niveau de la colonne lombaire.

5.3.5.2-Progestatifs oraux : Utilisés selon les indications les pilules de progestatif seul (PPS) sont très sûres et grandement efficaces. En utilisation parfaite, elles présentent un taux d'échec de 0,5 % [8].

Mécanisme d'action

L'altération de la glaire cervicale (portant sur le volume, la viscosité et la structure moléculaire) constitue le principal mécanisme d'action des PPS. Ceci entrave ou empêche la pénétration des spermatozoïdes. L'ovulation peut être supprimée et des modifications de l'endomètre peuvent se produire.

Indications

Elles peuvent être utilisées par les femmes qui nécessitent un moyen de contraception exempt d'œstrogènes ou chez qui les COC entraînent des effets particulièrement indésirables, ainsi que celles qui présentent des migraines accompagnées de symptômes neurologiques ou qui allaitent.

Contre-indications

- Contre indications absolues : grossesse et le cancer du sein.
- Contre indications relatives : hépatite virale évolutive et les tumeurs hépatiques.

Effets indésirables

L'utilisation des PPS est associée à des saignements irréguliers et des pertes vaginales légères. Les effets indésirables de nature hormonale (tels que les céphalées, le ballonnement, l'acné et la sensibilité des seins) ne surviennent que peu fréquemment.

5.3.5.3 - Les implants de progestatif : insérés en sous-cutanée, sous la face interne de l'avant-bras, les implants constituent une méthode contraceptive réversible de longue durée car restant efficace pendant cinq ans en moyenne. Ils peuvent être composés d'un, de deux ou de six bâtonnets.

Efficacité

Le taux d'échec associé aux implants se situe autour de 0,1 % par année [17].

Mécanisme d'action

Le levonorgestrel libéré par les bâtonnets qui les constitue supprime l'ovulation, provoque une atrophie endométriale et rend la glaire cervicale imperméable aux spermatozoïdes.

Les systèmes d'implants fondés sur un nombre réduit de bâtonnets disposent de l'avantage d'une facilité accrue en ce qui a trait à l'insertion et au retrait des bâtonnets en question. Implanon qui est un autre type d'implant est constitué d'un seul bâtonnet dont le principe actif est l'etonogestrel. Il diffère des modèles Norplant puisqu'il semble inhiber systématiquement l'ovulation jusqu'au début de la troisième année d'utilisation. La jabelle est actuellement la plus utilisée.

Effets indésirables

La présence de saignements vaginaux prolongés ou irréguliers constitue le principal effet secondaire.

5.4-Les dispositifs intra-utérins (DIU) : stérilets [18].

Les stérilets sont de petits objets en polyéthylène associé à du cuivre, de l'argent ou de la progestérone.

Il existe deux types de DIU :

- Le DIU libérant du Levonorgestrel ou « système intra-utérin à libération de levonorgestrel » (SIU-LNG) ;
- DIU inerte ;

Efficacité

Le taux d'échec du DIU inerte est estimé à 1,26 par 100 femmes-années, celui du DIU à libération de levonorgestrel est estimé à 0,09 par 100 femmes-années

Mécanisme d'action

Le principal mécanisme d'action semble être la prévention de la fertilisation. Même si elle se produit, le DIU semble également avoir des effets post fertilisation, dont l'inhibition potentielle de l'implantation.

Les DIU au cuivre consistent en une tige verticale sur laquelle s'enroule un fil de cuivre à âme d'argent. La présence de cuivre dans la cavité endométriale entraîne des modifications biochimiques et morphologiques au niveau de l'endomètre qui nuisent au transport des spermatozoïdes. Les ions de cuivre ont également un effet direct sur la motilité des spermatozoïdes, ce qui affecte la capacité de ces derniers à pénétrer la glaire cervicale.

Le SIU-LNG consiste en un petit dispositif de polyéthylène en forme de « T » comportant dans sa composante verticale, un réservoir cylindrique contenant du levonorgestrel qu'il libère lentement au travers d'une membrane limitant le débit d'hormone. Il ne suscite qu'une faible réaction de type « corps étranger » mais entraîne la

décidualisation de l'endomètre et l'atrophie glandulaire. Les récepteurs endométriaux des œstrogènes et de la progestérone sont inhibés. La glaire cervicale s'épaissit, créant ainsi une barrière à la pénétration des spermatozoïdes. L'ovulation peut même s'en trouver inhibée.

Les DIU restent actifs 10 ans en moyenne,

Indications

En l'absence de contre-indications, l'utilisation du DIU convient aux femmes qui souhaitent obtenir une efficacité anticonceptionnelle à long terme ou utiliser un moyen de contraception moins exigeant sur le plan de l'observance.

Les femmes qui présentent des contre-indications ou une sensibilité aux œstrogènes, celles qui allaitent, peuvent s'avérer de bonnes candidates à l'utilisation d'un DIU qui peut aussi être utilisé aux fins d'une contraception post-coïtale.

Contre-indications

Contre indications absolues

- La grossesse
- Infection pelvienne (au cours des trois derniers mois) ;
- Sépsis puerpéral ;
- Immédiatement à la suite d'un avortement septique ;
- Cavité utérine gravement déformée ;
- Saignements vaginaux inexplicables ;
- Cancer du col utérin ou de l'endomètre ;
- Maladie trophoblastique gestationnelle;
- Allergie au cuivre (dans le cas des DIU de cuivre) ;
- Cancer du sein (dans le cas du SIU-LNG) ;

Contre-indications relatives

- Facteurs de risque en ce qui a trait aux ITS ou au virus du VIH-SIDA ;
- Immunodépression infectieuse ou médicamenteuse (corticothérapie) ;
- De 48 heures à quatre semaines après un accouchement ;
- Cancer de l'ovaire ;

Effets indésirables

Les effets indésirables associés à l'utilisation d'un DIU sont :

- Les saignements menstruels irréguliers et l'augmentation du volume des menstrues mais leur diminution est constatée avec le SIU-LNG.
- La dysménorrhée avec le DIU de cuivre mais le SIU-LNG est plutôt associé à une diminution des douleurs menstruelles.
- la dépression, l'acné, les céphalées et la sensibilité des seins.
- Les kystes ovariens fonctionnels chez certaines utilisatrices de SIU-LNG.

5.5) La contraception d'urgence

La contraception d'urgence fait référence aux moyens utilisables après une relation sexuelle, mais dont l'action se fait avant l'implantation. Il en existe deux types :

-Les méthodes hormonales, aussi appelées contraception orale d'urgence (COU),

-l'insertion post-coïtale d'un stérilet au cuivre.

Il existe deux types de COU dont l'un consiste à prendre deux doses de 750 µg de levonorgestrel par voie orale à 12 heures d'intervalle.

Le second connu sous le nom de méthode Yuzpe, consiste en deux doses contenant 100 µg d'éthinylestradiol et 500 µg de levonorgestrel, administrées par voie orale, à 12 heures d'intervalle.

L'anti progestatif mifepristone (RU 486) est reconnu comme étant un contraceptif post coïtal très efficace.

La mise en place d'un stérilet au cuivre, dans les cinq jours suivant une relation sexuelle non protégée, est également un moyen efficace de prévention de la grossesse. Ce DIU reste efficace dans les 7 jours qui suivent une relation sexuelle non protégée.

Mécanisme d'action

Le mode d'action des COU n'est pas encore totalement connu. On estime toutefois, qu'ils peuvent entraver la maturation folliculaire, la formation du

mucus cervical, la migration des spermatozoïdes, le maintien du corps jaune, la réceptivité de l'endomètre, la fécondation ou la croissance du zygote, son transport ou son adhérence mais le principal mode d'action selon les preuves statistiques semble être lié au processus ovulatoire.

Efficacité

L'OMS rapporte un taux de grossesse de 1,1 % pour le traitement au levonorgestrel seul, comparativement à 3,2 % pour la méthode Yuzpe. La mifepristone est six fois plus efficace que la méthode Yuzpe. A très faible dose (10 mg), elle est aussi efficace que le levonorgestrel seul.

On estime que l'insertion post coïtale d'un stérilet au cuivre, dans les cinq jours suivant une relation sexuelle non protégée, est efficace à 98,7 %.

Indications

Il faut envisager l'utilisation de la COU chez toute femme voulant éviter une grossesse se présentant dans les cinq jours suivant :

- Une relation sexuelle mal ou non protégée,
- A la suite d'une violence sexuelle.

Contre-indications

La seule allergie aux COU porte sur les composantes du produit. Dans le cas d'un stérilet au cuivre post coïtal, il faut exclure la possibilité d'une grossesse préexistante, surtout si la femme a eu des rapports sexuels en début de cycle. Il ne doit y avoir ni signe d'infection vaginale ou cervicale ni antécédents récents d'infection pelvienne; de plus, le risque d'infection transmise sexuellement doit être faible.

Effets indésirables

Le traitement comportant deux doses de levonorgestrel entraîne une incidence inférieure de nausées, de vomissements, d'étourdissements et de fatigue que la méthode Yuzpe.

Quant au stérilet au cuivre post-coïtal, les complications possibles sont des

douleurs pelviennes, des saignements anormaux, une infection pelvienne, une perforation utérine et l'expulsion.

5.6-Les méthodes de planification familiale naturelle

On entend par « planification familiale naturelle » (PFN), les méthodes de contrôle de la fertilité qui ne font pas recours à des dispositifs ou à des agents chimiques de contraception. Elles reposent sur la compréhension de la physiologie du cycle menstruel et sur la détermination du moment de l'ovulation, et ce, dans le but de ne permettre le coït que lorsque le risque de grossesse est réduit ou même inexistant.

