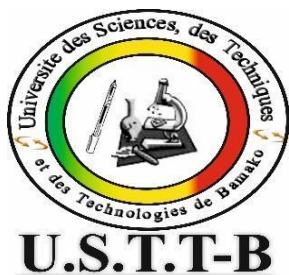


Ministère de l'Enseignement Supérieur
Et de la Recherche Scientifique

République du Mali

Un Peuple- Un But- Une Foi

Université des Sciences, des Techniques
Et des Technologies de Bamako (USTTB)
Faculté de Pharmacie (FAPH)



Année universitaire 2016-2017

N°.....

Titre :

IMPLICATION DES EPOUX DANS LA
CONTRACEPTION AU SEIN DU COUPLE A
L'AMPPF DANS LE DISTRICT DE BAMAKO

Thèse de Pharmacie

Présentée et soutenue publiquement le 06 /03/ 2018 devant la Faculté de Pharmacie,
Bamako, Mali

Par Mlle TSAGUE DONGMO VIRGINIE GISELE pour obtenir le grade de
Docteur en Pharmacie (Diplôme d'Etat)

Jury

Président du jury : Saibou MAIGA, Professeur

Membre : M. Moussa M'BO, Pharmacien

Membre : M. Drissa KONATE, Pharmacien

Co-directeur : M. Mamadou SIMA, Maître-Assistant

Directeur de thèse : Mahamadou DIAKITE,

Professeur

Thèse : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako

**LISTE DES MEMBRES DE L'ADMINISTRATION ET DU CORPS
ENSEIGNANT A LA FACULTÉ DE PHARMACIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2016-2017**

ADMINISTRATION

DOYEN : M. Boubacar TRAORE, Professeur

VICE-DOYEN : M. Ababacar MAIGA, Professeur

SECRÉTAIRE PRINCIPAL : M. Seydou COULIBALY, Administrateur Civil

AGENT COMPTABLE : M. Famalé DIONSAN, Contrôleur des Finances.

LES PROFESSEURS HONORAIRES

M. Boubacar Sidiki	CISSE	Toxicologie
M. Mahamadou	CISSE	Biologie
M. Daouda	DIALLO	Chimie Générale et Minérale
M. Kaourou	DOUCOURE	Physiologie
M. Boulkassoum	HAÏDARA	Législation
M. Moussa	HARAMA	Chimie Organique (décédé)
M. Gaoussou	KANOUTE	Chimie Analytique
M. Alou A.	KEÏTA	Galénique
M. Mamadou	KONE	Physiologie
M. Mamadou	KOUMARE	Pharmacognosie
M. Brehima	KOUMARE	Bactériologie/Virologie
M. Abdourahamane S.	MAÏGA	Parasitologie
M. Elimane	MARIKO	Pharmacologie

DER : SCIENCES BIOLOGIQUES ET MEDICALES

PROFESSEUR/DIRECTEUR DE RECHERCHE

M. Mounirou	BABY	Hématologie
M. Bakary Mamadou	CISSE	Biochimie
M. Abdoulaye	DABO	Biologie/Parasitologie
M. Alassane	DICKO	Santé Publique
M. Amagana	DOLO	Parasitologie-Mycologie
M. Boubacar	TRAORE	Parasitologie-Mycologie

1. MAITRES DE CONFÉRENCES/MAITRE DE RECHERCHE

M. Flabou	BOUGOUDOGO	Bactériologie-Virologie
M. Mahamadou	DIAKITE	Immunologie-Génétique
M. Souleymane	DIALLO	Bactériologie-Virologie
M. Abdoulaye	DJIMDE	Parasitologie-Mycologie

Thèse : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako

M. Akory Ag	IKNANE	Santé Publique/Nutrition
M. Ousmane	KOITA	Biologie-Moléculaire
M. Bourèma	KOURIBA	Immunologie, Chef de DER
M. Ousmane	TOURE	Santé Publique/ Santé environnement

2. MAITRES ASSISTANTS/CHARGE DE RECHERCHE

M. Charles	ARAMA	Immunologie
M. Seydina A. S.	DIAKITE	Immunologie
M. Aldjouma	GUINDO	Hématologie
M. Ibrahima	GUINDO	Bactériologie-Virologie
M. Kassoum	KAYENTAO	Santé Publique/ Biostatistiques
M. Issaka	SAGARA	Santé Publique/ Biostatistiques
M. Fanta	SANGHO	Santé publique
M. Mahamadou Soumana	SISSOKO	Santé Publique/ Biostatistiques

3. ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE

M. Seydou Sassou	COULIBALY	Biochimie Clinique
Mme Djénéba	COULIBALY	Nutrition/Diététique
M. Djibril Mamadou	COULIBALY	Biochimie Clinique
Mme Djénéba Koumba	DABITAO	Biologie Moléculaire
M. Souleymane	DAMA	Parasitologie Entomologie Médicale
M. Klétigui Casimir	DEMBELE	Biochimie Clinique
M Issa	DIARRA	Immunologie
Mme Fatou	DIAWARA	Epidémiologie
M. Yaya	GOÏTA	Biochimie Clinique
Mme Merepen dit Agnès	GUINDO	Immunologie
M. Oumar	GUINDO	Epidémiologie
M. Falaye	KEÏTA	Santé Public/Santé Environnement
Mme N'Deye Lallah Nina	KOÏTE	Nutrition
M. Birama Apho	LY	Santé Publique
M. Yacouba	MAÏGA	Biostatistique
M. Amadou Birama	NIANGALY	Parasitologie-Mycologie
M. Dinkorma	OUOLOGUEM	Biologie Cellulaire

Thèse : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako

M. Samba Adama	SANGARE	Bactériologie
M. Oumar	SANGHO	Epidémiologie
Mme Djakaridia	TRAORE	Hématologie

DER : SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS/DIRECTEUR DE RECHERCHE

M. Drissa	DIALLO	Pharmacognosie
M. Saïbou	MAÏGA	Législation
Mme Rokia	SANOGO	Pharmacognosie Chef de DER

2. MAITRES DE CONFÉRENCES/MAITRE DE RECHERCHE

Néant

3. MAITRES ASSISTANTS/CHARGES DE RECHERCHE

M. Loséni	BENGALY	Pharmacie hospitalière
M. Moussa	SANOGO	Gestion
M. Yaya	COULIBALY	Législation
Mme Adiaratou	TOGOLA	Pharmacognosie

4. ASSISTANTS/ATTACHE DE RECHERCHE

M. Bakary Moussa	CISSE	Galénique
M. Issa	COULIBALY	Gestion
Mme Balla Fatogoma	COULIBALY	Pharmacie Hospitalière
M. Seydou Lahaye	COULIBALY	Gestion Pharmaceutique
M. Antoine	DARA	Sciences Pharmaceutiques
M. Daouda Lassine	DEMBELE	Pharmacognosie
M. Adama	DENOU	Pharmacognosie
M. Sekou	DOUMBIA	Pharmacognosie
M. Mahamane	HAÏDARA	Pharmacognosie
Mme Assitan	KALOGA	Législation
M. Hamar Boubacar	MAÏGA	Galénique
M. Ahmed	MAÏGA	Législation
Mme Aïchata Ben Adam	MARIKO	Galénique

Thèse : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako

M. Aboubacar	SANGHO	Législation
M. Bourama	TRAORE	Législation
M. Karim	TRAORE	Sciences Pharmaceutiques
M. Sylvestre	TRAORE	Gestion Pharmaceutique
Mme Aminata Tiéba	TRAORE	Pharmacie Hospitalière
M. Mohamed dit Sarmoye	TRAORE	Pharmacie Hospitalière

DER : SCIENCES DU MÉDICAMENT

1. PROFESSEURS/DIRECTEUR DE RECHERCHE

M. Ousmane	DOUMBIA	Pharmacie Chimique
M. Ababacar I.	MAÏGA	Toxicologie

2. MAITRES DE CONFERENCES/MAITRE DE RECHERCHE

M. Sékou	BAH	Pharmacologie, Chef de DER
M. Benoit Yaranga	COUMARE	Chimie Analytique

3. MAITRES ASSISTANTS/CHARGE DE RECHERCHE

M. Dominique Patomo	ARAMA	Pharmacie Chimique
M. Tidiane	DIALLO	Toxicologie

4. ASSISTANTS/ATTACHE DE RECHERCHE

M. Mahamadou	BALLO	Pharmacologie
M. Mody	CISSE	Chimie Thérapeutique
Mme Dalaye Bernadette	COULIBALY	Chimie Analytique
M. Blaise	DACKOULO	Chimie Analytique
Mme Fatoumata	DAOU	Pharmacologie
M. Ousmane	DEMBELE	Chimie Thérapeutique
M. Abdourahmane	DIARA	Toxicologie
M. Aiguerou dit Abdoulaye	GUINDO	Pharmacologie
M. Madani	MARIKO	Chimie Analytique
M. Mohamed El Béchir	NACO	Chimie Analytique
M. Mahamadou	TANDIA	Chimie Analytique

Thèse : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako

M. Dougoutigui	TANGARA	Chimie Analytique
M. Hamadou Abba	TOURE	Bromatologie

DER : SCIENCES FONDAMENTALES

PROFESSEURS/DIRECTEUR DE RECHERCHE

M. Cheick F.	TRAORE	Biologie/Entomologie
M. Mahamadou	TRAORE	Génétique

1. MAITRES DE CONFERENCES/MAITRE DE RECHERCHE

M. Mouctar	DIALLO	Biologie Chef de DER
M. Lassana	DOUMBIA	Chimie Appliquée
M. Abdoulaye	TOURE	Entomologie-Médicale

2. MAITRES ASSISTANTS/CHARGE DE RECHERCHE

Néant

3. ASSISTANTS/ATTACHE DE RECHERCHE

M. Seydou Simbo	DIAKITE	Chimie Organique
M. Modibo	DIALLO	Génétique
M. Abdoulaye	KANTE	Anatomie
M. Boureïma	Kelly	Physiologie Médicale
M. Moussa	KONE	Chimie Organique
M. Massiriba	KONE	Biologie Entomologie

CHARGES DE COURS

M. Cheick Oumar	BAGAYOKO	Informatique
M. Babou	BA	Anatomie
M. Adourahamane	COULIBALY	Anthropologie Médicale
M. Souleymane	COULIBALY	Psychologie de la Santé
M. Bouba	DIARRA	Bactériologie
M. Mamadou Lamine	DIARRA	Biologie Végétale, Botanique
M. Modibo	DIARRA	Nutrition
M. Moussa I.	DIARRA	Biophysique
M. Babacar	DIOP	Chimie
M. Atimé	DIMDE	Bromatologie
M. Yaya	KANE	Galénique
M. Boubacar	KANTE	Galénique

Thèse : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako

M. Aboubakary	Maiga	Chimie Organique
M. Massambou	SACKO	SCMP/SIM
M. Modibo	SANGARE	Anglais
M. Sidi Boula	SISSOKO	Histologie-Embryologie
Mme Fatoumata	SOKONA	Hygiène du Milieu
M. Fana	TANGARA	Mathématiques
M. Abdel Kader	TRAORE	Pathologies Médicales
M. Boubacar	ZIBEÏROU	Physique

Thèse : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako

DEDICACES

A DIEU le tout puissant, le miséricordieux merci pour le souffle de vie que tu m'accordes tous les jours, qu'à toi seul revienne la gloire et la magnificence. Sans ta volonté ce travail n'aurait pas vu le jour.

A mon père Monsieur DONGMO François

Merci pour ta rigueur en ce qui concerne notre éducation tout au long de ces années, malgré le peu de moyens dont tu disposes, tu tiens à ce que chacun puisse aller le plus loin possible dans les études, reçoit ici le fruit de ces efforts, ce travail est le tien.

A ma mère Mme DONGMO Noëlle,

Femme courageuse, battante qui ne recule devant rien, tu as su m'inculquée cette persévérance, avec toi j'ai appris à ne reculer devant aucun obstacle. Tes encouragements ont fait de moi ce que je suis aujourd'hui, tu me disais toujours : « Ma fille j'ai pas fait de longues études, vas-y étudie pour toi mais également pour moi », maman ce doctorat tu le mérites.

A mes frères et sœurs DONGMO Joëlle Louise Ghyslaine, AZEBAZE DONGMO Léopold Hermann, AZANGUE DONGMO Pavel Éric, DONFACK Francine, NGOUFACK Ruth, KAFACK DONGMO jullie Sandra merci pour tout le soutien et les encouragements que vous m'avez apportés, ce travail est le vôtre.

A la grande famille Ma'a TSAGUE, merci pour le soutien et les encouragements.

A la grande famille Ma'a ZANGUE, merci pour tout.

A mon chéri KOUAM KAMDEM Ulrich Franck, Comme le temps passe vite, toutes ces années à tes côtés ont fait de moi la femme que je suis devenue aujourd'hui, malgré les désaccords, incompréhensions et disputes on a toujours su revenir à de meilleurs sentiments. Je te dis merci aujourd'hui, merci de me supporter telle que je suis et surtout pour toute l'aide que tu m'as apporté tout au long de ces années.

A mon fils KOUAM DONGMO jores Richfried, dès mon sein je t'aimais déjà, ta naissance m'a procuré une joie indescriptible. Aujourd'hui que tu as deux ans et plus, je prie Dieu afin qu'il t'accorde longue vie et saches que je serai toujours là en cas de besoin.

Thèse : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako

REMERCIEMENTS

Au Mali ma terre d'accueil, terre d'hospitalité, malgré les contraintes climatiques par rapport à ma terre d'origine, j'ai su m'adapter au climat sahélien de ce beau pays.

Au docteur Daoud Ourde Ousmane, tous les internes et le personnel de ICER Mali, merci pour l'accompagnement et le soutien.

A tout le personnel de l'AMPPF pour l'encadrement et le soutien pendant mes enquêtes dans leur structure.

A ma promotion « ROME », vous avez été comme une seconde famille pour moi, tant d'années loin des miens ont été comblé par vos plaisanteries, disputes mais surtout de convivialité. Nous avons partagé des moments de joie mais aussi de tristesse, puisse Dieu faire perdurer ce lien qui nous uni pour toujours.

A la 9^è promotion au numérus clausus « PROMOTION N'GOLO DIARRA », merci pour tout.

A mes aînés académiques T. Adhémar, Chawa Laettitia, K Natacha, L. Flaure, K. Fabrice merci pour le soutien et l'aide apporté.

A l'association des élèves, étudiants et stagiaires camerounais résidant au Mali (AEESCM), merci pour l'encadrement, le soutien durant mes six ans passés au Mali.

Au personnel de la pharmacie MOHAMED V ; Dr Feyti Toure, Mr Amadou Toure, Yaya Guindo, Dr Sékou Coulibaly, Dr Malick Dao, Fanta Sy, Aicha Coulibaly, Ouattara Fousseyni, Berthol Djonga, Abraham Diassana, Armanda Kouamba, Amady Dembélé, Fatoumata Drame, Moustapha Traoré, Boureïma, Bourama Doucouré, les heures de travail passées ensemble ont été empreint de plaisanteries, de convivialité et surtout de bonne humeur.

Aux Elites pharmaciens j'ai nommé Djonga Berthol, Essomba Éric II, Choula Gana Gaëlle stéphanie et moi-même, les moments passés ensemble resteront à jamais que de bons souvenirs. Bon vent à chacun de nous dans sa carrière professionnelle.

A mes enfants de Bamako, K. Nelissa, K. Borel, K. Rudovic, P. Danielle, K. Ignace, N Jumaëlle, merci pour les moments passés ensemble et pour tout.

Thèse : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako

A notre Maitre et Président du jury, Professeur Saïbou MAIGA

- ❖ Professeur titulaire en législation à la Faculté de Pharmacie
- ❖ Membre du comité d'éthique à la FMOS/FAPH
- ❖ Membre du comité national de la pharmacovigilance
- ❖ Chevalier de l'ordre du mérite

Honorable maître,

Vous nous faites honneur en acceptant de présider ce jury, votre simplicité et votre dévouement au travail nous impose de l'admiration à votre égard. Par la même occasion, permettez-nous de vous signifier toute notre gratitude. Recevez ici cher maitre, notre plus grande reconnaissance.

Thèse : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako

A notre Maitre et juge M. Moussa M'BO

- ❖ Socio-anthropologue
- ❖ Coordinateur du Comité de Gestion de l'AMPPF, représentant la Direction Exécutive de l'AMPPF.

