

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de  
la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

\*\*\*\*\*

Un Peuple-Un But-Une Foi



**U.S.T.T-B**

Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako  
*Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie*



**FMOS**

Année universitaire 2022-2023

Thèse N° :..... /

**Thème**

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

Présenté et Soutenu publiquement le 31/ 07/2023 devant le jury de la Faculté de Médecine  
et d'Odontostomatologie

Par :

**M. Seydou DOUMBIA**

**Pour l'obtention du Grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)**

**JURY**

**Président :** Mr. Boubacar MAIGA, Professeur

**Membres :** Mme. Lalla Fatouma TRAORE, Maître-assistante

**Co-Directrice :** Mme. Niélé Hawa DIARRA, Assistante

**Directeur :** Mr. Kassoum KAYENTAO, Directeur de recherche

## **DEDICACES**

### **A ALLAH**

Louange à Allah Seigneur des mondes, maître du jour de la rétribution....

*Al Hamdu Lilah, Al Hamdu Lilah, Al Hamdu Lilah ...* Lequel donc des bienfaits de votre Seigneur nierez-vous ? **S55.V13**

Cette aventure m'a permis d'augmenter en foi et de me rapprocher de mon Seigneur.

Je suis satisfaite de toi comme Seigneur, satisfaite de l'islam comme religion satisfaite du Prophète Muhammad (SAW) comme Prophète et messenger.

Par ta grâce j'ai pu terminer ce travail, par ta grâce je serais un médecin en acte.

### **Feue Doussouba COULIBALY,**

Reçois ici chère grande mère mes sincères remerciements infinis pour tout ce que tu as pu faire pour moi. Tu as su cultiver en moi le courage, la patience et le bon témoignage durant tout mon cycle primaire. Si je suis arrivé jusqu'ici, c'est grâce à tes immenses valeurs humaines. Qu'Allah t'accueille dans Son Immense Paradis.

### **A mon père DOUMBIA Mahamadou,**

Tes conseils incessants ont forgé la personne que je suis aujourd'hui. Les attentions que tu as portées sur notre éducation n'ont pas été vaines. En est une occasion, ce modeste travail, pour te gratifier tous les sacrifices et souffrances que tu as fait pour tes enfants. Encore merci père, que le bon Dieu puisse te garder encore très longtemps près de nous. Merci

**A mes mères : SAMAKE Mariam, DOUMBIA Sanata, Aminata KONE,**

Les mots m'ont toujours manqué pour vous signifier mes sentiments ; même si je les trouve, ils ne suffiront jamais pour vous dire combien je suis fier d'être votre fils. Vous resterez pour nous des mères exemplaires, très courageuses et très sociables. Ce travail est le fruit de tant d'années de dur labeur ; puisse-t-il, non seulement vous apporter réconfort et fierté mais aussi le témoin de mon profond amour. Merci pour vos prières et bénédictions. Je prie ardemment Le Tout Puissant pour qu'Il vous garde le plus longtemps possible auprès de nous.

**A mes frères et à mes sœurs**

Votre soutien et la chaleur de la vie familiale ne m'ont pas fait défaut tout au long de mes études. Ce travail vous revient pour renforcer les liens de parenté. Qu'Allah nous aide tous à réaliser nos rêves !

## **REMERCIEMENTS**

La réalisation de cette thèse a été possible grâce aux concours de plusieurs personnes à qui je voudrais témoigner toute ma reconnaissance. Je tiens à remercier tous mes professeurs, pour le partage de leur expérience, leur savoir et leur conseil.

### **A mes oncles et tantes**

Merci pour votre soutien, vos inquiétudes à mon égard.

### **A mes cousins et à mes cousines**

Je me garde de citer vos noms au risque de ne pas oublier, recevez ici toute ma reconnaissance et ma profonde gratitude.

### **A mes neveux et nièces**

Je me garde de citer vos noms au risque de ne pas oublier. Soyez rassurés de mon amour.

### **A famille DOUMBIA à Bamako**

Vos différents soins m'ont marqué. Recevez le fruit de votre tendresse.

### **A Bakary DOUMBIA et famille**

Cher tonton, merci à toi et à toute ta famille de m'avoir supporté, d'avoir été toujours là pour moi. Qu'ALLAH vous comble et vous accorde le meilleur, ce que vous désirez de plus chère.

**A mes aînés : Dr DIARRA Zoumana, Dr BARY Nouhoum, Dr GUINDO Moumouni, Dr DIARRA Fousseyni, Dr SAMAKE Soumaïla, Dr TRAORE Sibiri, Dr KAMATE Kadiatou**

Merci pour vos encouragements et pour vos conseils indéfectibles.

**A mes amis : Moussa Traoré, Bréhima Djibo, Moussa Doumbia, Badra Sadia Traoré, Soungalo Doumbia, Amadou Konaté, Alpha Coulibaly, Cheick Hamala Sow, Sidy Coulibaly, Yaya Samaké, Adama Sékou Dembélé, Assitan N Ballo, Fatoumata Doumbia, Oumou Traoré, Sirantou Diarra**

Merci pour l'affection portée à ma personne. Qu'ALLAH facilite vos parcours respectifs

**Au personnel du CSRef de la Commune III**

Merci pour votre accueil chaleureux et votre contribution à la réalisation de ce travail.

**A mes collègues internes du service de gynéco-obstétrique du CSRef CIII**

Merci pour ces moments de partage. Puissions-nous rester solidaires !

**A toute la treizième promotion du numerus clausus FMOS/Bamako**

Merci pour ces temps passés ensemble. Ces 7 années, ont été pour moi une joie. Que Dieu fasse de nous de très bons médecins pour nos parents et pour nos différentes nations. Bonne continuation !

**A tous mes maîtres du premier cycle jusqu'à l'Université**

Merci pour l'enseignement reçu. Puisse le bon Dieu vous combler de Ses innombrables bienfaits.

**J'adresse une pensée intime de prompt rétablissement à tous les malades à quelques points du globe terrestre où ils se trouvent.**

*Enfin, merci à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin pour la réalisation de ce travail dont je n'ai pas pu citer les noms. Qu'Allah vous préserve !*

## HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

### A notre Maître et Président du Jury

#### Professeur Boubacar MAIGA

- ❖ Professeur titulaire en Immunologie
- ❖ Titulaire d'un PhD en immunologie
- ❖ Médecin chercheur au centre de recherche et de formation sur le paludisme (MRTC) de la faculté de médecine et d'odontologie (FMOS)
- ❖ Modérateur de PROMED-Francophone pour les maladies infectieuses

#### Honorable Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Votre abord facile, votre esprit de critique et votre rigueur scientifique font de vous un maître respecté et admiré. Veuillez agréer cher maître, l'expression de notre profonde gratitude et de notre attachement indéfectible.

## **A notre Maître et Juge**

### **Dr Lalla Fatouma TRAORE**

- ❖ Maître-assistante à la FMOS ;
- ❖ Chargée de recherche au DERSP/FMOS ;
- ❖ Ancienne chargée de l'organisation et de gestion financière des hôpitaux à l'agence nationale d'évaluation des hôpitaux

### **Chère Maître,**

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger dans ce jury malgré vos multiples occupations, nous honore et témoigne de toute l'attention que vous nous portez. Votre humanisme, votre intégrité, votre rigueur dans le travail bien fait, votre contact facile est autant de qualités irréfutables qui font de vous un maître respecté et admiré. Chère maître, soyez rassurée de notre profonde reconnaissance.

## **A notre Maître et Co-directrice de thèse**

### **Docteur Niélé Hawa DIARRA**

- ❖ Médecin santé publique/ santé de la reproduction au DERSP/FMOS,
- ❖ Senior manager recherche à international rescue committee,
- ❖ Candidate PhD en nutrition

### **Chère Maître,**

Avec indulgence et gentillesse vous avez accepté de codiriger ce modeste travail. Vous nous faites un grand honneur. Vos qualités intellectuelles, votre rigueur dans le travail, votre disponibilité et votre dynamisme font de vous un maître admirable.

Veillez accepter, chère maitre, l'expression de notre grande estime et de notre gratitude.

## **A notre Maître et Directeur de thèse**

### **Professeur Kassoum KAYENTAO**

- ❖ MD, MSC, PhD en épidémiologie
- ❖ Directeur de recherche
- ❖ Titulaire d'un Master en Santé Publique, spécialité Biostatistique
- ❖ Co-responsable de l'unité paludisme et grossesse
- ❖ Enseignant chercheur au MRTC

**Cher maître,**

Permettez-nous de vous adresser nos sincères remerciements pour l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations. Votre modestie, votre dynamisme, votre gout pour le travail bien fait, votre rigueur scientifique et votre ardent désir à transmettre vos connaissances aux autres font de vous un modèle pour beaucoup d'entre nous. Veuillez trouver dans ce travail cher maître l'expression de notre profonde admiration et reconnaissance.

## LISTE DES ABREVIATIONS

<b>AMPPF</b>	: Association malienne pour la protection et la promotion de la Famille.
<b>AMPR</b>	: Acétate de medroxy-progesterone retard
<b>CCC</b>	: Contraception chirurgicale volontaire
<b>CCV</b>	: Contraception chirurgicale volontaire
<b>COC</b>	: Contraceptif oral combine
<b>COU</b>	: Contraception orale d'urgence
<b>CSCOM</b>	: Centre de Sante Communautaire
<b>CSRef</b>	: Centre de sante de référence
<b>EDS</b>	: Enquête démographique et de sante
<b>DIU</b>	: Dispositif intra utérin
<b>DNSI</b>	: Direction nationale de la statistique et l'informatique
<b>DSF</b>	: Division santé familiale
<b>HCG</b>	: Hormone chorionique gonadotrope humaine
<b>HTA</b>	: Hypertension artérielle
<b>IEC</b>	: Information, éducation et communication
<b>IST</b>	: Infection sexuellement transmissible
<b>IVG</b>	: Interruption volontaire de la grossesse
<b>Km<sup>2</sup></b>	: Kilomètre carré
<b>MAMA</b>	: Méthode d'allaitement maternel et d'aménorrhée
<b>MST</b>	: Maladie sexuellement transmissible
<b>OMS</b>	: Organisation mondiale de la sante
<b>ONG</b>	: Organisme non gouvernemental
<b>PF</b>	: Planification familiale
<b>PMI</b>	: Protection maternelle et infantile
<b>PFN</b>	: 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 états unis pour le développement international
- VIH** : Virus de l’immunodéficience humaine

## LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Carte de la commune III .....	30
Figure 2 : Répartition des enquêtés selon la religion .....	37

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des enquêtés selon la tranche d'âge .....	36
Tableau II : Répartition des enquêtés selon l'ethnie .....	36
Tableau III : Répartition des enquêtés selon la scolarisation .....	37
Tableau IV : Répartition des enquêtés selon le type d'école .....	39
Tableau V : Répartition des enquêtés selon le niveau d'instruction .....	39
Tableau VI : Répartition des enquêtés selon la profession .....	39
Tableau VII : Répartition des enquêtés selon le régime matrimonial .....	40
Tableau VIII : Répartition des enquêtés selon le nombre d'enfants vivants.....	40
Tableau IX : Répartition des enquêtés selon la profession .....	41
Tableau X : Répartition des enquêtés selon la connaissance sur PF .....	41
Tableau XI : Répartition des enquêtés selon but de la PF .....	42
Tableau XII : Répartition des enquêtés selon les méthodes de la PF .....	42
Tableau XIII : Répartition des enquêtés selon les sources d'informations sur PF .....	43
Tableau XIV : Répartition des enquêtés selon qu'il soit favorable pour la planification familiale.....	43
Tableau XV : Répartition des enquêtés selon la raison qui les rend favorable à la PF.....	44
Tableau XVI : Répartition des enquêtés selon la raison les rendant non favorable à la PF .....	44
Tableau XVII : Répartition des enquêtés selon qu'ils aient discutés de la PF avec leurs partenaires.....	45
Tableau XVIII : Répartition des enquêtés selon qu'ils aient accompagnés leurs partenaires au centre de santé pour la planification familiale.....	45
Tableau XIX : Répartition des enquêtés selon qu'ils aient participés au choix de leurs méthode de la planification familiale .....	46

Tableau XX : Répartition des enquêtés selon leurs avis concernant la personne qui doit prendre la décision en matière de planification familiale dans le couple ....	46
Tableau XXI : Répartition des enquêtés selon leurs avis sur le fait qu'il soit souhaitable qu'un homme participe à la décision de pratiquer la planification familiale dans le couple.....	47
Tableau XXII : Répartition des enquêtés selon leur position concernant la promotion de l'implication de l'homme dans la planification familiale.....	47
Tableau XXIII : Relation entre la religion et la position des enquêtés concernant la pratique de la planification familiale.....	48
Tableau XXIV : Relation entre le niveau d'instruction et la position des enquêtés concernant la pratique de la planification familiale. ....	48
Tableau XXV : Répartition des enquêtés selon qu'ils aient utilisés ou qu'ils utilisent actuellement un moyen de planification familial .....	49
Tableau XXVI : Répartition des enquêtés selon leurs raisons d'utilisation de la planification familiale.....	49
Tableau XXVII : Répartition des enquêtés selon le moyen de planification utilisé par eux et/ou par leurs femmes .....	50
Tableau XXVIII : Répartition des enquêtés selon leur lieu d'approvisionnement .....	50
Tableau XXIX : Répartition des enquêtés selon leurs avis sur les raisons d'opposition des hommes à la PF.....	51
Tableau XXX : Répartition des enquêtés selon leur réaction devant la pratique de la planification par leurs femmes .....	51
Tableau XXXI : Répartition des enquêtés 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 .....	52

Tableau XXXII : Répartition des enquêtés 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..... 52

## SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
OBJECTIFS.....	4
I. GENERALITES.....	5
1.1. Rappel sur la planification familiale.....	5
1.2. Méthodes de contraception.....	10
1.3. Aspect religieux.....	26
II. METHODOLOGIE.....	28
2.1. Cadre d'étude.....	28
2.2. Type et période d'étude.....	32
2.3. Population d'étude.....	32
2.4. Les variables de l'étude :.....	34
2.5. Support de collecte des données.....	34
2.6. Saisie et analyses des données.....	34
2.7. Considérations éthiques.....	35
III. RESULTATS.....	36
3.1. Résultats qualitatifs.....	36
3.2. Résultats qualitatifs.....	53
IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	58
4.1. Méthodologie et limites d'étude.....	58
4.2. Profil socio-culturels, religieux, et économiques.....	58
4.3. Connaissances des hommes sur la planification familiale.....	59
4.4. Attitudes des hommes par rapport à la planification familiale :.....	60

4.5. Utilisation des moyens de PF par les hommes .....	61
V. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	63
5.1. CONCLUSION.....	63
5.2. RECOMMANDATIONS .....	64
REFERENCES .....	65
ANNEXES .....	65

## INTRODUCTION

Les risques d'une grossesse, surtout chez une jeune femme sont nombreux : prématurité, insuffisance pondérale, hémorragie (saignement), infection, éclampsie, et les obstructions du travail[1].