Dans les méthodes de planification familiale naturelle, on trouve le coït interrompu (retrait), l'abstinence et la connaissance du cycle de fertilité

5.6.1 - Connaissance du cycle de fertilité

Les méthodes qui permettent d'y accéder s'affairent à déterminer la période de fertilité d'une femme et donc, les jours pendant lesquels les partenaires devraient s'abstenir de pratiquer le coït ou se protéger soigneusement à l'aide de méthodes de barrière.

Les trois principaux signes de fertilité sont les modifications de la glaire cervicale, de la température basale et de la position du col utérin. D'autres méthodes se fondent sur des calculs à l'aide d'un calendrier.

Efficacité

Les taux d'échec estimés par l'OMS sont de 1 à 9 %, selon une utilisation parfaite

Mécanisme d'action

Connaissance du cycle de fertilité et méthode sympto-thermique.

Cette méthode fait appel aux trois signes de fertilité :

*** Les modifications de la glaire cervicale**

Avant l'ovulation, la glaire cervicale subit des modifications tant au niveau de son volume que de sa nature. Elle se clarifie, devient plus élastique au fur et à

mesure que l'ovulation approche : c'est le « spinnbarkeit ». Après cette dernière, elle devient visqueuse, opaque et imperméable aux spermatozoïdes; de plus, son volume connaît une baisse marquée. Après trois jours de glaire cervicale présentant une clarté et une élasticité maximale, la femme connaît une phase moins fertile.

*** Température basale**

La température corporelle est prise par voie orale ou vaginale, à l'aide d'un thermomètre, après au moins six heures de sommeil. A la suite de la hausse post-ovulatoire du taux de progestérone, elle connaît une hausse d'au moins 0,5°C au cours de la phase lutéale du cycle qui marque la fin de la période fertile. Pour éviter une grossesse, le coït non protégé doit être reporté jusqu'à ce qu'une hausse de température ait été enregistrée pendant trois jours consécutifs.

*** Position du col utérin**

Le col peut être senti près de l'ostium vaginal à la suite des menstruations; sa position s'élève considérablement au sein du vagin au cours de la phase folliculaire. Il atteint sa position la plus élevée au moment de l'ovulation. Sa consistance devient alors souple et le diamètre de son orifice s'élargit. Au cours de la phase lutéale, le col descend dans le vagin et se raffermi, se referme et se rapproche de l'ostium vaginal.

La méthode « Billings »

Elle repose uniquement sur les modifications de la glaire cervicale. Pour plus de certitude, il est conseillé de ne se fier qu'à la deuxième période d'infertilité (post-ovulation) [20].

Algorithme de deux jours

Ici, un jour est classé comme « fertile » si des sécrétions cervicales sont constatées au cours de la dite journée ou si elles ont été constatées le jour précédent.

La “Standard day Method”

Elle définit la période de fertilité comme s'étalant du 8^e au 19^e jour du cycle menstruel. Pendant ce temps, le couple s'abstient de pratiquer le coït. Elle ne convient qu'aux femmes dont les cycles comptent 26 à 32 jours.

La méthode du calendrier

Les femmes doivent déterminer à l'aide de calculs, le début et la durée de leur période de fertilité en fonction des postulats suivants : l'ovulation se produit de 12 à 16 jours avant le déclenchement des menstruations suivantes; les spermatozoïdes demeurent viables pendant une période allant jusqu'à cinq jours; et l'ovocyte non fertilisé survit pendant 24 heures.

Le couple doit donc éviter de pratiquer le coït ou utiliser une méthode de contraception d'appoint pendant une période de 8 à 10 jours au cours de chaque cycle. L'utilisatrice doit remplir un calendrier menstruel pendant au moins six mois. Sa période de fertilité est déterminée par la soustraction de 20 jours à la durée de son cycle le plus court (afin d'établir le début de la période de fertilité) et par la soustraction de 10 jours à la durée de son cycle le plus Long (afin d'établir la fin de la période de fertilité).

Trousse de prédiction de l'ovulation

Elle fait appel à un petit moniteur électronique portatif et à des bâtonnets diagnostics (test d'urine) jetables. Ce moniteur mesure la présence d'un métabolite urinaire des œstrogènes et de la LH.

Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)

La MAMA est extrêmement efficace à titre de méthode post-partum temporaire. Elle se fonde sur l'infertilité physiologique, attribuable à la suppression hormonale de l'ovulation, des femmes qui allaitent.

Son efficacité est de 98 %, pour une femme allaitante, seulement si :

- Elle est toujours en aménorrhée ;

- elle allaite son enfant exclusivement ;
- son enfant est âgé de moins de six mois.

L'intervalle entre les périodes d'allaitement ne devrait pas dépasser quatre heures le jour, et six heures, la nuit [17].

Indications

La PFN peut constituer une option en matière de contraception pour :

- les couples qui souhaitent avoir recours à des méthodes de barrière ou hormonales;
- les couples qui souhaitent accroître l'efficacité du retrait ou des méthodes de barrière au cours de la période de fertilité;
- les couples à mesure d'assumer une grossesse accidentelle.

Contre-indications

La PFN peut ne pas s'avérer une option convenable pour :

- les couples qui ne veulent pas ou ne sont pas à mesure de faire preuve de diligence quant à l'observation et à la consignation des signes de fertilité, ainsi qu'en ce qui concerne le respect des règles visant la prévention de la grossesse;
- les femmes dont le cycle menstruel est irrégulier;
- les femmes en post-partum (sauf en ce qui a trait à la MAMA) ;
- les femmes qui ont de la difficulté à évaluer la nature de la glaire cervicale, en raison d'une infection vaginale ou du recours à des agents vaginaux comme les lubrifiants et spermicides.

5.6.2 - Le coït interrompu (Retrait)

Les taux d'échec au cours de la première année d'utilisation ont été décrits comme étant de 4 % selon une utilisation parfaite [17].

Mécanisme d'action

Au cours du coït, l'homme retire son pénis du vagin de sa partenaire avant

l'éjaculation, ce qui devrait prévenir tout contact entre l'ovule et le spermatozoïde contenu dans le sperme.

Indications

Le retrait peut constituer une option en matière de contraception lorsque

- aucun autre moyen de contraception n'est disponible;
- le couple préfère éviter d'avoir recours aux autres méthodes
- des considérations d'ordre religieux interdisent le recours à d'autres

méthodes;

Contre-indications

Puisque donnant lieu à une intromission, elle ne devrait pas être utilisée en présence d'un risque connu d'infection transmissible sexuellement. Les femmes qui doivent éviter la grossesse pour des raisons médicales ne devraient pas se fier uniquement à cette méthode.

5.6.3 - L'abstinence sexuelle

Le terme « abstinence » peut être défini comme : le fait de s'abstenir de tout comportement sexuel [24].

Efficacité

- L'abstinence constitue une méthode de contraception très efficace et permet aux gens de pratiquer d'autres activités, sans pour autant accroître le risque de grossesse.

5.7-La Contraception Chirurgicale Volontaire [24]

La contraception chirurgicale volontaire (CCV) est la méthode contraceptive permanente. Elle peut intéresser l'homme ou la femme.

5.7.1 - La ligature des trompes

Il est possible que des fertilisations surviennent malgré l'intervention. L'OMS indique qu'un taux d'échec de 0,5% lui est associé [17].

Mécanisme d'action

Les techniques de ligature des trompes entraînent toutes l'occlusion des trompes de Fallope, assurant ainsi la prévention du contact entre l'ovule et les spermatozoïdes. Les techniques utilisées pour la ligature des trompes par laparoscopie sont l'application de clips ou d'anneaux tubaires, ou l'électrocautérisation d'une partie de la trompe. Habituellement, un segment intermédiaire de chacune des trompes est excisé et les extrémités des trompes sont par la suite ligaturées (méthode Pomeroy).

La stérilisation trans-cervicale est une autre technique, au cours de laquelle l'accès aux trompes s'effectue par le col utérin en vue de la mise en place (hysteroscopique ou à l'aveugle) d'une matière occlusive ou d'un dispositif visant à obstruer les trompes. Au bout de trois mois, des tissus se développent sur le dispositif et en viennent à obstruer les trompes entièrement.

Indication

Au Mali, la législation stipule que : « toute personne majeure peut sur son consentement écrit bénéficier d'une méthode de contraception irréversible. Toute fois concernant une personne mariée, l'accord de son conjoint est Obligatoire » mais aussi que « sur avis médical confirmé par une contre expertise, toute femme mariée dont la vie pourrait être menacée par la survivance d'une grossesse peut, sur son seul consentement écrit, bénéficier d'une méthode de contraception irréversible » [10].

Contre-indications

- Les problèmes de sante généraux, particulièrement les états pathologiques cardio-pulmonaires qui peuvent être aggravés par l'anesthésie générale ;
- La grossesse (à moins que la procédure de stérilisation ne soit effectuée pendant l'avortement ou immédiatement après, au cours de la période postpartum);

- La présence d'une infection pelvienne ou l'incapacité d'obtenir accès aux trompes de Fallope au moment de la chirurgie ;
 - Une incertitude, de la part de la patiente, quant au caractère souhaitable d'une contraception permanente.

Le regret constitue la principale préoccupation en matière de stérilisation.