Cher maître,

Le plaisir qui est le nôtre est immense, de même que la joie qui nous anime du fait que vous ayez accepté de siéger à ce jury. Votre sens de l'humanité, votre quête incessante du savoir nous inspire admiration et reconnaissance à votre endroit. Veuillez accepter par le biais de ces quelques mots l'expression de notre profond respect.

Thèse : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako

A notre Maitre et juge Docteur Drissa KONATE

- ❖ Docteur en médecine
- ❖ DEA en épidémiologie

Cher maître,

Votre apport ainsi que votre soutien pour l'amélioration de ce travail n'a pas été des moindres. Permettez-nous par la même occasion de vous exprimer nos sincères remerciements.

Thèse : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako

A notre Maitre et Co- directeur de thèse,

Docteur Mamadou SIMA

- ❖ Gynécologue-obstétricien au CHU Point G
- ❖ Maitre-assistant à la FMOS
- ❖ Praticien hospitalier au CHU Point G

Cher maître,

Nous avons eu le privilège de travailler sous votre direction et avons trouvé auprès de vous, le guide et le conseiller qui nous a reçus en toutes circonstances avec sympathie et bienveillance. Votre simplicité et probité au travail, votre sens de responsabilité nous ont toujours impressionnés. Cher Maitre, acceptez notre profonde reconnaissance.

Thèse : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako

A notre Maître et Directeur de thèse

Professeur Mahamadou DIAKITE

- ❖ DPhil en immunogénétique à l'Université d'Oxford
- ❖ Responsable du Laboratoire Immunogénétique et de Parasitologie (MRTC)
- ❖ Chef du département des Affaires étrangères et de Coopération (USTTB)
- ❖ Directeur Scientifique Adjoint du Centre de Recherche Clinique de l'Université

Cher maître,

Nous sommes particulièrement touchés par la gentillesse avec laquelle vous avez bien voulu accepter de diriger ce travail. Votre parcours professionnel, vos qualités humaines, votre amour pour le travail bien fait font de vous un grand professeur qui nous inspire une grande admiration et un profond respect. Permettez-nous de vous citer cher professeur : « Nos écrits nous précèdent. », soyez en rassuré la leçon a été retenue. Recevez ici cher maitre, l'expression de notre profond respect et sincère gratitude.

Thèse : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako

AMPPF	Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille
CS Com	Centre de Santé Communautaire
CS Réf	Centre de Santé de Référence
DIU	Dispositif Intra Utérin
DSSR	Droit en Santé sexuelle et Reproductive
DT	Dispositif Transdermique
IST	Infection Sexuellement Transmissible
MPI	Maladie Pelvienne Inflammatoire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PF	Planification Familiale
PNP	Politique Nationale de Population
PSL	Paix et Salut sur Lui
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SR	Santé de la Reproduction
TIC	Technologies de l'Information et de la Communication
VIH	Virus d'Immuno déficience Humaine

Thèse : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako

TABLE DES MATIERES

LISTE DES MEMBRES DE L'ADMINISTRATION ET DU CORPS ENSEIGNANT A LA FACULTÉ DE PHARMACIE ANNEE UNIVERSITAIRE 2016-2017..... i

1. INTRODUCTION	1
2. OBJECTIFS.....	3
2.1. Objectif général	3
2.2. Objectifs spécifiques.....	3
3. GENERALITES	4
3.1. Historique de la contraception.....	4
3.1.1. Dans le monde	4
3.1.2. Au Mali	4
3.1.3. Principales lois relatives à la santé de la reproduction au Mali	4
3.2. Aspects religieux	5
3.2.1. Islam et planification familiale	5
3.2.2. Christianisme et contraception.....	6
3.3. Définition.....	6
3.4. Cycle physiologique de la reproduction ou cycle « menstruel »	6
3.5. Différentes méthodes contraceptives [13, 14].....	7
3.5.1. Méthodes naturelles	7
3.5.2. Méthodes de « barrières ».....	10
3.5.3. Méthodes hormonales	13
4. METHODOLOGIE	19
4.1. Cadre d'étude	19
4.1.1. Vision de l'AMPPF.....	20
4.1.2. Mission de l'AMPPF	20
4.1.3. Valeurs de l'AMPPF	20
4.2. Période d'étude.....	20
4.3. Type d'étude	21
4.4. Population d'étude.....	21
4.4.1. Critères d'inclusion	21
4.4.2. Critères de non-inclusion.....	21
4.5. Echantillonnage	21

Thèse : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako

4.6. Variables mesurées	22
4.7. Déroulement de l'étude.....	22
4.8. Gestion et analyse des données.....	22
4.9. Considérations éthiques	23
5. RESULTATS	24
5.1. Résultats globaux	24
5.2. Résultats descriptifs.....	24
5.2.1 Epouses	24
5.2.2. Caractéristiques des époux accompagnant leurs épouses à l'AMPPF.....	30
5.3. Résultats analytiques.....	33
6. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	34
6.1. Résultats descriptifs.....	34
6.2. Résultats analytiques.....	40
7. LIMITES DE NOTRE ETUDE	41
8. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	43
8.1. CONCLUSION.....	43
8.2. RECOMMANDATIONS.....	44
9. REFERENCES	46
10. ANNEXES	48
10.1. FICHE D'ENQUETE POUR EPOUSE	48
10.2. FICHE D'ENQUETE POUR EPOUX	50
10.3. LOI 02-044, SANTE DE LA REPRODUCTION	51

Thèse : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: répartition des épouses en fonction des classes d'âge **Erreur ! Signet non défini.**

Tableau II: répartition des épouses selon la source d'information sur la PF..... 28

Tableau III: répartition des épouses en fonction de la connaissance d'au moins une méthode de contraception..... **Erreur ! Signet non défini.**

Tableau IV: répartition des épouses en fonction des raisons de la pratique de la contraception **Erreur ! Signet non défini.**

Tableau V: répartition des épouses en fonction de l'auteur de la prise de décision d'adopter une méthode contraceptive **Erreur ! Signet non défini.**

Tableau VI: répartition des épouses en fonction de l'accord de leur mari sur l'adoption d'une méthode contraceptive **Erreur ! Signet non défini.**

Tableau VII: tableau illustrant l'accompagnement des épouses par les époux à L'AMPPF lors des visites **Erreur ! Signet non défini.**

Tableau VIII: tableau illustrant l'adoption d'une méthode contraceptive par le couple après discussion sur les avantages et des inconvénients **Erreur ! Signet non défini.**

Tableau IX: répartition des époux accompagnant leurs épouses à l'AMPPF en fonction des classes d'âge..... **Erreur ! Signet non défini.**

Tableau X: répartition des époux accompagnant leurs épouses en fonction en fonction du statut matrimonial **Erreur ! Signet non défini.**

Tableau XI: répartition des époux accompagnant leurs épouses selon la source d'information par rapport à la PF **Erreur ! Signet non défini.**

Tableau XII: répartition des époux accompagnant leurs épouses en fonction de l'approbation de l'utilisation de la planification familiale **Erreur ! Signet non défini.**

Tableau XIII: répartition des participantes en fonction de l'accord et l'aide financière des époux **Erreur ! Signet non défini.**

Thèse : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Répartition des épouses en fonction de la profession	25
Figure 2: Répartition des épouses en fonction du statut matrimonial	25
Figure 3: Répartition des épouses en fonction du niveau d'instruction	26
Figure 4: Répartition des épouses en fonction de leur obédience religieuse.....	26
Figure 5 : Répartition des époux accompagnant leurs épouses à l'AMPPF en fonction de la profession.....	30
Figure 6: Répartition des époux accompagnant leurs épouses à l'AMPPF en fonction du niveau d'instruction.....	31
Figure 7: Répartition des époux accompagnant leurs épouses à l'AMPPF en fonction de leur obédience religieuse	32

1. INTRODUCTION

La contraception peut être définie comme une méthode visant à éviter, de façon réversible et temporaire, la fécondation d'un œuf par un spermatozoïde ou, s'il y a fécondation, la nidation de l'œuf fécondé [1]. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que l'utilisation des contraceptifs a augmenté dans de nombreuses régions, notamment en Asie et en Amérique latine [2]. De même, la proportion de femmes mariées entre 15 à 49 ans utilisant une méthode contraceptive moderne a très faiblement augmenté entre 2008 et 2014 [2]. Cette proportion a légèrement progressé passant de 60,9% à 61% en Asie et en Amérique latine et dans les Caraïbes de 66,7% à 67% [1]. Dans les pays en développement, 214 millions de femmes souhaitent éviter ou espacer les grossesses mais n'utilisent aucune méthode contraceptive en matière de planification familiale [1]. En Afrique subsaharienne, la prévalence contraceptive reste faible. Elle est passée de 23,6% en 2008 à 27,6% en 2014 [2]. Cette prévalence varie selon les pays en fonction des besoins en matière de contraception, des croyances et des priorités des couples. Elle est de 22% pour toutes méthodes confondues au Sénégal [2] et de 5% en Mauritanie dont la population reste pro nataliste [3].

Au Mali, la prévalence contraceptive au niveau national est de 10% pour toutes les méthodes de contraception confondues [4]. Cette prévalence varie selon les régions mais aussi le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le nombre d'enfants vivants dans le foyer [4]. Une augmentation non significative de la proportion des femmes en union qui utilisent la contraception est passée de 7,1% en 2006 à 9,9% en 2012-2013 [4].

La planification familiale est l'une des composantes essentielles des soins de santé de la reproduction. Elle vise à améliorer la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant afin de réduire la morbidité et la mortalité chez ces groupes cibles [5]. Bien que les pays africains fournissent beaucoup d'efforts dans l'orientation de la planification familiale comme une priorité, les besoins non satisfaits en matière de contraception demeurent élevés avec 23,5% [1], au Mali cette prévalence est de 26% [4]. La planification familiale, comme beaucoup d'autres services en Afrique, est entravée par la pauvreté, les conflits, l'accès limité aux services, la mauvaise coordination des programmes et la diminution du financement des donateurs. Toutes

Thèse : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako

ces situations rendent difficile l'objectif d'équilibre entre la croissance de la population et le développement socio-économique.

Même si les services sont disponibles, certains facteurs comme les croyances traditionnelles favorisant la fertilité élevée, les barrières religieuses et le manque d'implication des époux affaiblissent le niveau d'activités de la planification familiale dans les pays africains. Au Mali, malgré les efforts déployés en matière de planification familiale, le niveau de la fécondité reste élevé, il est de 6,1 enfants par femme [4]. Le gouvernement a opté pour une approche plus élaborée et plus complète par la prise en compte de la dimension population dans tous les programmes de développement. A travers cette orientation, la Politique Nationale de Population (PNP) s'est fixé comme objectif d'atteindre l'équilibre entre la croissance de la population et le développement social [4].

Les études menées au Mali ont généralement porté sur les connaissances de la planification familiales, notamment celle de Diabaté et collaborateurs en 1997 à Douentza d'où il ressort que dans cette zone rurale les hommes étaient plus informés que les femmes (51% contre 40%) mais la proportion d'utilisation étaient plus faible pour les professions agro-pastorales par rapport aux fonctionnaires [6], celle de Cissé en 2010 dans la commune urbaine de Gao d'où il ressort que les adolescentes déclaraient connaître au moins une méthode contraceptive dans 73,10% [7], et celle de Diarra et collaborateurs qui ont rapporté dans le milieu scolaire que 99,4% des adolescents avaient déjà attendus parler de contraception en 2014 dans le district de Bamako [8]. Une autre étude menée dans le district de Bamako et certaines régions sur l'implication des hommes dans la prise de décision en matière de planning familial a rapporté que 30,6% des hommes utilisent une méthode de contraception [9]. Dans cette même étude, Maiga et collaborateurs en 2007 ont également signalé que 60,7% des hommes enquêtés pensent que la décision de faire la contraception revient à l'homme [9]. Le manque d'implication des hommes est un facteur handicapant l'utilisation de la contraception au sein du couple. C'est ainsi que cette étude avait pour but d'étudier l'implication des époux dans l'utilisation des méthodes contraceptives au sein du couple. Les résultats attendus permettront de faire la lumière sur le rôle des époux mais aussi les facteurs limitant leurs implications dans le processus de la demande et de l'utilisation de la contraception au sein du couple dans le district de Bamako.

Thèse : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako

2. OBJECTIFS

2.1. Objectif général

Etudier l'implication des époux dans le processus de demande et d'utilisation de la contraception au sein du couple dans le district de Bamako.

2.2. Objectifs spécifiques

- ✓ Déterminer le rôle des époux dans le processus de demande de contraception au sein du couple dans le district de Bamako ;
- ✓ Déterminer le rôle des époux dans le choix de la méthode contraceptive utilisée par le couple dans le district de Bamako ;
- ✓ Décrire l'accompagnement en termes d'apport financier des époux de la méthode contraceptive utilisée par le couple dans le district de Bamako ;
- ✓ Déterminer les motivations du couple dans le choix de la méthode contraceptive utilisée au sein du couple dans le district de Bamako.

3. GENERALITES

3.1. Historique de la contraception

3.1.1. Dans le monde

La limitation et le contrôle des naissances ont préoccupé l'homme depuis la nuit des temps. La contraception était pratiquée dans l'antiquité. Elle le fut et l'est encore de nos jours de façon extrêmement variable selon les lieux et les époques. Ceci pour nous montrer la constante volonté de l'espèce humaine d'échapper à la fatalité d'une reproduction naturelle. Mais à travers le monde, elle reste toujours limitée pour des raisons morales ou religieuses faisant de la procréation une obligation sacrée dans une optique naturaliste mettant l'homme au service d'une volonté supérieure qui ne lui laisse pas d'autre choix [10].

3.1.2. Au Mali

Les sociétés traditionnelles ont toujours été fortement pro-natalistes cela pour des raisons d'ordre sociologique, culturel, économique et spirituel. La fécondité confère une valeur sociale et l'infécondité est toujours mal vécue et interprétée de malédiction ou de tare notamment pour la femme [10].

3.1.3. Principales lois relatives à la santé de la reproduction au Mali

Lettre circulaire N°004/Msp-AS/Cab du 25 janvier 1991, cette lettre adressée aux responsables politiques, administratifs et sanitaires, stipule que l'accès à une méthode contraceptive reste libre pour toute femme en âge de procréer qui le désire ou qui le nécessite. Mais cela reste subordonné à l'autorisation parentérale ou maritale.

Loi N°02-044 relative à la santé de la reproduction dite Loi Lahaou Touré, adoptée le 24 juin 2002

Article 3 : Les hommes et les femmes ont le droit égal de liberté, de responsabilité, d'être informés et d'utiliser la méthode de planification ou de la régulation des naissances de leur choix, qui ne sont pas contraire à la loi.

Thèse : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako

3.2. Aspects religieux

3.2.1. Islam et planification familiale

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

La planification familiale n'est pas une nouveauté pour l'islam, comme le révèlent les propos échangés à la conférence. Les compagnons du prophète (Paix et Salut sur Lui, PSL) la pratiquaient déjà à l'époque de la révélation coranique, et en discutaient avec lui, qui ne l'interdisait pas [10]. Si la planification familiale, comme on l'entendait alors, était prohibée, alors les versets coraniques qui s'y rapportent l'auraient formellement interdite, ce qui n'est pas le cas. Aucun texte de l'islam n'interdit la régulation des naissances mais la perpétuation de l'espèce humaine reste l'objet essentiel de l'accouplement [10].

La question socio-économique et démographique, qui depuis les temps immémoriaux opposait les prophètes des religions monothéistes à leurs communautés ou peuples, continue d'être différemment perçue et interprétée par les anthropologues, les démographes, les économistes, le corps médical, les politiciens, les religieux, voire les leaders d'opinions. C'est sur le point relatif à la religion, facteur pesant sur les problèmes à tous ces niveaux, qu'il convient de déterminer ce qu'en dit le saint Coran, certains *hadiths*, les consensus des savants (religieux) ; et comment certains croyants pratiquent le raisonnement par analogie. C'est surtout sur ce dernier point que beaucoup de personnes qui sont contre, comme qui sont pour la planification familiale, tirent leurs arguments.

Le Coran se situe au sein de l'héritage historique des religions (chrétiennes, juives, musulmanes) et coutumes, croyances et pratiques traditionnelles des peuples. En fait le *Coran* – comme la *Torah* et l'*Evangelie* – ne parle pas ou presque pas de manière directe de la planification familiale. Ceux qui utilisent le raisonnement par

Thèse : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako

l'analogie ne pourraient pas citer plus de quelques versets des quatre *sourates* sur les 114 qui composent le Coran, et les lier indirectement à la planification familiale. L'annexe E donne un résumé de ces quatre *sourates* et versets coraniques en rapport avec la planification familiale.