Selon l'OMS, environ 830 femmes meurent chaque jour dans le monde du fait des complications liées à la grossesse ou à l'accouchement. Également 26 à 53 millions d'avortements sont pratiqués chaque année dans le monde entier, ces avortements à risque sont effectués par un personnel non qualifié et dans de mauvaises conditions d'hygiène [2].

Les grossesses multiples et rapprochées, ou encore non désirées ont également des répercussions graves sur la santé et le bien-être des enfants.

En 2016 ; 2,6 millions d'enfants dans le monde sont morts durant leurs premiers mois de vie [3]. Cette situation attire de plus en plus l'attention des pouvoirs publics.

Lors de la Conférence du Caire en 1994 et celle de Beijing en 1995, les États ont adopté des déclarations précisant que les hommes et les femmes de tous âges avaient « le droit de décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances, de disposer des informations nécessaires pour ce faire et du droit de tous à accéder à une meilleure santé en matière de sexualité et de reproduction » [1].

Depuis cette déclaration, la planification familiale figure parmi les priorités de santé mondiale.

De nos jours, la planification familiale constitue l'une des méthodes modernes pour prévenir les maladies sexuellement transmissibles. Elle contribue ainsi à réduire les grossesses rapprochées et non désirées, les avortements provoqués qui menacent dangereusement la santé de la femme [1].

À travers les efforts fournis par les gouvernements et les organismes internationaux, l'utilisation des services de PF a augmenté au niveau mondial passant de 54% à 57,4%. Entre 1990 et 2010, l'Afrique a réduit la mortalité maternelle de 41%. Au cours de la même période, elle a aussi réduit la mortalité des moins de cinq ans de 33%. Malgré les progrès accomplis, 57% de tous les décès maternels surviennent sur le continent, ce qui fait de l'Afrique la région du monde où le ratio de mortalité maternelle est le plus élevé. Les taux de mortalité maternelle varient de pays à pays. Alors qu'une femme sur 4700 court le risque de mourir des complications liées à la grossesse dans le monde industrialisé, une femme africaine sur 39 court ce même risque [4].

Au Mali depuis les deux dernières décennies, les données des enquêtes démographiques et de santé du Mali (EDSM) attestent que l'utilisation des méthodes modernes de PF par les femmes en union n'a évolué que lentement, passant de 6% en 2001 à 17% en 2018. Cette faible utilisation des services de PF par les femmes les expose à de nombreux problèmes liés à la grossesse et à l'accouchement. Le rapport de mortalité maternelle est à 325 décès maternels pour 100000 naissances vivantes au cours des sept dernières années selon EDSM VI[5]. Tous ceux-ci mettent clairement en évidence l'impact que le faible taux d'utilisation des services de planification familiale a sur la santé et le bien être des femmes dans le monde en générale et plus particulièrement dans les pays d'Afrique. Et le Mali figure parmi les pays d'Afrique les plus touchés par ce problème. Cette situation pourrait s'expliquer par le manque d'informations fiables en matière de PF. En effet plus de neuf femmes sur dix (93 %) et plus de neuf hommes sur dix (96 %) ont déjà entendu parler d'une méthode contraceptive[5]. Dans l'ensemble, 16 % des femmes utilisaient au moins une méthode contraceptive au moment de l'enquête dont 15 % une méthode moderne

et 1 % une méthode traditionnelle [5]. Cette prévalence de la contraception est de 17 % chez les femmes actuellement en union et de 36 % parmi celles qui ne sont pas en union mais qui sont sexuellement actives[5]. Les méthodes contraceptives les plus utilisées sont les implants (24 % des femmes non en union, sexuellement active et 7 % chez les femmes en union) et les injectables (8 % des femmes non en union, sexuellement active et 6 % des femmes en union) [5]. Parmi les femmes en union qui utilisent actuellement la contraception, la décision d'utilisation est prise, dans 38 % des cas par la femme et le mari/partenaire ensemble. Dans 38 % des cas, c'est principalement la femme qui a pris la décision et dans 23 % des cas, c'est le mari/partenaire. Ainsi, la femme est impliquée dans ce type de décision dans 76 % des cas. Parmi les femmes en union qui n'utilisent pas actuellement la contraception, on constate que la décision de ne pas utiliser est une décision conjointe dans 14 % des cas. Dans 49 % des cas, la décision est prise par la femme et dans 33 % des cas par le mari/partenaire[5].

Vu les avantages de la planification familiale et le rôle que jouent l'hommes dans la prise de décision sur la planification de leurs femmes, nous avons jugé nécessaire d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques des hommes par rapport à la planification familiale en commune III du district de Bamako, de recenser les insuffisances et de les corriger à partir des informations afin d'améliorer la qualité des services.

## **OBJECTIFS**

### **❖ Objectif général**

- ✓ Évaluer les connaissances, attitudes et pratiques des hommes sur la planification familiale en commune III du district de Bamako.

### **❖ Objectifs spécifiques**

- ✓ Déterminer le niveau de connaissance des hommes sur la planification familiale dans la commune III du district de Bamako.
- ✓ Déterminer la fréquence des hommes non favorables à la pratique de la planification familiale dans la commune III du district de Bamako.
- ✓ Énumérer les raisons du refus des hommes concernant la planification familiale dans la commune III du district de Bamako.

## **I. GENERALITES**

### **1.1. Rappel sur la planification familiale**

#### **1.1.1. Définition de la planification familiale [2]**

Selon l’OMS la planification familiale est l’ensemble des mesures et méthodes que les hommes et les femmes prennent ou utilisent pour éviter des grossesses non désirées et organiser la venue des enfants quand ils le désirent.

Elle permet d’avoir des enfants au moment où ils le décident ; d’avoir juste le nombre d’enfant qu’ils désirent et dont ils peuvent prendre soins ; d’espacer convenablement la naissance de leurs enfants.

#### **1.1.2. La PF comporte diverses activités qui sont [6]**

- L’information et le conseil en matière de santé de la famille ;
- L’éducation sexuelle et familiale ;
- La prévention et le traitement de la stérilité conjugale ;
- La consultation prénuptiale ;
- La contraception ;
- La lutte contre le VIH/SIDA ;
- La formation, la supervision et l’évaluation du personnel ;
- La recherche.

De nos jours le concept de la planification familiale se couple en celui de la santé de reproduction (SR). Selon la définition adoptée à la conférence internationale sur la population et le développement en 1994 au Caire, la SR est 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 seulement l’absence de maladie ou d’infirmité ».

Les dispensateurs de planning familial peuvent être fiers de leur travail, parce que le planning familial aide tout le monde ; en particulier :

#### **1.1.1.1. Les femmes**

Le planning familial permet à la femme de se protéger contre les grossesses non souhaitées. Depuis les années 1960, les programmes de planning familial ont aidé les femmes du monde entier à éviter 400 millions de grossesses non souhaitées et de nombreux dangers de grossesses à haut risques ou d'avortement pratiqués dans les mauvaises conditions.

Si toutes les femmes pouvaient éviter les grossesses à hauts risques, le nombre de mortalités maternelles pourrait diminuer d'un quart. En outre beaucoup de méthodes hormonales aident à empêcher certains cancers et les préservatifs aident à empêcher les maladies sexuellement transmissibles dont le VIH-SIDA [7].

La planification familiale permet aussi à l'organisme de la femme de se reposer, de récupérer et de mieux supporter les aléas de la nature qui sont, la maladie, le stress et les efforts physiques [8].

La planification familiale permet à la femme de limiter les abandons d'enfants et les cas d'infanticides. La planification familiale contribue à la disponibilité de la mère pour son enfant, son mari, pour toute la famille et pour elle-même[8].

#### **1.1.1.2. L'enfant**

Le planning familial sauve les vies des enfants en aidant les femmes à espacer les naissances.

Entre 13 et 15 millions d'enfants âgés de moins de 5 ans meurent chaque année, si tous les enfants naissent à intervalle d'au moins 2 ans 3 à 4 millions de ces morts croient évitées [7].

La planification familiale permet à l'enfant de prendre le sein plus longtemps et de bénéficier de l'affection maternelle.

Tous ceux-ci contribueront au développement immunitaire de l'enfant pour faire face aux infections respiratoires, aux diarrhées et autres maladies infectieuses et virales [9].

### **1.1.1.3. Les hommes**

Le planning familial aide les hommes et les femmes à prendre soin de leur famille. Dans le monde entier, les hommes disent que la planification familiale aide à leur assurer une meilleure existence [8].

### **1.1.1.4. La famille**

La planification familiale améliore le bien être familiale. Les couples qui ont moins d'enfants sont mieux en mesure de leur donner suffisamment de nourriture et de vêtement, de leur assurer un logement et de les scolariser[7].

### **1.1.1.5. La nation**

La planification familiale aide la nation à se développer dans les pays où les femmes ont beaucoup moins d'enfants que leur propre mère, la population voit s'améliorer sa situation économique plus rapidement qu'ailleurs [10].

## **1.1.2. La contraception**

### **1.1.2.1. Définition**

Est l'emploi de moyens visant à empêcher qu'un rapport sexuel entraîne une grossesse. Elle est définie par l'organisation mondiale de la santé comme étant « l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter» [11].

### **1.1.2.2. Utilisation de la contraception**

Parmi les femmes âgées de 15-49 ans, 15 % utilisaient une méthode contraceptive moderne au moment de l'enquête. Cette prévalence est de 16 % chez les femmes actuellement en union contre 35 % chez les femmes non en union sexuellement actives au Mali[5].

### **1.1.2.3. Histoire de la planification familiale**

#### **a. Dans le monde**

La question du planning familial n'est pas une pratique récente. Elle existait dans le monde bien fort longtemps, mais n'était pas connu de tous. Sa valorisation remonte aux années 1974 où l'accent particulier a été mis sur les actions en faveur des femmes.

Dans la genèse du planning familiale, on retient que c'est le fruit de plusieurs conférences et rencontres à travers le monde. Parmi ces différentes rencontres, Mexico en 1975 avait abouti à la proclamation de l'année internationale de la femme ; c'est surtout la réunion tenue à ALMAATA (URSS) en septembre 1978 qui peut être considérée comme le point de départ de toutes les autres actions futures en l'honneur des femmes. Elle aboutit à partir des années 1980 à la multiplication des rencontres dans différents pays du monde. Ces rencontres pour la plupart étaient basées sur la santé de la femme et de la famille ; beaucoup d'associations de planning familial qui existaient déjà à travers le monde étaient affiliées à des ONG et à la fédération internationale pour la planification familiale. À travers ces différents regroupements et associations de femmes à travers le monde, la planification familiale se diffusa pour être accessible à toutes les femmes. C'est dans ce sens que l'organisation mondiale de la santé a eu la ferme volonté de promouvoir la planification familiale en mettant à disposition une gamme variée de produits contraceptifs tout en veillant sur leur qualité [7].

#### **b. En Afrique**

Les réalités démographiques, économiques et socioculturelles diffèrent selon les continents, cela s'explique par le fait que la planification familiale soit bien connue ou peu connue selon les continents. C'est ainsi qu'un continent comme l'Afrique, malgré les exigences de ses caractéristiques sociodémographiques va s'introduire.

C'est ainsi qu'à travers tout le continent seront organisées des rencontres ; une des plus importantes réunions au Mali(Bamako) avait regroupé presque tous les responsables de la santé du continent.

Après une série de rencontre basée sur la femme et l'enfant et la réunion de l'IB (initiative de Bamako), la question du planning familial commença à se dessiner à travers le continent, ces rencontres témoignaient de l'intérêt que les leaders africains portaient sur le planning familial. Ainsi dans les années 80, les associations pour la planification familiale étaient encouragées, et dans les années 90 ont été celles de symposium sur la santé de la reproduction, la santé génésique, la santé sexuelle des individus, des couples et des familles [7].

### **c. Au Mali**

Comme tout pays soucieux de son développement, le Mali n'est pas resté en marge de la politique de la planification familiale. C'est ainsi que très tôt les autorités avaient adopté une attitude encourageant l'initiative. En témoignant de cette attitude, une délégation malienne avait pris part à un séminaire sur la planification familiale en 1971 au Canada (Montréal).

Vu l'importance et les bienfaits, le Mali avait seulement signé un accord avec des organisations mais aussi avait soumis pour un projet d'assistance en planification familiale pour 4 ans lors de la déclaration de Bucarest (Roumanie) en 1974. Après la création de l'association malienne pour la protection et la promotion de la femme (AMPPF) le 7 Juin 1971, un centre pilote fut créé à Bamako par cette association et visait à espacer les naissances. Au tout début, la pratique n'était pas libre mais conditionnée à une autorisation du mari pour les femmes et des parents pour les célibataires.