Parmi les caractéristiques de sujets qui peuvent regretter leur décision figurent les suivantes [24] :

- Sujet de moins de trente ans ou sans enfant de sexe masculin ;
- Célibataire ou récemment marié ;
- Ont été poussé à prendre cette décision ;
- Partenaire oppose à cette décision ;
- Intervention pratiquée au tout début du post-partum ;
- Accès limité à d'autres méthodes.

Effets indésirables

- Douleur aux épaules attribuable à la présence de CO₂ (utilise au cours de l'opération) dans la cavité péritonéale (célio chirurgie)
 - Douleurs ou crampes dans la partie inférieure de l'abdomen ;
 - Ecchymoses et saignements au niveau des incisions ;
 - Nausée et étourdissement post-opératoires ;
 - Risques liés à l'anesthésie ;
 - Infection au niveau de l'incision ;
 - Traumatisme mécanique, y compris la perforation de l'utérus causée par un manipulateur utérin (stérilisation trans-cervicale)
 - Complications urinaires ;
 - Déchirures mesosalpingiennes et « transsection » de la trompe
 - Lésions des vaisseaux sanguins, des intestins ou d'autres organes ;
 - Les brûlures intestinales qui compliquent l'électrocoagulation tubaire

peuvent entraîner une perforation différée et une péritonite.

Complications à long terme

Parmi les complications à long terme de la ligature des trompes, la grossesse ectopique est celle qui semble être réellement liée à l'intervention même si des modifications des règles et des problèmes psychosexuels sont encore en discussion [20].

5.7.2 - La vasectomie

La vasectomie constitue la méthode de contraception chirurgicale appliquée aux hommes. Elle consiste à couper les canaux déférents des testicules.

Efficacité

Les taux de grossesse constatés à la suite d'une vasectomie varient de 0 à 2,2 %, quelle que soit la méthode d'occlusion utilisée après une moyenne de vingt éjaculations intervenant après l'acte [17].

Mécanisme d'action

Parmi les techniques de stérilisation masculine figurent la vasectomie classique, la vasectomie sans bistouri ou celles faisant appel à l'occlusion chimique percutanée du canal déférent ou encore à l'utilisation d'anneaux / clips en argent, en silicone-argent ou en tantale (approche compatible avec l'inversion de la vasectomie).

Elles s'affairent toutes à effectuer une section du canal déférent puis à obstruer les deux bouts du canal afin de prévenir toute remontée de spermatozoïdes à travers l'urètre lors de l'éjaculation.

Indications

Cette méthode convient aux hommes qui souhaitent avoir recours à une méthode de contraception permanente et irréversible.

Contre-indications

- L'incertitude envers le recours à une méthode de contraception permanente ;

- Les problèmes de santé généraux, tels que l'allergie aux anesthésiques locaux, l'immunosuppression, les maladies infectieuses aiguës ou les troubles de coagulation qui ne peuvent être maîtrisés à l'aide de vasopressine
- L'infection locale ;
- Les anomalies génitales locales nuisant à la localisation adéquate du canal déférent, telles qu'une hernie, une varicocèle, une hydrocèle ou une tumeur ;
- Une dysfonction sexuelle.

Risques et effets indésirables

- Douleurs locales ;
- Apparition d'ecchymoses et enflure du scrotum.

5.8-) Nouvelles approches en matière de contraception [25]

5.8-1 Les agents anti testiculaires

La lonidamine est un composé indazole-acide carboxylique utilisé dans le traitement du cancer. Il a été démontré que de récentes dérivés de cette substance présentaient, dans le cadre d'études chez les animaux, une certaine efficacité et une réversibilité à titre d'agents contraceptifs, cela, sans entraîner une toxicité hépatique ou rénale [26].

Ces dérivés n'entraînent aucun effet sur les composants de l'axe hypothalamo-hypophyso-testiculaire; leur effet sur les testicules est attribuable à leur capacité de causer la perte de cellules germinales à partir de l'épithélium séminifère [26].

5.8.2-Stratégies anti-implantation

Au-delà de la génération d'anticorps anti-HCG, des recherches sont en cours sur les stratégies visant à stimuler des processus permettant de contrecarrer les étapes clés de l'implantation. Parmi ces étapes, on trouve l'angiogenèse et la protection du conceptus contre les réactions immunitaires.

La fumagilline est un anti-angiogénique ayant démontré, dans le cadre d'études sur les singes, une certaine capacité à prévenir l'implantation lorsqu'elle était administrée par voie vaginale.

Aucune étude sur ce produit ne semble encore avoir été menée chez l'homme.

Le peptide pré-implantation factor est l'un des signes connus de reconnaissance embryo-maternelle qui apparaît le plus tôt; même les embryons ne comptant que deux cellules semblent en produire [27].

Bien que son rôle exact dans l'implantation soit inconnu, il serait théoriquement possible d'en tirer un analogue que l'on pourrait utiliser en vue de nuire à la reconnaissance embryo-maternelle, ce qui entraînerait l'échec de l'implantation.

5.9-Les méthodes de contraception traditionnelles au Mali.

Ces méthodes reposent sur le vécu socioculturel des peuples on peut citer : le Tafo, la Toile d'araignée, le miel et le jus de citron, les décoctions et la séparation du couple après l'accouchement.

METHODOLOGIE

IV-METHODOLOGIE

1-Cadre d'étude :

L'étude s'est déroulée en commune IV du district de Bamako.

2-Données historique de la commune :

La commune IV a été créée en même temps que les autres communes du district de Bamako par l'ordonnance N° 78-34 /CMLN du 18 Août 1978 et placé sous la tutelle du gouverneur du district de Bamako. Elle est constituée par 8 quartiers dont le plus ancien est Lassa et le tout nouveau Sibiribougou. Les autres quartiers sont : Lafiabougou ; Djicoroni-para ; hamdallaye ; Sébénikoro ; Taliko et Kalabanougou.

La commune IV du district de Bamako a une superficie de 37,68km² soit 14,11% de la superficie du district.

A l'Ouest par la limite ouest du district de Bamako qui fait frontière avec le cercle de Kati ;

A l'Est et au Nord par la partie ouest de la commune III ;

Au Sud le lit du fleuve Niger et la limite ouest de la commune III ;

2.1- Situation économique :

En commune IV la population pratique surtout :

- L'agriculture limitée aux maraichages
- La pêche, l'élevage
- L'artisanat et le commerce.

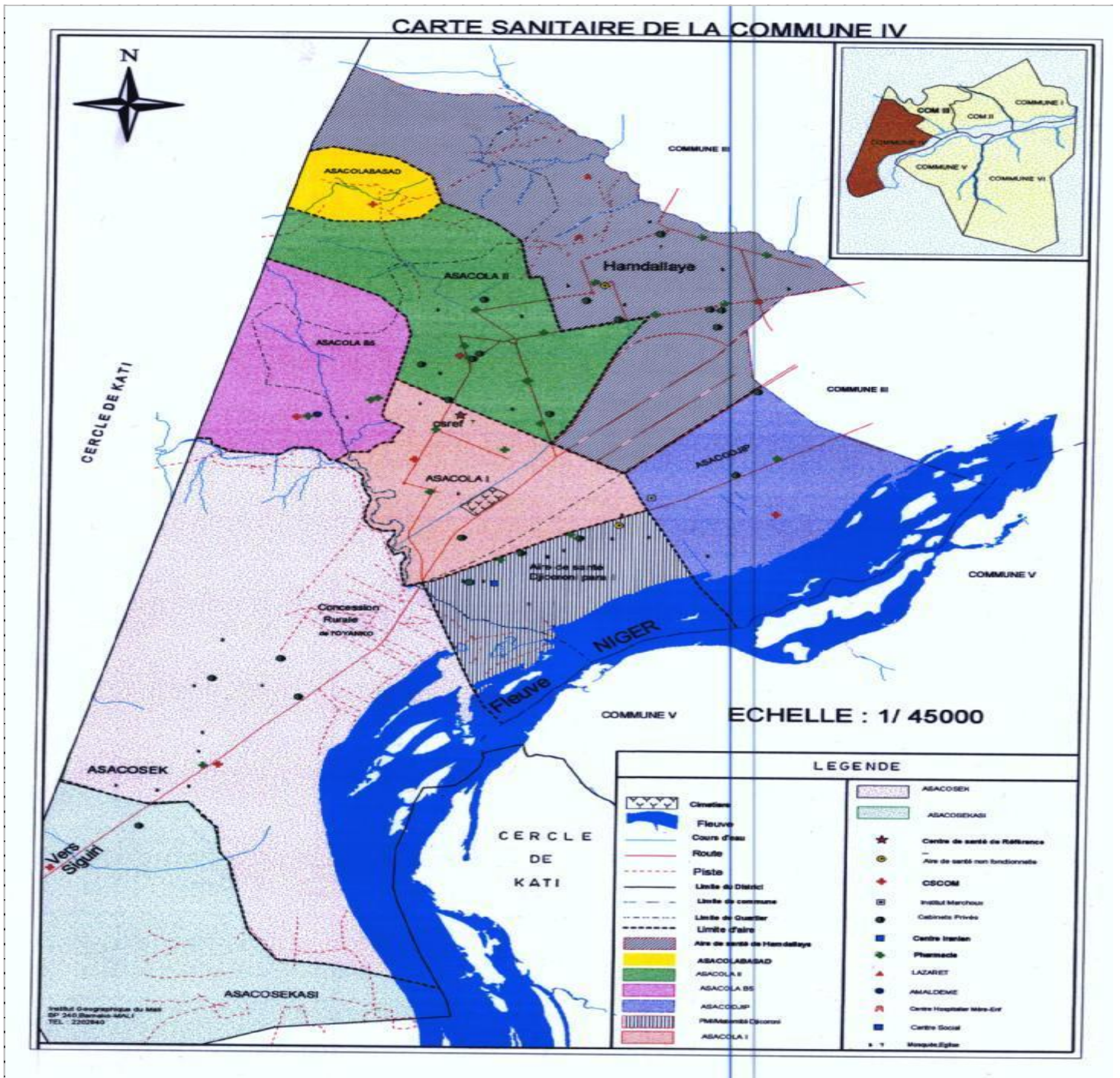
2.2- Situation sanitaire :

- Le centre de santé de référence de la commune IV est situé en plein cœur de la commune, d'abord Protection Maternelle et Infantile (PMI) de Lafiabougou érigée en centre de référence pour répondre aux besoins de santé des populations de la commune.