Il est à retenir que le saint Coran ne parle pas directement de la contraception, de la planification familiale, mais dans quatre différentes *sourates*, il fait référence à des thèmes qui peuvent être liés à la planification familiale : les *sourates* 4 « les femmes », 5 « la table servie », 6 « les bestiaux » et 17 « le voyage nocturne ». Si le Coran n'a cité ni l'infanticide, ni le retrait, il laisse la possibilité aux leaders religieux et autres croyants de multiples interprétations du statut du planning familial, notamment celui des méthodes de contraception modernes [11].

3.2.2. Christianisme et contraception

La contraception n'est pas une question nouvelle selon Larchet, mais l'expansion et la banalisation de cette pratique dans les sociétés modernes par la mise à disposition des moyens plus nombreux et plus sûrs, ont suscité des réactions aigues et accentué le débat du côté des confessions chrétiennes traditionnellement réservées vis-à-vis de la contraception[10].

3.3. Définition

Selon l'OMS, la contraception est définie par « L'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter ». Il s'agit de l'ensemble des pratiques destinées à empêcher la fécondation de l'ovule lors des rapports sexuels [12].

3.4. Cycle physiologique de la reproduction ou cycle « menstruel »

Le cycle menstruel se décompose en cycles utérin et ovarien. Ces derniers sont sous la dépendance des hormones sexuelles (les œstrogènes et la progestérone) ainsi que des hormones hypothalamo-hypophysaires (LH-RH ou GnRH, FSH et LH). La régulation de ces cycles se fait grâce à des systèmes de rétrocontrôle négatif ou de rétrocontrôle positif. C'est la période qui s'écoule du premier jour des règles au premier jour des règles suivantes. Il s'agit d'une série d'évènement se reproduisant régulièrement, d'une durée moyenne de 28 jours, pendant la période de fertilité d'environ 36 ans (de la puberté à la ménopause). Théoriquement le corps jaune ne

Thèse : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako

vit que 14 jours après l'ovulation donc une femme qui a un cycle de 23 jours, ovule le 9ème jour [12].

3.5. Différentes méthodes contraceptives [12, 13]

3.5.1. Méthodes naturelles

On qualifie de « naturelles » toutes les méthodes qui visent à identifier la période de l'ovulation de manière à s'abstenir d'avoir des rapports sexuels féconds à ce moment-là. L'abstinence de rapports sexuels a été pratiquée tout au long des siècles pour éviter les grossesses. L'abstinence périodique représente une option contraceptive pour les couples suffisamment motivés pour se plier aux règles et exigences de cette méthode [12].

3.5.1.1. Différentes méthodes naturelles [12]

3.5.1.1.1. Méthode de la glaire cervicale ou « méthode de Billings »

Au cours du cycle menstruel, la femme observe des modifications de la consistance de la glaire cervicale. À l'approche de l'ovulation, les sécrétions du col de l'utérus se modifient ; elles deviennent plus abondantes, plus fluides, et provoquent un écoulement vaginal caractéristique. Il s'agit de la glaire fertile (oestrogénique). Pour apprécier la consistance de la glaire cervicale, la femme doit introduire deux doigts dans le vagin puis les écarter pour déterminer la filance. Les couples doivent éviter tout rapport sexuel en présence de glaire fertile jusqu'au troisième jour après que son apparition a cessé. Dans la phase pré ovulatoire, il est conseillé aux couples d'éviter les rapports sexuels plusieurs jours de suite pour permettre de détecter correctement les changements de la glaire cervicale. Toutefois, beaucoup de paramètres peuvent modifier la glaire et sa consistance : le désir sexuel, les infections vaginales et le sperme [12].

3.5.1.1.2. Méthode symptothermique

Elle combine au moins deux méthodes, telle que la modification du mucus cervical ou la courbe thermique, l'observation de symptômes associés à l'ovulation (douleurs, tension mammaire, saignement) et les calculs de la méthode du calendrier. Le recours à plusieurs méthodes est plus fiable pour déterminer la phase fertile. L'abstinence doit commencer lorsque la première méthode, généralement celle du calendrier ou de la glaire cervicale, détermine le premier jour de la phase fertile et se

Thèse : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako

termine lorsqu'une seconde technique, généralement celle de la courbe thermique et/ou de la glaire cervicale, identifie le dernier jour de la phase fertile [12].

3.5.1.1.3. Coït interrompu ou « retrait »

C'est une méthode vieille comme le monde. Cela consiste pour l'homme à retirer son pénis du vagin de sa partenaire sexuelle avant l'éjaculation. Cette méthode présente plusieurs inconvénients physiologiques et psychologiques. Pour la femme, le retrait demande une très grande confiance en son partenaire sexuel. Pour l'homme, une excellente connaissance des signes du moment de l'éjaculation (qui est réflexe, donc impossible à contrôler). La méthode du retrait comporte entre 4 et 22% d'échecs. Ce taux élevé s'explique par la difficulté à contrôler parfaitement l'éjaculation et par la présence de spermatozoïdes dans le liquide pré-séminal [12].

3.5.1.1.4. Allaitement maternel

Pendant la grossesse, l'hypophyse sécrète en quantités croissantes une hormone appelée la prolactine. Celle-ci stimule le développement des seins et les prépare à l'allaitement. Avant la naissance et jusqu'à trois à quatre jours après la naissance, les seins présentent un écoulement de colostrum, liquide épais contenant des protéines. Ensuite la sécrétion du lait commence, toujours sous l'effet de la prolactine. Ce qui entretient la sécrétion de prolactine et la production de lait, c'est la succion du mamelon par le nouveau-né. Or, une sécrétion importante de prolactine a aussi pour effet de bloquer l'ovulation. Après un accouchement, l'allaitement est donc une contraception très efficace, sous trois conditions :

- le nourrisson doit être exclusivement nourri au sein (jusqu'à cinq ou six fois par jour) ; la prise d'un biberon doit rester exceptionnelle ; si la fréquence de la succion diminue, la sécrétion de prolactine diminue aussi, et l'ovulation peut de nouveau se produire ;
- le nourrisson doit avoir moins de six mois ; au-delà de six mois, allaitement ou pas, une nouvelle ovulation peut se produire ;
- Si la femme n'a pas eu de règles depuis l'accouchement ; l'apparition de règles franches traduit, en effet, la reprise des ovulations.

Lorsque ces trois conditions sont remplies, l'effet contraceptif de l'allaitement est de 98% [14]. Beaucoup de femmes désirent donner le sein mais ne peuvent pas assurer

Thèse : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako

un allaitement au sein exclusif pendant plusieurs mois. Heureusement, l'allaitement est compatible avec plusieurs autres méthodes contraceptives, qui ne présentent aucun danger pour la mère ou l'enfant : pilule progestative, injections de progestatifs, DIU, implant contenant un progestatif. Ainsi, la prise d'une pilule progestative pendant l'allaitement, même si celui-ci est incomplet, procure une contraception quasiment efficace à 100% [12].

3.5.1.1.5. Abstinence [13]

Elle est définie comme la décision de ne pas avoir de rapport sexuel oral, vaginal ou anal, pour cela vous devez déterminer vos limites sur le plan sexuel et en parler avec votre partenaire. Vous pouvez choisir d'éviter les situations où vous sentez la pression des autres ou vous ne vous sentez pas capable de respecter vos limites.

3.5.1.1.6. Stérilisation

- ✓ Stérilisation féminine (aussi appelée ligature des trompes)

Les deux trompes qui permettent aux spermatozoïdes de rencontrer l'œuf et de le féconder (trompes de Fallope) sont bloquées. On les coupe, les attache ou les obstrue en y posant des clips.

- ✓ Stérilisation masculine (aussi appelée vasectomie)

Les conduits qui permettent au sperme de circuler (canaux déférents) sont bloqués. On les coupe, les attache ou les obstrue en y posant des clips. Elle n'affecte pas le désir, la puissance ni le plaisir sexuel.

3.5.1.2. Avantages des méthodes « naturelles »

Elles sont sans effets secondaires, ne nécessitent pas de consulter le médecin. Elles permettent d'espacer les naissances à défaut de les éviter, mais également peuvent être associées à d'autres méthodes d'accès facile (préservatifs, spermicides, diaphragme, cape).

3.5.1.3. Inconvénients des méthodes « naturelles »

Ces méthodes ont des inconvénients notables. Elles nécessitent une attention de tous les instants et compromettent la spontanéité des rapports sexuels. La régularité du cycle de la femme ne garantit en rien la précision du jour de l'ovulation. Dans ces conditions, l'efficacité des méthodes dites « naturelles » est très variable et, dans une certaine mesure, plutôt imprévisible. Elles exigent l'abstinence ou l'utilisation de

Thèse : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako

préservatifs pendant la plus grande partie du cycle. Dernier point mais pas des moindres, elles ne protègent pas des Infections Sexuellement Transmissibles (IST). Il faut que le couple soit prêt à accepter une grossesse, même si elle n'est pas prévue (car les méthodes sont peu fiables).

3.5.2. Méthodes de « barrières »

3.5.2.1. Préservatif masculin

C'est une mince gaine généralement faite de latex, mais également disponible en polyuréthane (pour les personnes allergiques au latex), il couvre le pénis en érection empêchant ainsi le spermatozoïde de rencontrer un œuf. Il peut être utilisé avec un lubrifiant à l'eau ou encore en association avec d'autres méthodes de contraception afin d'augmenter l'efficacité.

✓ Avantages

Il est efficace dans 85 à 98 % des cas [13]. Il Aide à éviter une grossesse, mais aussi à prévenir les infections transmises sexuellement, notamment le VIH. On peut se le procurer à divers endroits, comme les pharmacies et les centres de santé communautaire et même les boutiques. Pas besoin de consulter un médecin ni un fournisseur de soins de santé. Les deux partenaires peuvent acheter un préservatif et en avoir un sur soi.

✓ Inconvénients

Son adoption nécessite une certaine planification, d'autant plus que l'utilisateur doit toujours avoir un préservatif à portée de main. Au moment de son utilisation, le préservatif doit être correctement installé avant tout contact sexuel, afin d'éviter toute déchirure. L'utilisation de spermicides avec un préservatif ou les allergies au latex peuvent causer de l'irritation, ce qui pourrait faciliter la transmission d'une IST ou du VIH si la personne est exposée. Un nouveau préservatif doit être utilisé à chaque rapport sexuel. Les préservatifs de fantaisie ne sont peut-être pas conçus pour protéger contre les IST.

3.5.2.2. Préservatif féminin

Il est conçu en gaine de polyuréthane qui comporte deux anneaux. Le premier anneau est inséré au fond du vagin tandis que l'autre demeure à l'extérieur, à

Thèse : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako

l'entrée du vagin, afin de s'adapter à la forme du vagin. Le pénis glisse à l'intérieur du préservatif féminin pendant le rapport sexuel.

✓ Avantages

Il est efficace dans 79 à 95 % des cas [13]. On peut se le procurer à divers endroits tels que les pharmacies. Pas besoin de consulter un médecin ni un fournisseur de soins de santé. Il Protège en partie contre les ITS, le VIH et la grossesse. Il n'est pas fait de latex et peut donc être utilisé par les personnes qui sont allergiques au latex.

✓ Inconvénients

L'utilisatrice doit avoir un préservatif à portée de la main, ce qui suppose une certaine planification. Elle doit se sentir à l'aise à l'idée d'insérer le préservatif dans le vagin. Ce dernier doit être correctement installé avant tout contact sexuel. Pendant le rapport sexuel, il faut s'assurer que le pénis entre bien dans le préservatif et non à côté. Il fait parfois du bruit pendant le rapport sexuel.

3.5.2.3. Diaphragme

C'est une calotte de caoutchouc souple qui couvre le col de l'utérus et empêche les spermatozoïdes d'atteindre l'utérus. Il doit être utilisé avec une gelée contraceptive (spermicide) afin de détruire les spermatozoïdes, et peut être inséré dans le vagin jusqu'à six heures avant un rapport sexuel, et doit être laissé en place au moins six heures après le dernier rapport sexuel, mais pas plus de 24 heures en raison du risque accru de syndrome du choc toxique.

✓ Avantages

Il est efficace dans 84 à 94 % des cas [13]. Il peut être lavé avec de l'eau savonneuse et réutilisé. Il doit être inséré seulement au besoin. C'est une méthode de contraception non hormonale. La gelée spermicide peut agir à titre de lubrifiant.

✓ Inconvénients

La femme doit rajouter de la gelée spermicide si elle a plus d'un rapport sexuel. Cette méthode peut être compliquée à utiliser d'où la consultation d'un médecin pour être ajusté. Il Doit être réajusté en cas de gain ou de perte de poids, à la suite d'une grossesse ou après une chirurgie pelvienne. La femme doit se sentir à l'aise à l'idée de l'insérer ou de le retirer. Il ne peut pas être utilisé pendant les menstruations à

Thèse : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako

cause d'un risque accru d'infection de la vessie, d'infection aux levures et de vaginose bactérienne. Doit être nettoyé après usage, vérifié pour détecter s'il y a des trous et entreposé dans un lieu frais et sec. Il ne protège pas contre les infections transmises sexuellement, notamment le VIH, et peut causer de l'irritation liée au spermicide ou au latex du diaphragme, augmentant par conséquent le risque de contracter le VIH ou une ITS, si la personne est exposée. Egalement, il peut se déplacer pendant un rapport sexuel ou une activité exigeant de gros efforts. Du fait qu'il contient du latex, il ne peut donc pas être utilisé par les personnes qui y sont allergiques.

3.5.2.4. Éponge contraceptive

C'est une petite éponge souple insérée dans le vagin de manière à couvrir le col de l'utérus. Elle doit être humidifiée avec de l'eau afin d'activer le spermicide qui détruira les spermatozoïdes, empêchant ainsi les spermatozoïdes d'atteindre le col de l'utérus. Elle peut être insérée en tout temps avant un rapport sexuel, et ne doit pas être laissée dans le vagin plus de 30 heures consécutives. Elle doit être laissée en place au moins six heures après le dernier rapport sexuel.

✓ Avantages

Elle est efficace dans 68 à 91 % des cas [13]. Elle n'est pas en latex et ne nécessite pas forcément de consulter un médecin ou un fournisseur de soins de santé. Elle peut être utilisée pour plus d'un rapport sexuel sans qu'il soit nécessaire d'ajouter du spermicide. On peut se la procurer dans les pharmacies. Il existe une taille unique pour toutes les femmes.

✓ Inconvénients

Elle ne protège pas contre les infections transmises sexuellement, notamment le VIH. Le spermicide peut causer de l'irritation, augmentant par conséquent le risque de contracter le VIH ou une ITS si la personne est exposée. Si on la laisse en place plus de 30 heures, peut entraîner le syndrome du choc toxique. Ne peut pas être utilisée pendant les menstruations. La femme doit se sentir à l'aise à l'idée de l'insérer ou de le retirer. L'utilisatrice doit tenir compte du risque accru d'infection de la vessie, d'infection aux levures et de vaginose bactérienne.

Thèse : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako

3.5.2.5. Spermicides

Ils forment une barrière chimique qui détruit les spermatozoïdes ou les rend incapables d'atteindre les œufs. On les trouve sous différentes formes, notamment en mousse, en gel ou en film. Toutes les formes de spermicides sont insérées dans le vagin. Il convient de lire les instructions avant de les utiliser, puisque le moment d'insertion varie en fonction de la forme choisie. Ils peuvent être utilisés seuls ou en combinaison avec d'autres méthodes de contraception afin d'accroître l'efficacité.

✓ Avantages

Ils sont efficaces dans 71 à 82 % des cas lorsqu'on les utilise seuls, sans préservatif [13]. Pas besoin de consulter un médecin ni un fournisseur de soins de santé. Ils peuvent aussi agir à titre de lubrifiant. Les Utilisés seulement au besoin. On les trouve en pharmacie.

✓ Inconvénients

Ils ne protègent pas contre les infections transmises sexuellement, notamment le VIH. Ils peuvent causer de l'irritation, augmentant par conséquent le risque de contracter le VIH ou une ITS si la personne est exposée.