Après deux séminaires organisés au Mali sur l'éducation sexuelle et le planning familial et en Roumanie sur le droit au planning familial, l'année 1978 voit le Mali

prendre un envol prodigieux en souscrivant à la déclaration d'Alma Ata (URSS) [7].

## **1.2. Méthodes de contraception**

### **1.2.1. Méthodes naturelles**

#### **1.2.1.1. L'abstinence**

Elle est une méthode où l'homme et la femme n'entretiennent aucun rapport sexuel[11].

#### **❖ Les avantages**

Ils sont nombreux :

Dans un premier temps, il n'y a aucune possibilité de grossesse et dans le second temps ne requiert aucune prise de médicaments contraceptifs[12].

#### **❖ Les Inconvénients**

Elle est complexe, délicate et difficile à supporter car elle entraîne très souvent l'infidélité dans certains couples et est source de mésentente dans le foyer [12].

#### **1.2.1.2. La méthode de température**

Vu que la température du corps varie au moment de l'ovulation, qu'elle diminue de 0,5°C avant l'ovulation et augmente de 0,2 à 0,5°C au moment de l'ovulation, la femme doit se montrer méthodique en prenant sa température chaque matin au réveil à la même heure et la noter sur une courbe.

Les variations de températures ainsi observées pendant un cycle sont dépendantes de celles du taux de progestérone durant le cycle.

Elle doit être à l'affût du jour où la température va dépasser 37°C pour savoir qu'elle est dans une période d'ovulation et donc de fécondité. Cette période féconde s'étale sur une durée de trois jours après l'ovulation. Avec cette méthode,

la femme se doit de s'abstenir de tout rapport sexuel du premier au troisième jour après la montée de la température [12].

#### ❖ **Les avantages**

Les avantages sont multiples, non seulement elle ne nécessite pas la prise de médicament et ne coûte pas cher, mais aussi est d'une efficacité dont le taux varie de (94% à 97%) et surtout elle est acceptée par les religions. Elle est aussi réversible pour couronner le tout [12].

#### ❖ **Les inconvénients**

Certains couples l'acceptent mal à cause d'une période d'abstinence plus ou moins longue, difficile à utiliser pour une femme non scolarisée et s'applique difficilement chez une femme qui travaille la nuit. De même si la femme fait de la fièvre pour motif de maladie (infection, etc.) et ne protège pas contre les IST/SIDA [12].

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

Peu abondante avant l'ovulation, cependant elle est très abondante dans le vagin durant la période féconde du cycle menstruel. Elle est filante et gluante pendant la période féconde, la glaire devient peu abondante après l'ovulation, épaisse et collante. Pour la bonne application de cette méthode, la femme se doit de tâter sa glaire chaque matin au réveil et éviter tout rapport sexuel dès qu'elle constate que la glaire est abondante et filante c'est-à-dire qu'elle est gluante et élastique.

Elle peut reprendre les rapports sexuels quand cette glaire redeviendra peu abondante et collante [12].

#### ❖ **Les avantages**

Elle ne sollicite aucun médicament, ne coûte pas cher, permet à la femme de mieux connaître et comprendre le fonctionnement de son corps. Elle n'a point d'effets secondaires indésirables sur la femme et de surcroît est réversible [12].

### ❖ Les inconvénients

Elle a un taux d'échec accru car elle nécessite une longue période d'apprentissage, exige une période d'abstinence plus ou moins longue, ne protège pas contre les IST/SIDA et expose à un risque d'infection [12].

#### 1.2.1.4. 🚦 La sympto-thermique

Elle associe la glaire cervicale et la température [12].

#### 1.2.1.5. 🚦 La méthode des jours fixes ou méthode du collier du cycle

C'est une méthode basique et surtout naturelle qui est basée sur la connaissance du cycle menstruel. Il s'agit d'un collier de perle à différentes couleurs représentant chaque jour du cycle menstruel de la femme qui peut aider la femme à savoir quand elle peut tomber enceinte suite à de rapports sexuels non protégés.

Chacune de ses perles à couleur a une signification qui lui est propre ; les perles blanches marquent les jours où la femme peut tomber enceinte, les perles marronnes marquent les jours où il est peu probable de tomber enceinte durant les jours de règles et quant au cylindre noir avec une flèche, il indique dans quel sens il faut déplacer l'anneau. Cette méthode est plus appréciée par les femmes qui privilégient une méthode naturelle et efficace de planification familiale ainsi que celles qui ont des cycles compris entre 26 à 32 jours [12].

Pour une bonne utilisation du collier du cycle, certaines précautions sont à prendre: Dès le premier jour de vos règles, mettre l'anneau sur la perle rouge et marquer le premier jour de vos règles sur votre calendrier. Il est primordial de connaître ce jour au cas où on oubliera de déplacer l'anneau. Chaque matin, déplacer l'anneau dans la direction de la flèche sur le cylindre d'une perle à l'autre

et ce, même les jours où vous avez les règles. Le jour où les règles viennent, mettre de nouveau l'anneau sur la perle rouge. Au cas où il reste des perles marronnes, quand l'anneau est sur une perle blanche, vous pouvez tomber enceinte à la suite de rapports sexuels non protégés.

#### ❖ **Les avantages**

C'est une méthode simple facile à enseigner, à utiliser, efficace à 95% (quand elle est utilisée correctement) elle réduit de manière considérable la probabilité d'une grossesse non désirée, faible cout, elle fait participer les deux partenaires en offrant les possibilités d'améliorer la communication au sein du couple [12].

#### ❖ **Les inconvénients**

C'est une méthode qui expose aux IST/SIDA, nécessite une abstinence durant les jours de fécondité et requiert (demande) l'utilisation d'une méthode de barrière efficace telle que l'usage du préservatif [12].

#### **1.2.1.6. La méthode d'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)**

C'est une méthode de contraception temporaire pour les mères qui n'ont pas encore eu leur retour de couches, la mère doit pratiquer l'allaitement exclusif jour et nuit, et son bébé doit avoir moins de 6 mois. Cette méthode empêche la libération des ovules des ovaires (ovulation) [12].

#### ❖ **Les avantages**

Elle favorise la pratique de l'allaitement maternel, n'a pas d'effet secondaire et de plus est réversible [12].

#### ❖ **Les inconvénients**

L'allaitement maternel à la demande est une tâche délicate pour certaine mère et n'est valable que 6 mois au moins. L'allaitement maternel exclusif n'est pas

encore accepter par tous car une ovulation peut subvenir à l'insu de la mère qui pourrait tomber enceinte.

Cela ne protège pas contre les IST/SIDA et n'est pas conseillée aux femmes qui présentent une maladie immunodéprimée telles que le VIH, le SIDA, la tuberculose, le cancer, la cardiopathie sévère, etc. [12].

#### **1.2.1.7. Le Retrait (coït interrompu)**

Cette pratique amène l'homme à retirer son pénis du vagin de sa partenaire pour éjaculer à l'extérieur évitant du même coup que le sperme n'entre en contact avec les parties génitales extérieures de la femme. C'est une méthode qui empêche le sperme de pénétrer dans le corps de la femme et donc la fécondation à hauteur de 96% moyennant un usage correct et régulier, 73% dans la pratique courante [12].

#### **1.2.1.8. La méthode Ogino et Knauss**

Elle est largement la plus connue et cependant la moins efficace. Elle est basée sur le calcul de la période fertile (ovulation), considérant les autres périodes du cycle comme non à risque de grossesse. Le manque de fiabilité de cette méthode est dû à l'imprévisibilité de la date de l'ovulation qui peut être décalé et ce, même si les cycles sont réguliers et de nombreux facteurs peuvent perturber le cycle. Tout rapport sexuel présente un risque de grossesse, quel que soit le jour du cycle [12].

### **1.2.2. Les Méthodes modernes**

#### **1.2.2.1. Préservatif masculin**

Il s'agit d'un capuchon en caoutchouc, très fin et très souple, destiné à être adapté au pénis et servant de contraceptif ou de moyen de protection contre les maladies transmissibles sexuellement [13].

#### **❖ Les avantages**

Très abordable, disponible partout sur le marché, il a peu d'effets secondaires, protège contre les IST/SIDA et convient aux rapports sexuels occasionnels. Aucun besoin d'ordonnance, elle fait de l'homme, un acteur de la planification familiale, efficace immédiatement, elle est utilisable en plus d'autres méthodes [12].

#### ❖ **Les inconvénients**

L'efficacité est liée à notre ferme volonté à écouter, suivre et appliquer les conseils à savoir utiliser un préservatif par rapport sexuel [13].

#### ❖ **Les effets secondaires**

Il faut noter que certaines personnes sont allergiques au latex et donc ne le supporte pas [13].

#### **1.2.2.2. Le Préservatif féminin**

Tout comme le préservatif masculin, le préservatif féminin est un dispositif utilisé lors des rapports sexuels pour empêcher le passage des spermatozoïdes dans le vagin [13].

#### ❖ **Les avantages**

Ses avantages sont multiples :

Le préservatif féminin présente de nombreux avantages :

- Contrôler par la femme,
- Plus confortable pour l'homme, sensation moins atténuée qu'avec le préservatif masculin en latex ;
- Meilleure protection (recouvrant les parties génitales internes et externes) ;
- Plus pratique (insertion possible avant l'acte sexuel) ;
- Plus résistant (résistance du polyuréthane supérieure de 40% à celle du latex);
- Conçu pour empêcher les MST et la grossesse ;
- Prolonge l'intimité, pas nécessaire de le retirer aussitôt après éjaculation ;

- Pas d'effet secondaire apparent, aucune réaction allergique ;
- Efficacité analogue à celle des préservatifs masculins

#### ❖ **Les inconvénients**

Son coup est élevé comparativement à celui du préservatif masculin, ajouté à cela la difficulté d'insertion lors de la première utilisation. Il n'est utilisable qu'une seule fois lors de chaque rapport sexuel et son efficacité dépend de la volonté des partenaires à suivre les instructions.

Les couples sont parfois ennuyés par l'aspect du préservatif féminin du fait de :

- Certaines difficultés liées à son insertion dans le vagin ;
- Il est nécessaire de le tenir au moment de la pénétration ;
- Peut-être bruyant, cela peut dépendre du mouvement du pénis dans le vagin ou de la position adoptée ;
- Son cout relatif élevé ;

Ces points expliquent le succès limité de cette méthode de contraception

#### **1.2.2.3. Les spermicides**

Les spermicides se trouvent sous différentes formes : crèmes, gels, ovules, éponges, comprimés, suppositoires, tampons... Ces substances spermicides neutralisent les spermatozoïdes, les empêchent de continuer leur progression vers l'ovocyte, pour le féconder. Ils doivent être introduits profondément dans le vagin avant un rapport sexuel et est composé de chlorure de benzalkonium [13].

#### ❖ **Les avantages**

Très discret et facilement accessibles, les spermicides peuvent être achetés sans ordonnance et présentent l'avantage de ne pas interférer avec le système hormonal ni la durée du cycle. Ils peuvent également servir de lubrifiants vaginaux lors des rapports [13].

### ❖ Les inconvénients

Il y'a beaucoup d'échecs, le spermicide peut provoquer des lésions sur le pénis ou dans le vagin. Sa présence dans le vagin gêne le rapport sexuel (sensation de brûlure, de picotement, de flottement, inflammation du vagin etc.), ne protège pas contre les IST/SIDA.

Les spermicides sont peu choisis par les femmes, et peu conseillés par les médecins, car ils présentent plus d'inconvénients que d'avantages :

- Ils sont couteux, pas toujours facile à utilisés, peu efficaces seul ;
- Ils doivent être associé à un préservatif, a un diaphragme ou une cape cervicale;
- L'usage de spermicides affecte la spontanéité des rapports sexuels.

#### 1.2.2.4. La Pilule combinée

Elle contient deux hormones à savoir un œstrogène et un progestatif d'où l'expression combinée et a pour but d'empêcher la libération des ovocytes des ovaires (ovulation) [13].

### ❖ Les avantages

La pilule combinée soulage non seulement certaines maladies, mais aussi régularise les cycles irréguliers et surtout n'entraîne pas d'infections génitales chez la femme tout en étant réversible [9].

### ❖ Les inconvénients

La pilule combinée n'est pas efficace comme méthode contraceptive pour chacun;

Elle peut ne pas être efficace si utilisé conjointement avec d'autres médicaments;

Elle doit être prise quotidiennement ce qui peut être problématique ;

Elle ne protège pas contre les IST/SIDA [13].

### ❖ Les effets secondaires

Elle provoque entre-autre des saignements vaginaux, une tension mammaire, des maux de têtes, une aménorrhée, des nausées, des acnés, une prise de poids, une hypo galaxie, des douleurs à la poitrine, une élévation de la tension artérielle, etc. [13].

#### **1.2.2.5. La Pilule progestatif ou pilule minidosée**

Contrairement aux pilules combinées, les pilules progestatives ne contiennent qu'un progestatif de synthèse (le désogestrel ou le lévonorgestrel) et donc pas d'œstrogène. Elle épaissit la glaire cervicale empêchant par la même occasion les spermatozoïdes et l'ovule de se rencontrer et du coup rend impossible l'ovulation [13].

##### **❖ Les avantages**

Prise à la même heure chaque matin, elle est très efficace avec très peu de contre-indications.

Avec très peu d'effets secondaires, elle soigne certaines maladies, n'entraîne pas d'infections génitales chez la femme et est réversible [13].

##### **❖ Les effets secondaires**

Aménorrhée, saignements, prise ou perte de poids [13].

##### **❖ Les inconvénients**

Elle nécessite une surveillance médicale, sa prise est très contraignante (le fait d'avaler un comprimé chaque jour et à la même heure) ; elle ne protège pas contre les IST/SIDA. L'oubli augmente l'échec de la méthode et l'efficacité peut être diminuée par la prise de certains médicaments [13].

##### **❖ Les contre-indications des deux pilules**

Hypercholestérolémie, hypertension artérielle, antécédent d'accident thromboembolique, certains cancers, le tabagisme chez les femmes de plus de 35 ans [13].

#### **1.2.2.6. Les Contraceptifs injectables à progestatifs seuls**

Une injection intramusculaire tous les 2 ou 3 mois, selon le produit. Elle empêche la libération des ovocytes des ovaires (l'ovulation) [13].

#### **1.2.2.7. Les contraceptifs injectables mensuels ou contraceptifs combinés**

Administrés par injection intramusculaire mensuel, ils contiennent un œstrogène et un progestatif. Ils épaississent la glaire cervicale, ce qui empêche les spermatozoïdes et l'ovule de se rencontrer et empêche l'ovulation [13].

#### **❖ Les avantages des deux contraceptifs injectables**

Leur utilisation est discrète, la prise est suffisamment espacée et plus supportable, ils ne provoquent pas d'infection génitale et ne gêne pas la production de lait chez la femme allaitante [13].

#### **❖ Les effets secondaires des deux contraceptifs injectables**

Ils peuvent occasionner une prise de poids, aménorrhée, des saignements vaginaux, nausées, vertiges, vomissement, et, une, tension, artérielle élevée. Les inconvénients Leur utilisation nécessite un personnel qualifié, aussi un suivi médical [13].

#### **❖ Les contre-indications**

L'existence d'une grossesse ou soupçonnée, les cancers du sein, du col, de l'endomètre ou soupçonné des saignements vaginaux inexplicables [13].

#### **1.2.2.8. Les implants (Jadelle, Implanon)**

Ce sont de petits bâtonnets ou capsules souples qui sont placés sous la peau dans la partie supérieure du bras ; ils contiennent uniquement un progestatif. Les

implants épaississent la glaire cervicale ce qui empêche les spermatozoïdes et l'ovule de se rencontrer, et empêche aussi l'ovulation [13].

#### ❖ **Les avantages**

- Les implants préviennent la grossesse pendant un maximum de cinq ans.
- Ils ne sont pas liés aux rapports sexuels
- Ne présente pas de danger pour l'allaitement et le bébé
- Pas de prise quotidienne

#### ❖ **Les effets secondaires**

Saignement, absence de règles (aménorrhée), nausées, vertiges, nervosité, expulsion de capsule, infection du site d'intervention, prise ou perte de poids, tension mammaire [13].

#### ❖ **Les inconvénients**

- Les implants (Jadelle, implanon) ne protègent pas contre l'infection à VIH et d'autres maladies sexuellement transmissibles.
- Ils requièrent une petite incision sur l'avant bras, Incision qui laisse une petite cicatrice
- Ils provoquent chez la plupart des femmes des règles irrégulières et des saignements durent les six premiers mois. Vos règles peuvent ensuite redevenir normales. Il se peut aussi que vous n'ayez pas du tout de règles.
- Un médecin ou un agent de santé qualifié doit insérer et retirer les implants
- Vous devez penser à faire retirer les implants après cinq ans [13].

#### ❖ **Les contre-indications**

##### **1.2.2.9. Le dispositif intra-utérine (DIU) (ou stérilet) au cuivre**

Il s'agit d'une petite armature flexible en plastique, partiellement recouverte d'un fil ou de manchons en cuivre qui est insérée dans l'utérus. Le composant en cuivre endommage les spermatozoïdes et empêche la rencontre avec l'ovule [13].

### **1.2.2.10. Le dispositif intra-utérin (DIU) au lévonorgestrel**

Il s'agit d'un moyen de contraception qui se place dans l'utérus (par un professionnel de santé). Il est en forme de "T", mesure 3.5 cm de long et libère de petites quantités de lévonorgestrel quotidiennement. Il se termine par un fil qui est coupé très court au moment de la pose [13].

#### **❖ Les avantages des deux DIU**

Pour ce qui est du « DIU » au cuivre, son efficacité atteint les 99%, discret, il n'a pas cependant les effets secondaires de la pilule. Son effet peut durer jusqu'à 10 ans et a pour avantage d'être réversible dès son retrait [13].

#### **❖ Les effets secondaires**

Saignement abondant, douleur au bas ventre, perte des fils, infection génitale [13].

#### **❖ Les inconvénients**

Sa pose et son retrait sont un peu problématiques car demandent l'intervention d'un personnel qualifié. Il est impossible de placer le DIU chez une femme qui n'a pas accouché, ne protège pas contre les IST/SIDA et son examen est parfois nécessaire car il peut s'expulser spontanément [13].

#### **❖ Les contre-indications des deux DIU**

Infection récente de l'utérus ou des trompes, antécédent de grossesse extra-utérine (dans certains cas), les malformations utérines importantes, les maladies hémorragiques (sauf stérilet au progestatif) certains fibromes, les femmes n'ayant jamais eu d'enfants [13].

### **1.2.2.11. La stérilisation féminine : ligature ou obturation des trompes**

Elle est une technique de stérilisation féminine à visée contraceptive. Elle est principalement destinée aux femmes ne désirant pas ou plus avoir d'enfant.

Elle consiste à occlure les trompes de Fallope (ces petits conduits qui transportent les spermatozoïdes vers l'ovule et l'ovule vers l'utérus), soit en :

Les ligaturant et en les sectionnant ;

Les électro coagulants

Les pinçant avec un anneau ou un clip.

Cela empêche le fonctionnement normal des trompes et évite ainsi tout risque de grossesse [13].

#### **1.2.2.12. La stérilisation masculine : vasectomie**

Il s'agit d'une contraception permanente qui consiste à obturer ou couper les canaux déférents qui transportent les spermatozoïdes jusqu'au pénis. La vasectomie empêche les spermatozoïdes de se mêler au sperme éjaculé [13].

#### **❖ Les avantages des deux méthodes chirurgicales (ligature des trompes et vasectomie)**

Leur action est durable, elles sont discrètes, possèdent peu de contre-indications et peu d'effets secondaires. Elles conservent les capacités sexuelles de l'homme et de la femme [13].

#### **❖ Les inconvénients et les effets secondaires des deux méthodes chirurgicales**

L'intervention nécessite un personnel qualifié avec un risque d'infection de la plaie opératoire. Ces deux méthodes sont irréversibles et ne protègent pas contre les IST/SIDA [13].

#### **1.2.2.13. La contraception d'urgence**

Il s'agit d'une contraception d'exception qu'on utilise en cas de rapport sexuel non ou mal protégé sans tenir compte du moment du cycle. A prendre très tôt, si possible dans les 12h et au plus tard jusqu'à 5 jours en ce qui est du stérilet.

Dans un premier temps elle retarderait ou la perturberait lorsqu'elle est sur le point de se produire, dans un second temps elle modifierait l'endomètre de façon à ce qu'il soit dans l'incapacité d'accueillir un œuf [13].

Les différents types de contraception d'urgence : La pilule (le plus connu est le Norlevo) et le stérilet (dispositif intra-utérine).

Le Norlevo pour être plus efficace doit être pris le plus tôt possible pendant le repas afin d'éviter les nausées dans les 72 heures après le rapport sexuel.

#### ❖ **Les avantages**

C'est une méthode efficace à 97%, le DIU inséré reste comme une méthode de longue durée [7].

#### ❖ **Les inconvénients**

Ne protège pas contre les IST/SIDA, le DIU nécessite un personnel formé, la contraception d'urgence ne peut pas être utilisée si une grossesse est confirmée ou suspectée [7].

Le Stérilet ne peut pas, dans certains cas, être posé chez des femmes n'ayant pas eu d'enfants [13].

#### **1.2.2.14. Le patch(EVRA)**

C'est un patch de 20 cm<sup>2</sup> qui délivre une association oestro-progestative, comme la pilule, en bloquant l'ovulation et en modifiant la glaire cervicale. Le patch est utilisé par semaine pendant 3 semaines, arrêt d'une semaine (comme avec la pilule les règles arrivent pendant la semaine sans patch). Les 4 sites d'application possibles sont : la face externe du bras, le bas ventre, le tronc, les fesses, ne pas appliquer sur les seins. Le patch est très efficace à condition d'être bien utilisé [13].

#### ❖ **Les avantages**

Meilleure observance qu'avec la pilule, moins de risque d'oubli, très bien toléré et réversible dès l'arrêt, il permet d'avoir des cycles réguliers, des règles moins abondantes, moins longues et moins douloureuses [13].

#### ❖ **Les inconvénients**

Il est visible et peut se décoller dans 2 à 3% des cas. Comme pour toute contraception hormonale on peut observer : des céphalées, nausées, prise de poids et une tension mammaire [13].

#### ❖ **Les contre-indications**

Comme la pilule oestro-progestative ; hypercholestérolémie hypertension artérielle, antécédent d'accident thromboembolique, certains cancers, le tabagisme chez les femmes de plus de 35 ans [13].

#### **1.2.2.15. L'anneau vaginal (Nuvaring)**

L'anneau Nuvaring (diamètre=54mm et section=4mm) délivre une association oestroprogestative, comme une pilule à 15 microgrammes.

Il agit comme la pilule, en bloquant l'ovulation et en modifiant la glaire cervicale. Utiliser un anneau par cycle trois semaines et faire une semaine sans l'utiliser. Les règles auront lieu pendant la semaine sans anneau, comme avec la pilule. L'insertion et le retrait sont simples. Comme la pilule oestro-progestative, il est efficace à condition d'être bien utilisé. Efficace dès la pose du premier anneau et aussi pendant la semaine d'arrêt [13].

#### ❖ **Les avantages**

La mise en place et le retrait sont faciles, meilleure observance qu'avec la pilule, moins de risque d'oublis. La mise en place ainsi que le retrait demeurent relativement faciles, on constate une meilleure observance qu'avec la pilule avec de plus moins de risque d'oubli [13].

## ❖ **Les inconvénients**

Comme toute contraception hormonale, on peut observer : des nausées, céphalées, prise de poids, tension mammaire [13].

### **Les contre-indications**

Hypercholestérolémie, hypertension artérielle, antécédent d'accident thromboembolique, certains cancers, le tabagisme chez les femmes de 35 ans [13]

### **1.2.3. Les méthodes traditionnelles**

Elles sont fonction de la réalité socioculturelle des différents peuples au Mali [14].

#### **1.2.3.1. Le « Tafo »**

C'est une petite corde munie de nœuds imprégnés d'incantation que la femme attache autour de son bassin [14].

#### **1.2.3.2. La toile d'araignée**

Elle se place dans le vagin de façon à fermer l'orifice externe du col, et empêchant ainsi la montée des spermatozoïdes [14].

#### **1.2.3.3. Le miel et le jus de citron**

Ils sont placés dans le vagin avant les rapports sexuels, ils peuvent immobiliser les spermatozoïdes (miel) ou détruire les spermatozoïdes (citron) [14].

#### **1.2.3.4. Les solutions buvables**

Elles peuvent concerner les écorces d'arbres des plantes, des graines à avaler ou des solutions préparées soit par des marabouts ou des charlatans [14].

#### **1.2.3.5. La séparation du couple après accouchement**

Dans cette pratique, le couple est séparé après accouchement permettant ainsi à la femme de récupérer et un développement normal de l'enfant [14].

Aucune étude scientifique n'a jusqu'ici confirmé l'efficacité de ces méthodes traditionnelles.

Quel que soit leur valeur, elles sont souvent facteurs d'infection régulière, d'infertilité et des algies pelviennes [14].

### **1.3. Aspect religieux**

#### **1.3.1. Christianisme et contraception**

L'Eglise n'est pas contre la pratique et opte à 100% pour l'amour et la vie. Elle bannit tout moyen qui fait obstacle à la procréation et limite le sexe à un simple moyen de plaisir [12]. Certains moyens contraceptifs comme les pilules, injectables, implants etc... n'empêchent pas l'ovulation à 100%. A cet effet un enfant conçu malgré la pilule sera avorté parce que cette même pilule a aussi pour effet de rendre l'utérus inhospitalier empêchant la nidation. Il devient ainsi inacceptable de risquer la vie d'un enfant pour toute personne qui respecte la vie humaine [14].

Du point de vue de la santé, ces produits favorisent l'éclosion de certains cancers. Les stérilets peuvent être aussi considérés comme des abortifs car ils rendent l'utérus inhospitalier et peuvent favoriser par la même occasion de nombreuses infections utérines [15].

Le préservatif masculin introduit un obstacle de latex dans ce qui devrait être l'union amoureux de deux corps.

Il ne protège qu'à 90% contre les IST/SIDA, information qui délibérément n'est jamais donnée dans les campagnes de prévention (chiffre de l'académie nationale de médecine ) [15].

Face à cette situation, l'Eglise propose aux couples une méthode de régulation des naissances se basant sur l'observation du cycle menstruel de la femme et épanouissant pour le couple et par la même occasion invite le mari à connaître et respecter le rythme naturel de sa femme [15].

Une des grandes raisons pour lesquelles l'Eglise condamne les méthodes artificielles est d'ordre spirituel. Pour l'Eglise à travers l'utilisation des méthodes artificielles, l'homme et la femme brisent le lien établi par Dieu entre amour et fécondité. Ils cessent ainsi de s'accepter et de se donner l'un à l'autre selon la vérité de leur être, à la fois physique et spirituel (ont tous promis devant Dieu et les hommes de se donner l'un à l'autre le jour de leur mariage) [15].

Dans les méthodes naturelles l'homme et la femme choisissent de s'unir lorsque le lien entre amour et fécondité est inopérant. Ce faisant, ils respectent l'ordre sacré par Dieu. Dieu aurait tout aussi bien pu rendre la femme féconde chaque jour du mois, mais il a au contraire prévue des périodes infécondes pour permettre l'union de sa procréation. De nos jours les méthodes naturelles sont rejetées par les médias et le corps médical [15].

Cette vision de l'Eglise sur la contraception est inspirée par la Bible qui ne condamne pas la pratique temporaire de la contraception. Tous les couples mariés doivent rechercher la volonté du Seigneur concernant le moment, ou tenter d'avoir des enfants et le nombre d'enfants qu'ils doivent avoir [16].