- Les autres structures sanitaires de la commune IV sont :

ASACOSEK, ASACOLA I, ASACOLAB5, ASACOLA II, ASACODJIP, ASACOLABASAD, ASACOSEKASI, ASACODJENEKA, Maternité René cissé d’Hamdallaye, ASACOHAM, ASACOKA, des cabinets et des cliniques privées

CARTE SANITAIRE CIV



3-Type et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale et descriptive allant du 01 Mai au 01 Aout 2019 soit une période d'étude de 03 mois.

4-Population d'étude :

Notre étude a portée sur les hommes âgés de 18 ans ou plus, mariés ou non, résidant en commune IV du district de Bamako.

La majorité des ethnies du Mali sont représentées en commune IV ainsi que les ressortissants d'autres pays. Sa population totale est estimée à 407.074 habitants en 2018 (source DNSI, actualisation de population selon le recensement RGPH)

5- Echantillonnage :

Nous avons réalisé un échantillonnage aléatoire simple.

La taille de l'échantillon a été calculée selon la formule de Schwartz :

$$n = \frac{Z^2 p q}{i^2}$$

- Niveau de confiance : 95% soit $z = 1.96$
- Précision= $i = 0.05$
- Prévalence attendu dans la population : $p = 9,9\%$
- DE = Effet de grappe
- n = taille de l'échantillon
- $z = 1.96$
- $i = 0.05$
- $p = 0.099$
- $q = 1-p = 0.901$
- DE= 1

D'où n la taille de l'échantillon :

$$n = \frac{Z^2pq}{I^2} \implies n = \frac{(1.96)^2 (0.099) (0.901)}{(0.05)^2} = 137+15\% = 158$$

5-1. Critères d'inclusion :

Nous avons inclus dans notre étude, les hommes âgés de 18 ans ou plus, mariés ou non, résident en commune IV du district de Bamako qui ont acceptés de participer à l'étude.

5-2. Critère de non inclusion

Nous n'avons pas inclus dans notre étude les hommes âgés de 18 ans ou plus :

- qui résident en commune IV du district de Bamako qui ont refusés de participer à l'étude,
- les hommes de 18 ans ou plus résident en commune IV du district de Bamako absents au moment de l'enquête,

6-Les variables de l'étude :

L'âge

L'ethnie

La religion

La fréquentation scolaire

La profession

Le régime et le statut matrimonial

La connaissance des hommes sur la planification familiale

Attitudes des hommes vis-à-vis de la planification familiale

La pratique de la planification familiale par les hommes

7-Support des données :

Les fiches d'enquête individuelle ont été utilisées comme support

8-Technique de collecte des données :

La collecte des données a été faite par interview individuelle.

9-Considérations éthiques

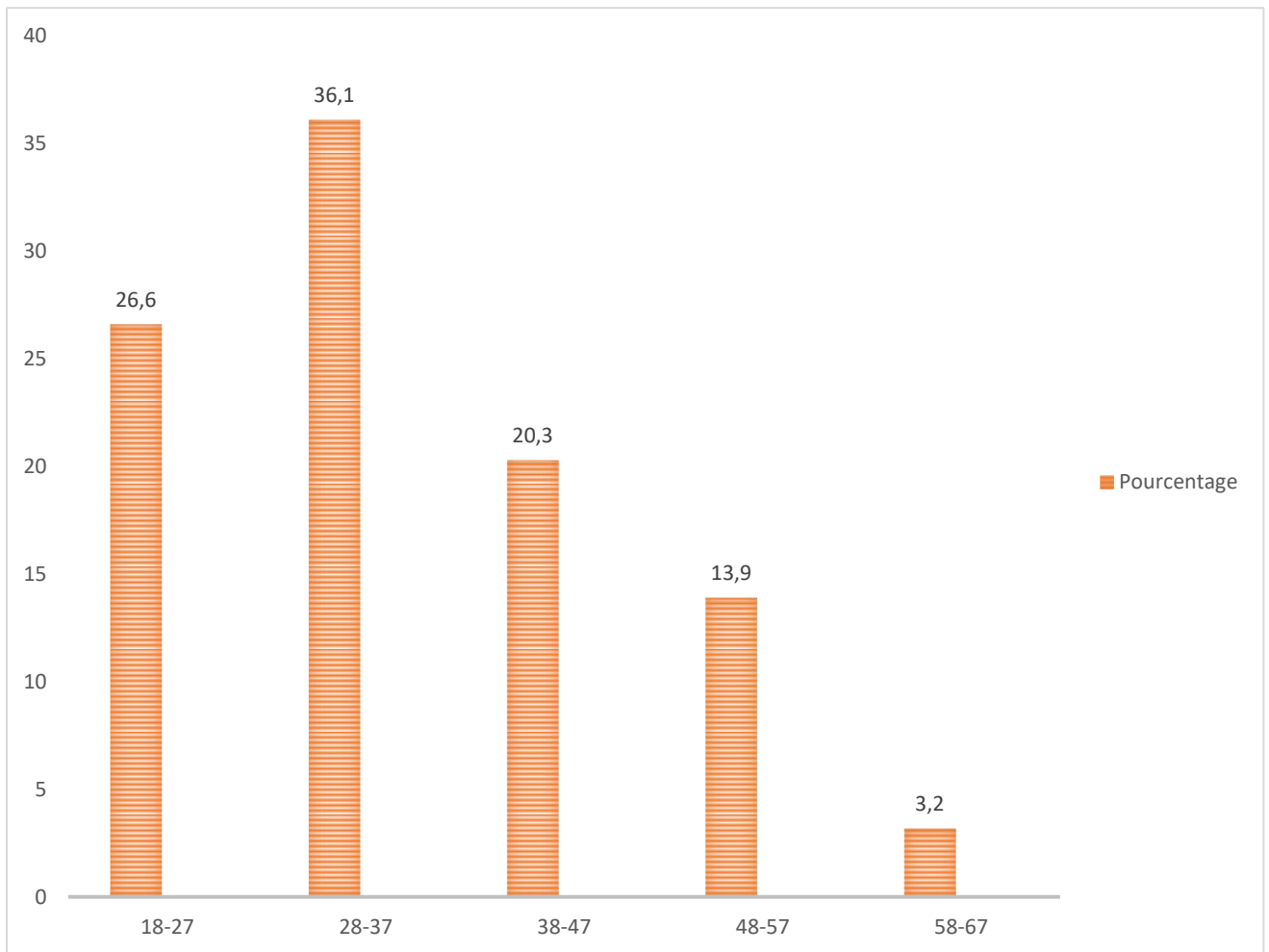
Dans cette étude, avant toute collecte, nous avons expliqué aux hommes les motivations et les objectifs de cette étude à fin d'obtenir leur consentement de participer à l'étude. Aucun nom ne sera cité dans cette étude. Les résultats obtenus seront mis à la disposition de tous les intervenants à fin d'améliorer la prévalence contraceptive.

RESULTATS

V- RESULTATS

Notre étude s'est déroulée sur 3 mois allant du 01 MAI au 01 AOUT 2019, au cours de laquelle nous avons recensé 158 hommes.

1. Profils socio-culturel, religieux, et économique



Graphique 1 : Répartition des hommes selon l'âge.

La tranche d'âge de **28-37 ans** a été la plus représentée avec 36,1%, avec des extrêmes de **18 à 61 ans** soit un âge moyen de **39,5 ans**.

Tableau I : Répartition des hommes selon leurs ethnies

Ethnies	Effectifs (n)	Fréquences (%)
Bambara	74	46,8
Kassoungué	2	1,3
Malinké	31	19,6
Peuhl	14	8,9
Soninké	9	5,7
Sonrhäï	3	1,9
Dogon	4	2,5
Tamashek	1	0,6
Senoufo	9	5,7
Bobo	11	7,0
TOTAL	158	100

Les Bambaras ont représenté **46,8%**.

Tableau II : Répartition des hommes selon leurs religions

Religions	Effectifs (n)	Fréquences (%)
Musulmane	137	86,6
Catholique	8	5,1
Protestante	13	8,2
TOTAL	158	100

La religion musulmane a représenté **86,6%**.

Tableau III : Répartition des hommes selon leur scolarisation

Scolarisés	Effectifs (n)	Fréquences (%)
Oui	123	77,8
Non	35	22,2
TOTAL	158	100

Les hommes scolarisés ont représentés **77,8%**.