3.5.3. Méthodes hormonales

3.5.3.1. Pilule contraceptive

Pilule oestro-progestative, pilule progestative décrire ces deux types. Elle se prend une fois par jour, et est vendue en plaquette de 28 comprimés (21 comprimés qui contiennent les hormones et 7 comprimés qui servent de rappel) ou en plaquette de 21 comprimés (21 comprimés qui contiennent les hormones). Elle contient les hormones féminines (estrogène et progestine), qui empêche les ovaires de libérer un œuf (ovulation), et également modifie la paroi de l'utérus de sorte qu'il est difficile pour l'œuf d'y adhérer. Mais aussi, épaissit le mucus cervical de sorte que le sperme pénètre moins facilement dans l'utérus.

✓ Avantages

Elle est efficace dans 92 à 99,7 % des cas [13]. Les menstruations peuvent durer moins longtemps, présenter un flux moins important et provoquer moins de crampes. Mais aussi, régularise les menstruations. Les femmes en santé et non-fumeuses de tout âge peuvent l'utiliser. Elle peut réduire les risques de cancer du système

Thèse : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako

reproducteur, améliorer l'acné. Cette méthode est facilement réversible puisqu'elle permet d'avoir des rapports sexuels non planifiés.

✓ Inconvénients

La pilule ne protège pas contre les infections transmises sexuellement, notamment le VIH. Elle doit être prise à peu près au même moment chaque jour afin de maintenir un niveau stable d'hormones dans le corps. Elle peut entraîner quelques effets secondaires (dérangements d'estomac, douleur aux seins, saignements entre les menstruations, maux de tête). Les femmes atteintes de certaines maladies ne peuvent pas prendre la pilule en raison d'un risque accru de formation de caillots sanguins (par exemple, les fumeuses de plus de 35 ans, les femmes souffrant d'hypertension).

3.5.3.2. *Timbre transdermique*

Un timbre est un carré de polyester de 4 cm qui contient les hormones féminines (œstrogène et progestine). Les hormones sont absorbées par la peau, ce qui empêche les ovaires de libérer un œuf (ovulation). Il épaissit le mucus cervical de sorte que le sperme pénètre moins facilement dans l'utérus, modifiant ainsi la paroi de l'utérus de sorte qu'il est difficile pour l'œuf d'y adhérer. Un nouveau timbre doit être appliqué sur la peau chaque semaine pendant trois semaines consécutives sauf la quatrième semaine.

✓ Avantages

Le timbre est efficace dans 92 à 99,7 % des cas [13]. Il peut réduire les risques de cancer du système reproducteur. Les menstruations peuvent durer moins longtemps, présenter un flux moins important et provoquer moins de crampes. Il régularise les menstruations et les femmes en santé et non-fumeuses de tout âge peuvent l'utiliser. Notons que le même timbre se porte pendant sept jours consécutifs. Il ne s'ingère pas, et par conséquent présente moins de risque de causer des dérangements d'estomac. Il peut améliorer l'acné. C'est une méthode facilement réversible qui permet d'avoir des rapports sexuels non planifiés.

✓ Inconvénients

Le timbre ne protège pas contre les infections transmises sexuellement, notamment le VIH. Il peut être moins efficace chez les femmes qui pèsent plus de 90 kg, avec possibilité d'une irritation de la peau à l'endroit où le timbre est appliqué. L'utilisatrice

Thèse : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako

doit se souvenir de changer le timbre tel qu'il est indiqué pour qu'il soit efficace, néanmoins il y a un faible risque que le timbre se décolle et tombe. Il peut entraîner quelques effets secondaires (douleur aux seins, dérangements d'estomac, saignement entre les menstruations, maux de tête). Les femmes atteintes de certaines maladies ne peuvent pas utiliser le timbre en raison d'un risque accru de formation de caillots sanguins (par exemple, les fumeuses de plus de 35 ans, les femmes souffrant d'hypertension).

3.5.3.3. Anneau contraceptif

Un anneau souple est inséré dans le vagin et libère les hormones féminines (œstrogène et progestine). Les hormones sont absorbées par la paroi du vagin et empêche les ovaires de libérer un œuf (ovulation). Il épaisse le mucus cervical de sorte qu'il est difficile pour l'œuf d'y adhérer (de sorte que le sperme pénètre moins facilement dans l'utérus). Mais aussi, modifie la paroi de l'utérus de sorte qu'il est difficile pour l'œuf d'y adhérer. Il doit demeurer dans le vagin durant 21 jours, et être retiré durant les sept jours suivants, période pendant laquelle les menstruations surviennent. La femme doit se sentir à l'aise à l'idée d'insérer et de retirer l'anneau par elle-même.

✓ Avantages

L'anneau contraceptif est efficace dans 92 à 99,7 % des cas [13]. Il n'a pas besoin d'être retiré avant ni après un rapport sexuel, et est rarement senti par la femme ou le partenaire. Il régularise les menstruations. Ne s'ingère pas, donc il présente moins de risque de causer des dérangements d'estomac. Les femmes en santé et non-fumeuses de tout âge peuvent l'utiliser d'autant plus qu'il permet d'avoir des rapports sexuels non planifiés. C'est une méthode facilement réversible.

✓ Inconvénients

Il ne protège pas contre les infections transmises sexuellement, notamment le VIH. Il entraîne quelques effets secondaires (dérangements d'estomac, saignement entre les menstruations, maux de tête, douleur aux seins), et peut accidentellement glisser hors du vagin dans certaines conditions. Les femmes atteintes de certaines maladies ne peuvent pas utiliser le timbre en raison d'un risque accru de formation de caillots sanguins (par exemple, les fumeuses de plus de 35 ans, les femmes souffrant d'hypertension).

Thèse : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako

3.5.3.4. Contraceptif injectable

C'est une injection qui ne contient que l'hormone féminine progestine (il n'y a pas d'œstrogène). Elle doit être injectée toutes les 12 semaines afin d'empêcher les ovaires de libérer un œuf (ovulation). Elle épaissit le mucus cervical de sorte que le sperme pénètre moins facilement dans l'utérus.

✓ Avantages

Le contraceptif injectable est efficace dans 97 à 99,7 % des cas [13]. Chaque injection dure 12 semaines. Il est immédiatement efficace si la première injection est administrée au cours des cinq premiers jours de menstruations normales. Il permet d'avoir des rapports sexuels non planifiés, et les menstruations peuvent durer moins longtemps, présenter un flux moins important ou ne plus être régulières. Il convient aux femmes qui ne peuvent utiliser de méthode contenant de l'œstrogène (par exemple, les femmes de plus de 35 ans qui fument). C'est une méthode réversible.

✓ Inconvénients

Il ne protège pas contre les infections transmises sexuellement, notamment le VIH. Les effets secondaires peuvent inclure une affection de la densité des os, la modification des saignements menstruels, la modification du poids, la douleur aux seins, le changement d'humeur ou des maux de tête ainsi qu'un retour lent de la fécondité. Cette méthode est non recommandée si la femme planifie une grossesse dans les deux années qui suivent. Les effets secondaires peuvent durer de six à huit mois après la dernière injection, elle n'est pas recommandée pour une utilisation à long terme.

3.5.3.5. Dispositif intra-utérin ou stérilet (DIU)

C'est un petit dispositif en forme de T, il est inséré dans l'utérus, et peut contenir ou non des hormones.

✓ DIU contenant une hormone :

Il contient l'hormone progestine, qu'il libère lentement dans le sang durant cinq ans entraînant l'épaississement le mucus cervical de sorte que le sperme pénètre moins facilement dans l'utérus. Cela modifie la paroi de l'utérus de sorte qu'il est difficile pour l'œuf d'y adhérer mais aussi peut prévenir l'ovulation.

Thèse : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako

✓ DIU sans hormone

Il empêche l'œuf de rencontrer un spermatozoïde et d'adhérer à la paroi de l'utérus.

✓ Avantages

Le DIU est efficace dans 99,2 à 99,8 % des cas [13]. Une fois inséré, il n'y a plus rien dont il faut se souvenir et une fois retiré, la fécondité revient à la normale. Il permet d'avoir des rapports sexuels non planifiés. Il convient aux femmes qui ne peuvent utiliser de méthode contenant de l'œstrogène (par exemple, les femmes dont de telles méthodes représentent un risque pour leur santé, ou les femmes de plus de 35 ans qui fument).

- **DIU contenant une hormone**

Il peut rester en place jusqu'à cinq ans avant de devoir être changé, et peut réduire les saignements des menstruations ; aussi convient-il mieux aux femmes dont les menstruations présentent des saignements abondants. Il ne contient pas d'œstrogène.

- **DIU sans hormone**

Il convient aux femmes qui ont ressenti des effets secondaires lorsqu'elles ont adopté une méthode de contraception hormonale. Sans danger pour les femmes qui allaitent, et peut être installé six semaines après un accouchement.

✓ Inconvénients

Le DIU ne protège pas contre les infections transmises sexuellement, notamment le VIH. Il peut causer des menstruations irrégulières, des effets secondaires dus à la présence de l'hormone. La ficelle doit être vérifiée pour s'assurer que le DIU est bien en place. Cette méthode non recommandée pour les femmes qui ont récemment eu une IST ou pour les femmes qui ont plusieurs partenaires sexuels. Il augmente le risque de maladie pelvienne inflammatoire (MPI). Un DIU sans hormone peut causer des saignements accrus durant les menstruations, rallonger les règles ou provoquer plus de crampes donc il est possible que le DIU soit expulsé de l'utérus (dans la plupart des cas tout juste après l'insertion).

3.5.3.6. Pilule contraceptive d'urgence

Elle comprend deux pilules qui contiennent l'hormone progestine ou deux pilules qui contiennent les hormones progestine et œstrogène. Elle empêche les ovaires de libérer un œuf, un spermatozoïde et un œuf de se rencontrer ou un œuf fécondé d'adhérer à la paroi de l'utérus. Elle doit être prise au cours des 72 heures qui suivent un rapport sexuel non protégé pour éviter la grossesse. Les deux pilules doivent être prises en même temps, ou la première pilule le plus rapidement possible et la seconde pilule 12 heures plus tard. Ces pilules ne remplacent pas la méthode de contraception habituelle.

✓ Avantages

La pilule contraceptive d'urgence est efficace dans 95 % des cas [13]. Si les pilules sont prises dans un délai de 24 heures, dans 85 % des cas si les pilules sont prises dans un délai de 25 à 48 heures, ou dans 58 % des cas si les pilules sont prises dans un délai de 49 à 72 heures suivant un rapport sexuel vaginal non protégé[13]. On peut se la procurer dans toutes les pharmacies, de sorte que la femme n'a pas besoin de consulter un médecin. En cas de grossesse, la pilule contraceptive d'urgence ne provoquera pas d'avortement ni ne mettra le fœtus en danger.

✓ Inconvénients

Elle ne protège pas contre les infections transmises sexuellement, notamment le VIH. Elle doit être prise au cours des 72 heures qui suivent un rapport sexuel non protégé. Les effets secondaires peuvent comprendre : nausée, légers dérangements d'estomac, fatigue, mal de tête ou saignements entre les menstruations.

Thèse : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako

4. METHODOLOGIE

4.1. Lieu d'étude

L'étude s'est déroulée dans le district de Bamako, au siège de l'AMPPF (Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille) à Ouolofobougou-bolibana avenue Kassé Keïta en commune III.

L'AMPPF est une organisation non gouvernementale nationale à but non lucratif créée le 03 mars 1972. Elle est l'œuvre des cadres nationaux conscients des dangers que représente le taux très élevé de mortalité maternelle et infantile dans notre pays avec ses corolaires que sont les abandons d'enfants, les infanticides, les avortements à risques et surtout l'insuffisance de structures de prises en charge des problèmes de Santé de la Reproduction. Cette institution pionnière en matière de santé maternelle infantile et de planification familiale (SMI/PF) au Mali, œuvre depuis plus d'une quarantaine d'années à l'amélioration de la qualité de vie de la famille et des personnes vulnérables en milieux urbain et rural.

De sa création à nos jours, l'AMPPF s'est donnée comme mission de contribuer à l'atteinte des objectifs en matière de la santé sexuelle et reproductive au Mali à travers :

- ✓ l'accès des populations aux services de Planification Familiale (PF) ;
- ✓ la prévention et la prise en charge des IST/VIH ;
- ✓ la promotion de la maternité sans risque ;
- ✓ la promotion des droits des adolescents et jeunes en matière de santé reproductive et de planification familiale (SR/PF) ;
- ✓ le plaidoyer en matière de droits en SR/PF.

Le but des activités de l'AMPPF se lit globalement dans sa vision, sa mission et ses valeurs.

Le choix s'est porté sur cette dernière parce qu'elle est le siège des actions menées dans les différentes antennes qui s'y rattachent. L'AMPPF est une structure reconnue par l'Etat ouverte à toutes les femmes et dont l'accès est facile pour la majorité des femmes (situation centrale, proximité de transport publique, etc.).

L'association organise également des journées promotionnelles au niveau de son siège. Les stratégies avancées sont menées dans le district de Bamako en

Thèse : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako

collaboration avec les Centres de Santé Communautaire (CSCoM) et les Centres de Santé de Référence (CSRéf) afin d'atteindre plus de cibles possibles. L'association organise aussi les stratégies mobiles hors de Bamako dans le but de rendre accessibles au plus grand nombre les services de qualité aux couches sociales vulnérables et mal desservies en particulier les femmes et les enfants.

4.1.1. Vision de l'AMPPF

"Une société malienne dans laquelle chaque personne connaît et exerce librement et pleinement tous ses droits en matière de santé sexuelle et reproductive".

4.1.2. Mission de l'AMPPF

Promouvoir les droits en services de santé reproductive (DSSR) et rendre accessibles les services de qualité y afférents aux couches sociales vulnérables et mal desservies en particulier les femmes et les jeunes dans le cadre d'un partenariat engagé et citoyen.

4.1.3. Valeurs de l'AMPPF

- Non-discrimination : L'AMPPF est contre toute forme d'exclusion dans l'accès aux services ;
- Disponibilité : L'AMPPF a adopté la culture de la disponibilité des services de SSR (accessibilité fonctionnelle), de son Personnel et de ses Volontaires pour assurer ces services ;
- Recevabilité : Responsabilité et obligation de rendre compte à tous les niveaux ;
- Volontariat : Engagement bénévole des personnes physiques et morales pour la cause des DSSR ;
- Engagement : Passion et détermination pour la mise en œuvre de la vision et de la mission ;
- Obligation de résultat : Obligation d'atteindre les résultats convenus et d'en rendre compte ;
- Ouverture : l'Association est ouverte à toute personne physique ou morale sans distinction de races, religions, sexes, âges, d'orientation sexuelle et d'état sanitaire, mental et psychologique.

4.2. Période d'étude

L'étude s'est déroulée du 04 septembre au 11 octobre 2017.

Thèse : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako

4.3. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale prospective consistant à collecter des informations sur la contraception auprès des femmes et leurs époux afin de déterminer l'implication de ces derniers en termes d'adhésion et d'accompagnement lors des visites à l'AMPPF.

4.4. Population d'étude

Les femmes qui ont été reçues en visite au niveau de l'AMPPF en vue d'adopter une méthode ou celles qui étaient déjà sous contraception. Les époux qui ont accompagnés leurs épouses lors des visites à l'AMPPF.

4.4.1. Critères d'inclusion

Nous avons inclus dans notre étude toutes les personnes (femme et homme) ayant donné leur consentement volontaire et libre et, remplissant les conditions suivantes :

- toute femme mariée qui étaient âgées de 15 à 49 ans ;
- avoir été vue à l'AMPPF pour visite ou demande de conseil ou lors des journées promotionnelles organisées par l'AMPPF en son sein.
- tout époux qui avait accompagné sa femme lors des visites à l'AMPPF ou venu prendre des conseils pour sa femme.

4.4.2. Critères de non-inclusion

Les personnes remplissant les conditions suivantes n'ont pas été incluses.

- toute femme qui avait demandé conseil pour une tierce personne ;
- tout homme accompagnant l'épouse d'un parent ou d'une tierce personne ;
- refus de participer à l'étude.

4.5. Echantillonnage

La taille minimale a été calculée à partir de la formule de Schwartz : $n = (z)^2 p (1 - p) / i^2$ où

n = taille de l'échantillon

z = niveau de confiance (pour un niveau de confiance de 95%, $z = 1,96$)

p = proportion estimée de la population qui utilisait la contraception au sein du couple (40,8%, ~41%) [9].

i = marge d'erreur tolérée (par exemple on veut connaître la proportion réelle à 5%)

Thèse : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako

$$n = (z)^2 p(1 - p)/i^2 = (1,96)^2 * 0,41 * 0,59 / (0,05)^2 = 372$$

La taille réelle de notre échantillon était de 372 épouses. En tenant compte des perdus de vue, la taille minimale a été estimée à 409 épouses.