### **1.3.2. Islam et contraception**

La planification familiale n'est pas quelque chose de nouveau pour la religion Islamique. Elle était pratiquée par les compagnons du prophète, qui discutaient beaucoup avec lui à ce sujet. Si la contraception était prohibée par les textes coraniques, elle serait strictement interdite aux musulmans, ce qui n'est pas le cas [17].

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, consentants sans contraintes, d'une méthode sûre pour retarder ou avancer le moment de la grossesse selon ce qui convient le

mieux aux couples en fonction des facteurs sociaux, économiques ou de santé de la famille [18].

Le musulman garde comme objectif de mettre au monde le nombre possible d'enfants, et l'Islam n'est pas cependant contre les moyens de recours des couples leur permettant de maîtriser cette procréation. Il revient aux musulmans à cet effet de faire leur choix de méthode de contraception en tenant compte des exigences de l'Islam [19].

## **II. METHODOLOGIE**

### **2.1. Cadre d'étude**

Notre étude s'est déroulée au district sanitaire de la commune III de Bamako.

#### **2.1.1. Présentation du CSRef de la commune III.**

##### **2.1.1.1. Superficie**

La commune III : a une superficie de 23 km<sup>2</sup> soit environ 7% de la superficie totale du district de Bamako avec 267 km<sup>2</sup> et est peuplée de 167545 habitants répartis entre 19 quartiers.

##### **2.1.1.2. Population**

La population de la Commune III est cosmopolite, et presque toutes les ethnies du Mali s'y côtoient dans une parfaite symbiose. La majorité de cette population est jeune. La densité de la commune avoisine les 3.920 habitants/Km<sup>2</sup>.

##### **2.1.1.3. Limites ou situation géographique**

**Elle est limitée :**

- Au nord par le cercle de Kati ;
- A l'Est par le boulevard du Peuple qui la sépare de la Commune II ;
- Au Sud par la portion du Fleuve Niger comprise entre le pont des Martyrs et le Motel de Bamako ;

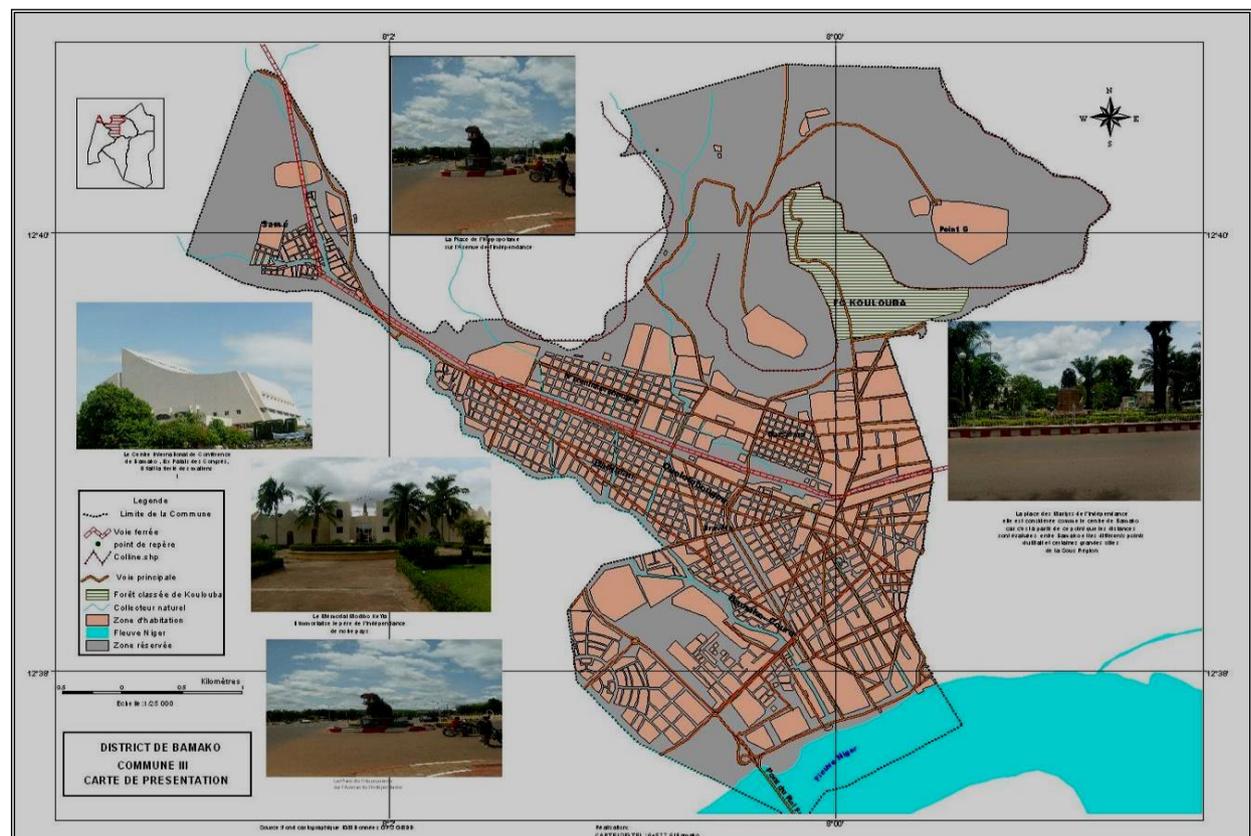
- A l'Ouest par la Commune IV en suivant la rivière Farako à partir du Lido, par l'avenue des grottes devenue Cheick Zayed El Mahyan Ben Sultan qui enjambe ladite rivière et enfin la route de l'ancien aéroport dite route ACI 2000 passant derrière le cimetière de Hamdallaye pour joindre la zone du Motel.

Dans le cadre de la réorganisation territoriale pour la création des Collectivités Territoriales, les villages de Koulouninko et Sirakoro-dounfing ont été rattachés à la commune III sur demande expresse.

La commune III comporte 20 quartiers : Badialan1, Badialan2, Badialan3, Bamako-coura, Bamako-coura-Bolibana, Darsalam, Centre commerciale, N'tomikorobougou, Dravela-Bolibana, Dravela, Kodabougou, Koulouba village, Niomirambougou, Wôlôfôbougou,

Wôlôfôbougou-Bolibana, Sokonafing- Minkoungo, Point G, Koulininko, Sirakorodounfing, et Samè.

### CARTE DES QUARTIERS DE LA COMMUNE III



## **Figure 1 : Carte de la commune III**

Le centre de santé a été créé avec un plateau minimum pour assurer les activités courantes. Pour mieux répondre aux besoins de la population en matière de santé, il a été érigé en Centre de Santé de Référence (CSRef) en 2013.

Actuellement, il a une très forte affluence et comprend plusieurs services dont celui de Gynécologie-obstétrique.

### **2.1.2. Composition**

Le centre de santé de référence se trouve à Bamako Coura. Il comporte plusieurs services :

- L'administration ;
- La pharmacie ;
- Le service d'oto-rhino-laryngologie (ORL) ;
- Le service d'ophtalmologie ;
- Le service d'odontostomatologie ;
- Le service de médecine générale ;
- Le service de Gastro-entérologie ;
- Le service d'urologie ;
- -Le service de traumatologie ;
- -Le service de cardiologie ;
- Le service de dermatologie ;
- Le service de Diabétologie ;
- Le service social ;
- Le service de pédiatrie ;
- Le service de rhumatologie
- Le service de chirurgie générale ;
- L'unité d'imagerie générale ;
- Le laboratoire d'analyse médicale ;

- Le bloc opératoire ;
- La brigade d'hygiène ;
- L'USAC (L'Unité de Soins d'Accompagnement et de Conseils) ;
- Le service d'anesthésie réanimation du bloc opératoire ;
- La morgue.
- Le service de gynéco-obstétrique ;

### **2.1.3. Description du service de Gynéco-Obstétrique**

Le service de gynécologie obstétrique se trouve à l'Ouest du centre.

Il comporte :

- Une salle d'accouchement avec trois (3) tables d'accouchement ;
  - Une salle d'attente et de suites de couches immédiates avec 5 lits ;
  - Une salle des infirmières et des aides-soignantes ;
  - Un bureau pour la sage-femme maîtresse ;
  - Une unité prénatale (CPN) ;
  - -Une unité de planning familial (P.F) et Post-natale ;
  - Une unité PTME (Prévention de la transmission mère enfant) ;
  - Une unité de suivi de grossesse pathologique et de consultation gynécologique
  - Une unité de dépistage de cancer du col de l'utérus ;
  - Une unité pour le programme élargi de vaccination (PEV) ;
  - Une unité de soins après avortement (SAA) ;
  - Quatre (5) salles d'hospitalisation avec dix (10) lits ;
  - Une toilette externe pour le personnel ;
- ❖ **Le personnel du service** : Comprend :
- Trois spécialistes en Gynécologie obstétrique ;
  - Deux (2) médecins DES
  - Deux (2) médecins spécialistes de la reproduction ;
  - Des sages-femmes parmi lesquelles une sage-femme maîtresse (35) ;

- Des infirmières obstétriciennes (15) ;
- Des aides-soignantes (7) ;
- Assistants médicaux (4) ;
- Des étudiants faisant fonction d'interne sont au nombre de quinze (12) ;
- Des techniciens de surface (8) ;

#### **2.1.4. Fonctionnement du service**

- Le service dispose d'une seule salle d'accouchement qui fonctionne 24heures sur 24.
- Les consultations gynécologiques et obstétricales (grossesses à risque) sont assurées par les gynécologues obstétriciens. Quatre (4) jours par semaine.
- Les autres jours, elles sont assurées par les médecins généralistes
- Les autres unités fonctionnent tous les jours ouvrables et sont gérées par les sages-femmes avec l'appui des infirmières et aides-soignantes.
- Un staff se tient tous les matins pour discuter de la prise en charge des patientes, et les événements survenus lors de la garde (évacuations etc...).
- Une équipe de garde quotidienne travaille 24 heures sur 24. Elle est composée des internes, d'une sage-femme, une infirmière obstétricienne, une aide-soignante, un chauffeur, deux (2) manoeuvres ; un médecin et un gynécologue.
- La visite quotidienne des patientes hospitalisées.

#### **2.2. Type et période d'étude**

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive consistant à recueillir des informations sur les connaissances, attitudes et pratiques des hommes sur la planification allant du 01 Avril au 01 Juillet 2022.

#### **2.3. Population d'étude**

Notre étude a porté sur les hommes âgés de 14 ans ou plus, mariés ou non, résidant en commune III du district de Bamako.

### 2.3.1. Échantillonnage

Nous avons réalisé un échantillonnage aléatoire

Il consistait à interroger de façon aléatoire les hommes des différents quartiers de de la commune III du district de Bamako répondant au critère d'inclusion.

Chaque participant a été soumis à un questionnaire semi directif. Les entretiens individuels approfondis ont eu lieu dans les rues et les concessions selon la technique de la face à face selon la disponibilité de tout un chacun. Ainsi de suite jusqu'à complétude de notre taille d'échantillon.

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=  $i = 0.04$
- Prévalence attendue dans la population :  $p = 9,9\%$
- DE = Effet de grappe
- $n$  = taille de l'échantillon
- $z = 1.96$
- $i = 0.04$
- $p = 0.099$
- $q = 1-p = 0.901$
- DE= 1

D'où  $n$  la taille de l'échantillon :

$$n = \frac{Z^2 p q}{i^2} \implies n = \frac{(1,96)^2 (0,099)(0,901)}{(0,04)^2} = 214$$

### **2.3.2. Critères d'inclusion**

Ont été inclus dans notre étude, les hommes âgés de 14 ans ou plus (l'âge moyen de la puberté chez l'homme) mariés ou non, résident en commune III du district de Bamako qui ont accepté de participer à l'étude.

### **2.3.3. Critères de non inclusion**

N'ont pas été inclus dans notre étude les hommes d'âge de moins de 14 ans :

- Qui résident en commune III du district de Bamako qui ont refusé de participer à l'étude
- Ne résidant pas en commune III du district de Bamako.

### **2.4. 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

### **2.5. Support de collecte des données**

Les fiches d'enquête individuelle ont été utilisées comme support pour la collecte des données. Elles comportent des questions sur les connaissances, attitudes et pratiques en matière de planification familiale

### **2.6. Saisie et analyses des données**

La rédaction et les représentations graphiques ont été effectuées respectivement à l'aide de Microsoft Office Word et Excel 2016. L'analyse des données a été

effectuée à l'aide du logiciel SPSS version 23. Le test statistique de comparaison des fréquences a été effectué à l'aide du test KHI-deux de PEARSON et un risque alpha de 5% a été retenu.

## **2.7. Considérations éthiques**

Le respect de la personne humaine fait partie intégrante de la présente étude qui s'est évertuée par le respect des mesures suivantes :

- Le respect de la personne humaine (le choix pour la participation a été autonome unique et libre).
- Consentement libre et éclairé des personnes interrogées (l'enquêteur a demandé oralement l'accord de chaque participant qui a été rencontré. Avant toute activité de collecte des données, l'enquêteur explique au potentiel participant, l'objet de l'étude, pourquoi il est choisi pour être inclus comment se passera sa participation et les avantages et inconvénients possible à sa participation tout en mettant l'accent que la participation reste volontaire et que le participant pourrait se retirer à tout moment s'il le souhaite ).
- Garantir la confidentialité et l'anonymat, (les entretiens ont eu lieu dans des endroits privés au choix des participants, seule l'équipe de recherche a eu l'accès à la base de données et aucun identifiant personnel n'a été utilisé pouvant relier les participants aux informations fournies).

### III. RESULTATS

#### 3.1. Résultats quantitatifs

##### 3.1.1. Profils socio-culturels, religieux et économique

**Tableau I : Répartition des enquêtés selon la tranche d'âge**

Tranche d'âge	Fréquence	Pourcentage
18-24 ans	50	22,2
25-31 ans	58	25,8
<b>32-38 ans</b>	<b>74</b>	<b>32,9</b>
39-45 ans	30	13,3
46-52 ans	13	5,8
<b>Total</b>	<b>225</b>	<b>100,0</b>

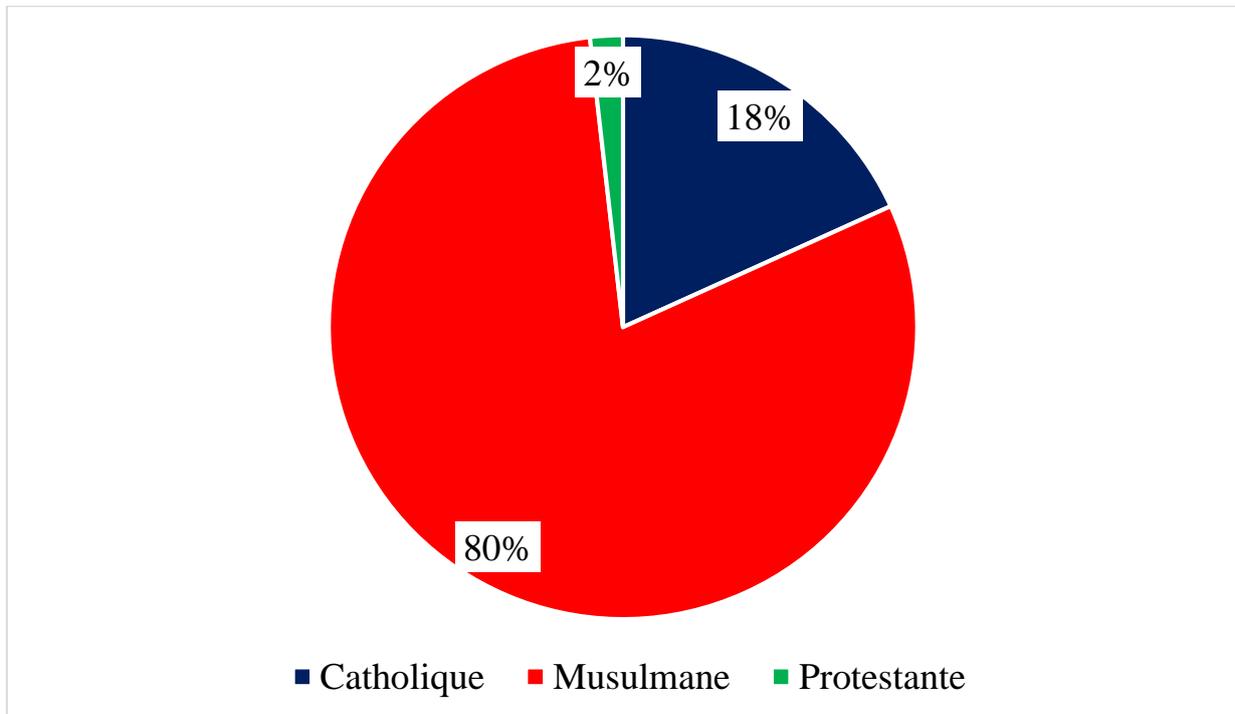
L'âge moyen était de  $32,40 \pm 7,52$  ans avec des extrêmes de 18 et 47 ans. La tranche d'âge 32-38 ans était la plus représentée, soit 32,9%

**Tableau II : Répartition des enquêtés selon l'ethnie**

Ethnie	Fréquence	Pourcentage
<b>Bambara</b>	<b>108</b>	<b>48,0</b>
Bobo	30	13,3
Dogon	13	5,8
Malinké	12	5,3
Miniaka	12	5,3
Peuhl	11	4,9
Senoufo	14	6,2

Soninké	13	5,8
Sonrhäï	12	5,3
<b>Total</b>	<b>225</b>	<b>100,0</b>

La majorité de nos enquêtés étaient des Bambaras, soit 48,0%.



**Figure 2** : Répartition des enquêtés selon la religion

La religion musulmane a été la plus représentée, soit 80%.

**Tableau III** : Répartition des enquêtés selon la scolarisation

Scolarisation	Fréquence	Pourcentage
Oui	195	86,7
Non	30	13,3

**Total**

**225**

**100,0**

---

La majorité de nos enquêtés étaient scolarisés soit 86,7%.

**Tableau IV : Répartition des enquêtés selon le type d'école**

Type d'école	Fréquence	Pourcentage
<b>Classique (moderne)</b>	<b>180</b>	<b>92,3</b>
Coranique	15	7,7
Total	195	100,0

L'école classique était le type d'école le plus représenté, soit 92,3%.

**Tableau V : Répartition des enquêtés selon le niveau d'instruction**

Niveau d'instruction	Fréquence	Pourcentage
1er cycle	15	7,7
Secondaire	30	15,4
<b>Supérieur</b>	<b>150</b>	<b>76,9</b>
<b>Total</b>	<b>195</b>	<b>100,0</b>

Le niveau d'étude supérieur a représenté la majorité, soit 76,9%.

**Tableau VI : Répartition des enquêtés selon la profession**

Profession	Fréquence	Pourcentage
Artisan	11	4,9
Chauffeur	19	8,4
Commerçant	14	6,2
Élève/Étudiant	56	24,9
<b>Enseignant</b>	<b>86</b>	<b>38,2</b>
Militaire	29	12,9
Autre (préciser)	10	4,4
<b>Total</b>	<b>225</b>	<b>100,0</b>

Les enseignants étaient majoritaires, soit 38,2%.

**Tableau VII : Répartition des enquêtés selon le régime matrimonial**

<b>Régime matrimonial</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Célibataire	15	6,7
<b>Monogamie</b>	<b>150</b>	<b>66,7</b>
Polygamie	60	26,7
<b>Total</b>	<b>225</b>	<b>100,0</b>

Les hommes monogames étaient majoritaires, soit 66,7%.

**Tableau VIII : Répartition des enquêtés selon le nombre d'enfants vivants**

<b>Nombre d'enfants vivants</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
0 enfants	30	13,3
1-3 enfants	75	33,3
<b>4-6 enfants</b>	<b>105</b>	<b>46,7</b>
Plus de 6 enfants	15	6,7
<b>Total</b>	<b>225</b>	<b>100,0</b>

Les hommes qui avaient un nombre d'enfant vivants entre 4-6 ont représenté **46,7%**, constitué uniquement d'hommes mariés.

**Tableau IX : Répartition des enquêtés selon la profession**

<b>Intervalle inter génésique</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>13 à 24 mois</b>	<b>150</b>	<b>71,4</b>
3 à 4 ans	45	21,4
Moins 12 mois	15	7,2
<b>Total</b>	<b>210</b>	<b>100,0</b>

L'intervalle inter génésique 13-24 mois représentait 71,4%.

### 3.1.2. Niveau de connaissance des hommes de la commune III sur la planification familiale

**Tableau X : Répartition des enquêtés selon la connaissance sur PF**

<b>Connaissance sur PF</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Oui</b>	<b>225</b>	<b>100,0</b>
Non	00	0,00
<b>Total</b>	<b>225</b>	<b>100,0</b>

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

**Tableau XI : Répartition des enquêtés selon but de la planification familiale**

<b>But de la planification familiale</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Arrêt des naissances	15	6,7
<b>Espacement des naissances</b>	<b>150</b>	<b>66,7</b>
Limitation des naissances	60	26,7
<b>Total</b>	<b>225</b>	<b>100,0</b>

L'espacement des naissances a été évoqué comme but de la PF chez la majorité de nos enquêtés soit 66,7%.

**Tableau XII : Répartition des enquêtés selon les méthodes de la planification familiale**

<b>Méthodes</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Pilule</b>	<b>180</b>	<b>80,0</b>
DIU (stérilet)	90	40,0
Injectables	105	46,7
Implant	165	73,3
Diaphragme	60	26,7
Spermicides	45	20,0
<b>Condom (préservatif)</b>	<b>210</b>	<b>93,3</b>
Stérilisation féminine	45	20,0
Stérilisation masculine	30	13,3
Méthodes traditionnelles	15	6,7
Ne sait pas	15	6,7

Le condom (préservatif) et la pilule ont été les méthodes de PF les plus citées soit respectivement 93,3% et 80,0%

**Tableau XIII : Répartition des enquêtés selon les sources d'informations sur planification familiale**

Sources	Fréquence	Pourcentage
La Radio	135	60,0
La Télévision	165	73,3
<b>Agent de sante</b>	<b>180</b>	<b>80,0</b>
L'internet	45	20,0
Les journaux	15	6,7
L'école par les enseignants	90	40,0
Les amis	30	13,3
Les femmes	15	6,7

Les agents de santé, la télévision et la radio étaient les sources d'informations les plus évoqués soit respectivement 80,0% ; 73,3% et 60,0%.

### 3.1.3. Attitudes des hommes vis-à-vis de la planification familiale

**Tableau XIV : Répartition des enquêtés selon qu'il soit favorable pour la planification familiale**

Favorable	Fréquence	Pourcentage
Non	45	20,0
<b>Oui</b>	<b>180</b>	<b>80,0</b>
Total	225	100,0

La majorité de nos enquêtés étaient pour la pratique de la PF soit 80,0%.

**Tableau XV : Répartition des enquêtés selon la raison qui les rend favorable à la planification familiale**

<b>Raison</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Espacer les naissances</b>	<b>135</b>	<b>75,0</b>
Raison économique	15	8,3
Santé de la mère	30	16,7
<b>Total</b>	<b>180</b>	<b>100,0</b>

Espacer les naissances a été la raison la plus évoquée par nos enquêtés soit 75,0%.

**Tableau XVI : Répartition des enquêtés selon la raison les rendant non favorable à la planification familiale**

<b>Raison</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Conséquences	15	33,3
<b>Contre la religion</b>	<b>30</b>	<b>66,7</b>
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>

Parmi 45 enquêtés non favorable, la raison la plus évoquée était la religion soit 66,7%.

**Tableau XVII : Répartition des enquêtés selon qu'ils aient discutés de la PF avec leurs partenaires**

Réponse	Fréquence	Pourcentage
Non	75	33,3
<b>Oui</b>	<b>150</b>	<b>66,7</b>
<b>Total</b>	<b>225</b>	<b>100,0</b>

Plus de la moitié de nos enquêtés avaient affirmé avoir déjà discuté de la planification familiale avec leurs partenaires soit 66,7%.

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

Réponse	Fréquence	Pourcentage
Non	120	53,3
Oui	105	46,7
<b>Total</b>	<b>225</b>	<b>100,0</b>

Les hommes n'ayant pas accompagné leurs partenaires au centre de santé pour la PF ont représenté 53,3%.

**Tableau XIX : Répartition des enquêtés selon qu'ils aient participé au choix de leurs méthode de la planification familiale**

<b>Participation au choix de la méthode</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Non</b>	<b>135</b>	<b>60,0</b>
Oui	90	40,0
<b>Total</b>	<b>225</b>	<b>100,0</b>

Plus de la moitié de nos enquêtés n'avaient pas participé au choix de la méthode de la PF soit 60,0%.

**Tableau XX : Répartition des enquêtés selon leurs avis concernant la personne qui doit prendre la décision en matière de planification familiale dans le couple**

<b>Réponse</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
L'homme	60	26,7
<b>Les deux</b>	<b>165</b>	<b>73,3</b>
<b>Total</b>	<b>225</b>	<b>100,0</b>

La décision commune a été évoquée dans 73,3% des cas.

**Tableau XXI : Répartition des enquêtés selon leurs avis sur le fait qu'il soit souhaitable qu'un homme participe à la décision de pratiquer la planification familiale dans le couple**

Réponse	Fréquence	Pourcentage
Ne sait pas	30	13,3
<b>Oui</b>	<b>195</b>	<b>86,7</b>
<b>Total</b>	<b>225</b>	<b>100,0</b>

Plus de la moitié de nos enquêtés (soit 86,7%) avaient affirmé qu'il est souhaitable qu'un homme participe à la décision de pratiquer la planification familiale dans le couple. La raison évoquée était que c'est l'homme qui est le responsable de la famille.

**Tableau XXII : Répartition des enquêtés selon leur position concernant la promotion de l'implication de l'homme dans la planification familiale**

Implication des enquêtés	Fréquence	Pourcentage
<b>Oui</b>	<b>150</b>	<b>66,7</b>
Non	15	6,7
Indifférent	60	26,7
<b>Total</b>	<b>225</b>	<b>100,0</b>

La majorité de nos enquêtés (soit 66,7%) étaient pour la promotion de l'implication de l'homme dans la planification familiale.

**Tableau XXIII : Relation entre la religion et la position des enquêtés concernant la pratique de la planification familiale.**

Religion	Favorable pour la pratique de PF		Total
	Non	Oui	
Catholique	0	41	41
Musulmane	45	135	180
Protestante	0	4	4
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>180</b>	<b>225</b>

$X^2 = 14,062$                       ddl = 2                      P = 0,001

Nous avons trouvé une relation statistiquement significative entre la religion des enquêtés et leur position concernant la pratique de la planification familiale (P = 0,001).

**Tableau XXIV : Relation entre le niveau d’instruction et la position des enquêtés concernant la pratique de la planification familiale.**

Niveau d’instruction	Favorable		Total
	Non	Oui	
Non scolarisé	15	15	30
1er cycle	15	0	15
Secondaire	15	15	30
Supérieur	0	150	150
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>180</b>	<b>225</b>

$X^2 = 131,250$                       ddl = 3                      P = 0,001

Nous avons trouvé une relation statistiquement significative entre le niveau d’instruction des enquêtés et leur position concernant la pratique de la planification familiale (P = 0,001).

### 3.1.4. Pratique de la contraception par les hommes

**Tableau XXV : Répartition des enquêtés selon qu'ils aient utilisés ou qu'ils utilisent actuellement un moyen de planification familial**

Utilisation d'un moyen de PF	Fréquence	Pourcentage
Non	90	40,0
<b>Oui</b>	<b>135</b>	<b>60,0</b>
<b>Total</b>	<b>225</b>	<b>100,0</b>

Plus de la moitié de nos enquêtés soit 60,0% avaient utilisés ou utilisent actuellement un moyen de planification familiale.

**Tableau XXVI : Répartition des enquêtés selon leurs raisons d'utilisation de la planification familiale**

Raison	Fréquence	Pourcentage
<b>Santé de la mère</b>	<b>45</b>	<b>33,3</b>
Santé des enfants	30	22,2
Raison économique	30	22,2
Protection contre les IST	30	22,2
A assez d'enfants	30	22,2
Espacer les naissances	15	11,1

La santé de la mère a été la raison d'utilisation de **la planification familiale** la plus évoquée soit 33,3%.

**Tableau XXVII : Répartition des enquêtés selon le moyen de planification utilisé par eux et/ou par leurs femmes**

<b>Moyens</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Pilule</b>	<b>60</b>	<b>44,4</b>
Implant	45	33,3
Préservatif masculin (capote)	30	22,2
<b>Total</b>	<b>135</b>	<b>100,0</b>

La pilule a été le moyen le plus utilisé soit 44,4%.

**Tableau XXVIII : Répartition des enquêtés selon leur lieu d'approvisionnement**

<b>Lieu d'approvisionnement</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
C.S.Com	15	11,1
CSRef	45	33,3
Hôpital	15	11,1
<b>Pharmacie</b>	<b>60</b>	<b>44,4</b>
<b>Total</b>	<b>135</b>	<b>100,0</b>

La pharmacie a été le lieu d'approvisionnement le plus représenté soit 44,4%.

**Tableau XXIX : Répartition des enquêtés selon leurs avis sur les raisons d'opposition des hommes à la PF**

<b>Raison d'opposition</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Raison religieuse</b>	<b>135</b>	<b>60,0</b>
Non informé	30	13,3
Effets secondaires	30	13,3
Ne sait pas	45	20,0
Désir d'enfant	15	6,7

La raison religieuse était la raison d'opposition la plus évoquée soit 60,0%.

**Tableau XXX : Répartition des enquêtés selon leur réaction devant la pratique de la planification par leurs femmes**

<b>Réaction</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Indifférent	30	13,3
<b>Approuve</b>	<b>150</b>	<b>66,7</b>
Désapprouve	45	20,0
<b>Total</b>	<b>225</b>	<b>100,0</b>

Plus de la moitié de nos enquêtés (soit 66,7%) avaient affirmé qu'ils approuveront si leurs femmes décidaient de pratiquer la PF.

**Tableau XXXI : Répartition des enquêtés 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**

Réponse	Fréquence	Pourcentage
Non	105	46,7
<b>Oui</b>	<b>120</b>	<b>53,3</b>
Total	225	100,0

La majorité de nos enquêtés (soit 53,3%) était informée sur la loi relative à la santé de la reproduction.

**Tableau XXXII : Répartition des enquêtés 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**

Réponse	Fréquence	Pourcentage
<b>Désapprouve</b>	<b>114</b>	<b>50,7</b>
Approuve	111	49,3
Total	225	100,0

Les hommes qui désapprouvaient la loi relative à la santé de la reproduction représentaient 50,7%.

### 3.2. Résultats qualitatifs

Les participants à notre étude ont donné des réactions et des avis concernant la planification familiale qui était centré sur les avantages et les inconvénients.

Concernant les avantages beaucoup des hommes affirment que la planification familiale est quelque chose de bien en raison de l'espacement des naissances, la santé de la mère, la possibilité de choix de déterminer le nombre de naissances et préventions des infections sexuellement transmissibles.

Selon cet homme, la planification familiale a des avantages : *« depuis que mes femmes ont commencés à se planifier, j'ai constaté vraiment que c'est nécessaire d'espacer les naissances »*. *« Surtout son pouvoir de déterminer le nombre d'enfant, toutes mes épouses pratiquent selon leur préférence, je ne les accompagne pas, j'ai quand cas même été une foi à l'AMPPF pour des renseignements »*.

Un enseignant a bien apprécié l'idée de notre étude en disant : *« il est intéressant ton étude mon jeune homme, car beaucoup d'hommes pensent que la PF c'est pour les femmes seulement alors que c'est faux, oui c'est faux bien sûr, la pf aide d'abord l'homme parce c'est lui qui nourrit la famille et donne tout ce qui est nécessaire pour le bien-être de la famille...imagine si j'avais beaucoup d'enfant, un enseignant comme moi qui travaille dans les écoles privées sans salaire pendant les vacances , donc je ne dois pas faire l'enfant à tout moment parce que égale calice...rire... »*.

Certains des participants à l'étude se sont prononcés sur l'efficacité préventive de la contraception.

Selon un jeune homme de 25 ans : *« moi, hum, j'utilise bien les contraceptifs surtout les préservatifs parce depuis que j'ai eu infection une fois après un rapport*

*sexuel. Je ne suis pas marié pour le moment...sourire, docteur il faut comprendre le reste ».*

Un militaire interrogé pendant l'étude a dit : *« je trouve que le préservatif meilleur, j'ai deux partenaires, je n'aime pas avoir des enfants dehors et aussi je me protège aussi contre les IST bien merci et bonne journée docteur ».*

Ce pendant un prêcheur a donné son avis surtout sur la pratique de la planification familiale : *« je serais d'accord avec la pratique de la planification familiale si c'est pour prévenir les IST oui, mais pas d'autre ». « Un fidèle est venu me voir un jour, il m'a dit qu'il est atteint du VIH/SIDA ... mes ses femmes n'ont pas la maladie donc pour éviter qu'il contamine ses épouses, il doit utiliser dans ce cas les méthodes de préventions ».*

Selon certains de nos enquêtés : *« c'est mieux que les coupes intéressent à la pratique de la PF pour limiter le nombre de naissance de leur enfant ».*

En outre un des participants explique : *« J'ai plusieurs fois entendu parler de la PF surtout à la télé. Je pratique les méthodes traditionnelles de type solution, souvent tafo. C'est n'est pas parce que je déteste les méthodes occidentales, juste j'ai confiance aux méthodes traditionnelles aussi, vous devez faire la publicité de ces méthodes aussi ».*

Un homme de 33 ans explique : *« j'ai été obligé à pratiquer les contraceptions pour raison de la santé de ma femme, à chaque fois qu'elle tombe enceinte c'est un souci sur sa santé ».*

Concernant les inconvénients, les raisons évoquées par certains de nos enquêtés étaient : la religion, les effets secondaires des contraceptifs modernes, le désir d'enfant, l'infidélité dans le couple

Selon un responsable religieux :

*« Nous pensons que la planification familiale n'est pas une bonne chose. Pourquoi devrait-on rivaliser avec Dieu ? Dieu a dit que nous devrions remplir le monde ».*

*« Nous croyons que le fournisseur est Dieu et non un être humain, cette idée de planifier d'avoir un certain nombre d'enfants ne fait pas partie de notre religion et de notre culture, je peux dire que c'est la façon de penser ». « En tant que communauté musulmane, nous croyons qu'avoir beaucoup d'enfants est bon pour la famille et la communauté, dans tous les cas, je ne comprends pas certains de nos responsables, voudraient-ils réduire notre population alors que l'islam nous dit de produire et de remplir la terre ».*

Un imam dit que c'est l'occident qui est derrière l'idée de la planification familiale :

*« Les femmes éduquées veulent peu d'enfants à cause des idées occidentales et pour garder leur corps beau et jeune, mais les analphabètes veulent plus d'enfants parce que les enfants sont des bénédictions d'Allah ».*

Les propos d'un enseignant du lycée qui a participé à l'étude :

*« En fait, je suis un père de famille, je n'ai pas utilisé la planification familiale jusqu'à présent. Mais beaucoup de gens dans mon entourage utilisent les méthodes hormonales et ils se plaignent des saignements excessifs. Par exemple, un homme m'a dit que sa femme utilise les pilules de planification familiale, elle peut cesser d'avoir ses règles pendant trois à quatre mois, et lorsque les règles arrivent, elle saigne beaucoup ».*

Selon un homme de 50 ans musulman : *« Je préfère la méthode de retrait ou une autre méthode naturelle comme la méthode du calendrier, car ces méthodes ne sont pas haram (interdites) comme les méthodes modernes ». « Les contraceptifs modernes tels que les pilules et les injections sont haram (interdits) et étrangers*

*à l'Islam. À ma connaissance, ce qui est autorisé, ce sont les méthodes naturelles telles que l'allaitement, le retrait ou la méthode du calendrier ».*

Par ailleurs certains de nos enquêtés pensent qu'il est agréable d'avoir beaucoup d'enfant comme le dit cet homme :

*« Je veux beaucoup d'enfants... dans notre culture, nous ne demandons pas combien d'enfants nous voulons avoir parce que c'est Dieu qui pourvoit et qui planifie pour les enfants. Actuellement j'ai deux enfants, j'en ai perdu un. Mais je veux au moins 15 enfants et trois épouses. L'enfant c'est une richesse ».*

Un homme dit au cours de l'interview : *« La planification familiale pousse les femmes aux infidélités et jeunes filles à l'adultère ».*

Certains hommes ont montré leur mécontentement face à la loi lahaou Touré adoptée le 24 juin 2002.

Selon un participant : *« Je ne suis pas d'accord du fait que ma femme peut se planifier sans mon consentement, aucun homme doit accepter cela car c'est l'homme le responsable de la famille ».* *« Il n'est pas du tout bien de donner cette occasion aux femmes ni la religion, ni la tradition, cette loi mérite à revoir ».*

## IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

### 4.1. Méthodologie et limites d'étude

Nous avons mené une étude prospective transversale, descriptive allant du 01 Avril au 01 Juillet 2022 qui s'est déroulée au district sanitaire de la commune III de Bamako et qui apporté sur les hommes âgés à partir de 14 ans, mariés ou non, résidant en commune III du district de Bamako.

La principale difficulté rencontrée a été le refus de certains hommes à répondre à nos questions, face à quoi nous avons présentés des excuses qui ont été acceptées.

### 4.2. Profil socio-culturels, religieux, et économiques

#### 4.2.1. Age

Dans notre étude, l'âge moyen était de  $32,40 \pm 7,52$  ans avec des extrêmes de 18 et 47 ans. La tranche d'âge 32-38 ans était la plus représentée, soit 32,9%

Ce résultat est comparable à celui de Diarra M [20] chez qui la tranche d'âge la plus représentée était de 28 à 37 ans avec soit un âge moyen de 39,5 ans.

Ces résultats témoignent de la forte jeunesse de la population masculine malienne.

#### 4.2.2. Religion

La religion musulmane a été la plus représentée, soit 80%. Dans l'étude réalisée par Diarra M [20] en Commune IV de Bamako, les musulmans représentaient 86,6% des hommes enquêtés, ce qui témoigne une forte pratique de la religion musulmane dans la population malienne avec un taux de musulman de 94,8% [5].

#### 4.2.3. Niveau d'instruction

Dans la répartition des hommes enquêtés selon leur niveau d'instruction, nous avons constaté que la majorité de nos enquêtés étaient scolarisés soit 86,7%. Ce résultat est supérieur à ceux de Konaté A [17] et de Bakayoko M [18] qui avaient trouvés respectivement 60% et 70%.

L'école classique était le type d'école le plus représenté, soit 92,3% et le niveau d'étude supérieur a représenté la majorité, soit 76,9%. Dans l'étude de Diarra M [20] , l'école classique représentait 88,6%.

#### **4.2.4. Situation matrimoniale**

Le mariage constitue l'un des piliers fondamentaux de la vie en société au Mali. La fiabilité des informations d'un adulte est parfois jugée en fonction de son statut matrimonial.

Dans notre étude nous avons dénombré 210 hommes mariés et 15 célibataires, soit une fréquence d'hommes mariés de 93,3%. Ce résultat est comparable à celui de Koïta H et al. [21] qui avaient trouvé 74,3% d'hommes mariés. Selon l'EDS VI [5] ,81% des femmes et 61% des hommes sont mariés au Mali. Ceci trouve son explication par l'importance du mariage dans la société Africaine.

#### **4.3. Connaissances des hommes sur la planification familiale**

Au cours de notre enquête, sur les 225 hommes enquêtés, 100% affirmaient avoir entendu parler de la planification familiale, ce résultat est identique à celui de Diarra M [20]. Selon l'EDS VI [5] , 93% des femmes et 96% des hommes ont déclaré avoir déjà entendu parler d'une méthode contraceptive.

Dans notre étude 66,7% des hommes ont évoqué l'espacement des naissances comme but d'utilisation de la PF. Ce résultat est comparable à celui de Koïta H et al.[21] qui avaient trouvé 82,8%. 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.

Les méthodes les plus connues par les hommes de notre étude étaient le condom (préservatif) et la pilule soit respectivement 93,3% et 80,0%.Selon l'EDS V [5],les

méthodes modernes sont mieux connues que les méthodes traditionnelles et les plus connues sont les pilules dans 87% des cas et les condoms dans 79% des cas. La meilleure connaissance de ces deux méthodes par rapport aux autres pourraient s'expliquer par les vastes campagnes de médiatisation au cours de ces dernières années ainsi que la facilité aux usagers de se procurer.

Les agents de santé, la télévision et la radio étaient les sources d'informations les plus évoqués soit respectivement 80,0% ; 73,3% et 60,0%. Notre résultat est comparable à celui de Diarra M [20] chez qui les principales sources d'information étaient la radio et la télévision dans 57,6%. Selon l'EDS VI [5], 39% des hommes et 32% des femmes ont déclaré avoir reçu des messages sur la PF à la radio, 27 et 26% à la télévision, 5% et 3% à travers les journaux et 8% et 5% sur les réseaux sociaux. Les médias constituent donc la principale source d'information sur la planification familiale.

#### **4.4. Attitudes des hommes par rapport à la planification familiale :**

Malgré les efforts des autorités publiques pour leur implication, beaucoup d'hommes peinent à changer de mentalité. Dans notre étude, 80% des hommes étaient pour la pratique de la planification familiale. Espacer les naissances a été la raison la plus évoquée par nos enquêtés soit 75,0%. La religion a été la raison des hommes non favorables dans 66,7%. Dans notre étude, 66,7% des hommes avaient discuté de la planification familiale avec leurs partenaires.

Koïta H et al. [21]. a rapporté que 83,3% des hommes de la commune II de Bamako, sont favorables à la pratique de la planification familiale. Les raisons d'adhésion dans la PF étaient qu'elle améliorerait la santé de la mère et de l'enfant dans 66,6%, qu'elle réduisait les dépenses familiales dans 19,6%, qu'elle espaçait les naissances dans 7,7% et qu'elle prévenait les grossesses non désirées dans 6,1% des cas.

Dans l'étude de Samaké K T [22] sur les connaissances, attitudes et pratiques des Hommes de médias en matière de planification familiale dans le district de Bamako, les raisons d'adhésion des Hommes de médias étaient l'espacement des naissances dans 44,2% la prévention des IST dans 25,1%, la prévention des grossesses non désirées dans 16,4% et la réduction des dépenses dans 14,3% des cas.

Les raisons principales d'adhésion à la pratique de la PF au Mali sont l'espacement des naissances dans 30 % et la limitation des naissances dans 12% des cas [5].

Dans notre étude, la majorité de nos enquêtés (soit 66,7%) étaient pour la promotion de l'implication de l'homme dans la planification familiale.

Nous avons trouvé une relation statistiquement significative entre la religion des enquêtés et leur position concernant la pratique de la PF ( $P = 0,001$ ). Nous avons trouvé une relation statistiquement significative entre le niveau d'instruction des enquêtés et leur position concernant la pratique de la planification familiale ( $P = 0,001$ ).

#### **4.5. Utilisation des moyens de planification familiale par les hommes**

L'utilisation et la continuité d'une méthode contraceptive dépendent en grande partie de la qualité du counseling. Un counseling de qualité suppose une maîtrise parfaite des caractéristiques de toutes les méthodes contraceptives. La promotion de la PF et la garantie de l'accès aux méthodes est essentielle si on veut assurer le bien-être et l'autonomie des femmes tout en soutenant la santé et le développement des communautés [11].

Dans notre étude, plus de la moitié de nos enquêtés soit 60,0% avaient utilisés ou utilisent actuellement un moyen de PF ; la santé de la mère a été la raison

d'utilisation de la PF la plus évoquée et la pilule été le moyen le plus utilisé soit 44,4%.

L'utilisation des contraceptifs a augmenté dans le monde, mais reste faible en Afrique subsaharienne. Au niveau mondial, l'utilisation des contraceptifs a augmenté, passant de 54% en 1990 à 57,4% en 2014. En Afrique, elle est passée de 23,6% à 27,6% [22].

Dans l'étude de Samaké K T [22], 76,9% des Hommes de médias ont affirmé avoir utilisé au moins une méthode contraceptive. Diarra M [20] dans son étude en Commune IV à Bamako, sur 158 hommes enquêtés, 115 affirmaient avoir utilisé un moyen de PF soit 72,8% des cas.

Ces résultats peuvent s'expliquer par les efforts fournis par les services techniques de l'état, les ONG et les partenaires.

## **V. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

### **5.1. CONCLUSION**

La connaissance des hommes de la commune III du district de Bamako en matière de planification familiale était assez bonne en ce qui concerne ses différentes méthodes et son but premier. Ils étaient favorables en grande partie pour la pratique de la planification familiale et ceux qui ne l'étaient pas ont évoqué des raisons telles que la religion, les effets secondaires des méthodes de planification et le désir d'avoir des enfants. Dans notre étude l'âge, la religion, le niveau d'instruction des enquêtés étaient associés à la pratique de la planification familiale. Le condom (préservatif) et la pilule étaient des méthodes les plus connues et la pharmacie était le principal lieu d'approvisionnement des participants. Les principales sources d'information étaient les agents de santé, la télévision et la radio.

## 5.2. RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude, nous pouvons faire quelques recommandations :

### ❖ À l'endroit du personnel de santé :

- Renforcer la communication pour un changement de comportement ciblé en faveur des groupes d'hommes influents en tenant compte du contexte socioculturel ;
- Offrir l'ensemble des méthodes contraceptives en expliquant leur importance et leur inconvénient qui facilitera le choix des méthodes.

### ❖ À l'endroit de la communauté :

- Promouvoir la communication au sein du couple ;
- Encourager la participation aux débats sur la planification familiale ;
- Participer aux séances d'I.E.C sur la contraception.

### ❖ À l'endroit des autorités sanitaires :

- Renforcer l'information en matière de PF dirigée vers les hommes tout en associant davantage les associations de santé communautaire, les organisations féminines et les ONG.

## REFERENCES

1. Delaunay V, Guillaume A. Sexualité et mode de contrôle de la fécondité chez les jeunes en Afrique subsaharienne. In 2007. p. 215-67.
2. World Health Organization. Mortalité maternelle [Internet]. [cité 6 août 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
3. WHO. Children: reducing mortality. Weekly epidemiological record. September 2014; 38 (19): 418 -20. [Internet]. [cité 6 août 2023]. Disponible sur: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/242265/WER8938\\_418-420.PDF?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/242265/WER8938_418-420.PDF?sequence=1)
4. UNFPA WCARO. Santé maternelle [Internet]. 2016 [cité 8 mars 2023]. Disponible sur: <https://wcaro.unfpa.org/fr/topics/sant%C3%A9-maternelle>
5. Institut National de la Statistique (INSTAT), Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé- Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF) et ICF. 2019. . 2019. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018 : Rapport de synthèse. Bamako, Mali et Rockville, Maryland, USA : INSTAT, CPS/SSDS- PF et ICF.
6. Mounkoro J. Préférences des femmes âgées de 14 à 45 ans en matière de contraception dans la commune urbaine de Koulikoro. Thesis. USTTB 2019. N°350: 98p;
7. Katz KR, Nanda K. A nonsurgical permanent contraception stakeholder advisory committee: FHI 360's experience. Contraception. août 2015;92(2):139-42.
8. AMPFF. Plan d'Action National Budgétisé de Planification Familiale du Mali: 2019-2023. :148.
9. CFPD. Centre français sur la population et le développement: groupement d'intérêt scientifique EHESS-INED-INSEE-ORSTOMPARIS6 20 ans de planification familiale en Afrique subsaharienne/Thérèse Locoh. Décembre 2021 ; N°19 :69p.
10. Dembélé M. Femmes utilisatrices des méthodes de planification familiale et mobilisation des paires à Koutiala (MALI). Thesis. USTTB 2021. N°347: 115p;

11. WHO. Planification familiale/Contraception. 2015 [Internet]. [cité 6 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
12. Sangaré P. connaissances, attitudes et pratiques en matière de contraception chez les adolescentes en milieu scolaire cas du lycée Ba Aminata Diallo. Thèse de médecine, Bamako 2017. N°31 :88p.
13. Chanou YS. Logiques d'utilisation de la contraception d'urgence chez les étudiantes : le cas de la FMOS, de la FAPH au Mali et de la FSS au Benin. Thèse Méd. USTTB 2014, N°77 : 105p.
14. Sinayoko T. connaissances, attitudes et pratiques des jeunes de 15 à 24 ans de la commune I et II du district de Bamako en matière de planification familiale. Thèse Méd. USTTB 2015, N°155 : 74p.
15. St Dominique Savio - Les saints - Catholique.org [Internet]. 1950 [cité 6 août 2023]. Disponible sur: <http://qe.catholique.org/les-saints/887-st-dominique-savio>
16. Looking for Answers [Internet]. AmazingGrace.life. 2018 [cité 6 août 2023]. Disponible sur: <https://www.amazinggrace.life/hard-questions>
17. Konaté A. Problématique de la planification familiale en commune IV du District de Bamako. Thèse Med. USTTB 2021 ; N°366 :111p;
18. Bagayoko M. Evaluation et Problématique de la planification familiale en Commune I du District deBamako. Thèse Med. USTTB. 2019; N°130 :84p.
19. Fatwa center french. La contraception en Islam [Internet]. 2021 [cité 6 août 2023]. Disponible sur: <https://azhar.eg/fatwacenterfrench/Fatwas/ArtMID/11145/ArticleID/54054/La-contraception-en-Islam>
20. Diarra M. Connaissances Attitudes et Pratiques des hommes par rapport à la planification familiale en commune IV du district de Bamako. Thèse Med. USTTB. 2020; N°181 :108p;
21. Koita H, Dao SZ, Sidibe K, Traore BA, Konate S, Haidara M, et al. Connaissances, attitudes et pratiques des hommes sur la planification familiale en commune ii du district de Bamako, Mali. Rev Malienne Sci Technol. 29 déc 2019;(22):126-33.

22. Samaké TK. Connaissances, attitudes et pratiques des Hommes de médias EN matière de planification familiale dans le district de Bamako. Thèse Med. USTTB. 2021; N°71 :91p;

## ANNEXES

### FICHE SIGNALETIQUE

**Nom :** DOUMBIA

**Prénom :** Seydou

**Email :** seyoudoumbia701@gmail.com

**Titre de la thèse :** Connaissances attitudes et pratiques des hommes par rapport à la planification familiale en commune III du district de Bamako.

**Centre d'intérêt :** District sanitaire ; Epidémiologie ; Santé publique

**Année universitaire :** 2022-2023

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie.

#### Résumé

Vu les avantages de la planification familiale et le rôle que jouent l'hommes dans la prise de décision sur la planification de leurs femmes, nous avons jugé nécessaire d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques des hommes par rapport à la planification familiale en commune III du district de Bamako.

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale à collecte des données prospective allant du 01 Avril au 01 Juillet 2022 soit une période d'étude de 03 mois. Les hommes d'âgés à partir de 14 ans mariés ou non, résident en commune III du district de Bamako qui ont accepté de participer à l'étude.

L'âge moyen était de  $32,40 \pm 7,52$  ans avec des extrêmes de 18 et 47 ans. La totalité soit 100% des enquêtés ont affirmé avoir entendu parler de la planification familiale. Le condom (préservatif) et la pilule ont été les méthodes de PF les plus citées soit respectivement 93,3% et 80,0%. Les agents de santé, la télévision et la radio étaient les sources d'informations les plus évoqués soit respectivement 80,0% ; 73,3% et 60,0%. La majorité de nos enquêtés étaient pour la pratique de la PF soit 80,0%. Espacer les naissances a été la raison la plus évoquée par nos enquêtés soit 75,0%. La majorité de nos enquêtés (soit 66,7%) étaient pour la promotion de l'implication de l'homme dans la planification familiale. Dans notre étude l'âge, la religion, le niveau d'instruction des enquêtés étaient associés à la pratique de la planification familiale. Plus de la moitié de nos enquêté soit 60,0%

avaient utilisés ou utilisent actuellement un moyen de PF. La raison religieuse était la raison d'opposition la plus évoquée soit 60,0%.

La connaissance des hommes de la commune III du district de Bamako en matière de la planification familiale était assez bonne en ce qui concerne ses différentes méthodes et son but premier.

**Mots clés : Planification familiale ; Connaissance ; Attitude ; Pratique**

## Abstracts

Given the benefits of family planning and the role men play in their wives' planning decisions, we felt it necessary to assess men's knowledge, attitudes and practices in relation to family planning in commune III of the Bamako district.

This was a cross-sectional descriptive study with prospective data collection running from 01 April to 01 July 2022, i.e. a study period of 03 months. Men aged 14 and over, married or not, residing in commune III of the Bamako district who agreed to participate in the study.

The mean age was  $32.40 \pm 7.52$  years, with extremes of 18 and 47 years. 100% of respondents said they had heard of family planning. Condoms and the pill were the most frequently cited FP methods, at 93.3% and 80.0% respectively. Health workers, television and radio were the most frequently mentioned sources of information, at 80.0%, 73.3% and 60.0% respectively. The majority of our respondents (80.0%) were in favour of practising family planning. Spacing births was the reason most mentioned by our respondents (75.0%). The majority of our respondents (66.7%) were in favour of promoting male involvement in family planning.

In our study, age, religion and level of education were associated with family planning use. More than half of our respondents (60.0%) had used or were currently using a family planning method. Religious reasons were the most frequently cited reason for opposition (60.0%).

Men's knowledge of family planning in Commune III of the Bamako district was fairly good in terms of its different methods and primary purpose.

**Key words:** Family planning; Knowledge; Attitude; Practice

## QUESTIONNAIRE D'ENQUETE

Date : \_\_\_\_\_ N° d'identification

Village/Quartier : \_\_\_\_\_ Langue de communication :

\_\_\_\_\_

### I Profil socio- culturels- religieux- économiques de l'enquêter :

1. Age : / \_\_\_\_\_ /

2. Ethnie : / \_\_\_\_\_ /

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

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 / \_\_\_\_\_ /

### 4. 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, où est-ce que vous vous procurez de ces méthodes contraceptives ?**

- a) C.S. Com / \_\_\_ / b) Pharmacie / \_\_\_ /  
c) Hôpital / \_\_\_ / d) CSRef / \_\_\_ /



m) les méthodes coutent cher / \_\_\_\_ /

n) Il n'y a pas de centre de P.F réserve aux hommes / \_\_\_\_ /

o) l'influence de l'occident / \_\_\_\_ /

p) Autres (à préciser) \_\_\_\_\_

q) Ne sait pas / \_\_\_\_ /

**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 / \_\_\_\_ /

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

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

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

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

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

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

**JE LE JURE !**