Tableau IV : Répartition des hommes selon le type d'école fréquentée

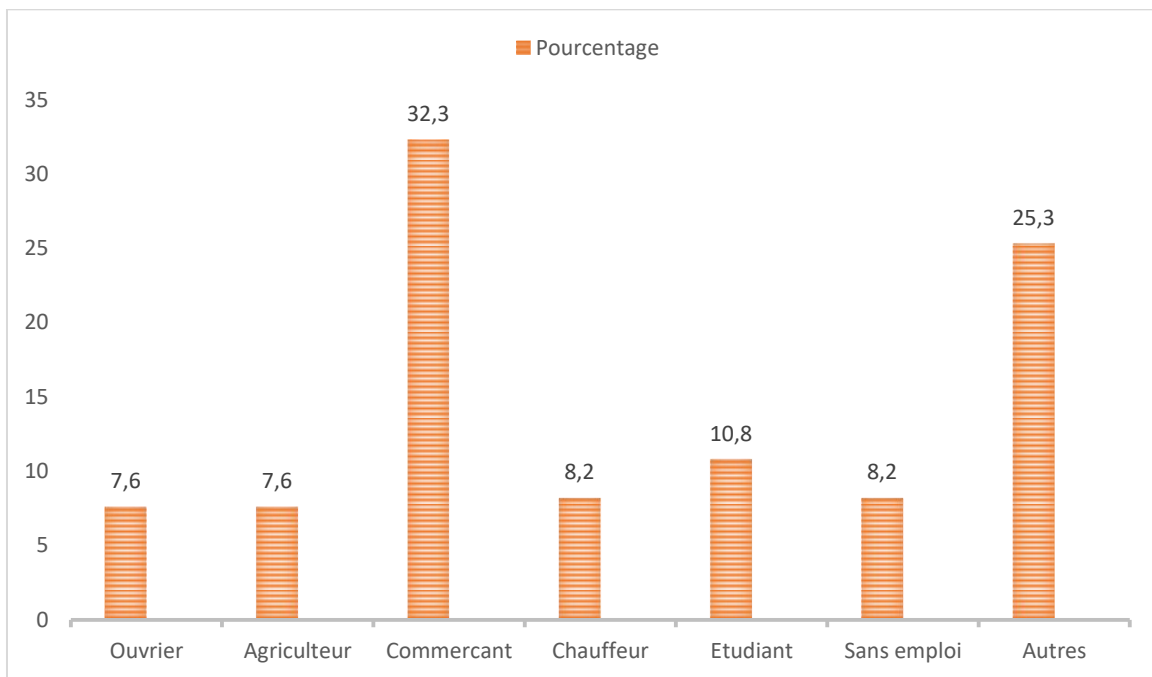
Ecoles	Effectifs (n)	Fréquences (%)
Classique	109	88,6
Medersa	9	7,3
Coranique	5	4,1
TOTAL	123	100

L'école classique a représenté **88,6%**.

Tableau V : Répartition des hommes selon leur niveau d'étude

Niveau d'étude	Effectifs (n)	Fréquences (%)
1er cycle	43	34,9
Second cycle	26	21,1
Secondaire	22	17,9
Supérieur	32	26,1
TOTAL	123	100

Le niveau d'étude du 1^{er} cycle fondamental a représenté **34,9%** et le niveau d'étude supérieur **26,1%**.



Graphique 2 : Répartition des hommes selon leur profession.

Les commerçants ont représenté 32,3%

Tableau VI : Répartition des hommes selon leur régime matrimonial

Régime matrimonial	Effectifs (n)	Fréquences (%)
Polygame	30	19
Monogame	86	54,4
Célibataire	42	26,6
TOTAL	158	100

Les hommes monogames ont représenté **54,4%**.

Tableau VII : Répartition des hommes selon le nombre d'enfant vivant

Enfants vivants	Effectifs (n)	Fréquences (%)
Aucun	42	26,6
1-3	49	31,0
4-6	38	24,1
7-9	21	13,3
Plus de 9	8	5,1
TOTAL	158	100

Les hommes qui avaient un nombre d'enfant vivants entre 1-3 ont représenté **31,0%**, constitué uniquement d'hommes mariés.

Tableau VIII : Répartition des hommes selon l'intervalle inter génésique de leurs enfants

Intervalle inter génésique	Effectifs (n)	Fréquences (%)
≤ 1 an	4	3,4
1 à 2 ans	65	56,0
3 à 4 ans	44	38,0
5 à 6 ans	2	1,7
Plus de 6 ans	1	0,9
TOTAL	116	100

L'intervalle inter génésique de 1 à 2 ans a représenté **56%**.

Tableau IX : Répartition des hommes selon le nombre d'enfant souhaité

Nombre d'enfant	Effectifs (n)	Fréquences (%)
1-3	5	3,2
4-6	47	29,7
7-9	37	23,4
10-12	59	37,3
13-15	8	5,1
Plus de 15	2	1,3
TOTAL	158	100

Les hommes qui voulaient un nombre d'enfant entre 10-12 enfants ont représenté **37,3%**. Constitué par des hommes marié surtout des polygames avec un niveau d'étude ne dépassant pas le second cycle fondamental.

2- Connaissances des hommes par rapport à la planification familiale

Tableau X: Répartition des hommes selon qu'ils aient entendu parler du PF

Entendu parler du PF	Effectifs (n)	Fréquences (%)
Oui	158	100
Non	0	0
TOTAL	158	100

La totalité soit **100%** des hommes enquêtés ont affirmé avoir entendu parler de la planification familiale.

Tableau XI : Répartition des hommes selon le but évoqué comme étant le but du PF

BUT	Effectifs (n)	Fréquences (%)
Espacement des naissances	139	88,0
Limitation des naissances	14	8,9
Arrêt des naissances	4	2,5
Ne sait pas	1	0,6
TOTAL	158	100

L'espace des naissances comme but de la PF a représenté **88%**.

Tableau XII : Répartition des hommes selon les méthodes de Pf citées

Méthodes	Effectifs (n)	Fréquences (%)
Pilule	60	38,0
Injectable	9	5,7
Diaphragme	1	0,6
Condom	40	25,3
DIU	9	5,7
Stérilisation féminine	5	3,2
Spermicides	2	1,3
Implant	30	18,9
Traditionnelle	2	1,3
TOTAL	158	100

La pilule a été citée par **38% des hommes**

Tableau XIII : Répartition des hommes selon leurs sources d'information sur la PF

Sources	Effectifs (n)	Fréquences (%)
Radio	14	8,9
Femmes	4	2,5
Radio et télévision	91	57,6
Télévision	8	5,1
Agent de santé	13	8,2
Internet	10	6,3
Enseignants	6	3,8
Amis	12	7,6
TOTAL	158	100

La radio et la télévision ont représenté **57,6%**.

2. Attitudes des hommes par rapport à la planification familiale

Tableau XIV : Répartition des hommes selon leur position par rapport à la PF

Position	Effectifs (n)	Fréquences (%)
Favorable	132	83,5
Non favorable	26	16,5
TOTAL	158	100

Les hommes favorables à la pratique de la PF ont représenté **83,5%** et 16,5% n'étaient pas favorables constitué par musulmans et des hommes mariés.

Tableau XV : Répartition des hommes selon la raison qui les rendent favorables à la PF

Raisons d'adhésion	Effectifs (n)	Fréquences (%)
Santé de la mère et des enfants	92	69,7
Santé des enfants	15	11,4
Santé de la mère	10	7,6
Raison économique	4	3,0
Eviter les grossesses indésirées	2	1,5
Espacer les naissances	9	6,8
TOTAL	132	100,0

La santé de la mère et des enfants a été évoquée par **69,7% des hommes**.

Tableau XVI : Répartition des hommes non favorables à la PF selon leur raison

Raisons	Effectifs (n)	Fréquences (%)
Pas bon pour la mère	5	19,2
Raison religieuse	11	42,4
Effets secondaires	5	19,2
Rend la femme stérile	2	7,7
Influence de l'occident	3	11,5
TOTAL	26	100

La raison religieuse a représenté **42,4%**.

Tableau XVII: Répartition des hommes selon qu'ils aient discuté de la PF avec leurs partenaires

Hommes ayant discuté avec leurs partenaires	Effectifs (n)	Fréquences (%)
Oui	82	51,9
Non	76	48,1
TOTAL	158	100

Les hommes ayant discuté avec leurs partenaires ont représenté **51,9%**.

Tableau XVIII : Répartition des hommes selon qu'ils aient accompagné leurs partenaires au centre de santé pour la planification familiale

Hommes ayant accompagné leurs partenaires	Effectifs (n)	Fréquences (%)
Oui	47	29,7
Non	111	70,3
TOTAL	158	100

Les hommes n'ayant pas accompagné leurs partenaires au centre de santé pour la PF ont représenté **70,3%**.

Tableau XIX : Répartition des hommes ayant participé au choix de la méthode choisie par leurs partenaires

Participation au choix de la méthode	Effectifs (n)	Fréquences (%)
Oui	52	32,9
Non	106	67,1
TOTAL	158	100

Les hommes n'ayant pas participé au choix de la méthode choisie par leurs partenaires ont représenté **67,1%**.

Tableau XX : Répartition des hommes selon la prise de décision en cas de la planification familiale

Prise de décision	Effectifs (n)	Fréquences (%)
Homme	55	34,8
Femme	2	1,3
Les deux	101	63,9
TOTAL	158	100

La décision commune a représenté **63,9%**.

Tableau XXI : Répartition des hommes selon leur raison si toute fois ils devaient participer à la prise de décision de la planification familiale

Raison	Effectifs (n)	Fréquences (%)
1^{er} responsable de la famille	158	100
TOTAL	158	100

Le 1^{er} responsable de la famille comme raison a représenté **100%**.