4.6. Variables mesurées

Nous avons mesuré les variables suivantes :

- ❖ sociodémographiques : l'âge, le statut matrimonial, le nombre d'enfants, le quartier d'habitation, la profession exercée, le niveau d'instruction et la religion ;
- ❖ information sur la contraception : le niveau d'utilisation de la contraception, la méthode de contraception, l'adhésion et l'accompagnement des époux.

4.7. Déroulement de l'étude

Une prise de contact a été faite auprès de la Direction Exécutive de l'AMPPF pour leur expliquer le contenu du protocole avant le démarrage de l'enquête proprement dite. Un pré-test de l'outil de collecte des données a été réalisé au service de gynécologie du Centre Hospitalo-universitaire du Point-G pour s'assurer de sa fiabilité et de sa validité.

Le consentement volontaire et libre a été demandé à chaque épouse avant son inclusion dans l'étude. Un numéro d'étude de quatre chiffres a été attribué à chaque femme et homme permettant de garder son anonymat. Ensuite les informations ont été collectées de façon séparée chez la femme et son époux sur la contraception au sein du couple sur un support papier. Un contrôle de qualité des informations collectées a été fait à la fin de la journée pour s'assurer que les fiches ont été correctement remplies.

Les fiches remplies ont été gardés dans une chemise pour assurer la sécurité avant la saisie.

4.8. Gestion et analyse des données

Les données ont été recueillies sur le support papier. La saisie a été faite sur le logiciel Microsoft Office Excel 2007. L'analyse a été faite avec le logiciel SPSS v22.0. Les données ont été présentées sous forme de figures, camembert et tableaux. Le

Thèse : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako

test de Khi2 a été utilisé pour comparer les variables catégorielles entre elles et le seuil de signification statistique α a été fixé à 5%.

4.9. Considérations éthiques

L'autorisation administrative a été demandée auprès de la Direction Exécutive de l'AMPPF pour obtenir l'adhésion au protocole d'étude. Le consentement volontaire écrit a été obtenu auprès de chaque femme et des époux avant l'inclusion dans l'étude. Seul le numéro d'identification de la femme ou de son époux a été porté sur la fiche d'enquête assurant sa confidentialité ainsi que son anonymat.

Thèse : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako

5. RESULTATS

5.1. Résultats globaux

Au total, 433 participants ont été interrogés dont 400 femmes et 33 hommes. Parmi les femmes interrogées, 85% ont affirmé que leurs maris étaient d'accord quant à l'adoption d'une méthode de contraception dans le couple. Dans l'ensemble, 68,8% des femmes affirmaient avoir été accompagnées à l'AMPPF par leurs maris. Dans le même sens, 69,6% de femmes affirmaient avoir un soutien financier de leurs maris pour l'achat des produits utilisés dans la contraception. La classe d'âge 25-29 ans était majoritaire avec 29,8%. Chez les hommes, le groupe d'âge 31-40 ans était plus représenté. Tous les époux interrogés ont affirmé qu'ils approuvaient à 100% l'utilisation de la planification familiale par le couple.

5.2. Résultats descriptifs

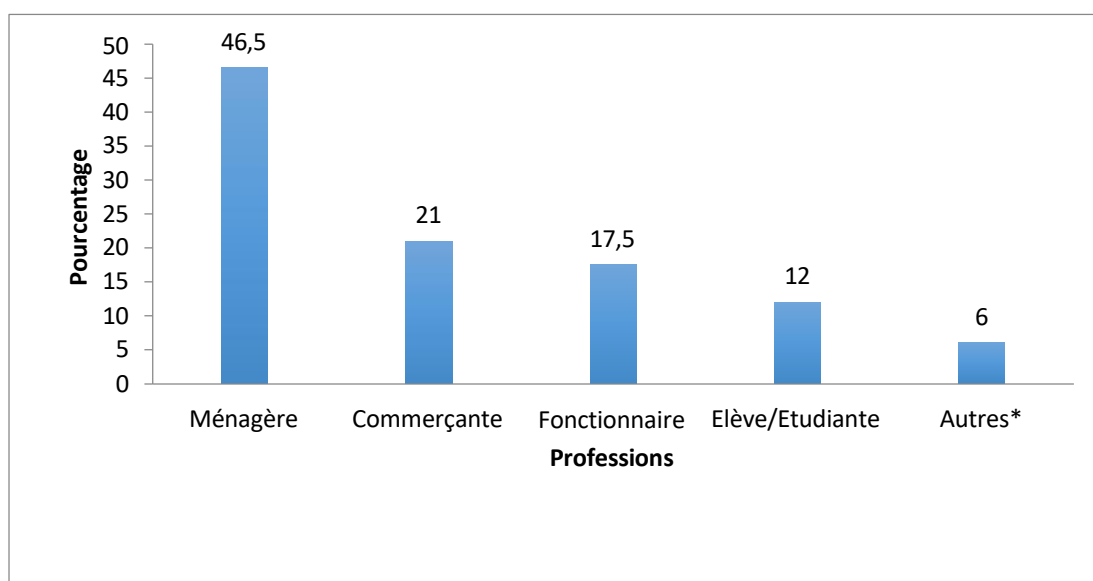
5.2.1 Epouses

Tableau I: Répartition des épouses en fonction des classes d'âge

Classes (année)	Effectifs	Pourcentage
15-19	40	10,0
20-24	98	24,5
25-29	119	29,7
30-34	72	18,0
35-39	43	10,7
40-44	25	6,3
45-49	3	0,8
Total	400	100,0

La classe d'âge 25-29 était majoritaire dans notre étude avec 29,7 %. Par contre, les plus de 45 ans 0,8%.

Thèse : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako



*Agents d'entretien, Teinturières, Couturières, Griottes, coiffeuses

Figure 1: Répartition des épouses en fonction de la profession

Les ménagères étaient majoritaires (46,5%) suivi par les commerçantes (21,0%) contre 12% pour les élèves/étudiantes.

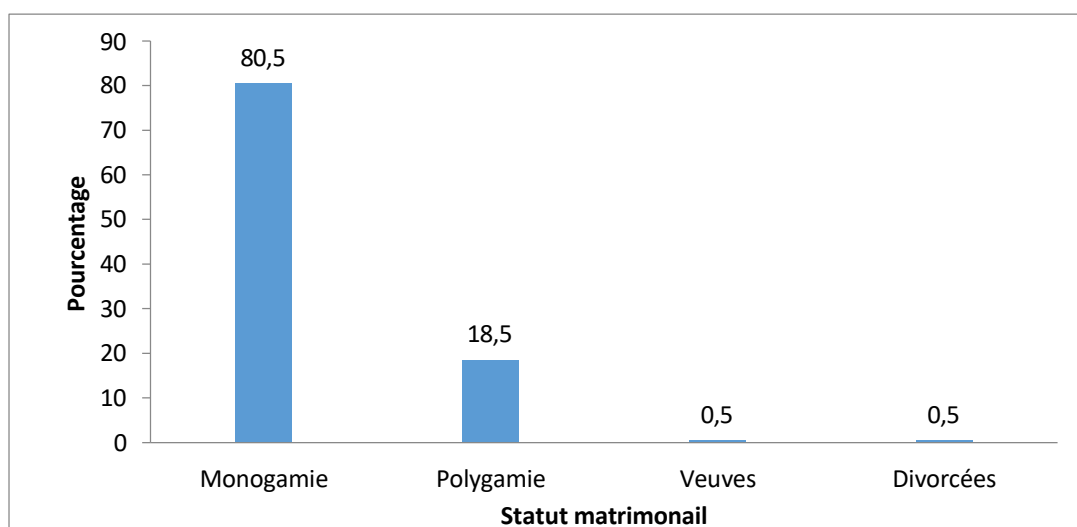


Figure 2: Répartition des épouses en fonction du statut matrimonial

Le statut matrimonial qui revenait en majorité était celui de la monogamie avec 80,5% des femmes interrogées.

Thèse : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako

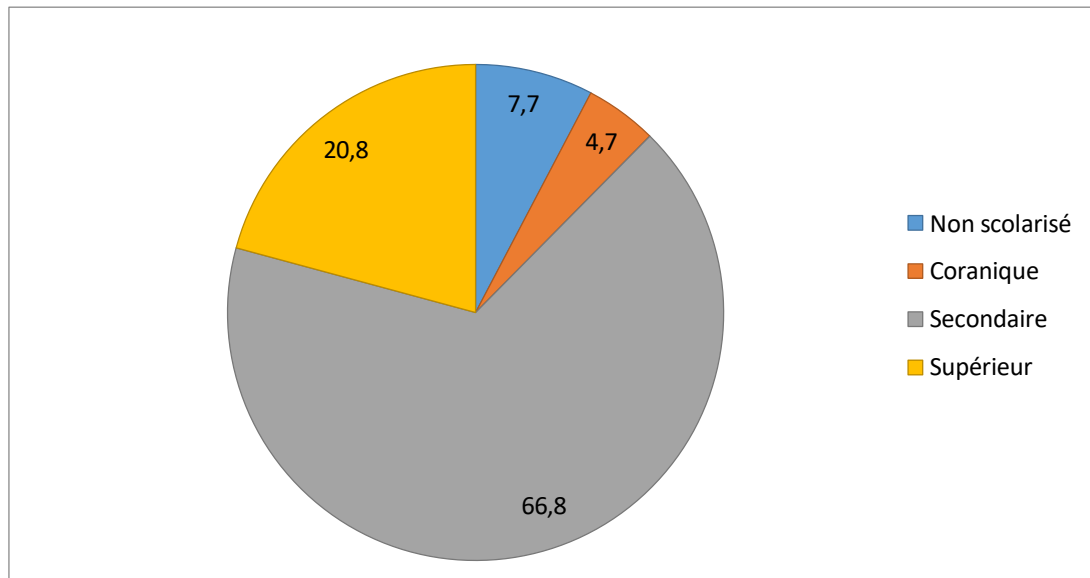


Figure 3: Répartition des épouses en fonction du niveau d'instruction

La majorité des épouses interrogées avaient un niveau d'instruction secondaire (66,8%) contre 20,8% pour le niveau supérieur.

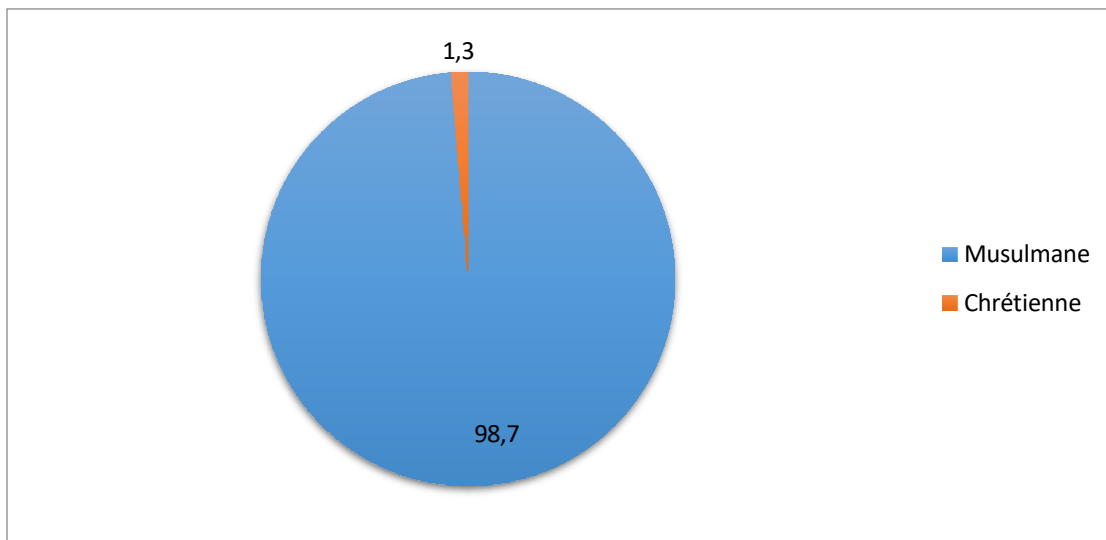


Figure 4: Répartition des épouses en fonction de leur obédience religieuse

Notre population d'étude était presque tous de la religion musulmane (98,7%).

Thèse : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako

Tableau II : Répartition des épouses selon la source d'information par rapport à la planification familiale

Source d'information	Effectifs	Pourcentage
Médias	54	13,5
Epoux	6	1,6
Entourage*	281	70,8
Agent de santé	59	14,8
Total	400	100,0

*Camarades, parents, panneau d'entrée de l'AMPPF.

Nous avons trouvé que 70,8% des femmes interrogées étaient significativement informées sur la planification familiale par leur entourage, suivi par les agents de santé, les médias et les époux avec respectivement 14,8%, 13,5% et 1,6% ($p=10^{-5}$).

Tableau III : Répartition des épouses en fonction de la connaissance d'au moins une méthode de contraception.

Connaissance	Effectifs	Fréquence
Oui	389	97,3
Non	11	2,7
Total	400	100,0

Dans notre étude, 97,3% des femmes interrogées ont signalé connaître au moins une méthode de contraception.

Thèse : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako

Tableau IV : Répartition des épouses en fonction des raisons de la pratique de la contraception

Raison de la contraception	Effectifs	Pourcentage
Espacement des naissances	256	64,0
Cas de maladie	10	2,5
Manque de moyen	11	2,7
Limiter les naissances	103	25,7
Bien-être de la famille	17	4,3
Etudes	3	0,8
Total	400	100,0

L'espacement des naissances était la raison principale évoquée pour la pratique de la contraception dans 64% des cas, avec une différence statistiquement significative ($p=10^{-6}$).

Tableau V : Répartition des épouses en fonction de l'auteur de la prise de décision d'adopter une méthode contraceptive

Auteur de la décision	Effectifs	Pourcentage
Mari	51	12,8
Epouse	132	33,0
Les deux	217	54,2
Total	400	100,0

La prise de décision d'adopter une méthode contraceptive a été faite en commun accord au sein du couple dans 54,2% des cas contre 33% uniquement par la femme et 14,8% par le mari, cette différence était statistiquement significative ($p=10^{-6}$).

Thèse : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako

Tableau VI : Répartition des épouses en fonction de l'accord de leur mari sur l'adoption d'une méthode contraceptive

Accord de l'époux	Effectifs	Pourcentage
Oui	342	85,5
Non	58	14,5
Total	400	100,0

Nous avons observé que 85,5% des époux ont donné leur accord pour adopter une méthode contraceptive, et cela de façon significative ($p=10^{-6}$).

Tableau VII : Répartition des épouses en fonction de l'accompagnement par leurs époux à L'AMPPF lors des visites

Accompagnement de l'époux	Effectifs	Pourcentage
Oui	126	31,5
Non	274	68,5
Total	400	100,0

Nous avons trouvé que 31,5% des femmes interrogées étaient accompagnées par leurs époux lors des visites à L'AMPPF.

Tableau VIII : Adoption d'une méthode contraceptive par le couple après discussion sur les avantages et inconvénients

Discussion sur la méthode de contraception	Effectifs	Pourcentage
Oui	276	69,0
Non	124	31,0
Total	400	100,0

Les couples avaient discuté des avantages et des inconvénients au moins d'une méthode de contraception avant son adoption de façon significative avec 69,0% ($p=10^{-6}$).

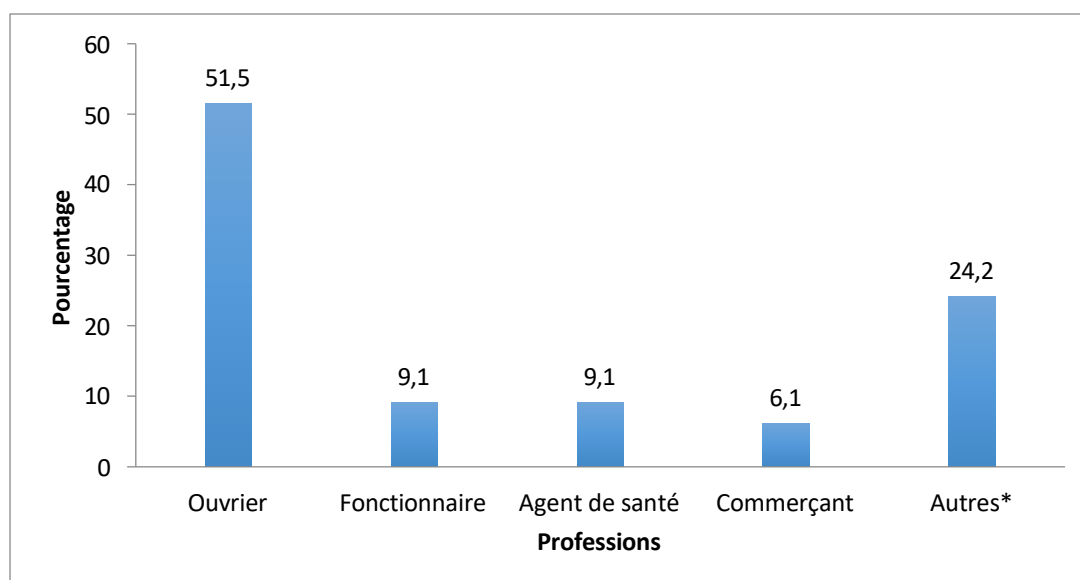
Thèse : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako

5.2.2. Caractéristiques des époux accompagnant leurs épouses à l'AMPPF

Tableau IX : Répartition des époux accompagnant leurs épouses à l'AMPPF en fonction des classes d'âge

Classes d'âge	Effectifs	Pourcentage
21-30	9	27,3
31-40	16	48,5
41-50	5	15,1
51-60	3	9,1
Total	33	100,0

La majorité des époux qui ont accompagné leurs épouses à l'AMPPF avaient un âge compris entre 31 et 40 ans, soit 48,5%.



*mécaniciens, menuisiers, agents de sécurité, coursiers, couturiers

Figure 5 : Répartition des époux accompagnant leurs épouses à l'AMPPF en fonction de la profession

Les ouvriers représentaient la majorité des époux interrogés avec 51,5%.

Thèse : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako

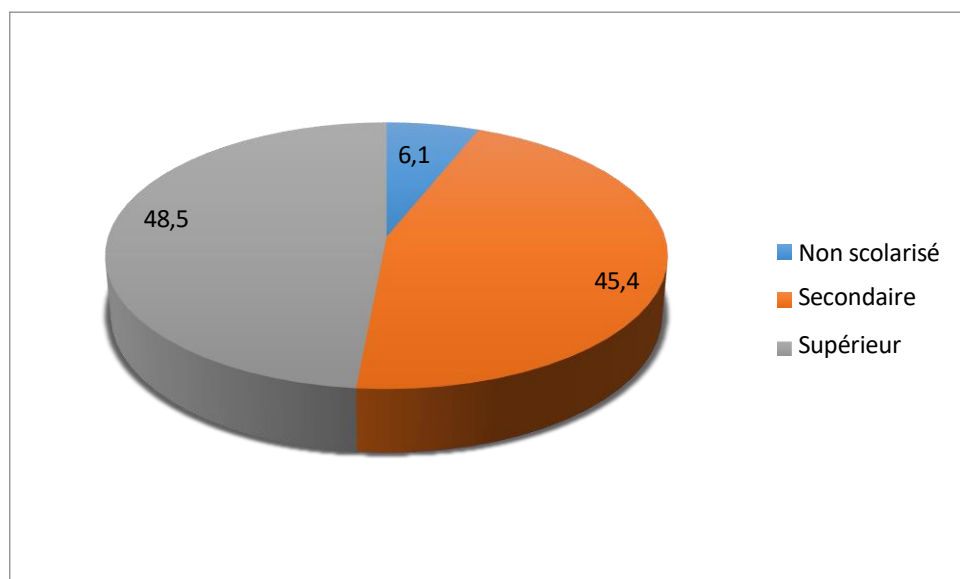


Figure 6: Répartition des époux accompagnant leurs épouses à l'AMPPF en fonction du niveau d'instruction

La majorité des époux interrogés avaient un niveau d'instruction supérieur (48,5%), suivis par le niveau secondaire (45,4%). Les non scolarisés étaient faiblement représentés dans notre étude (6,1%).

Tableau X : Répartition des époux accompagnant leurs épouses à l'AMPPF en fonction du statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectifs	Pourcentage
Monogame	28	84,8
Polygame	5	15,2
Total	33	100,0

Parmi les époux interrogés, 84,8% étaient monogames.

Tableau XI : Répartition des époux accompagnant leurs épouses à l'AMPPF selon la source d'information par rapport à la planification familiale

Source d'information	Effectifs	Pourcentage
Epouse	10	30,3
Médias*	12	36,4
Entourage**	11	34,3
Total	33	100,0

*Télé et Radio ; PF = Planification familiale

**Ami, collègue, AMPPF

Thèse : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako

Nous n'avons pas observé de différence significative par rapport aux sources d'informations des époux reçus à l'AMPPF lors des visites avec 36,4%, 34,3% et 30,3% respectivement pour les médias, l'entourage et les épouses ($p=0,9$).

Tableau XII : Répartition des époux accompagnant leurs épouses à l'AMPPF en fonction de l'approbation de l'utilisation de la planification familiale

Décision	Effectifs	Pourcentage
Oui	33	100
Non	0	0
Total	33	100,0

L'ensemble des époux (100,0%) qui ont accompagné leurs épouses, approuvait l'utilisation de la planification familiale.

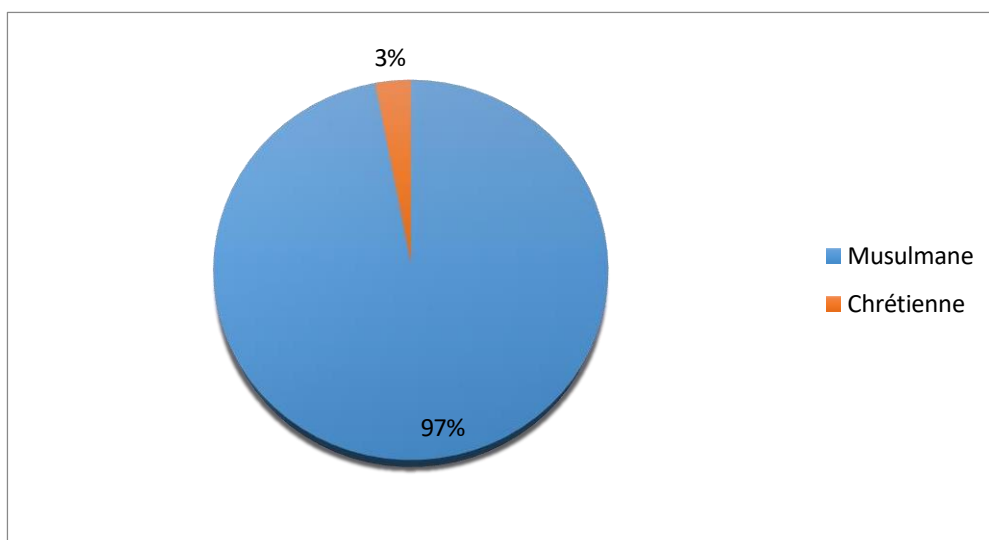


Figure 7: Répartition des époux accompagnant leurs épouses à l'AMPPF en fonction de leur obédience religieuse

Parmi les hommes interrogés, 97% étaient musulmans.

5.3. Résultats analytiques

Tableau XIII : Répartition des participantes en fonction de l'accord et l'aide financière des époux

Accord des époux pour adopter une méthode contraceptive	Aide financière des époux		Total
	Oui n (%)	Non n (%)	n (%)
Oui	238 (69,6)	104 (30,4)	342 (100,0)
Non	1 (1,7)	57 (98,3)	58 (100,0)
Total	239 (59,8)	161 (40,2)	400 (100,0)

Parmi les femmes qui ont eu l'accord de leur époux pour adopter une méthode contraceptive, 69,6% avaient reçu l'aide financière de ces derniers pour assurer la prise en charge contre 1,7% pour les épouses qui n'ont pas eu l'accord de leurs époux, cette différence était statistiquement significative ($p=10^{-6}$).

6. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Bien que la gamme de contraceptifs comprenne des méthodes pour les hommes, à savoir les préservatifs, la vasectomie, le sevrage que les hommes utilisent directement, et la méthode des jours fixes qui exige leur participation, les programmes de planification familiale se sont principalement concentrés sur les femmes. Que sait-on sur la façon d'impliquer les hommes en tant qu'utilisateurs de contraceptifs ? Un examen des programmes de planification familiale (PF) montre que les hommes ne sont pas particulièrement bien servis par les programmes. La plupart des programmes fonctionnent dans l'optique que les femmes sont utilisatrices de contraceptifs et que les hommes devraient soutenir leurs partenaires, avec une attention insuffisante pour atteindre les hommes en tant qu'utilisateurs de contraceptifs à part entière. L'idée que la planification familiale ne concerne que les femmes est dépassée. Notre étude avait pour but de déterminer l'implication des époux dans le processus de demande et d'utilisation des méthodes contraceptives au sein du couple. Elle s'est déroulée au siège de l'AMPPF

Les grossesses non désirées résultant d'un besoin non satisfait de planification familiale/de contraception mettent en danger la vie et le bien-être des femmes, des filles et de leurs familles dans le monde [15]. Environ 214 millions de femmes dans les pays à revenu faible et intermédiaire ont un besoin non satisfait d'une méthode moderne de planification familiale, le plus grand besoin non satisfait étant en Afrique subsaharienne [15-17]. Selon les estimations de l'Institut Guttmacher, si toutes les femmes qui veulent éviter une grossesse utilisaient des contraceptifs modernes et que toutes les femmes enceintes et leurs nouveau-nés recevaient des soins conformes aux normes recommandées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les grossesses non désirées diminueraient de 70 %, les décès maternels de 67 % et les décès néonataux de 77 % par rapport à la situation actuelle [15].

6.1. Résultats descriptifs

Parmi les épouses interrogées, la tranche d'âge 25-29 était majoritaire dans notre étude avec 29,7% suivie par la tranche 20-24 ans (24,5%) et celle de 30-34 ans (18%) (tableau I). La même observation a été faite par Barbieri et collaborateur en 2005 en Afrique au Sud du Sahara qui ont rapporté que la tranche d'âge 20-29 ans était majoritaire avec 40,6% [18]. Dans notre étude, la proportion des époux de la

Thèse : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako

tranche d'âge 31-40 ans était de 48,5% (tableau IX). Cette proportion est similaire à celle de Koita sur la connaissance des hommes en matière de planification familiale au Mali avec 44,9% chez les 30-39 ans [10]. Par contre, Maiga et collaborateurs ont rapporté que le groupe d'âge 20-29 ans était majoritaire avec 31,2% dans son étude sur l'implication des époux dans la prise de décision dans la contraception [9]. Ces chiffres prouvent que beaucoup de maliens vivent généralement en couple à ces tranches d'âge.

Il y a suffisamment de preuves démontrant le désir des hommes d'obtenir de l'information et des services, ainsi que la réaction positive des hommes aux programmes existants de PF pour justifier une programmation plus poussée pour les hommes en tant qu'utilisateurs de PF. Les principales considérations portent sur l'obtention d'informations et de services là où les hommes en ont besoin; la prise en compte des normes sexo-spécifiques qui influent sur les attitudes et l'usage des hommes tout en respectant l'autonomie des femmes; la prise en compte des hommes en tant qu'utilisateurs dans les politiques et les lignes directrices; l'intensification des programmes efficaces; le comblement des lacunes par la recherche sur la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation; et la création d'options contraceptives pour les hommes et leurs épouses [19].

Les épouses ménagères avaient la forte proportion avec 47,1% dans notre étude. Elles étaient suivies par les commerçantes et les fonctionnaires avec respectivement 21,2% et 18% (figure 1). La profession ménagère est considérée comme une activité faisant partie intégrante du genre féminin dans nos pays, particulièrement au Mali où la proportion des femmes ménagères est très élevée. Chez les époux, les ouvriers accompagnaient leurs épouses plus fréquemment que les autres avec 51,5% (figure 5). Une étude réalisée par Maiga et collaborateurs sur l'implication des hommes dans la prise de décision concernant le planning familial a montré que les agriculteurs/éleveurs étaient majoritaires en 2007 au Mali avec 57,1% [9]. La grande majorité des épouses vivaient en monogamie, soit 80,5% (figure 2). Parmi les époux qui ont accompagné leurs épouses à la visite, 84,8% étaient monogames dans notre étude (tableau X). La même observation a été faite par Maiga et collaborateurs qui ont rapporté en 2007 une proportion de 44,7% de monogames [9]. Un constat similaire été fait en Afrique au Sud du Sahara par Barbieri et collaborateur en 2005 qui ont trouvé une proportion de 70,37% de monogames [18]. Cela témoigne du fait

Thèse : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako

que la société africaine et plus particulièrement malienne tend de plus en plus vers des familles nucléaires.

Dans l'ensemble, 66,8% des épouses interrogées avaient un niveau secondaire dans notre étude (figure 3) et 7,7% pour les non-scolarisées. Léon et collaborateurs ont trouvé que seulement 22,8% des femmes avaient atteint au moins le niveau secondaire en 2012 dans son étude sur la pratique de la contraception au Mali [11]. Cette évolution nous permet de constater que plus les femmes atteignent un niveau d'instruction au moins secondaire, plus elles sont favorables à adopter le planning familial. Pour les époux interrogés, 48,5% ont atteint le niveau supérieur et 6,1% était non-scolarisés (figure 6). Cela témoigne de l'importance de l'éducation au sein du couple dans la prise de décision qui favoriserait et améliorerait les conditions de vie au point de vue sanitaire. Maiga et collaborateurs ont rapporté dans leur étude sur l'implication des hommes dans la PF que la proportion des non-scolarisés était de 58,2% en 2007 au Mali [9]. Cette contradiction peut être due à la différence liée à notre méthodologie. L'étude de Maiga a porté sur les hommes en général alors que la nôtre a porté sur les épouses et les hommes qui ont accompagné leurs épouses à l'AMPPF lors des consultations. La fréquence élevée des époux ayant un niveau d'instruction pourrait expliquer l'implication de plus en plus accrue en matière de planning familial. Nous avons trouvé que la plupart des femmes interrogées étaient musulmanes avec 98,8% et 1,3% pour les chrétiennes (figure 4). Par contre, Barbieri avait trouvé que les chrétiennes étaient majoritaires en 2005 dans son étude en Afrique sub-saharienne avec 48,38% [18]. Parmi les époux interrogés au cours de notre étude, 97% étaient musulmans (figure 7). Ce même constat avait été fait par Maiga et collaborateurs en 2007 au Mali sur l'implication des hommes sur la contraception avec 96,7% [9].

L'entourage était significativement cité comme source d'information des femmes sur la planification familiale avec 70,8% ($p=10^{-5}$) (tableau II). Par contre, Matungulu a apporté dans son étude sur les déterminants de l'utilisation des contraceptives en République démocratique de Congo en 2015 que la source d'information la plus mentionnée était les formations sanitaires avec 75,6% [20]. La majorité des femmes interrogées connaissaient au moins une méthode de contraception soit 97,3% (tableau III). Cela témoigne que les efforts sont fournis par les différents prestataires

Thèse : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako

pour diffuser les informations et sensibiliser la population par rapport à la PF. Les mêmes observations ont été faites dans l'EDSV-Mali en 2014 avec 97% [4] et par Matungulu en 2015 en République Démocratique du Congo sur les déterminants de l'utilisation des méthodes contraceptives qui a trouvé une proportion de 91% [20]. Parmi les raisons évoquées pour l'adoption de la contraception, l'espacement des naissances était significativement mentionné avec 64% suivi par la limitation des naissances avec 25,7% et le manque de moyens avec 2,7% ($p=10^{-6}$) (Tableau IV). Koita a rapporté dans son étude sur les connaissances des hommes sur le PF en 2014 que l'espacement des naissances était la raison la plus évoquée pour adopter la contraception avec 82,8% [10]. Des études menées aux philippines par RamaRao et collaborateurs en 1997-1998 ont démontré que là où les gens ont le sentiment de recevoir des soins de bonne qualité, l'utilisation de contraceptifs est plus fréquente et que l'amélioration des normes de qualité améliore l'efficacité des services de santé sexuelle et reproductive et incite les gens à les utiliser [21].

Dans une autre étude réalisée en Ethiopie par Medhanyie et collaborateurs portant sur 1966 femmes, 95,6% avaient déjà entendu parler de planification familiale. Le Depo-Provera (acétate de médroxyprogestérone) était la méthode de contraception la plus populaire, comme l'avait mentionné 93,5 % des participantes. Le taux global de prévalence de la contraception chez toutes les femmes était de 623 (35,6%) tandis que le taux de prévalence de la contraception chez les femmes mariées était de 543 (41,0%). Sept femmes sur dix avaient déjà utilisé un contraceptif à action brève. En fait, le Depo-Provera était le type de contraceptif le plus utilisé par 402 (64,5%) des femmes [22]. Les chances d'avoir recours à la planification familiale par les femmes mariées vivant en milieu urbain étaient deux fois plus élevées que leurs homologues (AOR = 2,0, 95 % IC : 1,33-3,06). De même, les chances d'utiliser la planification familiale chez les mères ayant reçu une éducation primaire étaient 1,3 fois plus élevées que chez les mères n'ayant reçu aucune éducation (RR=1,3, 95 % IC : 1,02-1,93). Cependant, en ce qui concerne les méthodes contraceptives à action prolongée, la probabilité d'utiliser des méthodes contraceptives à action prolongée chez les femmes mariées en milieu urbain était de 50 % inférieure à celle des femmes mariées en milieu rural (RR=0,5, 95% IC : 0,3-0,88). Les chances d'avoir recours à la planification familiale par les femmes mariées vivant en milieu urbain

Thèse : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako

étaient deux fois plus élevées que leurs homologues (AOR = 2,0, 95% IC : 1,33-3,06).

En Asie du Sud, le Bangladesh a vu son taux de prévalence contraceptive multiplié par sept en moins de quarante ans, passant de 8% en 1975 à 62% en 2014. Les constatations ont montré que l'abandon et le changement de méthode, l'échec de la méthode et la combinaison de méthodes peuvent contrebalancer les réalisations du PF [23]. La plupart des femmes connaissent au moins une méthode contraceptive. La pilule orale était la méthode la plus répandue (27 %), suivie des injectables (12,4 %), des condoms (6,4 %), de la stérilisation féminine (4,6 %), de la stérilisation masculine (1,2 %), des implants (1,7 %) et des DIU (0,6 %) [23].

Dans 54,2% des cas de notre étude, la décision d'adopter une méthode contraceptive était prise en commun accord au sein du couple de façon significative ($p=10^{-6}$). Un résultat similaire a été rapporté par Koita en 2014 avec 54,5% [10]. Par contre, cette décision était prise uniquement par l'épouse dans 33% des cas contre 14,8% pour l'époux (Tableau V). Ce pourcentage de 54,2% élevé est le signe de la bonne communication au sein du couple lors de la prise de décisions importantes. De ceci découle le constat selon lequel jusqu'à présent à 33% les hommes ne sont pas à l'origine de l'adoption du Planning Familial dans le couple pour ce qui est de notre étude. Parmi les épouses interrogées, 85,5% ont affirmé que leurs époux étaient d'accord pour adopter une méthode contraceptive contre 14,5% défavorable à la contraception avec une différence significative ($p=10^{-6}$) (tableau VI). Nous avons trouvé que 31,5% des femmes interrogées ont affirmé avoir été accompagnées par leurs époux lors des visites à L'AMPPF (tableau VII), ce chiffre est similaire aux 31,6% trouvé par Koita en 2014 [10], mais les collaborateurs ont rapporté plutôt que sur 36,2% des hommes impliqués dans leur étude, les 2/3 n'accompagnaient pas leurs femmes parce qu'ils ne jugeaient pas cela nécessaire et 11,7% évoquaient la honte [9], ces résultats nous permettent de dire beaucoup reste encore à faire sur ce plan vu que les raisons évoquées n'ont pas de raisons d'être.

La discussion sur les avantages et inconvénients a été faite dans 69,0% des cas au sein du couple avant l'adoption d'une méthode de contraception et cela de façon significative ($p=10^{-6}$) (tableau VIII). Ce résultat est différent de celui de Koita en 2014 avec seulement 28,5% des couples qui avaient préalablement discuté avant

Thèse : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako

d'adopter une méthode contraceptive [10]. Matungulu a rapporté dans son étude que les couples qui discutaient sur les méthodes contraceptives avaient 6 fois plus de chance d'utiliser la contraception que ceux qui ne discutaient pas en république démocratique du Congo en 2015 [20]. Le fait que la majorité des époux n'accompagnent pas les épouses lors des visites peut se justifier par le fait que le mari ait déjà discuté à domicile des avantages et inconvénients de la méthode de contraception à adopter au sein du couple avant la consultation. Le dialogue sur la contraception apporterait des effets bénéfiques à toutes les femmes qui l'adopteraient avec leurs conjoints, car le soutien ou l'encouragement du conjoint ne peut être obtenu qu'après une discussion.

La plupart des programmes fonctionnent dans l'optique que les femmes sont des utilisatrices de contraceptifs et que les hommes devraient soutenir leurs partenaires, avec une attention insuffisante pour atteindre les hommes en tant qu'utilisateurs de planification familiale à part entière. En même temps, l'examen a mis en évidence qu'il existe suffisamment de preuves démontrant le désir des hommes d'obtenir des informations et des services, ainsi que la réaction positive des hommes aux programmes existants pour justifier une programmation plus poussée pour les hommes dans les services de planification familiale et de contraception. L'examen de la programmation montre des stratégies pour atteindre les hommes avec des données probantes allant des plus probantes (marketing social ; contact avec des motivateurs masculins et des éducateurs/motoristes pairs), au plus prometteuses (fourniture clinique d'informations et de services ; médias de masse ; promotion du dialogue communautaire et de l'éducation sexuelle complète) et émergentes (médias sociaux ; Santé ; lignes directes ; et engagement des chefs religieux).

Ces stratégies, accompagnées de recommandations pour la poursuite de l'application scientifique, mettent en évidence la nécessité de renforcer la programmation pour faire participer les hommes en tant qu'utilisateurs de la planification familiale, en plus des efforts visant à lutter contre les normes et comportements sexo-spécifiques qui entravent l'utilisation des contraceptifs. Si les programmes destinés aux hommes ne doivent pas compromettre l'autonomie des femmes, ils ne doivent pas non plus être mis en œuvre en partant du principe que l'utilisation des contraceptifs ne concerne que les femmes. L'intensification des programmes réussis, le fait de veiller à ce que les éléments clefs de la

Thèse : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako

programmation soient intégrés dans les interventions en faveur des hommes, la poursuite de recherches et d'évaluations solides sur leur mise en œuvre, permettront d'accroître les connaissances des hommes et leur utilisation des services de planification familiale, de réduire les obstacles, d'accroître l'égalité des sexes et d'améliorer la santé et le bien-être de la famille.

Dans notre étude, les médias étaient majoritairement cités comme source d'information par les époux reçus à l'AMPPF avec 36,4%, tandis que 30,3% ont affirmé attendu parlé de la planification familiale à travers leurs épouses et 34,3% par l'entourage, mais la différence n'était pas significative ($p=0,9$) (tableau XI). Ce même constat avait été fait par Koita en 2014 au Mali qui avait trouvé 44,4% pour les médias comme source d'information sur la planification familiale [10]. Ceci témoigne de l'efficacité des émissions télé et radio diffusées en longueur de journées sur les antennes en langues locales (par exemple le Bambara) permettant d'atteindre un plus grand nombre de personnes. Tous les époux qui accompagnaient leurs épouses lors des visites à l'AMPPF, approuvaient à 100,0% l'utilisation de la planification familiale au sein du couple (tableau XII).

6.2. Résultats analytiques

Nous avons trouvé que parmi les femmes qui ont eu l'accord de leur époux pour adopter une méthode contraceptive, 69,6% avaient reçu l'aide financière de leurs maris pour assurer la prise en charge de façon significative contre 1,7% pour les épouses qui n'ont pas eu l'accord de leurs époux ($p=10^{-6}$) (tableau XIII). Une observation similaire avait été faite en 2015 par Matungulu qui a apporté qu'avoir le soutien du partenaire est un facteur favorisant l'utilisation de la contraception au sein du couple (OR=5,7; IC95% 3,09-10,66) [20]. Akelo et collaborateurs ont rapporté également une association statistiquement significative entre le recours à une méthode contraceptive et l'approbation du partenaire après la discussion sur la planification familiale en 2013 au Kenya ($p<0,001$) [24].

Sur la base des résultats obtenus, nous pensons que nos objectifs ont été atteints et que les multiples approches décrites ci-dessus sont susceptibles de renforcer les systèmes de santé du pays et contribueront de manière significative à la réalisation des objectifs définis en matière d'accès universel à la santé sexuelle et génésique.

7. LIMITES DE NOTRE ETUDE

Comme toute étude scientifique, la nôtre n'a pas examiné tous les aspects du PF au sein du couple. Il aurait été aussi important de mesurer les méthodes préférées des couples en fonction de la présence ou non des enfants. Il serait important de mener de telle étude en milieu rural où le poids de la tradition est important. Nous pensons que ces insuffisances n'ont pas d'impact significatif sur nos résultats. En outre, l'évaluation (connaissance des méthodes, de leurs effets secondaires, de l'accueil des usagers, déontologie et amélioration de la confiance au service de PF, etc.) du personnel de santé en charge du PF mérite d'être faite. Elle est une condition clé de succès de tout programme de PF.

Les constatations ci-dessus nous amènent à formuler certaines recommandations notamment dans la formation du personnel sanitaire sur tous les aspects de la planification familiale.

Premièrement, afin d'éviter que les progrès réalisés au cours des quatre dernières décennies dans le domaine de la PF ne soient compensés par l'abandon et le changement de méthodes, et afin de promouvoir l'utilisation de méthodes mixtes, les fournisseurs de soins de santé pertinents doivent être formés à conseiller les couples sur l'utilisation des méthodes, les options et l'information précise sur les risques qu'elles présentent pour apaiser les préoccupations en matière de santé. Les maris devraient être conseillés avec leurs épouses sur l'adoption de méthodes permanentes et à longue durée d'action, ainsi que sur la planification des naissances, car ils jouent un rôle majeur dans les décisions visant à limiter/espacer l'accouchement et les questions générales liées à la planification familiale [25]. L'importance du *counseling* doit également être soulignée dans les cours de formation destinés aux fournisseurs de soins de santé. En outre, bon nombre des matériels de formation destinés aux prestataires de soins de santé communautaires et primaires, n'ont pas été mis à jour au cours des 20 à 30 dernières années [26]. Ils doivent être mis à jour conformément aux normes et directives de l'OMS et d'autres normes et directives internationales.

Deuxièmement, afin de maintenir la tendance à l'abandon des méthodes, les programmes de planification familiale devraient envisager de rétablir les visites porte-à-porte des agents de terrain pour assurer l'approvisionnement en méthodes contraceptives, car il a été démontré qu'elles facilitaient la poursuite des méthodes

Thèse : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako

[27]. Les agents de terrain doivent être particulièrement bien placés pour fournir des informations opportunes et pertinentes à chaque femme qu'ils visitent, et pour promouvoir l'utilisation des établissements de santé publics et des services de planification familiale disponibles.

En outre, l'introduction de nouveaux contraceptifs à base de progestatifs plus efficaces, mais qui ont aussi moins d'effets secondaires, peut aider à réduire l'abandon et devrait donc être une alternative aux utilisatrices qui cessent d'utiliser une méthode en raison de ses effets secondaires [28]. Sans oublier que des messages mobiles (Smartphone) bien articulés expliquant l'utilisation correcte des méthodes, les effets secondaires, l'abandon, le mélange de méthodes et des informations détaillées sur les méthodes permanentes et à longue durée d'action peuvent être élaborés en collaboration avec la Direction générale de la planification familiale, les TIC et les ONG, et diffusés aux couples éligibles [29, 30].

Enfin, les médias de masse, l'éducation des adultes et les programmes scolaires doivent être utilisés et évalués afin de motiver les gens à valoriser les enfants quel que soit leur sexe, pour mettre en évidence les avantages de la petite taille de la famille et le rôle important des filles au sein de la famille et de la société. Il faut mettre en œuvre des activités de sensibilisation afin de réduire la préférence pour les enfants de sexe masculin. La communication entre les conjoints devrait être encouragée pendant le *counseling* de planification familiale des couples afin d'influencer la taille de la famille désirée par les hommes et l'utilisation des méthodes contraceptives.

8. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

8.1. CONCLUSION

Les résultats de notre étude rapportent que les époux approuvaient l'adoption d'une méthode contraceptive au sein du couple (85,5%) après discussion au sein du couple (54,2%). Les époux participaient au financement de la contraception au sein du couple dans 69,6% après discussion avant le choix d'une méthode contraceptive (69,0%). Les médias étaient la principale source d'information sur les méthodes contraceptives au sein du couple avec 36,4% chez les hommes et 70,8% chez les femmes.

Thèse : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako

8.2. RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude et au vu de nos résultats, nous pouvons formuler les recommandations suivantes :

A l'endroit du personnel de santé :

- ✓ expliquer aux couples les avantages et les inconvénients des différentes méthodes contraceptives.

A l'endroit de la population :

- ✓ encourager les débats au sein du couple et dans la famille en général sur la planification familiale et plus particulièrement sur les bienfaits et les effets secondaires de la contraception ;

A l'endroit des autorités sanitaires :

- ✓ renforcer l'information en matière de planification familiale dirigée vers les hommes tout en associant davantage les associations de santé communautaire, les organisations féminines et les Organisations Non Gouvernementales ;
- ✓ améliorer la formation des prestataires de la planification familiale ;
- ✓ utiliser des stratégies appropriées pour améliorer l'utilisation des méthodes contraceptives ;
- ✓ mener d'autres études sur l'implication des époux chez les hommes pour mieux comprendre les facteurs qui limitent l'utilisation de la contraception au sein du couple.

A l'endroit des autorités politiques :

- ✓ formuler une politique prenant en compte l'implication du couple en matière de planification familiale ;
- ✓ introduire la planification familiale dans les curricula de formation de base ;

A l'endroit des autorités Religieuses et communautaires :

- ✓ inclure les thèmes sur la planification familiale lors des rencontres religieuses pour mieux expliquer à la population les recommandations de la religion en matière de contraception.

Thèse : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako

A l'endroit des hommes :

- ✓ accompagner moralement voire financièrement leurs épouses dans le processus d'adoption des méthodes en matière de planification familiale.

Thèse : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako

9. REFERENCES

1. OMS, *Organisation Mondiale de la Santé : Planification familiale/Contraception*. Aide-mémoire, 2018. N°351.
2. ANSD/ICF. *Sénégal : Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue 2014)*. . Rockville, Maryland, USA : ANSD et ICF International. 2015 [cited; Available from: <https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR305/FR305.pdf> (access 19/02/2018).
3. ONS/ORC_Macro. *Enquête Démographique et de Santé Mauritanie 2000-2001*. Calverton Maryland USA 2001 [cited; Available from: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR127/FR127.pdf> (access 05/01/2018).
4. EDS_V. *Enquête Démographique et de Santé au Mali 2012-2013 (EDSM-V)*. . 2014 [cited 5; 577]. Available from: <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR286/FR286.pdf> (access 05/01/2018).
5. OMS/USAID. *Le repositionnement de la Planification Familiale: Directives pour actions de plaidoyer* Genève 2008 [cited; Available from: www.who.int/reproductive-health/family_planning/index.html (access 28/06/2017).
6. DIALLO, F.S.D., et al., *Connaissance - attitude – pratique de la planification familiale en zone rurale au Mali*. Médecine d'Afrique Noire, 1997. 44(6).
7. CISSE, Y.A. *connaissances attitudes et pratiques de la contraception en milieu scolaire dans la commune urbaine de Gao*. Thes. Med. 2010 [cited; Available from: <http://www.keneya.net/fmpos/theses/2010/med/pdf/10M200.pdf> (access 29/06/2017).
8. Diarra, S., et al., *Family planning and STI/HIV: knowledge and practices of adolescents in high school Monseigneur Luc Sangare in Bamako*. Revue Malienne d'Infectiologie et de Microbiologie, 2014. Tome1.
9. Maiga, O.S., et al., *[Role of men in family planning decisions in Mali]*. Mali Med, 2007. 22(4): p. 27-30.
10. Koïta, H. *connaissances attitudes et pratiques des hommes sur la planification familiale en commune ii du district de Bamako*. Thes. Med. 2014 [cited; Available from: <http://www.keneya.net/fmpos/theses/2014/med/pdf/14M241.pdf> (access 05/01/2018).
11. Bijlmakers, L., et al., *Pratique contraceptive et la contribution des activités d planification au Mali*. ETC Crystal., 2012: p. 35-40.
12. Anne, S. *contraception: de la bonne connaissance par le pharmacien au bon usage par le patient*. Thès. de Pharm. 2009 [cited; Available from: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00592349/document> (access 05/01/2018).
13. *Santé et Affaires sociales Yukon: methodes de contraception*. [cited; Available from: http://www.bettertoknow.yk.ca/downloads/birthcontrol_methods_fr.pdf (access 05/01/2018).
14. Anne, S., *contraception: de la bonne connaissance par le pharmacien au bon usage par le patient*. These de Pharm, p(156). <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00592349/document> consulter le 05/01/2018 2009.
15. Singh, S., J.E. Darroch, and L.S. Ashford. *Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health* 2014 [cited; Available from: https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/addingitup2014.pdf (access 19/01/2018).
16. Ajong, A.B., et al., *Knowledge of women in family planning and future desire to use contraception: a cross sectional survey in Urban Cameroon*. BMC Res Notes, 2016. 9: p. 347.
17. Zuma, N.C.D., et al. *assessing progress in Africa toward the millennium development goals*. Addis Ababa, Ethiopia: Economic Commission for Africa 2014 [cited; Available from: http://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Publications/MDG_Report_2014_11_2014.pdf (access 19/02/2018).

Thèse : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako

18. Barbieri, M. and V. Hertrich, *Écarts d'âge entre conjoints et pratique contraceptive en Afrique sub-saharienne*. Population, vol. , 2005. 60(5): p. 725-764.
19. Hardee, K., M. Croce-Galis, and J. Gay, *Are men well served by family planning programs?* Reprod Health, 2017. 14(1): p. 14.
20. Matungulu, C.M., et al., *[Determinants of contraceptive use in Mumbunda health zone in Lubumbashi, Democratic Republic of Congo]*. Pan Afr Med J, 2015. 22: p. 329.
21. RamaRao, S., et al., *The link between quality of care and contraceptive use*. Int Fam Plan Perspect, 2003. 29(2): p. 76-83.
22. Medhanyie, A.A., et al., *Factors associated with contraceptive use in Tigray, North Ethiopia*. Reprod Health, 2017. 14(1): p. 27.
23. Haq, I., S. Sakib, and A. Talukder, *Sociodemographic Factors on Contraceptive Use among Ever-Married Women of Reproductive Age: Evidence from Three Demographic and Health Surveys in Bangladesh*. Med Sci (Basel), 2017. 5(4).
24. Akelo, V., et al., *Attitudes toward family planning among HIV-positive pregnant women enrolled in a prevention of mother-to-child transmission study in Kisumu, Kenya*. PLoS One, 2013. 8(8): p. e66593.
25. Sonalkar, S. and M.E. Gaffield, *Introducing the World Health Organization Postpartum Family Planning Compendium*. Int J Gynaecol Obstet, 2017. 136(1): p. 2-5.
26. Wang, Z., S.L. Norris, and L. Bero, *Implementation plans included in World Health Organisation guidelines*. Implement Sci, 2016. 11(1): p. 76.
27. Keefer, P., *Collective Action, Political Parties, and Pro-Development Public Policy*. Asian Development Review, Asian Development Bank, 2011. 28(1): p. 94-118.
28. Ian, A., *Using operations research to introduce post abortive care services in Burkina Faso and Senegal-turning research into practice: suggested actions from case studies of sexual and reproductive health research* WHO/RHR, Geneva, 2006: p. 101:86-90.
29. Gal, N., N.B. Zite, and L.S. Wallace, *Evaluation of smartphone oral contraceptive reminder applications*. Res Social Adm Pharm, 2015. 11(4): p. 584-7.
30. Sridhar, A., et al., *Mobile application for information on reversible contraception: a randomized controlled trial*. Am J Obstet Gynecol, 2015. 212(6): p. 774 e1-7.

Thèse : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako

25. Depuis combien de temps utilisez-vous cette méthode ?
.....
26. Votre mari vous a-t-il aidé sur le plan financier ? / ____ / 1=oui 2=non
Si oui préciser / / 1=frais de transport 2=frais d'achat du produit
27. Connaissez d'éventuel(s) effet(s) secondaire(s) à la contraception ? / ____ /
1=oui 2=non
- 27a. Si oui, préciser.....

Thèse : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako

10.3. LOI 02-044, SANTE DE LA REPRODUCTION

Présidence de la République
Mali

République du

Un Peuple - Un But - Une Foi

Loi n ° 02 – 044 / du 24
juin 2002
Relative à la santé de la
reproduction

L'Assemblée nationale a délibéré et adopté en sa
séance du 07 juin 2002 ; Le Président de la
République promulgue la loi dont la teneur suit :

Titre 1 : Des définitions

Article 1er : Au sens de la présente loi on entend par :

- Santé de la reproduction : 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 des maladies ou d'infirmités.

Elle prend en compte l'ensemble des mesures préventives, curatives et promotionnelles visant à améliorer la prise en charge des groupes vulnérables que constituent les femmes, les enfants, les jeunes adultes afin de réduire la mortalité et la morbidité maternelles, infantiles juvéniles et promouvoir ainsi le bien-être de tous les individus.

- Services de santé en matière de reproduction : l'ensemble des méthodes, techniques et services qui contribuent à la santé et au bien-être en matière de procréation en prévenant et en résolvant les problèmes qui se posent en ce domaine.

- Contraception : l'ensemble des méthodes ou moyens employés pour prévenir les grossesses non désirées et espacer les naissances.

Titre 2 : De la santé de la reproduction

Section 1 : Des principes et des droits en matière de santé de la reproduction

Article 2 : Les hommes et les femmes sont égaux en droit et en dignité en matière de santé de la reproduction. La santé de la reproduction, objet de la présente loi, suppose que toute personne peut mener une vie sexuelle responsable, satisfaisante et sans risque.

Article 3 : Les hommes et les femmes ont le droit égal de liberté, de responsabilité, d'être informés et d'utiliser la méthode de planification ou de régulation des naissances de leur choix, qui ne sont pas contraires à la loi.

Thèse : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako

Article 4 : Tout individu, tout couple a le droit d'accéder librement à des services de santé de reproduction et de bénéficier des soins de la meilleure qualité possible.

Les populations ont le droit d'accéder à de services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien la grossesse et l'accouchement, afin de préserver l'état de santé de la mère et d1 nouveau-né.

Article 5 : Les membres du couple et les individus ont le droit de discuter librement et avec discernement des questions ayant trait à la santé de la reproduction dans le respect des lois en vigueur, de l'ordre public et des bonnes mœurs.

Ils ont le droit de décider librement avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances et de disposer des informations nécessaires pour ce faire.

Article 6 : Tout individu qui acquiert la connaissance de son état de malade du Sida ou vivant avec le VIH, a l'obligation d'informer son partenaire et de prendre toutes dispositions pour éviter de contaminer autrui.

Section 2 : Des soins et services de santé de reproduction

Article 7 : Par soins et services de santé de la reproduction, la présente loi vise principalement les activités suivantes :

- L'orientation, l'information, l'éducation, la communication, la recherche, les moyens, les méthodes et de manière générale tous les services en matière de planification familiale et de santé de la reproduction ;
- L'information et le counseling sur la sexualité, la parenté responsable et la santé de la reproduction ;
- Les soins prénatals, périnatals postnatals y compris la promotion de l'allaitement au sein ;
- La survie de l'enfant comprenant d'une part les consultations des enfants sains et d'autre part les consultations curatives notamment la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) ;
- La prévention et le traitement de la stérilité, de l'infertilité et de l'impuissance ;
- La prévention de l'avortement et les moyens de faire face aux conséquences de cette pratique ;
- Les soins de post-abortum y compris les counseling en planification familiale ;
- La prévention et le traitement des infections des organes de reproduction ;
- Le traitement des affections de l'appareil génital ;
- Le traitement des conséquences de l'excision ;
- La prise en charge des besoins de santé de la reproduction des personnes âgées et des jeunes adultes ;
- Le traitement et la prévention des infections sexuellement transmissibles (Ist) et du Vih / Sida.

Article 8 : Toute personne physique ou morale intervenant dans le domaine de la santé de la reproduction a l'obligation de porter à la connaissance des individus

Thèse : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako

et des couples les avantages, les risques et l'efficacité de toutes les méthodes de régulation de naissances qu'elle leur propose.

En cas de non-respect des dispositions de l'alinéa précédent par la personne physique ou morale, les individus et les couples victimes seront fondés à la poursuivre à la réparation civile même en dehors de toute faute.

Article 9 : Les personnes malades du Sida ou vivant avec le VIH qui le déclarent bénéficient d'une assistance particulière, des soins de base et d'une garantie de confidentialité. Un décret pris en conseil des ministres fixe les conditions et modalités précises du bénéfice de cette assistance particulière et de la garantie de confidentialité. Section 3 : De contraception

Article 10 : La pratique de la contraception, par des moyens ou méthodes approuvées par l'autorité publique est autorisée sur l'ensemble du territoire national.

Article 11 : La fabrication, l'importation et la vente des produits contraceptifs de même que la publicité de méthodes contraceptives sont autorisées.

Un décret pris en conseil des ministres détermine les conditions et modalités de fabrication des produits contraceptifs au Mali.

Un arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé du commerce fixe les conditions d'importation des produits contraceptifs.

Un arrêté du ministre chargé de la santé publique fixe la liste des produits, moyens et méthodes de contraception légalement approuvés.

Article 12 : Sont également autorisées, l'information et l'éducation concernant la contraception dans le respect de l'ordre public sanitaire et de la morale familiale.

Article 13 : L'interruption volontaire de la grossesse ne saurait en aucun cas être considérée comme une méthode contraceptive.

Il est interdit tout avortement qui consiste dans l'emploi de moyens ou de substances en vue de provoquer l'expulsion prématurée du fœtus, quel que soit le moment de la grossesse où cette expulsion est pratiquée par tout motif autre que :

- la sauvegarde de la vie de la femme enceinte ;
- lorsque la grossesse est la conséquence établie d'un viol ou d'une relation incestueuse, à la demande expresse de la femme enceinte.

Article 14 : Toute personne majeure peut, sur son consentement écrit, bénéficier d'une méthode de contraception irréversible. Toutefois, concernant une personne mariée, l'accord de son conjoint est obligatoire.

Sur avis médical confirmé par une contre-expertise, toute femme mariée dont la vie pourrait être menacée par la survivance d'une grossesse peut, sur son seul consentement écrit, bénéficier d'une méthode de contraception irréversible.

Titre 3 : Des dispositions pénales

Article 15 : La transmission volontaire du VIH / Sida est assimilée à une tentative de meurtre et punie des peines prévues par le Code Pénal pour la répression de cette infraction.

Thèse : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako

Article 16 : Quiconque aura vendu, distribué, offert ou fait la publicité d'un moyen de contraception non approuvée par l'autorité publique sera puni d'un emprisonnement de six mois à trois ans et d'une amende de 200.000 à 1.200.000 francs ou de l'une de ces deux peines seulement.

Sera puni des mêmes peines quiconque aura conseillé ou incité à l'usage d'une méthode ou d'un moyen de contraception non approuvé par l'autorité publique.

Les produits contraceptifs et les instruments ayant servi à la commission de l'infraction seront saisis. Le jugement de condamnation prononcera leur confiscation et leur destruction par l'autorité sanitaire qu'il désignera.

Article 17 : Toute personne qui, en dehors des cas limitativement prévus à l'article 13 de la présente loi, procède, incite à un avortement ou fournit conseil ou un moyen quelconque en vue de procéder à un avortement est punie des peines prévues par le Code Pénal.

Article 18 : Les peines prévues à l'article 16 pourront être portées au double en cas de publicité mensongère concernant les produits et les moyens de contraception.

Article 19 : Quiconque aura pratiqué sur une personne une méthode ou un moyen de contraception irréversible sans s'assurer au préalable des consentements requis sera puni d'un à cinq ans d'emprisonnement sans préjudice des dommages intérêts que la victime pourra réclamer.

En outre, si le coupable est un agent de la santé ou des services socio-sanitaires, il pourra être prononcé contre lui une incapacité absolue d'exercer sa profession pendant un délai allant de six mois à cinq ans.

Titre 4 : Des dispositions transitoires et finales

Article 20 : A compter de la promulgation de la présente loi, un délai de six mois est donné à toutes les personnes physiques ou morales opérant dans le domaine de la santé de la reproduction pour se conformer aux nouvelles dispositions.

Article 21 : La présente loi abroge toutes dispositions antérieures contraires, notamment celles de la loi du 31 juillet 1920 réprimant la provocation à l'avortement et la propagande anticonceptionnelle.

Bamako, le 24 juin 2002

Le Président de la République, Amadou Toumani TOURE

Loi 02-044, santé de la reproduction

Thèse : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako

Recueil des textes législatifs et réglementaires en Santé de la Reproduction, Planification Familiale au Mali

Ministère de la santé
et des affaires sociales

République du Mali
Un peuple - Un but - Une foi

Cabinet

Lettre – Circulaire n° 004 / Msp-As / Cab

A
Tous Gouverneurs
Tous Commandants de Cercle
Tous Directeurs régionaux de la santé publique et des affaires sociales
Tous Médecins - chefs des Services socio-sanitaires de Cercle

Il me revient d'une part que l'accès des femmes désireuses et justiciables d'une méthode contraceptive reste subordonné à l'autorisation parentale et maritale, bien que la planification familiale soit un acte médical et sanitaire mettant en œuvre des techniques scientifiques efficaces, sûres et acceptables pour les populations. D'autre part, il m'a également été rapporté que les agents socio-sanitaires continuent à appliquer une telle consigne, par mesures conservatoires, pour se préserver de plaintes éventuelles ou d'agression dont ils peuvent être victimes de la part des parents ou conjoints.

L'adoption par le Parti et le Gouvernement de la planification familiale en tant qu'élément de la politique socio-sanitaire du pays, nous impose la nécessité de réussir nos programmes en faveur de la santé de la mère et de l'enfant.

En conséquence, je rappelle à tous les services socio-sanitaires, aux agents et à toutes les autorités politiques et administratives que l'accès à une méthode contraceptive reste libre pour toute femme en âge de procréer qui le désire et qui le nécessite.

J'invite tous les responsables politiques administratives et les administrations sanitaires, à la plus large diffusion et au respect de la présente circulaire.

Ampliations :

Présidence du Gouvernement « P. compte – rendu »
Secrétariat permanent BEC / UDPM
BEN / UNFM
Tous Ministères
Assemblée nationale
Toutes Directions nationales santé publique
AMPPE.

Koulouba, le 25 janvier 1991

Docteur Abdoulaye DIALLO

Thèse : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako

11. FICHE SIGNALETIQUE

Nom : Tsague Dongmo

Prénom : Virginie Gisèle

Titre : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako

Année de soutenance : 2018

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine, d'odontostomatologie et de pharmacie.

Secteur d'intérêt : Santé de la reproduction : la planification familiale

Résumé :

Notre étude avait pour but d'étudier l'implication des époux dans le processus de demande et d'utilisation de la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako. En matière de planning familial, beaucoup reste encore à faire au Mali d'où la nécessité d'impliquer les hommes pour améliorer la prévalence d'utilisation de la contraception dans les années à venir. Notre étude a concerné 433 participants dont 400 femmes et 33 hommes :

Chez les femmes la tranche d'âge [25-29] ans était la plus représentée.

Chez les hommes les [31-40] ans étaient les plus représentés.

Parmi les femmes interrogées, 85% affirmaient que leurs maris étaient d'accord quant à l'adoption d'une méthode de contraception dans le couple. Ceci est confirmé par les 68,8% des femmes qui affirmaient avoir été accompagnées à l'AMPPF par leurs maris. Dans le même sens, 69,6% de femmes affirmaient être accompagnées financièrement pour l'achat de la méthode contraceptive.

Conclusion : l'adhésion et l'accompagnement des hommes en matière de Planning Familial est indispensable à la régulation des naissances, pour une meilleure santé de la mère et de l'enfant.

Mots clés : Implication des époux, Contraception, Couple, Mali.

Thèse : Implication des époux dans la contraception au sein du couple à l'AMPPF dans le district de Bamako

Je jure, en présence des maîtres de la Faculté, des conseillers de l'Ordre des Pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruite dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

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

Que je sois couverte d'opprobres et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Je le jure