Tableau XXII : Répartition des hommes selon leur position à la promotion de l'implication de l'homme dans la planification familiale

Implication	Effectifs (n)	Fréquences (%)
Favorable	126	79,7
Non favorable	23	14,6
Indifférent	9	5,7
TOTAL	158	100

Les hommes favorables ont représenté **79,7%**.

Tableau XXIII : Relation entre l'âge des hommes et leur implication dans la planification familiale

Age	Implication des hommes			TOTAL
	oui	Non	Indifférent	
18-27	37	3	2	42
28-37	47	6	4	57
38-47	25	6	1	32
48-57	14	6	2	22
58-67	3	2	0	5
TOTAL	126	23	9	158

Probabilité exacte de Fisher $P = 0,265$

Dans notre étude il ressort que quel que soit la tranche d'âge, il n'y a pas de lien entre l'implication et l'âge dans la PF.

Tableau XXIV : Relation entre la religion des hommes et leur implication dans la planification familiale

Religion	Implication des hommes			TOTAL
	OUI	NON	INDIFFERENT	
Musulmane	107	21	9	137
Catholique	8	0	0	8
protestante	11	2	0	13
TOTAL	126	23	9	158

Probabilité exacte de Fisher P = 0,541

Dans notre étude il ressort que quel que soit la religion, il n'y a pas de lien entre elle et la PF.

Tableau XXV : Relation entre le régime matrimonial des hommes et leur implication dans la planification familiale

Régime	Implication des hommes			TOTAL
	OUI	NON	INDIFFERENT	
Monogamie	66	12	4	82
Polygamie	18	8	4	30
Célibataire	42	3	1	46
TOTAL	126	23	9	158

Probabilité exacte de Fisher P = 0,02

Dans notre étude il ressort qu'il existe un lien entre le régime matrimonial et l'implication des hommes dans PF avec une probabilité de 0,02.

3. Pratique de la contraception par les hommes

Tableau XXVI : Répartition des hommes selon qu'ils aient utilisés un moyen de planification familial

Utilisation d'un moyen de la PF	Effectifs (n)	Fréquences (%)
Oui	115	72,8
Non	43	27,2
TOTAL	158	100

Les hommes ayant utilisés un moyen de planification ont représenté **72,8%**.

Tableau XXVII : Répartition des hommes selon leurs raisons d'utilisation de la planification familiale

Raisons	Effectifs (n)	Fréquences (%)
Santé de la mère	27	23,5
Santé des enfants	10	8,7
Raisons économiques	14	12,2
Contre les IST	29	25,2
Assez d'enfant	1	0,9
Santé de la mère et des enfants	34	29,5
TOTAL	115	100

Les hommes ayant évoqué la santé de la mère et des enfants ont représenté **29,5%**.

Tableau XXVIII : Répartition des hommes selon le moyen de planification utilisé par eux ou par leurs femmes.

Moyen utilisé	Effectifs (n)	Fréquences (%)
Préservatif masculin	43	37,4
Méthode traditionnelle	2	1,7
Stérilisation féminine	1	0,9
Pilule	22	19,1
DUI	6	5,2
Stérilisation masculine	0	0,0
Implant	38	33,0
Injectables	3	2,7
Méthode naturelle	0	0,0
TOTAL	115	100

Le préservatif masculin a représenté **37,4%**.

Tableau XXIX: Répartition des hommes selon leur lieu d'approvisionnement

Lieu	Effectifs (n)	Fréquences (%)
CSC om	34	29,6
Pharmacie	54	47,0
Csref	17	14,8
Clinique privée	2	1,7
Boutique	6	5,2
Autres	2	1,7
TOTAL	115	100

La pharmacie a représenté **47,0%**

Tableau XXX : Relation entre l'âge et la pratique de la planification familiale

Age	Pratique de planification familiale		TOTAL
	OUI	NON	
18-27	38	4	42
28-37	50	7	57
38-47	25	7	32
48-57	16	6	22
58-67	3	2	5
TOTAL	132	26	158

Probabilité exacte de Fisher P = 0,149

Dans notre étude il ressort que quel que soit l'âge, il n'y a pas de lien significatif entre l'âge et la pratique de la PF.

Tableau XXXI : Répartition des hommes selon les raisons probables d'opposition à la pratique de la planification familiale

Raisons d'opposition à la PF	Effectifs (n)	Fréquences (%)
Raisons religieuses	60	38,0
Pas bon pour la santé	21	13,3
Pas de centre pour homme	1	0,6
Influence de l'occident	6	3,8
Ne sait pas	2	1,3
Désir d'enfant	13	8,2
Non informé	22	13,9
Effets secondaires	19	12,0
Vagabondage sexuel	14	8,9
TOTAL	158	100

Les raisons religieuses ont représenté **38,0%**

Tableau XXXII : Répartition des hommes selon la prise en charge des frais de la planification familiale

Frais de PF	Effectifs (n)	Fréquences (%)
Moi	113	98,3
Ma femme	2	1,7
Les deux	0	0,0
TOTAL	115	100

Les hommes ont pris en charge les frais de la planification dans **98,3%**.

Tableau XXXIII : Répartition des hommes selon la prise de décision concernant l'arrêt de la planification familiale

Décision de l'arrêt	Effectifs (n)	Fréquences (%)
Hommes	44	38,3
Femme	5	4,3
Les deux	66	57,4
TOTAL	115	100

La décision commune a représenté **57,4%**.

Tableau XXXIV : Répartition des hommes selon leur réaction devant la pratique de la planification par leurs femmes à leur insu

Réaction	Effectifs (n)	Fréquences (%)
Approuvée	48	30,4
Désapprouvée	96	60,8
Indifférent	14	8,9
TOTAL	158	100

Les hommes qui avaient une réaction désapprouvée ont représenté **60,8%**.

Tableau XXXV : Répartition des hommes selon leur connaissance de la loi N° 02-044 relative à la santé de la reproduction dite loi Lahaou Touré, adoptée le 24 juin 2002

Loi sur la santé de la reproduction	Effectifs (n)	Fréquences (%)
Informé	30	19,0
Non informé	128	81,0
TOTAL	158	100

Les hommes non informé ont représenté **81,0%**.

Tableau XXXVI : Répartition des hommes sur leur position par rapport à la loi N° 02-044 relative à la santé de la reproduction dite loi Lahaou Touré, adoptée le 24 juin 2002

Règlement	Effectifs (n)	Fréquences (%)
Approuvé	55	34,8
Désapprouvé	103	65,2
TOTAL	158	100

Les hommes qui désapprouvent la loi N° 02-044 relative à la santé de la reproduction dite loi Lahaou Touré, adoptée le 24 juin 2002 ont représenté **65,2%**.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Notre étude s'est déroulée sur 3 mois allant du 01 MAI au 01 AOUT 2019 sur les connaissances attitudes et pratiques des hommes par rapport à la planification familiale en commune IV du district de Bamako.

Les difficultés rencontrées ont été :

- Le refus de certains hommes à répondre à nos questions ;
- La réclamation d'une somme d'argent par certains hommes.

I-Profil socio-culturels, religieux, et économiques :

1- Age :

Dans notre étude, la tranche d'âge la plus représentée était de **28 à 37 ans** avec des extrêmes de **18 ans et 61 ans** soit un âge moyen de **39,5 ans**. Ce résultat est comparable à ceux de Hamidou K [29] réalisé en commune II du district de Bamako en 2014 et de Tounkara M [28] réalisé dans la commune rurale de Kalaban-coro 2008 qui avaient obtenu respectivement 39,2 ans et 37,6 ans comme âge moyen, ceci témoigne de la forte jeunesse de la population masculine malienne.

Les musulmans représentaient **86,6%** des hommes enquêtés, ce résultat est inférieur à celui de Hamidou K [29] et de Tounkara M [28] qui avaient trouvé respectivement 92,7% et 94,3% ce qui témoigne une forte pratique de la religion musulmane dans la population malienne avec un taux musulman de **94,8%** [31].

2- Niveau d'instruction :

Dans la répartition des hommes enquêtés selon leur niveau d'instruction, nous avons constaté que les hommes alphabétisés représentaient **77,8%**. Ce résultat est supérieur à ceux de Tounkara M. [28] et de Hamidou K. [29] qui avaient trouvés respectivement 70,9% et 70,1%. L'école classique était le plus représenté avec **88,6%**. Ce résultat est supérieur à celui de Hamidou K. [29] qui

avait trouvé 81,4% et de Tounkara M [28] qui avait trouvé 66,5%. Dans notre population d'étude, le niveau primaire de l'enseignement fondamental était le plus représenté avec **34,9%**.

3- Situation matrimoniale :

Dans notre étude nous avons dénombré 116 hommes mariés sur 158 hommes enquêtés soit **73,4%**. Ce résultat est comparable à ceux de Hamidou k. [29] qui avait trouvé 74,3% et de Akpadza K et al [33] menée à Kara (TOGO) en 2002 qui avaient trouvé 85,7% d'hommes mariés. Ceci trouve son explication par l'importance du mariage dans société Africaine.

II- Connaissances des hommes sur la planification familiale

Au cours de notre enquête, sur les 158 hommes enquêtés, **100%** des hommes affirmaient avoir entendu parler de la PF, ce résultat est identique à celui de Hamidou K. [29] et supérieur à celui de Tounkara M [28] qui avait trouvé 87,9%.

Dans notre étude **88 %** des hommes ont évoqué l'espace des naissances comme but d'utilisation de la PF. Ce résultat est légèrement supérieur à celui de Hamidou K. [29] qui avait trouvé 82.8% et supérieur à celui de Tounkara M [28] qui avait trouvé 70,3%. Ceci s'explique par le renforcement des campagnes de sensibilisation à travers la radio et la télévision ; ce qui signifie que la totalité des hommes enquêtés connaissaient le but principal de la PF consigné dans les documents de politiques, normes et procédures des services en sante de la reproduction au Mali.

Nous avons constaté que **100%** des hommes connaissaient au moins une méthode de contraception.

Les résultats similaires sont rapportés par l'EDS V Mali [32] qui avait trouvé que 97% des hommes connaissent au moins une méthode de contraception. Cela s'explique par le renforcement des campagnes de sensibilisation à travers la

Radio et la télévision.

Les méthodes les plus connues par les hommes de notre étude sont, le préservatif masculin (condom) (**89%**), les pilules (**78%**) et les injectables (**51%**). Ces résultats sont comparables à ceux de l'EDS V [32] qui avait trouvé respectivement 93% ; 84% ; et 76%. La meilleure connaissance de ces trois méthodes par rapport aux autres pourrait s'expliquer par les vastes campagnes de médiatisation au cours de ces dernières années ainsi que la facilité aux usagers de se procurer. Les principales sources d'information étaient la radio et la télévision dans **57,6%**.

III- Attitudes des hommes par rapport à la planification familiale :

Dans notre étude, **83,5%** des hommes étaient favorables à la promotion de la planification familiale avec la santé de la mère et des enfants évoquée dans **69,7%** comme principale raison de leur adhésion. La religion serait la raison des hommes non favorables dans **42,4%**.

Dans notre étude, **51,9%** des hommes avaient discuté de la PF avec leurs partenaires et **29,7%** avaient accompagné leurs partenaires au centre de santé pour la PF dont **32,9 %** des hommes avaient participé au choix de la méthode. Parmi les raisons de l'implication des hommes à la PF, nous avons trouvé que **69%** étaient pour le bien être de la famille et **21%** pour réduire les dépenses familiales. Ces résultats sont comparables à ceux de Hamidou K. [29] qui avait trouvé comme motif 67,2% pour le bien être de la famille et 15,8% pour la réduction des dépenses familiales et de Tounkara M [28] qui a trouvé respectivement 35,1% et 8,5%. Les hommes désapprouvaient dans **60,8%** la prise de décision de PF par les femmes, ce résultat est comparable à celui de Hamidou K. [33] qui avait trouvé 66,4% des cas.

Au cours de notre étude, **81%** des hommes ont affirmés de leur non information par rapport à la loi N° 02-044 relative à la santé de la reproduction dite loi Lahaou Touré, adoptée le 24 juin 2002 et 65,2% des hommes enquêtés la

désapprouvaient. Ces résultats diffèrent de ceux de Hamidou K. qui avait trouvé 94,9% des hommes disant ne pas être au courant que la femme pouvait pratiquer la PF sans leur accord et 83,3% désapprouvaient cet accord, car selon eux c'est l'homme le 1^{er} responsable de sa famille. Cette attitude est contraire aux politiques, normes et procédures en matière de santé de la reproduction, qui stipulent que toute personne est libre de choisir, voire accéder aux services de PF.

Il n'existe pas de lien significatif entre l'âge, la religion et l'implication des hommes dans la PF, par contre le lien entre le régime matrimonial et l'implication des hommes est significatif avec une probabilité de 0,02.

IV- Utilisation des moyens de PF par les hommes :

Dans notre étude, sur 158 hommes enquêtés, 115 affirmaient avoir utilisé un moyen de PF soit **72,8%** des cas. Ce résultat est comparable à celui de Hamidou K. [29] et supérieur à celui de Cardiergues D [30] et de Tounkara M [28] qui ont trouvés respectivement 73,2% , 50% et 30,6%. Cela peut s'expliquer par les efforts fournis par les services techniques de l'état, les ONG et les partenaires.

Le condom a été la méthode la plus utilisée par les hommes **37,4%**.

Ce résultat est comparable à ceux de Hamidou K. et de Cardiergues D [30] qui avaient trouvé respectivement 32,4% et 30%. Cela s'expliquerait par les vastes campagnes de médiatisation dans le cadre de la lutte contre les IST/SIDA au cours de ces dernières années. Il n'y a pas de lien entre la tranche d'âge et la pratique de la PF.

CONCLUSION

VII- CONCLUSION

Vue les énormes efforts et moyens employés pour l'information de la population sur les méthodes contraceptives, le taux de fécondité reste élevé au Mali. A l'issu de cette étude, nous retenons que tous les hommes enquêtés avaient entendus parler de la planification familiale, ainsi leur implication pourrait contribuer à améliorer la santé de la population et à une croissance démographique stable.

Ainsi pour une croissance démographique plus contrôlée, nous devons continuer sans relâche à renforcer les moyens déjà mit en œuvre.

RECOMMANDATIONS

VIII- RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude, nous pouvons formuler ces quelques recommandations :

1- A l' endroit de la communauté :

- Promouvoir la communication au sein du couple.
- Encourager les échanges sur la contraception dans les couples

2- A l' endroit du personnel de santé :

- Renforcer la communication pour un changement de comportement (CCC) ciblé en faveur des groupes d'hommes influents.
- Offrir l'ensemble des méthodes contraceptives en expliquant leur importance et leur inconvénient.

REFERENCES

IX- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1-Mamuel de référence de santé de la reproduction.

Des jeunes adultes à l'intention des prestataires de service, Mali, USAID/John Snow Inc. /PDY, 2000

2-Sango. S.

Contribution à l'étude de la planification familiale dans la commune IV du district de Bamako. Thèse Médecine, Bamako 1996, N°32.

3-Boubacar M.

Etude épidémiologique-clinique du planning familial : Enquête auprès de 206 utilisateurs au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako d'Avril à Juin 2003. Thèse médecine, Bamako 2003, n° 183.

4-Dembélé M ; Kébé M ; Coulibaly L ; et coll.

Planification familiale au Mali EDS I au Mali 1987.

5-Enquete Démographique de la Santé IV (EDS IV) du Mali.

Bamako 2006, p. 2278-82

6-Keita B ; Dolo S ; Gandaho T, et coll.

Guide pour l'Engagement Constructif des Hommes en Santé de la Reproduction 2008 :4-10

7- LAROUSSE MEDICAL 1995

8- Hatcher R., Trussell J., Stewart F., Cates W., Stewart G., Guest et coll.

Contraceptive technology 17e edition New York, Ardent Media Inc. 1998: 297.

9- SERFATY D.

La contraception. Doin editeur, Paris, 1986 : 9- 10.

10- Système Local d'Information Sanitaire Ministère de la Santé

Historique de la sante de la reproduction au Mali, 2001 : 10- 12.

11- KAUNITZ AM., GARCEAU RJ., CROMIE MA.

Comparative safety, efficacy, and cycle control of Lunelle monthly contraceptive injection and Ortho-Novum oral contraceptive. Contraception, 1999, 4(60):179-87.

12- PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE DU MALI.

Lettre Circulaire n°004/MSP-AS/CAB du 25 janvier 1991, relative au libre acces

de toute femme en age de procreer a une methode contraceptive.

13- JEAN CLAUDE L.

Pour une Ethique de la procreation ; Paris, edition du Cerf 1998 ; 2 :31

14- Islam et la planification familiale,

Résume islamique internationale, Rabat(Maroc), décembre 1971 : 43-46

15- HENRI T., GUILLAUME M., PABRICE P.

Gynécologie et Obstétrique, la fécondation ; Manuel Illustre, 7eme Edition 2000: 33 – 35

16- FRANCOEUR D., HANVEY L., MILLER R., PYMAR H. Consensus Canadien sur

la contraception : troisième partie, Avril 2003, 8, N°143.

17- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive use, 2eeditonGeneve, 2001.

18- BLACK A., FLEMING N., PYMAR H., BROWN T., SMITH T.

Consensus Canadien sur la contraception : deuxieme partie, Mars 2004, N° 143.

19- MAIGA OS., POUDIOUGOU B., RONSE I, BOUNDY F ET COLL.

Mali medical ; implication des hommes dans la prise de decision concernant la PF 2007; tome XXII n°4 : 27-30

20- ANDERSSON K., ODLIND V., RYBO G.

Levonorgestrel-releasing and copper-releasing (Nova-T) IUDs during five years of use: a randomized comparative trial *Contraception*, 1994, 49: 56-72.

21- DUNN S., GUILBERT E.

Consensus Canadien sur la contraception, première partie. Février 2004 :143.

22- TRUSSELL J., RODRIGUEZ G., ELLERTSON C.

New estimates of the effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *Contraception*, 1998, 57: 363–9.

23- Family Health International

Les hommes et la santé de la reproduction. *Network* 1998,18:41.

24- FORTIN C.A., GUILBERT E.

Consensus canadien sur la contraception : troisième partie, Avril 2004, 10, No 143.

25- T. ROWE, Consensus canadien sur la contraception : troisième partie, avril 2004, 12 No 143,

26- CHENG CY., MO M., GRIMA J., SASO L., TITA B., MRUK D. et coll.

Indazole carboxylic acids in male contraception, *Contraception*, 2002, 65 : 265

27- BARNEA ER.

Embryo maternal dialogue: from pregnancy recognition to proliferation control *Early Pregnancy*, 2001, 5: 65–66.

28- Toukara M.

Connaissances, attitudes, pratiques des hommes par rapport aux méthodes modernes de contraception dans la commune rurale de Kalabancoro. *These Med.* 2008 No 854

29- Hamidou k.

Connaissances attitudes et pratiques des hommes sur la planification familiale en commune II du district de Bamako. *Thèse Med.* 2014

30- CADIERGUES D.

La connaissance des hommes sur la contraception :
Etude quantitative auprès d'hommes de 15-55 ans, Paris, 2015.

31- Présentation du Mali-France diplomatie.

32-Enqete Démographique et de Santé V (EDS V) du Mali.

Bamako 2012-2013

33- Akpadza K, Tchgafou M, Kambatibe N, et al.

Connaissances, attitudes, et pratiques des hommes des méthodes modernes de contraception dans la région de Kara (Togo).Journal de la SAGO, 2002, Vol. 1, n°1, 31-34

X- ANNEXES

QUESTIONNAIRE D'ENQUETE

Date: _____ N° d'identification

Village/Quartier: _____ Langue de communication :

I Profil socio- culturels- religieux- économiques de l'enquêté :

1. Age : /_____/

2. Ethnie : /_____/

a) Bambara ; b) Malinké ; c)Peuhl ; d) Soninké; e) Sonrhaï ;

f) Dogon g) Tamashek ; h) Senoufo/Miniaka ; i) Bobo ;

j) Maures ; k) Autres ethnies (à préciser)

m) Etranger.

3. Religion ?/_____/

a) Musulmane b) Catholique

c) Protestante d) Animiste e) Autres _____

4. Avez-vous été à l'école ? a. Oui ; b. Non /_____/

5. Si oui, quel type d'école avez-vous fréquenté ?

a) Classique b) Medersa c) Coranique /_____/ d) Autres

6. Si oui quel est votre niveau d'instruction ?

a)1er cycle ; b) 2eme cycle ; c) Secondaire ; d) Supérieur

f) Autres _____ / _____ /

7. Avez-vous été alphabétisé dans une langue locale ? /_____/ a. Oui ; b. Non

8. Quelle est votre profession? /_____/

a) Eleveur ; b) Agriculteur ; c) Agent de sante

d) Artisan ; e) Commerçant ; f) Chauffeur ; g) Elève

h) Etudiant ; i) Sans-emploi ; j) Ouvrier

k) Autre (préciser) _____

9. Etes-vous marié /____/ a) OUI b) NON

10. Quel est votre régime matrimonial ? /____/

a) Monogamie ; b) polygamie ; c) Célibataire

11. Combien d'enfants vivants avez-vous ? Total:/____/ Garçons:/____/

Filles:/____/ imprécis : /____/

12. Quelle est l'intervalle de temps moyen entre vos naissances ? /____/

a) moins 12 mois b) 13 à 24 mois

c) 3 à 4 ans d) 5 à 6 ans e) plus de 6 ans

13. Quel est votre nombre idéal d'enfant ? Total:/____/ Garçons:/____/

Filles:/____/

II. Niveau de connaissance des hommes de la commune IV sur la planification

Familiale

1. Avez-vous entendu parler de la planification ? /____/ a) Oui b) Non

2. Si oui, quel est le but ?

a) Espacement des naissances /____/ d) Limitation des naissances /____/

b) lutte contre les IST c) Arrêt de la procréation /____/ e) Autre :(préciser)

3. Si oui quelles sont les méthodes que vous connaissez ?

a) Pilule /____/ f) DIU (stérilet,) /____/

b) Injectables /____/ g) Implant /____/

c) Diaphragme /____/ h) Spermicides /____/

d) Condom (préservatif) /____/ i) Stérilisation féminine /____/

e) Stérilisation masculine /____/ j) méthodes traditionnelles /_____/ k) Ne

sait pas /_____/

3. Quel (s) est ou sont votre source d'information sur la P F ?

a) La Radio : Oui /_____/ Non /_____/

b) La Télévision : Oui /_____/ Non /_____/

- c) agent de sante : Oui / _____ / Non / _____ /
- d) L'internet : Oui / _____ / Non / _____ /
- e) Les journaux Oui / _____ / Non / _____ /
- f) l'école par les enseignants Oui / _____ / Non / _____ /
- g) lieu de culte Oui / _____ / Non / _____ /
- h) les amis Oui / _____ / Non / _____ /
- i) les voisins Oui / _____ / Non / _____ /
- j) les femmes Oui / _____ / Non / _____ /
- k) Autres.....

III. Attitudes des hommes vis-à-vis de la planification familiale

1. Etes-vous pour la pratique de la planification familiale ? /____/ a) Oui ;

b) Non

2. Si oui pourquoi

3. Si non pourquoi

4. Avez-vous déjà discuté de ce sujet avec votre femme ?

/____/ a) Oui b) Non

5. Avez-vous déjà accompagné votre femme au centre de santé pour la planification familiale ?

a) Oui ; b) Non /____/

6. Si non pourquoi

7. Avez –vous participe au choix de la méthode ? /____/ a) Oui

b) Non

8. Selon vous, normalement qui devrait prendre la décision en matière de Planification familiale dans le couple ?

a) L'homme ; b) La femme ; c) Les deux /____/

9. Pensez-vous qu'il soit souhaitable qu'un homme participe à la décision de Pratiquer la planification familiale dans le couple ? /____/ a) Oui ;

b) Non ; c) Ne sait pas

10. Si oui pourquoi

11. Si non pourquoi ?

12. Êtes-vous favorable à la promotion de l'implication des hommes dans la P.F ?

a) Oui ; b) Non ; c= Indifférent /___/

13. Si oui pourquoi ?.....

14. SI non pourquoi ?

**15. Que proposez-vous pour promouvoir l'implication des hommes dans la planification familiale ? -----
-----**

IV. Pratique de la contraception par les hommes

1. Avez-vous déjà utilisé ou utilisez-vous actuellement un moyen de Contraception avec Votre partenaire ? /___/ a) Oui ;) b) Non

2. Si Oui, pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles)

a) Sante de la mère /___/ b) Sante des enfants /___/

c) Raisons économiques /___/ d) Protection contre les IST /___/

e) A assez d'enfants /___/ f) Autre _____ (préciser)

3. Si Oui, quel(s) moyen(s) avez-vous utilisé ?

a) préservatif masculin (capote) /___/ b) Stérilisation masculine /___/

c) Stérilisation féminine /___/ d) Pilule /___/

e) DIU /___/ f) Implant /___/

g) Spermicide /___/ h) injectables /___/

i) Diaphragme /___/ j) Méthode naturelle /___/

k) Méthode traditionnelle /___/ l) Autres **4.**

Si oui ouest-ce que vous vous procurez de ces méthodes contraceptives ?

a) C.S. Com /___/ b) Pharmacie /___/

c) Hôpital /___/ d) Csref /___/

e) Clinique privée /___/ f) AMPPF /___/

9. Si vous ou votre femme avez déjà utilisé un moyen de contraception qui en a pris la décision ? /_____/ a) Moi ; b)

Ma femme

c) Décision commune d= Autres_____

10. Qui a pris en charge les frais de P.F /_____/ a) Moi ; b) Ma femme ; c) Les deux ; d) Autres_____

11. Qui décide (ou va décider) de l'arrêt de la prise de contraceptif ? /_____/
a) Moi ; b) Ma femme c) Les deux ; d)

Autres_____

12. Si votre femme décidait de pratiquer la planification familiale, quelle serait votre réaction ? /_____/

a) Approuve ; b) Désapprouve ; c) Indiffèrent

13. Connaissez-vous qu'il existe un règlement autorisant la femme à se Planifier sans le consentement de son conjoint ?

a) Oui /_____/ b) Non /_____/

14. Approuvez-vous ce règlement ? a) Oui /_____/ b) Non /_____/

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : DIARRA

Prénom : MODIBO

Titre de la Thèse : Connaissances Attitudes et Pratiques des hommes par rapport à la planification familiale en commune IV du district de Bamako.

Année Académique : 2019 - 2020

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de Dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie et Faculté de Pharmacie

Secteur d'intérêt : Santé Publique, Gynéco-Obstétrique

Résumé :

Notre étude s'est déroulée en commune IV du district de Bamako du 1^{er} Mai au 1^{er} Aout 2019, c'était une étude transversale et descriptive.

L'objectif consistait à évaluer le niveau des connaissances, attitudes et pratiques des hommes sur la planification familiale en commune IV du district de Bamako en 2019.

La tranche d'âge de **28 à 37 ans** était la plus représentée avec **36,01%** et un âge moyen de **39,5 ans**.

Les musulmans étaient majoritairement représentés avec **86,6%**.

La totalité des hommes soit **100%** ont déclaré avoir entendu parler de la planification familiale, **83,5%** ont manifestés un avis favorable à la pratique de la planification familiale, **72,8%** avaient déjà utilisé un moyen de planification

familiale dont le préservatif dans **37,4%**. Contrairement à l'âge et la religion, il existe un significatif entre le régime matrimoniale et l'implication des hommes dans la pratique de la planification familiale.

La majorité des hommes soit **81%** ne connaissaient pas la loi N° 02-044 relative à la santé de la reproduction adoptée le 24 juin 2002, et **65,2%** désapprouvent cette loi.

Mots clés : Connaissances, Attitudes, Pratiques, Hommes, Planification familiale.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure.