



**UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO**



Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)

THEME

**CONNAISSANCES, ATTITUDES ET
PRATIQUES DES HOMMES DE MEDIAS EN
MATIERE DE PLANIFICATION FAMILIALE
DANS LE DISTRICT DE BAMAKO**

Présentée et soutenue publiquement le 02 /06 / 2021 devant
la faculté de médecine et d'odontostomatologie.

Par

M^{me}. Tènè Kadiatou SAMAKE

Pour l'obtention du grade de docteur en médecine (**Diplôme d'état**)

MEMBRES DU JURY

PRESIDENTE DU JURY : Professeur Fatimata Sambou DIABATE

MEMBRE DU JURY : Monsieur Markatié DAOU

CO-DIRECTEUR THESE : Docteur Seydou Z DAO

DIRECTEUR DE THESE : Professeur Youssouf TRAORE

Dédicace

DEDICACE

Je dédie ce travail

A mon grand-père feu Mamadou Sidibé dit commandant Je ne sais pas comment te remercier. Ta bonté et ta bienveillance ne quitteront jamais mon esprit. Tu n'as jamais cessé de nous faire comprendre que seul le travail libère l'homme.

Reçois ici l'expression de ma profonde gratitude. Qu'Allah le Tout Puissant t'accueille dans son paradis. Amen !

A mon père : Siridé SAMAKE

Tu es l'artisan de ce chemin parcouru, ton courage, ta rigueur dans notre éducation ont fait de ta fille ce qu'elle est aujourd'hui, que Dieu te garde longtemps en vie auprès de nous. Puisse ce travail être pour toi un motif de satisfaction. Sois assuré de mon affection et de ma sincère reconnaissance.

A ma mère : Pinda SIDIBE

Brave femme, animée d'esprit de loyauté et d'honnêteté incomparable, tu es pour moi un modèle de courage et de bonté, puisse Allah le Tout Puissant te bénir et te donner encore une longue vie pour que tu puisses goûter au fruit de tes tant d'années de sacrifice.

A mes frères et sœurs :

Mamadou, Hassanatou, Fatimata, Alimatou et Yoro Samaké pour tout ce que nous avons partagé et partagerons encore.

Puisse Dieu nous garder dans l'union ; je vous aime.

A mes oncles :

Abdoulaye, Beydi Sidibé et Tidiane Diarra, chers oncles, votre rigueur dans le travail a fait de moi ce que je suis aujourd'hui. Ce travail est également le vôtre, puisse Allah vous donner une longue vie.

A mes tantes :

Mata, Wélère, Kadia, Tièdo, Aichata Sidibe, Assitan Coulibaly, Massaran Kouyaté pour toute une vie d'attention et d'écoute à mon éducation et à ma formation. Les mots seront insuffisants pour vous traduire mon éternel amour et vénération.

A mon mari :

Dr Koné Souleymane Chiompéré, merci pour la pierre apportée à l'édifice commun. Tu as été présent à chaque étape de ce travail.

Que le Tout Puissant nous accorde une longue et heureuse vie de couple. Qu'il nous donne toujours la force et le courage nécessaire d'éduquer nos enfants.

A mes enfants :

Adama et Sidi Koné, que ce travail vous inspire un jour et vous incite à plus de courage et d'abnégation. Vous êtes appelés à vivre dans un monde mouvementé ou vous devez affronter des problèmes nouveaux et toujours croissants auxquels vous serez tenus de trouver des solutions.

A ma belle-famille :

Merci pour tout le soutien que vous m'avez apporté tout le long de ce cycle.

Aux docteurs

Seydou Z Dao, Sackoba Konaté, Bakary Abou Traoré, Etienne Togo, vous êtes des maitres exemplaires. Votre union dans le cadre professionnel est à mes yeux un océan qui transforme les petites rivières en fleuve

Chers maitres veuillez recevoir toute notre reconnaissance.

Remerciements

REMERCIEMENTS

A mes cousins et cousines

Kadidia, Kadidiatou, Oumou, Salimata, Cheick Fantamady, Sanata, Oumar, Lassina, Fousseyni, Assétou, Mariam, Fanta, Adam, Mafounè, Aminata, Titi, Rosalie, Angèle, ce travail vous appartient. Veuillez recevoir toute ma reconnaissance qu'Allah nous accorde son pardon.

A mes amis

Fanta, Aichata, Djelika, Junior, Salimata, Kadia, Tènè Araba, Fatoumata, Cheick sadibou, Assan, mes chers amis comme on le dit c'est dans les moments difficiles qu'on reconnaît ses vrais amis. Je ne cesserais jamais de penser à vous. Je vous remercie infiniment pour les moments difficiles que nous avons surmontés ensemble.

Aux docteurs

Bréhima Sangaré, Youssouf Camara, Amadou Dembélé, Mamoudou Sissoko, Amadou Boré, Lévi Diarra, Ibrahima Dabo, Mamadou Traoré et Charles Samba Koné. Merci pour votre disponibilité.

Aux internes

Koné B, Togo A, Kané F, Dao O, Diarra B, Coulibaly L, Camara O.

A tout le personnel du CSREF de la commune II du district de Bamako

A mes camarades de promotion à la FMOS

Ce travail est l'un des fruits de nos efforts durant ce long trajet.

Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.

A mes enseignants du primaire jusqu'à l'université, ce travail est aussi le vôtre. Merci pour la qualité de l'enseignement dispensé.

A tous ceux qui, de près ou de loin, m'ont aidé dans la réalisation de ce travail.

*Hommage aux
membres du jury*

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENTE DE JURY :

Professeur Fatimata Sambou DIABATE

- **Professeur honoraire de gynécologie obstétrique**
- **Professeur honoraire de gynécologie obstétrique**
- **Ancienne consultante de l'organisation mondiale de la sante et de l'USAID (agence des états unis pour le développement international)**
- **Ancienne conseillère régionale en santé maternelle, néonatale et planification familiale de l'USAID pour l'Afrique de l'ouest et du centre basé à Accra**
- **Membre fondatrice de la Société Malienne de Gynécologie d'Obstétrique (SOMAGO) et de la Société Africaine de Gynécologie d'Obstétrique(SAGO).**
- **Praticienne hospitalière**
- **Enseignante chercheur**
- **Enseignante à la retraite**
- **Titulaire d'un master en sante publique**

Chère Maître,

C'est un grand honneur pour nous de vous avoir comme Présidente du jury de ce travail malgré vos multiples occupations. Nous sommes profondément marquées par votre personnalité et surtout votre disponibilité constante. L'occasion nous est en fin donnée de vous témoigner toute notre gratitude.

Trouvez ici, chère maitre l'expression de notre profonde considération.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY :

Monsieur Markatié Daou

- **Journaliste**
- **Co fondateur du groupe renouveau**
- **Chargé de mission du ministère de la santé et du développement social**

Cher maitre,

C'est un réel plaisir et un honneur pour nous de vous avoir comme membre de ce jury malgré vos multiples occupations. Votre modestie, votre simplicité, votre humilité et votre engagement pour le travail bien fait font de vous un maitre respecté et admiré de tous. Grace à votre grande expérience dans le domaine de la communication institutionnelle, vous avez été un grand acteur dans la lutte contre la maladie à virus Ebola et dans l'organisation de l'atelier national de haut niveau sur la réforme du système de santé. Grace à votre engagement vous constituez une pièce maitresse dans le dispositif national de lutte contre le Coronavirus.

Puisse Allah vous donner longue vie afin que nous continuons de bénéficier de votre expérience. Recevez ici cher maitre, l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre gratitude.

A NOTRE MAITRE, CODIRECTEUR DE THESE

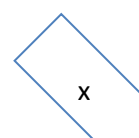
Dr Seydou Z DAO

- **Gynécologue obstétricien**
- **Chef de service de gynécologie obstétrique du CS RéfCII**
- **Maitre de recherche**
- **Titulaire d'un Diplôme de Formation Médicale Spécialisée
Approfondie en gynécologie obstétrique de l'Université Paris
Descartes.**
- **Membre de la SOMAGO**

Cher Maître,

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

Veuillez accepter, cher maitre, l'expression de notre grande estime et de notre gratitude.



A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE,

Pr Youssouf TRAORE

- **Professeur Titulaire de Gynécologie Obstétrique à la FMOS**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE,**
- **Président de la Société Malienne de Gynécologie-Obstétrique (SOMAGO)**
- **Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SOCHIMA)**

Cher Maître,

Tout le plaisir est pour nous de vous avoir comme directeur de cette thèse. Malgré vos multiples responsabilités, vous avez accepté sans réserve de diriger ce travail.

Vos qualités humaines et intellectuelles, votre amour pour la gynécologie-obstétrique, vos compétences professionnelles et la qualité de votre enseignement font de vous un maître de référence.

Soyez rassuré, cher Maître de notre sincère reconnaissance.

Liste Des Abréviations

LISTE DES ABREVIATIONS

- A.M.P.R** : Acétate de médroxyprogestérone retard
- A.S.S.E.P** : Association des éditeurs de presse
- C.C.V** : Contraception chirurgicale volontaire
- C.O.C** : Contraceptifs oraux combinés
- C.O.P** : Contraceptif oraux progestatifs
- D.I.U** : Dispositif intra utérin
- E.D.S** : Enquête démographique et de santé
- H.A.C** : Haute autorité de la communication
- H.T.A** : Hypertension artérielle
- I.S.T** : Infection sexuellement transmissible
- km²** : Kilomètre carré
- M.A.M.A** : Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée
- O.M.S** : Organisation mondiale de la santé
- O.R.T.M. 1** : Office de radio diffusion et de télévision du Mali
- O.R.T.M.2** : Deuxième télévision du Mali
- P.F** : Planification familiale
- P.F.N** : Planification familiale naturelle
- P.P.S** : Pilule progestative seule
- U.RT.E.L** : Union des radios et télévisions libres du Mali
- V.I.H** : Virus de l'immunodéficience humaine
- WSP** : Water and sanitation program

Tables Des Illustrations

TABLES DES ILLUSTRATIONS

Liste des tableaux

Tableau I : les Hommes de medias selon l'âge.....	32
Tableau II : les Hommes de medias selon le sexe	32
Tableau III : la religion pratiquée par les Hommes de medias.....	33
Tableau IV : type d'etude effectuée par les Hommes de medias	34
Tableau V : niveaux d'instruction des Hommes de medias	34
Tableau VI : qualifications des Hommes de medias	34
Tableau VII :reletion entre la qualification des Hommes de medias aux medias et leur sexe.....	35
Tableau VIII : appartenance des Hommes de medias aux medias.....	36
Tableau IX :statut matrimonial des Hommes de medias.....	37
Tableau X : nombre d'enfants vivants des Hommes de medias.....	37
Tableau XI : nombre d'enfants souhaité desHommes de médias	38
Tableau XII : relation entre le nombre d'enfants souhaité des Hommes de medias et leur sexe	38
Tableau XIII : Hommes de medias connaissant la PF	39
Tableau XIV niveaux de connaissance s des Hommes de médias sur les objectifs de la PF.....	39
Tableau XV : relation entr le niveau de connaissance des Hommes de medias sur les objectifs de la PF.....	40
Tableau XVI : niveau de connaissance des Hommes de medias sur les differentes methodes de la PF	40
Tableau XVII : source d'information des Hommes de medias sur la PF.....	41
Tableau XVIII : relation entre la connaissance des Hommes de medias sur les differentes methodes et leurs nveaux d'instruction.....	41
Tableau XIX : position des Hommes de medias par rapport à la pratique de la PF.....	42

Tableau XX : relation entr la position des Hommes de medias par rapport à la pratique de la PF et leur sexe.....	42
Tableau XXI : relation entre le lieu de travail des Hommes de médias et leur position par rapport à la pratique de la PF	43
Tableau XXII :raisons d'adhésion des Hommes de medias à la PF	44
Tableau XXIII : relation entre les raisons d'adhésion des Hommes de medias à la PF et leur sexe.....	44
Tableau XXIV : raisons de refus des Hommes de medias de la PF.....	45
Tableau XXV : relation entre les raisons de refus des Hommes de medias et leur sexe.....	45
Tableau XXVI : ATCD d'utilisation d'une méthode de PF des Hommes de medias.....	46
Tableau XXVII : méthodes de PF utilisées dans le couple des Hommes de medias.....	46
Tableau XXVIII : participation des Hommes de medias au choix de la méthode contraceptive.....	47
Tableau XXIX : Hommes de medias ayant animé une émission sur le PF.....	47

Table des Matières

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION.....	1
OBJECTIFS.....	3
II. GENERALITES.....	5
III. METHODOLOGIE.....	25
IV. RESULTATS.....	31
V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	48
VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	58
VII. REFERENCES.....	61
ANNEXES.....	66

I- *Introduction*

I. INTRODUCTION

La planification familiale (PF) peut être considérée comme la programmation sanitaire, sociale et même économique de la grossesse [1]. Selon les politiques normes et procédures du Mali, la contraception est l'ensemble des moyens et techniques médicaux ou non, mis à la disposition des individus et des couples pour leur permettre d'assurer leur sexualité de façon responsable de manière à éviter les grossesses non désirées, espacer les naissances, avoir le nombre d'enfant désiré au moment voulu [2]. En matière de planification familiale, le Mali connaît un retard dans la transition démographique comparé à beaucoup de pays africains. La croissance de sa population actuelle et les problèmes qui lui sont liés sont considérés comme un frein au développement socio-économique. Cette situation attire de plus en plus l'attention des pouvoirs publics du Mali sur la maîtrise du mouvement naturel de la population, qui constitue depuis quelques années un enjeu pour la majorité des gouvernements des pays en voie de développement.

Grâce aux campagnes de sensibilisation à travers tout le pays, on observe des changements de comportements en matière d'utilisation de la PF au sein des couples. Dans un premier temps les hommes n'étaient pas ciblés par les programmes de sensibilisations sur la PF. Au Mali comme dans bien de pays à travers le monde, l'homme reste encore le grand décideur au sein de la famille. Si le mari ou si d'autres membres de la famille sont opposés à la planification familiale, les conséquences peuvent parfois être dramatiques pour la femme: le mari peut divorcer, abandonner son épouse ou devenir violent. Par contre, les hommes bien informés en matière de santé de la reproduction soutiennent la décision de leurs partenaires sur la PF [3].

Dans le monde chaque minute qui passe, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) une femme meurt suite à des complications liées à la grossesse ou à l'accouchement, 26 à 53 millions d'avortements sont pratiqués chaque année

[1]. En Afrique, le taux de mortalité maternelle est de 940 pour 100000 naissances vivantes. Au Mali, selon l'EDS VI, le taux de décès maternel est de 325 pour 100 000 naissances vivantes [4].

La planification familiale est reconnue comme un moyen essentiel pour maintenir la santé et le bien être des femmes et de leur famille. Elle joue un rôle capital dans la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile. L'utilisation des méthodes contraceptives a augmenté dans de nombreuses régions du monde, en particulier en Asie et en Amérique latine, mais reste faible en Afrique subsaharienne. Au niveau mondial, elle est passée de 54% en 1990 à 57,4% en 2014[1]. En Afrique, elle est passée de 23,6% à 27,6 entre 2008 et 2014[4]. Au Togo, sa prévalence est passée de 15,2% en 2012 à 24,3% en 2017[5]. Au Mali, la prévalence contraceptive qui était de 10% en 2013[6] est passée à 17 % en 2018[7].

Une des priorités des pouvoirs publics est de mettre en place des stratégies adéquates pour une maîtrise efficiente du taux de prévalence contraceptive. Les médias sont inclus dans ces stratégies, ils permettent une large diffusion des campagnes de sensibilisation sur la PF atteignant des milliers de personnes en très peu de temps, plus efficace que la méthode bouche à oreille. Vecteur essentiel de communication, la qualité de l'information fournie par les Hommes de médias peut contribuer à augmenter ou à diminuer l'adhésion de la population à la planification familiale. L'absence d'étude sur cette thématique et l'objectif de contribuer à l'augmentation de la prévalence contraceptive au Mali, nous ont amené à initier ce travail dont les objectifs ont été de :

- Objectifs

OBJECTIFS

1. Objectif général

- ↪ Etudier les connaissances, attitudes et pratiques des Hommes de médias du district de Bamako en matière de planification familiale.

2. Objectifs spécifiques

- ↪ Décrire les caractéristiques socio démographiques des Hommes de media du district de Bamako.
- ↪ Décrire les sources d'informations en matière de planification familiale des Hommes de médias du district de Bamako.
- ↪ Evaluer les connaissances sur la planification familiale des Hommes de médias du district de Bamako.
- ↪ Décrire les attitudes et pratiques des Hommes de médias du district de Bamako vis-à-vis de la planification familiale.
- ↪ Décrire les raisons d'adhésions ou de refus à la planification familiale des Hommes de médias du district de Bamako.

II- Généralités

II. GENERALITES

2.1. Définitions

La contraception : est définie comme une méthode visant à éviter, de façon réversible et temporaire, la fécondation d'un ovule par un spermatozoïde ou, s'il y a fécondation, la nidation de l'œuf fécondé [8].

La planification familiale : selon l'OMS, la planification familiale est l'ensemble de mesures et méthodes que les hommes et les femmes prennent ou utilisent pour éviter des grossesses non désirées et organiser la venue d'un enfant quand ils ou elles le désirent [4].

D'avoir le nombre d'enfants qu'ils désirent et dont ils peuvent prendre soins ; d'espacer convenablement la naissance de leurs enfants.

Homme de media : toute personne qui a pour activité principale, régulière et rétribuée, l'exercice de sa profession dans une ou plusieurs entreprises de presse, publications quotidiennes et périodiques ou agences de presse et qui en tire le principal de ses ressources [9].

2.2 Historique des medias et leur impact sur la PF :

Au Mali, l'approche de l'indépendance avait donné lieu à une formation de parti politique se traduisant par la publication d'affiches propagandistes ayant eu comme effets un soulèvement massif de la population contre les colonialistes. Pour la plupart des leaders de l'indépendance, l'information était une affaire sérieuse, il fallait que l'état se préoccupe de former des agents chargés de la produire. Les premiers journalistes Maliens formés firent leurs débuts dans les organes officiels à partir de 1970. Ces journalistes exerçaient soit à la radiotélévision malienne, à l'essor ou au quotidien.

C'est en 1990 que les medias ont connu leur envol notamment en adoptant une technique de communication appelée medias de masse. Elle consistait à une diffusion d'information adéquates et aussi promouvoir des attitudes et des normes sociales en faveur de comportements idoines à la santé sexuelle et reproductive.

Les médias ont contribué à combler le manque d'information de la population par rapport à la PF. Ils ont corrigé les perceptions erronées du risque de grossesse non désirée de la population mais aussi ont apaisé leurs inquiétudes au sujet des effets secondaires des méthodes contraceptives [10].

2.3 Historique de la PF :

L'origine de la contraception semble se situer dans l'Antiquité romaine ou Sopranos d'Ephèse établit la distinction entre avortement qui tue le fœtus et la contraception qui prévient la conception [11].

Les méthodes utilisées pour empêcher la formation et le développement de l'œuf furent aussi variées qu'insolites. Les premières méthodes rationnelles pratiquées furent le coït obstrué, le coït réservé et le coït interrompu que l'on regroupa sous le nom de « coït non conventionnel » [12].

- Le coït obstrué est une méthode qui consiste à presser entre le scrotum et l'anus pour détourner le fluide séminal du pénis dans la vessie [13].
- Le coït réservé ou étreinte réservée est une pratique sexuelle au cours de laquelle, lors d'une pénétration, le partenaire pénétrant ne tente pas d'éjaculer à l'intérieur de la personne pénétrée, mais s'emploie au contraire à retarder autant que possible le moment de l'éjaculation, voire à l'éviter complètement [14].
- Le coït interrompu est une pratique sexuelle qui consiste à interrompre le rapport sexuel vaginal avant l'éjaculation dans le but d'éviter la fécondation. Cette méthode de contraception, la plus ancienne a néanmoins une faible efficacité [14].

Après la découverte des spermatozoïdes en 1677 par le hollandais Anton Van Leeuwenhoek, différentes substances ont été utilisées à travers le monde en vue d'une contraception locale.

C'est ainsi que l'on évoque :

- La Gomme d'Acacia dans le Manuscrit d'Ebert ;

- L'alun de potassium et le natron (carbonate de sodium) comme substance contraceptive ;
- Le principe des « barrières » fut employé, sous forme de tampons constitués de cire d'abeilles par les paysannes hongroises ;
- Les éponges imprégnées de cognac dans les milieux libertins de la fin du XVIII^e siècle ;
- Le sulfate de quinine dont l'emploi s'est répandu au milieu du X^e siècle de même que des solutions astringentes (thé vert, alun, etc....).

En plus de ces substances qui semblent être les ancêtres des spermicides, l'on a également eu recours à cette époque à d'autres méthodes de barrières notamment :

- Les préservatifs d'abord confectionnés en boyaux d'animaux ;
- Le diaphragme qui fut proposé par Wilhelmy Mesinga ;

Ces méthodes dont l'efficacité restait limitée étaient également associées à des effets secondaires importants. Ceux-ci ont donc conduit les chercheurs à explorer des voies aboutissant à des produits moins nocifs [12].

En 1904 déjà, le néerlandais Théodore Van de Velde découvrit la corrélation entre la courbe thermique matinale et l'ovulation mais la contraception n'entre dans sa phase « endocrinologue » que lors de la découverte des hormones et qui connut un essor après 1920.

La contraception dont la paternité est souvent associée à Malthus T. Robert a donc évolué depuis l'Antiquité romaine pour offrir aujourd'hui aux couples qui le désirent des moyens dont la rigueur scientifique est clairement établie, dans le but de leur permettre de contrôler leur descendance [12].

2.3. Les différentes méthodes contraceptives :

Elles sont au nombre de trois, il s'agit de méthodes modernes, naturelles et traditionnelles

2.3.1. Méthodes Modernes :

Dans ce groupe on trouve :

Les contraceptifs hormonaux aux mécanismes d'action qui s'opèrent à plusieurs niveaux

- Suppriment l'ovulation
- Epaisissent la glaire cervicale pour empêcher la pénétration du spermatozoïde.
- Changent l'endomètre (rendant la nidation plus difficile)
- Diminuent le transport des spermatozoïdes, dans le tractus génital supérieur (trompes de Fallope).

Comme contraceptifs hormonaux on a :

La contraception hormonale combinée

Elle désigne les moyens de contraception qui contiennent à la fois un œstrogène et un progestatif [15]. Ce sont :

Les contraceptifs oraux combinés :

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

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

- les estranes (noréthindrone, diacétate d'éthinodiol)
- les gonanes (lévonorgestrel, désogestrel, norgestimate) qui semblent être plus puissants [15].

Les contraceptifs peuvent être :

- Monophasiques : l'œstrogène et la progestérone sont à dose fixes dans chaque comprimé, au cours du cycle ;
- Bi phasiques : l'œstrogène et / ou la progestérone sont à des doses plus élevées au cours de la seconde moitié du cycle ;
- Tri phasiques : l'œstrogène et/ou la progestérone sont distribués à doses variables créant au total 3 phases au cours du cycle ;

Efficacité : Les COC constituent un mode de contraception réversible très efficace. En utilisation parfaite, ils sont efficaces à 99,9 % [16].

Mécanisme d'action : le principal mécanisme d'action est l'inhibition de l'ovulation. Parmi les autres mécanismes d'action, on trouve :

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

Contre-indications : l'OMS a établi des contre-indications absolues et relatives à l'utilisation des COC [16].

Absolues :

- Plus de 6 semaines à la suite d'un accouchement, si la patiente allaite
- Fumeuses de plus de 35 ans (Plus de 15 mèches /jour)
- HTA (systolique >160 mm Hg ou diastolique >100 mm Hg)
- Antécédents de thrombo-embolie veineuse
- Cardiopathie ischémique
- Antécédents d'accident vasculaire cérébral
- Cardiopathie valvulaire compliquée
- Migraine accompagnée de symptômes neurologiques en foyer
- Cancer du sein
- Diabète accompagné de rétinopathie / néphropathie / neuropathie
- Cirrhose et tumeur hépatique (adénome ou hépatome)

Relatives :

- Fumeuses de plus de 35 ans (Moins de 15 mèches/ jour) ;
- HTA adéquatement maîtrisée ;
- Hypertension (systolique : 140-159 mm Hg, diastolique : 90-99 mm Hg) ;
- Migraine (chez les femmes de plus de 35 ans)
- Maladie vésiculaire en phase symptomatique ;
- cirrhose ;

- Antécédents de cholestase associée à l'utilisation de COC ;
- Utilisatrices de médicaments pouvant entraver le métabolisme des COC.

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

Le timbre contraceptif transdermique :

Le timbre contraceptif diffuse 150 µg de norelgestromine (principal métabolite actif du norgestimate) et 20 µg d'éthinylœstradiol quotidiennement dans la circulation générale. L'utilisatrice doit s'appliquer un timbre par semaine sur les fesses, la partie supérieure externe du bras, la partie inférieure de l'abdomen ou la partie supérieure du torse (en dehors des seins) pendant trois semaines consécutives et ensuite s'abstenir de le faire pendant une semaine. Il convient tout particulièrement aux femmes qui souhaitent utiliser un moyen de contraception moins exigeant sur le plan de l'observance.

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

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

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

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

L'anneau vaginal contraceptif :

L'anneau vaginal contraceptif est un anneau flexible, pratiquement transparent, dont le diamètre extérieur est de 54 mm et le diamètre transversal, de 4 mm Il diffuse un taux constant de 15 µg d'éthinylœstradiol et de 0,120 mg d'étonogestrel (métabolite actif du désogestrel) par jour. Chaque anneau est utilisé pendant trois semaines d'utilisation continue d'un anneau, suivi d'un intervalle sans anneau pendant une semaine.

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

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

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

Contre-indications : les contre-indications absolues sont la grossesse connue ou soupçonnée, les antécédents de thrombo-embolie veineuse, les maladies cérébro-vasculaires ou coronariennes, la cardiopathie valvulaire compliquée, l'HTA sévère, le diabète, les céphalées accompagnées de symptômes neurologiques en foyer, le cancer (connu ou soupçonné) du sein, de l'endomètre ou du col utérin, les saignements vaginaux inexplicables, ainsi que les réactions allergiques à un des composants de l'anneau. Parmi les contre-indications relatives, on trouve le prolapsus utéro-vaginal ou la sténose vaginale si la rétention de l'anneau s'en trouve affectée.

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

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

La contraception injectable combinée :

Cette forme contraceptive n'est pas encore largement utilisée. Il s'agit d'un contraceptif injectable mensuel composé de 5 mg de cypionate d'œstradiol et de 25 mg d'acétate de médroxyprogestérone (Lunelle®). Il s'administre en intramusculaire, en s'assurant que l'intervalle entre les injections ne dépasse pas 33 jours. Dans le cadre d'une étude portant sur 782 américaines suivies pendant un an, aucune grossesse n'a été constatée [18].

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

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

Contraception hormonale à base de progestatif

Les contraceptifs ne contenant qu'un progestatif peuvent être offerts sous forme de comprimé oral, d'implants ou de solution injectable [19].

Les progestatifs injectables :

L'acétate de médroxyprogestérone retard (AMPR) est utilisé à titre de contraception par des millions de femmes à travers le monde.

Efficacité : l'AMPR est une forme grandement efficace de contraception dont le taux d'échec est estimé à moins de 0,3 % par an [20].

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

Indications : les femmes susceptibles de procréer, indépendamment de leur âge ou de leur parité, et qui :

- veulent utiliser cette méthode de contraception
- ne présentent pas de contre-indication
- une endométriose ;
- la drépanocytose ;
- sous traitement anticonvulsivants.

Contre-indications :

Absolues : grossesse, saignements vaginaux inexpliqués et présence d'un cancer du sein.

Relatives : cirrhose grave, hépatite virale évolutive et adénome hépatique bénin.

Effets indésirables : Les effets indésirables associés à l'AMPR sont :

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

Progestatifs oraux

La pilule progestative seule (PPS) utilisée même en utilisation parfaite, présente un taux d'échec de 0,5 % [20].

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

Indications : elles peuvent être utilisées par les femmes qui nécessitent un moyen de contraception exempt d'œstrogènes ou chez qui les COC entraînent des effets indésirables.

Contre-indications:

Absolues : grossesse et diagnostic courant de cancer du sein.

Relatives: hépatite virale évolutive et les tumeurs hépatiques.

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

Les implants de progestatif

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

Efficacité : le taux d'échec associé aux implants se situe autour de 0,1 % par année [16].

Mécanisme d'action : le lévonorgestrel libéré par les bâtonnets qui la constitue supprime l'ovulation, provoque une atrophie endométriale et rend la glaire cervicale imperméable aux spermatozoïdes.

Les systèmes d'implants avec un nombre réduit de bâtonnets sont faciles à insérer et à enlever.

Implanon®, qui est un autre type d'implant, est constitué d'un seul bâtonnet dont le principe actif est l'étonogestrel. Il diffère des modèles Norplant®, puisqu'il semble inhiber systématiquement l'ovulation jusqu'au début de la troisième année d'utilisation.

Effets Secondaires : la présence de saignements vaginaux prolongés ou irréguliers constitue le principal effet secondaire [21].

Le dispositif intra utérin (DIU) : Il s'agit de petits dispositifs qu'on place dans la cavité utérine. Il y a plusieurs sortes de DIU : en cuivre, caoutchouc inerte et ceux diffusant des hormones (Minera approuvé depuis 2000 aux USA ou Levonova en Europe du Nord ; et plusieurs formes(en boucle n'existe plus, en T).

Efficacité : le taux d'échec du DIU au cuivre est estimé à 1,26 par 100 femmes-années, celui du DIU à libération de lévonorgestrel est estimé à 0,09 par 100 femmes-années.

Mécanisme d'action : Le principal mécanisme d'action semble être la prévention de la fertilisation. Même si elle se produit, le DIU semble également avoir des effets post fertilisation, dont l'inhibition potentielle de l'implantation. Les DIU au cuivre : consistent en une tige verticale sur laquelle s'enroule un fil de cuivre à âme d'argent. La présence de cuivre dans la cavité endométriale entraîne des modifications biochimiques et morphologiques au niveau de l'endomètre qui nuisent au transport des spermatozoïdes. Les ions de cuivre ont également un effet direct sur la motilité des spermatozoïdes, ce qui affecte la capacité de ces derniers à pénétrer la glaire cervicale.

Le système intra utérin à libération de levonorgestrel : consiste en un petit dispositif de polyéthylène en forme de « T » comportant dans sa composante verticale, un réservoir cylindrique contenant du lévonorgestrel qu'il libère lentement au travers d'une membrane limitant le débit d'hormone. Il ne suscite

qu'une faible réaction de type « corps étranger » mais entraîne la décidualisation de l'endomètre et l'atrophie glandulaire. Les récepteurs endométriaux des œstrogènes et de la progestérone sont inhibés. La glaire cervicale s'épaissit, créant ainsi une barrière à la pénétration des spermatozoïdes. L'ovulation peut même s'en trouver inhibée. Les DIU restent actifs 10 à 12 ans en moyenne.

Indications : En l'absence de contre-indications, l'utilisation du DIU convient aux femmes qui souhaitent obtenir une efficacité anticonceptionnelle à long terme ou utiliser un moyen de contraception moins exigeant sur le plan de l'observance. Les femmes qui présentent des contre-indications ou une sensibilité aux œstrogènes, celles qui allaitent, peuvent s'avérer de bonnes candidates à l'utilisation d'un DIU qui peut aussi être utilisé aux fins d'une contraception post-coïtale d'urgence [22].

Contre-indications :

Absolues :

- Grossesse
- Infection pelvienne ou ITS (au cours des trois derniers mois)
- Sepsie puerpérale
- Dans les suites immédiates d'un avortement septique
- Cavité utérine gravement déformée
- Saignements vaginaux inexplicables
- Cancer du col utérin ou de l'endomètre
- Maladie trophoblastique maligne
- Allergie au cuivre (dans le cas des DIU de cuivre)
- Cancer du sein (dans le cas du SIU-LNG)

Relatives :

- Facteurs de risque d'IST/ VIH/SIDA
- Immunodépression infectieuse ou médicamenteuse (corticothérapie) ;
- De 48 heures à quatre semaines après un accouchement (post partum)
- Cancer de l'ovaire ;

- Maladie trophoblastique gestationnelle bénigne.

Effets secondaires : les effets secondaires associés à l'utilisation d'un DIU :

- Les saignements menstruels irréguliers et l'augmentation du volume des menstrues
- Une diminution est constatée avec le dispositif intra utérin à libération de levonorgestrel.
- La dysménorrhée avec le DIU de cuivre
- Une diminution des douleurs menstruelles avec le système intra utérin à libération de lévonorgestrel
- la dépression, l'acné, les céphalées et la sensibilité des seins.
- Les kystes ovariens fonctionnels chez certaines utilisatrices du système intra utérin à libération de lévonorgestrel

Les préservatifs

Le condom masculin :

Bien que la plupart d'entre eux soient faits de latex, il existe également des condoms en polyuréthane, en silicone et en membrane d'agneau.

Efficacité : le taux d'échec associé à une utilisation parfaite des condoms est estimé à 3% [16].

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

Contre - Indications :

- Allergie ou sensibilité au latex pour les condoms de latex ;
- A la lanoline dans le cas des condoms en membranes d'agneau ;

Effets indésirables : chez certains hommes, il interfère avec l'acte sexuel soit en raccourcissant ou en prolongeant leur temps d'éjaculation

Le Condom féminin :

Il s'agit d'une gaine de polyuréthane souple à ajustement ample. D'environ 17 cm de long et un diamètre de 7 cm, il possède deux anneaux flexibles dont l'un est fixé à la gaine. L'intérieur est enduit d'un lubrifiant à base de silicone.

Efficacité : le taux de grossesse à 12 mois pour une utilisation parfaite (correcte et systématique) du condom féminin est de 5% [16].

2.3.2 Les méthodes naturelles

L'abstinence périodique, pendant un moment du cycle. Comme méthode on a :

La méthode de calendrier ou d'Ogino-Knauss :

Dans cette méthode, la femme doit observer son cycle pendant au moins 6 mois, elle prend alors le cycle le plus long moins 10 et le cycle le plus court moins 20 ce qui donne la période pendant laquelle le couple doit s'abstenir des rapports. C'est une méthode toujours disponible et qui n'a pas d'effets secondaires, mais elle n'est pas très sûre (30% à 40% d'échec), dû essentiellement aux modifications du cycle ovarien, au non-respect de la période d'abstinence, aux mauvais calculs effectués et plus rarement à l'existence d'ovulation spontanée à un moment non prévu[3].

La méthode de température

La courbe thermique matinale d'une femme présente une phase d'hypothermie qui s'étend des règles à l'ovulation, et une phase d'hyperthermie qui s'étend exactement au dernier jour de la température basse avant le décalage thermique ou au premier et même au deuxième jour de cette montée ovulaire. Il existe donc une période féconde dont la durée classique de 7 jours est fondée sur la survie des spermatozoïdes (4 jours) et sur celle de l'ovule (12 à 24 heures). La période féconde s'étend donc du quatrième au cinquième jour (4-5jours) avant l'ovulation (avant le décalage) jusqu'au premier ou deuxième jour après elle. Elle sépare deux périodes stériles : une après les règles où la stérilité est relative à cause de la survie exceptionnelle mais possible des spermatozoïdes au-delà de 4 jours ; l'autre après l'ovulation où la stérilité est absolue et va du deuxième

jour de température haute, après décalage, jusqu'aux règles suivante. Si le couple veut donc exclure de façon absolue le risque de grossesse, il ne doit avoir de rapports qu'à partir du second jour du plateau thermique confirmé. La méthode de température est efficace (99% de succès), disponible sans effet secondaire, mais elle a des contraintes comme l'enregistrement quotidien des signes, une longue période d'abstinence [3].

La méthode de la glaire cervicale

La glaire subit des changements avant et après l'ovulation. En effet, à l'approche de l'ovulation la glaire cervicale devient abondante et filante et cela s'accroît jusqu'à l'ovulation. Après l'ovulation, la glaire s'épaissit et devient pâteuse ; la femme en examinant sa glaire tous les jours peut détecter ces changements et ainsi connaître à peu près son jour d'ovulation. Pour ne pas avoir d'enfant, elle doit s'abstenir des rapports sexuels jusqu'après l'ovulation qui est la phase de glaire pâteuse. Méthode efficace sans effet secondaire, elle a des contraintes comme l'observation quotidienne de la glaire et une longue période d'abstinence [11].

La méthode bio-self :

Le Bio-self se présente sous la forme d'un thermomètre électronique combiné à un microprocesseur. C'est une tentative pour la méthode Ogino. L'appareil enregistre les températures quotidiennes, les compare à son programme de base élaboré à partir de plusieurs centaines de milliers de courbes thermiques et s'adapte aux caractéristiques de l'utilisatrice. Il mémorise également les six derniers cycles pour affiner les calculs statistiques spécifiques de la femme qui l'utilise. Cette méthode fait partie des méthodes d'abstinence périodique et présente les mêmes avantages et inconvénients. Il faut noter le coût élevé de l'appareil qui n'apporte guère plus de sécurité que la méthode des températures traditionnellement utilisées.

L'abstinence complète

Elle consiste à s'abstenir pendant toute la période où le couple ne veut pas d'enfant. Elle n'a pas d'effet secondaire, est disponible mais difficile à observer à cause de la longue période d'abstinence [12].

Le coït interrompu (retrait) :

De toutes les méthodes, elle semble être la plus vastement utilisée dans le monde, tant dans les pays développés que ceux en développement [23].

Efficacité : les taux d'échec au cours de la première année d'utilisation ont été décrits comme étant de 4 % selon une utilisation parfaite [16].

Mécanisme d'action : au cours du coït, l'homme retire son pénis du vagin de sa partenaire avant l'éjaculation, ce qui devrait prévenir tout contact entre l'ovule et le spermatozoïde contenu dans le sperme.

Indications : le retrait peut constituer une option en matière de contraception lorsque :

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

Contre-indications : puisque donnant lieu à une intromission, elle ne devrait pas être utilisée en présence d'un risque connu d'infection transmissible sexuellement. Les femmes qui doivent éviter la grossesse pour des raisons médicales ne devraient pas se fier uniquement à cette méthode [22].

Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA) :

La MAMA est extrêmement efficace à titre de méthode post-partum temporaire. Elle se fonde sur l'infertilité physiologique, attribuable à la suppression hormonale de l'ovulation, des femmes qui allaitent. Son efficacité est de 98 %, pour une femme allaitante, seulement si :

- elle est toujours en aménorrhée ;

- elle allaite son enfant exclusivement aux seins ; L'intervalle entre les périodes d'allaitement ne devrait pas dépasser quatre heures le jour, et six heures, la nuit.
- son enfant est âgé de moins de six mois [24].

Indications : la planification familiale naturelle(PFN) peut constituer une option en matière de contraception pour :

- les couples qui souhaitent éviter avoir recours à des méthodes de barrière ou hormonales
- les couples qui souhaitent accroître l'efficacité du retrait ou des méthodes de barrière au cours de la période de fertilité ;

Les couples en mesure d'assumer une grossesse accidentelle.

Contre-indications : la PFN peut ne pas s'avérer une option convenable pour :

- Les couples qui ne veulent pas ou ne sont pas en mesure de faire preuve de diligence quant à l'observation et à la consignation des signes de fertilité, ainsi qu'en ce qui concerne le respect des règles visant la prévention de la grossesse ;
- les femmes dont le cycle menstruel est irrégulier ;

Les femmes en post-partum (sauf en ce qui a trait à la Mama)

2.3.3 Les méthodes traditionnelles

Ces méthodes reposent sur le vécu socioculturel des peuples, elles manquent de preuve d'efficacité, on peut citer :

- **LeTafo** : Cordelette avec des nœuds, attachée autour du bassin de la femme dont le pouvoir repose sur la psychologie et aussi sur le vécu socioculturel (par exemple perd son efficacité en cas de rapport avec un autre homme que son mari).
- **La Toile d'araignée** : Se place dans le vagin de façon à obstruer l'orifice externe du col, empêchant donc la montée des spermatozoïdes, c'est une méthode barrière.

- **Le miel et le jus de citron** : On les place dans le vagin avant les rapports ; ils entraînent soit une immobilisation des spermatozoïdes (miel), soit une destruction des spermatozoïdes (citron) agissant comme des spermicides.
- **Les solutions à boire** : Il peut s'agir : d'écorces d'arbre ou plante, de graine à avaler, ou de "nassi", solution préparée par les marabouts et charlatans. Aucune étude scientifique n'a été faite sur l'efficacité de ces méthodes traditionnelles. Il semble qu'elles peuvent être à la base d'infection à répétition et même créer d'autres problèmes chez la femme telles que l'infertilité, des algies pelviennes [3].

2.3.4. Quelques avantages du planning familial :

- le planning familial permet à la femme de se protéger contre les grossesses non désirées.

Depuis 1960, les programmes de planning familial ont aidé à éviter 400 millions de grossesses à haut risque ou d'avortement pratiqués dans de mauvaises conditions.

Si toutes les femmes pouvaient éviter les grossesses à hauts risques, cela pourrait diminuer d'un quart la mortalité maternelle. Aussi, beaucoup de méthodes hormonales aident à empêcher certains cancers et les préservatifs aident à empêcher les infections sexuellement transmissibles dont le VIH / SIDA [25].

Elles permettent à l'organisme de la femme de se reposer, de récupérer et de mieux supporter les aléas de la nature qui sont : la maladie, le stress, les efforts physiques.

Le planning familial permet de limiter les abandons d'enfants ou des cas d'infanticides. Il contribue à la disponibilité de la femme pour son enfant et sa famille [26].

- le planning familial aide les hommes à prendre soin de leur famille, à bien gérer leurs dépenses et à éviter les IST/VIH/SIDA [26].

- le planning familial sauve la vie des enfants en aidant les femmes à espacer les naissances, ce qui permet à l'enfant d'avoir le temps d'un développement normal. Entre 13 et 14 millions des enfants âgés de moins de 5 ans meurent chaque année, si tous les enfants naissent à intervalle d'au moins deux ans, 3 à 4 millions de ces morts seraient évités [25].

Le planning familial aide à faire face aux infections respiratoires ; à la malnutrition ; à la diarrhée et autres maladies infectieuses et virales.

- le planning familial améliore le bien-être familial en facilitant la nourriture, le logement et l'éducation des enfants.
- le planning familial permet la maîtrise de la santé de la mère et de l'enfant, ce qui a un effet d'entraînement sur le développement économique et social du pays concerné [25].

2.3.5-Importance de la communication en matière de planification

familiale :

Les médias par leur accessibilité, constituent un moyen de communication très important en matière de PF. Ils touchent à toutes les couches sociales et quel que soit leurs niveaux d'instruction, leur localités. En effet c'est grâce à leurs concours pendant ces dernières années que la prévalence contraceptive a connu une réelle hausse.

III-

Methodologie

III. METHODOLOGIE

3.1 Cadre d'étude

L'étude a été réalisée dans le district de Bamako.

Bamako, fondée par les Niaré, est la capitale et la plus grande ville du Mali.

Située sur les rives du fleuve Niger, appelé « Djoliba » en mandingue, la ville de Bamako est construite dans une cuvette entourée de collines. Elle s'étend d'Ouest en Est sur 22 km et du nord au sud sur 12 km, pour une superficie de 267 km carré. Selon l'EDS VI, la population est estimée en 2020 à 3.007.122 habitants.

Le district de Bamako compte 6 communes toutes gérées par un conseil communal dirigé par des maires élus.

3-2 Les radios et télévisions

Selon la Maison de la Presse, de l'URTEL (union des radios et télévisions libres), de l'ASSEP (association des éditeurs de presse), les radios et télévisions du district de Bamako sont au nombre de 34 en 2019 :

A- La liste des radios du district de Bamako

- **les radios gouvernementales publiques**

-Radio Mali : radio nationale

-La chaîne 2 : la deuxième chaîne de l'ORTM

- **Les radios associatives**

-Bamakan, Kayira, Guintan, Benkan

- **Les radios commerciales**

-Liberté, Patriote, Jekafo, Kledu, Canal2000, Fréquence3, Emergence, Oxygène, Renouveau FM, MalibaFM, PeaceFM, IKFM, RFM, Energie FM

- **Les radios de type confessionnel :**

-La voix du coran et du hadith, Espoir, Dambé, Nièta,

- **Les radios de type thématique :**

-La voix des jeunes, la voix de l'unité, Voix des citoyens

- **La radio communautaire:**

-Nassira Oulé

B- la liste des télévisions du district de Bamako :

- **Les Télévisions nationales :**

-ORTM1, ORTM2

- **Télévisions commerciales :**

Africable TV, Liberté TV, Klédu TV, Renouveau TV , Maisha TV , Horonya TV, Energie TV.

- **Télévisions confessionnelles :**

-Zahara TV, Nouredine TV, Cherifla TV, Nièta TV.

3.3. Type et période d'étude

Il s'agit d'une étude prospective et transversale qui s'est déroulée sur une période de 3 mois ans allant du 1^{er} juin au 31 août 2019

3.4. Population d'étude

Il s'agit de tous les Hommes de médias du district de Bamako.

3.4.1. Echantillonnage

Nous avons réalisé un échantillonnage systématique exhaustif de tous les Hommes de médias répondant aux critères d'inclusion de notre étude.

3.4.2 Critères d'inclusion

Ont été inclus les Hommes de médias travaillant dans l'une des radios ou télévisions sus -citées et qui ont accepté de participer à notre étude. Il s'agit des :

- animateurs de radio et de télévision du district de Bamako
- journalistes de radio et de télévision du district de Bamako

3.4.3 Critères de non inclusion

- les Hommes de médias travaillant dans les radios du district de Bamako émettant dans les zones rurales uniquement : la radio rurale de l'ORTM
- les Hommes de médias travaillant dans l'une des radios ou télévisions sus -citées du district de Bamako mais qui n'ont pas accepté de participer à cette étude ou qui ne sont pas des animateurs, ou des journalistes

➤ les Hommes de médias travaillant pour la presse écrite et en ligne

La majorité des informations fournies par ces médias sont relayées par leurs collègues sur les radios et télévisions.

3.4.4 Les variables de l'étude

Age	< ou = 25ans
	26-35ans
	36-45 ans
	46-55 ans
	>= 56 ans
Sexe	Masculin
	Féminin
Religion	Islam
	Christianisme
	Animisme
Niveau d'instruction	Primaire
	Secondaire
	Universitaire
Profession	Journaliste
	Animateur
Statut matrimonial	Mariée
	Célibataire
	Divorcé(e)
	Veuf (veuve)
Source d'information des Hommes de médias sur la PF	Radio
	Télévision
	Agent de santé
	Bouche à oreille
	Lieu de Culte
	Internet

3.4.5. Déroulement de l'étude

Nous avons procédé à un recensement de toutes les radios et télévisions du district de Bamako.

Ce travail a été rendu possible grâce au concours de :

- ❖ la Maison de la Presse du district de Bamako
- ❖ La HAC (haute autorité de la communication)
- ❖ L'URTEL (union des radios et télévisions libres du Mali)

❖ l'ASSEP (association des éditeurs de la presse privée)

Après avoir pris contact avec les responsables de ces structures, nous avons procédé à une planification des rendez-vous avec les journalistes et animateurs des différentes radios et télévisions, en fonction de la disponibilité des uns et des autres.

3.5. Technique de collecte des données

La collecte des données a été faite sur des fiches d'enquête à travers des interviews individuelles réalisées face à face et selon la disponibilité de tout un chacun.

3.5.1 Traitement et analyse des données

Les données ont été saisies puis analysées à l'aide du logiciel SPSS version 17,0.

Les tests statistiques utilisés pour la comparaison ont été le Khi2 de Pearson et le test de Fisher avec un seuil de significativité fixé à **5%**. Le Khi2 appliqué lorsque la valeur attendue est supérieur à 5 et le test de Fisher lorsque la valeur attendue est inférieur à 5.

3.5.2 Considérations éthiques

Nous avons pris soin d'expliquer clairement aux Hommes de médias les motivations et les objectifs de l'étude. Le consentement a d'abord été obtenu avant l'adhésion à l'étude. Aucune personne n'est citée par son nom dans cette étude, gage du secret médical. Les résultats obtenus seront mis à la disposition de tous les intervenants pour l'amélioration de la prévalence contraceptive.

3.5.3 Définitions opératoires :

- **Animateur** : personne qui présente et commente un spectacle, une émission (radio, télévision) [9].
- **Journaliste** : est une personne qui recueille ou recherche, vérifie et écrit puis distribue des informations sur tout type de support média (presse écrite, radio, télévision et les nouvelles technologies de l'information et de la communication du web) [9].

- **Media** : désigne tout moyen de distribution, de diffusion ou de communication, d'œuvres, de documents, ou de messages écrits, visuels, sonores ou audiovisuels comme la radio, la télévision, le cinéma, internet, la presse, les télécommunications, etc. [9].

IV- Résultats

RESULTATS

4.1 Données sociodémographiques

Tableau I : Répartition des Hommes de médias selon l'âge

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
Inférieur ou égal à 25	44	7,1
26-35	187	30,4
36-45	229	37,2
46-55	157	25,5
Supérieur à 55	4	0,6
Total	615	100,0

La tranche d'âge 36 à 45 ans était la plus représentée (37,2%) avec des extrêmes de 22 et 65 ans.

Tableau II : Répartition des Hommes de médias selon le sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage
Masculin	342	55,6
Féminin	273	44,4
Total	615	100,0

Le sexe masculin prédominait avec 55,6% et le sexe féminin avec 44,4%

Tableau III : Répartition des Hommes de médias selon leur pratique religieuse

Religion pratiquée par les Hommes de médias	Effectif	Pourcentage
Islam	531	86,3
Christianisme	83	13,5
Animisme	1	0,2
Total	615	100,0

La religion musulmane était la plus représentée avec 86,3% des cas.

Tableau IV : Répartition des Hommes de médias selon le type d'étude effectuée

Type d'étude	Effectif	Pourcentage
Enseignement classique (français)	583	95
Enseignement arabophone (medersa)	33	5
Total	615	100

La majorité des Hommes de média soit 95% ont suivi une étude de type classique (française)

Tableau V : Répartition des Hommes de médias selon leur niveau d'instruction

Niveau d'étude	Effectif	Pourcentage
Primaire	15	2,4
Secondaire	379	61,6
Supérieur	221	36,0
Total	615	100,0

Plus de 2/3 des Hommes de médias soit 66,6% avait un niveau d'étude secondaire.

Tableau VI : Répartition des Hommes de médias selon leur qualification

Qualification	Effectif	Pourcentage
Animateur	387	62,9
Journaliste	228	37,1
Total	615	100,0

Les Animateurs étaient les plus représentés dans 62,9% des cas.

Tableaux VII : Relation entre la qualification et le sexe des Hommes de médias

Qualification	Sexe				Total
	Masculin		Féminin		
	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage	
Journaliste	128	37,42	100	36,63	228
Animateur	214	62,57	173	63,36	387
Total	342	100	273	100	615

Khi²= 0,10 ddl= 2 P =0,4463

Il existe une relation statistiquement significative entre la qualification des Hommes de médias et leur sexe.

Tableau VIII : Structure de travail des Hommes de médias

Appartenance aux médias		Effectif	Pourcentage
Radio	Chaine 2	71	11,5
	Oxygène	15	2,43
	Chaine nationale	59	9,6
	Renouveau FM	8	1,3
	Liberté	21	3,4
	Kledu radio	20	3,3
	Energie FM	20	3,3
	Kayira	17	2,8
	Benkan	15	2,4
	Jekafo	14	2,3
	Patriote	11	1,8
	IKFM	13	2,11
	Fréquence 3	18	2,92
	Maliba FM	8	1,30
	Peace FM	7	1,13
Télévision	ORTM 1	102	16,6
	ORTM 2	59	9,6
	Africable télévision	47	7,6
	Liberté Tv	38	6,2
	Kledu Tv	37	6,0
	Renouveau Tv	15	2,4
Total		615	100,0

Les radios et télévisions de l'ORTM étaient les plus représentées avec respectivement 21,1% et 26,2 %.

Tableau IX : Répartition des Hommes de médias selon leur statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Marié (e)	500	81,3
Célibataire	80	13
Divorcé(e)	27	4,4
Veuf(Veuve)	8	1,3
Total	615	100,0

Les Hommes de médias mariés étaient les plus représentés dans 81,3 % des cas.

Tableau X : Répartition des Hommes de médias selon le nombre d'enfants vivants

Nombre d'enfants vivants	Effectif	Pourcentage
0	60	9,8
1-3	179	29,1
4-6	364	59,2
7-10	12	1,9
Total	615	100,0

Plus de la moitié des Hommes de médias avait un nombre d'enfants vivants compris entre 4 et 6

Tableau XI : Répartition des Hommes de médias selon le nombre d'enfants souhaités

Nombre d'enfants souhaités	Effectif	Pourcentage
1-3	97	15,8
4-6	436	70,9
7-10	82	13,3
Total	615	100,0

Les Hommes de médias souhaitaient avoir 4 à 6 enfants dans 70,9% des cas

Tableau XII : relation entre le nombre d'enfants souhaités et le sexe des Hommes de media

Nombre d'enfants souhaité	Sexe				Total
	Masculin		Féminin		
	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage	
1-3	55	16,08	42	15,38	97
4-6	241	70,46	195	71,42	436
7-10	46	13,48	36	13,20	82
Total	342	100	273	100	615
Khi2 =0,06	ddl=4		P=0,0265		

Il y'a une relation entre le nombre d'enfants souhaités et le sexe.

4.2 Connaissances des Hommes de médias sur la PF

Tableau XIII : Répartition des Hommes de médias selon leur connaissance de la planification familiale

Hommes de médias connaissant la PF	Effectif	Pourcentage
Oui	615	100
Non	0	0
Total	615	100,0

Tous les Hommes de médias connaissaient la PF.

Tableau XIV : connaissances des Hommes de médias sur les objectifs de la PF

Objectifs de la PF	Effectif	Pourcentage
Espacement des naissances	1230	64,9
Limitation des naissances	363	19,7
Arrêt de la procréation	160	8,4
Lutte contre les IST	140	7,0
Total	1893	100

Plus de la moitié des Hommes de médias (64,9%) ont cité l'espacement des naissances comme étant l'objectif principal de la PF

Tableau XV : Relation entre la connaissance des objectifs de la PF par les Hommes de médias et leur sexe

Objectifs de la PF	Sexe				Total
	Masculin		Féminin		
	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage	
Espacement des naissances	300	52,78	530	48	830
Limitations des naissances	200	31,87	320	32	520
Arrêt de la procréation	65	8,6	84	10,4	149
Lutte contre les IST	60	6,97	70	9,6	130
Total	625	100	1004	100	1629

Khi2= 0,8

ddl= 3P=0,3518

Les Hommes de médias de sexe féminin avaient une connaissance plus élevée sur les objectifs de la PF que les hommes.

Tableau XVI : Répartition des Hommes de médias selon leurs connaissances des différentes méthodes de la planification familiale

Connaissances sur les différentes méthodes de PF	Effectif	Pourcentage
Pilules	580	40,2
Injectables	350	24,3
Implants	302	20,9
Condoms	56	3,8
DIU	108	7,5
Abstinence	44	3,3
Total	1440	100

Les méthodes les plus connues par les Hommes de médias étaient les pilules (40,2 %), les injectables (24,3%) et les implants (20,9%).

Tableau XVII : Répartition des Hommes de médias selon leur source d'information sur la PF

Source d'information	Effectif	Pourcentage
Radio	526	41,9
Amis	200	15,6
Agents de santé	158	12,3
Télé	220	17,2
Internet	110	8,6
Lieux de culte	0	0
Voisins	43	3,4
Journaux	20	1,0
Total	1277	100

La principale source d'information des Hommes de médias sur la contraception était la radio avec 41,9%.

Tableau XVIII : Relation entre la connaissance des Hommes de média sur les différentes méthodes de la PF et le niveau d'instruction

Connaissance sur la PF	Niveau d'étude						Total
	Primaire		Secondaire		Supérieur		
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
Pilules	7	53,84	229	60,10	129	58,37	365
Condom	1	7,69	20	5,24	14	6,33	35
Implants	1	7,69	55	14,43	37	16,74	93
Injectables	4	30,78	73	19,16	37	16,74	114
DIU	0	0	4	1,04	3	1,35	7
Autres	0	0	0	0	1	0,45	1
Total	13	100	381	100	221	100	615

Fisher =0,05 P=0,02

Il existe une relation statistiquement significative entre le niveau d'étude et la connaissance des Hommes de médias sur les différentes méthodes.

4.3 Attitudes des Hommes de médias sur la PF

Tableau XIX : position des Hommes de médias par rapport à la pratique de la planification familiale

Position par rapport à la pratique de la PF	Effectif	Pourcentage
Favorable	474	77,0
Non favorable	141	22,8
Total	615	100,0

Dans notre étude 77,2 % des Hommes de médias étaient favorables à la pratique de la PF

Tableau XX : Relation entre la position sur la pratique de la planification familiale des Hommes de médias et le sexe

Avis sur la pratique de la planification familiale	Sexe				Total
	Masculin		Féminin		
	Effectif	%	Effectif	%	
Favorable	215	62,86	259	94,88	474
Non favorable	127	37,13	14	5,12	141
Total	342	100	273	100	615

Khi2= 0,7 **ddl= 4 P=1,2390**

Il n'existe pas de relation statistiquement significative entre l'avis des Hommes de médias sur la pratique de la PF et le sexe.

Tableau XXI : Relation entre l'avis des Hommes de médias sur la pratique de la planification familiale et leur lieu de travail

Lieu de travail	Avis sur la pratique de la planification familiale				Total
	Favorable		Non favorable		
	Effectif	%	Effectif	%	
Chaîne 2	71	14,97	0	0	71
Benkan	15	3,16	0	0	15
Chaîne nationale	47	9,91	12	8,51	59
Kledu radio	15	3,16	5	3,54	20
Jekafo	9	1,89	5	3,54	14
Kayira	17	3,58	0	0	17
Renouveau	17	3,58	6	4,25	23
Liberté	0	0	21	14,89	21
Energie FM	20	4,21	0	0	20
Patriote	11	2,32	0	0	11
ORTM1 TV	102	21,51	0	0	102
ORTM2 TV	59	12,44	0	0	59
Africable Télévisions	47	9,91	0	0	47
Liberté TV	3	0,63	35	24,82	38
TV kledu	10	2,10	27	19,14	37
Oxygène	3	0,63	12	8,51	15
IKFM	05	1,05	08	5,67	13
Renouveau TV	05	1,05	10	7,09	15
Fréquence 3	18	3,79	0	0	18
Maliba FM	8	1,68	0	0	8
Peace FM	7	1,47	0	0	7
Total	474	100	141	100	615

Fisher=0,05

P=0,02

Il existe une relation statistiquement significative entre le lieu de travail des Hommes de médias et leur avis sur la PF

Tableau XXII : Répartition des Hommes de médias sur les raisons d'adhésion à la planification familiale

Raisons d'adhésion à la PF	Effectif	Pourcentage
Espacer les naissances	210	44,2
Eviter les infections sexuellement transmissibles	119	25,1
Eviter les grossesses non désirées	78	16,4
Réaliser des économies	68	14,3
Total	474	100

L'espacement des naissances était la raison d'adhésion la plus évoquée par les Hommes de médias dans 44,4% des cas.

Tableau XXIII : Relation entre les raisons d'adhésion à la PF par les Hommes de médias et leur sexe

Les raisons d'adhésion à la PF	Sexe				Total
	Masculin		Féminin		
	Effectif	%	Effectif	%	
Espacer les naissances	85	39,53	125	48,26	210
Éviter les maladies sexuellement transmissibles	70	31,55	49	18,91	119
Éviter les grossesses non désirées	30	13,95	48	18,53	78
Réaliser des économies familiales	30	13,95	38	14,67	68
Total	215	100	259	100	474

Khi²=0,10 **ddl=3P = 0,038**

Il existe une relation statistiquement significative entre les raisons d'utilisations de la PF par les Hommes de médias et le sexe.

Tableau XXIV : Répartition des Hommes de médias selon les raisons de refus de la planification familiale

Raisons du refus	Effectif	Pourcentage
Religion	42	30,0
Effets secondaires	32	22,9
Désir d'enfants	32	22,9
Manque d'information	19	13,6
Ne croit pas à l'efficacité	9	6,3
Favorise le « vagabondage sexuel » (dans les 2 sexes)	6	4,3
Total	141	100

La religion était la raison de refus d'utilisation de la PF la plus évoquée dans 30% des cas.

Tableau XXV : Relation entre les raisons de refus d'utilisation de la PF par les Hommes de médias et leur sexe

Raisons du refus d'utilisation de la PF	Sexe				Total
	Masculin		Féminin		
	Effectif	%	Effectif	%	
Effets secondaires	21	25,30	12	20,68	33
Religion	21	25,30	21	36,20	42
Désir d'enfants	19	22,89	13	22,41	32
Manque d'information	12	14,45	7	12,06	19
Ne croit pas à l'efficacité	7	8,43	2	3,44	9
Favorise le vagabondage sexuel	3	3,61	3	5,17	6
Total	83	100	58	100	141

Fisher =0,05

P=0,08

Il n'existe pas de relation statistiquement significative entre la raison du refus d'utilisation des méthodes PF et le sexe.

4.4 Pratique des Hommes de médias sur la PF

Tableau XXVI : Répartition des Hommes de médias selon leur utilisation antérieure d'une méthode de PF

ATCD d'utilisation de méthode de PF	Effectif	Pourcentage
Oui	474	76,9
Non	141	23,1
Total	615	100,0

Les Hommes de médias ayant utilisé une méthode de PF prédominaient dans 76,9% des cas.

Tableau XXVII : Les méthodes de PF utilisée dans les couples des Hommes de médias

Méthodes de PF utilisées	Effectif	Pourcentage
Implants	122	25,7
Injectables	120	25,3
Pilules	79	16,7
Dispositif intra utérin	70	14,4
Condoms	48	10,1
Abstinence	40	8,0
Total	474	100

Les implants étaient la méthode la plus utilisée dans 25,7% des cas.

Tableau XXVIII : Répartition des Hommes de médias selon leur participation au choix de la méthode contraceptive

Participation au choix	Effectif	Pourcentage
Oui	249	40,5
Non	366	59,5
Total	615	100,0

Le partenaire a participé au choix de la méthode contraceptive dans 40,5% des cas.

Tableau XXIX : Répartition des Hommes de médias selon la réalisation d'une émission sur la PF

Animation sur la PF	Effectif	Pourcentage
Oui	349	56,7
Non	266	43,3
Total	615	100,0

Plus de la moitié des Hommes de médias soit 56,7% ont déjà animé une émission sur la PF.

Commentaires et Discussion

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

5.1. Limites et difficultés

Au cours de notre étude prospective et transversale de 3 mois auprès des Hommes de média (journalistes et animateurs) de Bamako sur leurs connaissances, attitudes et pratiques en matière de planification familiale, nous nous sommes heurtés à un certain nombre de difficultés. Parmi lesquelles on peut citer la non-disponibilité de certains journalistes et animateurs, le refus catégorique de certaines structures ou de certains Hommes de médias à participer à l'étude. L'absence d'étude antérieure sur cette thématique ne nous a pas permis de comparer nos résultats avec ceux de beaucoup d'autres auteurs.

5.2. Caractéristiques sociodémographiques :

Au Mali, selon l'EDS VI de 2018 [7], plus de deux tiers des femmes (61%) et des hommes (69%) ont accès à au moins un des médias que sont les journaux, la radio ou la télévision. Les informations fournies par ces médias sont relayées aussi sur internet. Le taux national d'utilisation de l'internet au cours des 12 derniers mois qui précèdent l'enquête était de 14% pour les femmes et 36% pour les hommes [7]. Compte tenu de tous ces constats, les médias occupent une place prépondérante dans notre société. La qualité de l'information fournie par ces Hommes de média dépend de plusieurs facteurs parmi lesquels il y'a le niveau d'instruction, le nombre d'année d'exercice dans la profession, les sources d'acquisitions des informations et la capacité pédagogique à transmettre un message.

Les médias ont révolutionné notre vie quotidienne. Ils ont une influence considérable sur notre culture et notre opinion.

Dans notre étude sur 34 radios et télévisions dans le district de Bamako, 15 radios et 6 télévisions nous ont donné l'autorisation d'effectuer notre enquête dans leurs structures. Ainsi, 615 agents ont accepté de participer à cette étude. Plus de deux tiers des Hommes de média (62,9%) étaient des animateurs et

37,1% étaient des journalistes. Parmi eux, plus de la moitié (57,2%) travaillaient à l'ORTM (chaîne nationale, chaîne 2, ORTM 1 et ORTM 2).

Il s'agissait d'hommes dans 55,6% des cas contre 44,4% de femmes. Le sexe ratio était de 1,25. Cette forte proportion d'homme peut s'expliquer par le fait que dans notre société, la scolarisation des filles a connu un grand retard. La fille était destinée aux tâches ménagères uniquement et l'homme à s'occuper des besoins financiers de la famille. Selon l'EDS VI [7], 49% de la population malienne sont des hommes, les femmes représentent 51% dont plus de la moitié soit 52% ont moins de 15 ans.

Lenglengue O [28] dans son étude sur les connaissances attitudes et pratiques des adolescents en matière de planification familiale dans la commune rurale de Niaogho au Burkina Faso a rapporté un sexe ratio de 0,86 en faveur des femmes. La tranche d'âge de 36 à 45 ans était la plus représentée avec 37,2%. La moyenne d'âge était de 32 ± 6 ans avec des extrêmes de 22 et 65 ans.

Le niveau d'instruction a une influence considérable sur la qualité de la transmission de l'information. La fiabilité de ces informations dépend en grande partie du niveau d'instruction et de leurs sources d'acquisition. L'animateur ou le journaliste doit donner une véritable identité à son programme. Il doit par son approche et par la qualité de son message, fidéliser celles ou ceux qui l'écoutent ou le regardent.

Grace à son émission et à sa capacité de convaincre, il peut contribuer à faire adhérer les gens à ses idées en les amenant à changer de perceptions ou en consolidant certaines idées reçues. Ainsi, il peut contribuer à augmenter ou à diminuer la prévalence contraceptive.

Tous les Hommes de médias étaient scolarisés parmi lesquels 95% avaient fréquenté une école classique (française) et 5% la medersa. Notre taux d'alphabétisation est supérieur à ceux rapportés par Koita H [3] et Tounkara M [29] qui ont trouvé respectivement 70,1% et 70,9% d'hommes non scolarisés.

Cette différence peut s'expliquer par les différences de professions des personnes enquêtées.

Selon l'EDS VI [7], les hommes ont un niveau d'instruction plus élevé que les femmes au Mali, 2/3 des femmes (66%) et un peu plus de la moitié des hommes (53%) de 15-49 ans ne sont pas scolarisés .

L'ouverture au média est fonction du niveau d'instruction, de la religion et de la résidence [7]. Les Hommes de médias ayant suivi une étude de type medersa ont une perception différente sur la PF de ceux ayant suivi une étude de type classique. La plupart d'entre eux pensent que la PF n'est pas indiquée par le coran.

Le mariage constitue l'un des piliers fondamentaux de la vie en société au Mali. La fiabilité des informations d'un adulte est parfois jugée en fonction de son statut matrimonial. Dans notre étude, 81,3% étaient mariés, 13% de célibataires, 4,4 % de divorcés et 1,3% de veuf (veuve). Koita H [3] et Tounkara M [29] ont trouvé 74,3% et 67,7% d'hommes mariés. Selon l'EDS VI [7], 81% des femmes et 61% des hommes sont mariés au Mali.

Dans notre étude plus de la moitié des Hommes de médias (59,2%), avait des enfants dont le nombre variait entre 4 à 6 enfants et près du tiers (29,1%) avait 1 à 3 enfants. Selon les Hommes de médias, le nombre d'enfants souhaité pour un couple était de 4 à 6 avec 70,9%, de 1 à 3 dans 15,8% et de 7 à 10 dans 13,3% des cas. Les hommes désiraient plus d'enfants que les femmes. Dans notre étude il y'avait une relation entre le nombre d'enfants souhaités et le sexe (**P=0,03 ; Khi2=0,06**). Les hommes souhaitaient avoir un plus grand nombre d'enfants que les femmes.

Au Mali, selon l'EDS VI [7] le nombre d'enfants idéal pour les femmes et les hommes de 15 à 49 ans est respectivement de 6,0 et de 8,1. Avant l'avènement de la PF au Mali, les enfants étaient considérés comme de la main d'œuvre donc synonyme de richesse. En avoir un plus grand nombre était source de fierté. De nos jours les efforts fournis par les autorités en matière de santé de la

reproduction ont beaucoup contribué au changement de comportement de la population malienne.

Le Mali est un pays laïc mais majoritairement dominé par les musulmans, Selon l'EDS VI [7], 94,4% de la population se disent musulmans contre 2,6% de chrétiens. Dans notre étude, 86,3% ont déclaré être des musulmans, 13,5% des chrétiens et 0,2% d'animistes. Tounkara M [29], et Koita H [3] ont rapporté respectivement 81,3% et 92,7% de musulmans et 19% et 13,5% de chrétiens.

5.3. Connaissances des Hommes de médias sur la planification familiale

Pour pouvoir transmettre des informations fiables et crédibles sur les ondes des radios ou télévisions, il faut une connaissance parfaite du thème.

Dans notre étude, tous les Hommes de médias connaissaient au moins une méthode contraceptive.

Dans notre étude, les méthodes les plus connues étaient les pilules avec 40,2%, les injectables avec 24,3%, les implants avec 20,9%, les condoms avec 3,8% des cas et le DIU avec 7,5% des cas. Les Hommes de médias de sexe féminin avaient une connaissance plus élevée sur les objectifs de la PF que les hommes.

Dans l'étude de Koita H [3], les méthodes les plus connues étaient les pilules (66,7%), les préservatifs (60,5%) et les injectables (30,8%). Cette fréquence élevée de préservatif dans l'étude de Koita H [3] peut s'expliquer par le fait que son étude n'a porté que sur les hommes.

Selon l'EDS VI [7], 93% des femmes et 96% des hommes ont déclaré avoir déjà entendu parler d'une méthode contraceptive. Les méthodes modernes étaient mieux connues que les méthodes traditionnelles et les plus connues étaient les injectables et les implants dans 88% de chacun des cas, les pilules dans 87% des cas et les condoms dans 79% des cas [7]. Le nombre moyen de méthodes connues était de 7,7 pour les femmes et de 7,4 pour les hommes [7]. Koita H [3]

a rapporté que 38,4% des hommes de la Commune II de Bamako, connaissaient au moins une méthode contraceptive.

Les principales sources d'information des Hommes de médias sur la PF étaient la radio dans 41,9%, les amis dans 15,6%, les agents de santé dans 12,3% et la télévision dans 17,8% des cas. Les principales sources étaient donc les informations fournies par leurs collègues. Aucun d'entre eux n'a eu à participer à une formation sur la PF. Malgré la disponibilité de connexion internet dans toutes les structures visitées, seuls 2,2% des Hommes de médias ont eu à utiliser ce créneau pour approfondir leurs connaissances sur la PF. Les sources d'informations rapportées par Koita H [3] ont été la radio et la télé dans 44,4%, les agents de santé dans 5,9%, les femmes dans 3,4%, les amis dans 3,1% et l'internet dans 0,3%. Selon l'EDS VI [7], 32% des femmes ont déclaré avoir reçu des messages sur la PF à la radio, 26% à la télévision, 3% à travers les journaux et 5% sur les réseaux sociaux. A l'opposé, (60%) des femmes n'ont été exposé à aucun de ces quatre médias. Parmi les hommes, le pourcentage de ceux qui n'ont été exposé à aucun de ces medias est similaire à celui des femmes (61%). Les médias constituent donc la principale source d'information sur la PF d'où une nécessité de procéder à une formation de ces Hommes de médias sur les différentes méthodes contraceptives.

Au cours de notre étude plus le niveau d'étude était élevé plus les Hommes de medias étaient de mieux en mieux informé par rapport à toutes les méthodes contraceptives. Il y avait une relation statistiquement significative entre le niveau d'étude et la connaissance des Hommes de médias sur les différentes méthodes ($P=0,02$).

Selon l'EDS VI [7], les méthodes modernes sont mieux connues que les méthodes traditionnelles par les femmes (93% contre 57%) et par les hommes (96% contre 63%). Les injectables (88%), les implants (88%) la pilule (87%) et le condom masculin (79%) étaient les méthodes les plus connues par les femmes. Ces méthodes sont aussi les plus fréquemment citées par les hommes.

Dans notre étude, le principal but de la PF au Mali à savoir l'espacement des naissances, était connu par 52,7% des femmes et 48% des hommes de médias. La limitation des naissances a été évoquée par 31,8% des femmes et 32% des hommes. L'arrêt de la procréation et la prévention contre les IST étaient respectivement connus par les femmes avec 8,6% contre 10,4% pour les hommes et 6,9% contre 9,6%.

Au cours de notre étude 129 Hommes de médias ayant niveau d'étude supérieur avaient une parfaite connaissance sur toutes les méthodes contraceptives comparé ceux ayant un niveau d'étude primaire (7 Hommes de médias) et secondaire (229 Hommes de médias).

5.4 Attitudes des Hommes de médias par rapport à la pratique de la planification familiale

L'attitude personnelle peut influencer la transmission des informations sur les médias. Dans notre étude, 72,2% des Hommes de médias avaient un avis favorable à la pratique de la PF dont 215 hommes et 259 femmes. En Afrique, principalement au Mali beaucoup de femmes contribuent financièrement aux dépenses familiales. Elles savent qu'il faut réguler les naissances et mieux orienter les revenus sur la prise en charge des enfants pour l'épanouissement familial. Dans notre étude plus de femmes avaient un avis favorable sur la PF que les hommes car elles se sentaient très concerné par la PF. Malgré les efforts des autorités publiques pour leur implication, beaucoup d'hommes peinent à changer de mentalité. Dans notre étude, les raisons d'adhésion des Hommes de médias étaient l'espacement des naissances dans 44,2% la prévention des IST dans 25,1%, la prévention des grossesses non désirées dans 16,4% et la réduction des dépenses dans 14,3% des cas. Il existe une relation statistiquement significative entre les raisons d'utilisations de la PF par les Hommes de médias et le sexe $P=0,0000$).

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

Les raisons principales d'adhésion à la pratique de la PF au Mali sont l'espacement des naissances dans 30 % et la limitation des naissances dans 12% des cas [7].

Au Zimbabwe, de nombreux hommes interrogés dans le cadre du WSP (water and sanitation program) disent soutenir la PF, qui leur semble essentielle pour protéger la santé de la femme et la qualité de vie de la famille. Selon un homme de la province de Mashonaland East « avoir 10 ou 11 enfants peut nuire au bien-être mental de la mère, qui aura alors l'impression de n'être qu'une machine à reproduire". Pour ces hommes, c'est à la femme d'amorcer les discussions sur l'utilisation d'un contraceptif, mais le mari doit participer aux décisions » [30].

Dans notre étude, 22,8% des Hommes de médias n'étaient pas favorables à la pratique de la PF dont 127 hommes et 14 femmes. Parmi eux, 30% ont évoqué la religion comme raison de leurs refus. Cette raison explique en partie le refus des radios et télévisions confessionnelles de participer à cette étude. Les autres raisons évoquées ont été les effets secondaires et le désir d'enfants dans 22,9% chacun, l'absence d'information sur les méthodes dans 13,6% et 4,3% pensent que la PF favorise le vagabondage sexuel. Selon Koita H [3], les raisons du refus de la pratique de la PF par les hommes de la commune II de Bamako étaient les effets secondaires dans 11,9%, la religion dans 35,6% et les effets néfastes de ces médicaments sur la santé dans 45,8% des cas.

Dans notre étude, il y avait un lien entre le lieu de travail des Hommes de médias et leurs positions sur la pratique de la PF.

5.5. Pratique de la planification familiale par les Hommes de médias

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

L'utilisation des contraceptifs a augmenté dans le monde, mais reste faible en Afrique subsaharienne. Au niveau mondial, l'utilisation des contraceptifs a augmenté, passant de 54% en 1990 à 57,4% en 2014 [4]. En Afrique, elle est passée de 23,6% à 27,6%. En Asie, elle a légèrement progressé passant de 60,9 à 61%, de même qu'en Amérique latine et dans les Caraïbes, passant de 66,7% à 67% [4]. En Indonésie, la planification familiale a été promue par les autorités dès les années 1970. Dans l'ouest de Java et au nord de Sumatra, les femmes disent que les décisions en la matière sont prises conjointement au sein du couple, bien que le mari soit considéré comme le chef de famille. Une faible proportion de femmes utilise cependant une méthode contraceptive sans que leur partenaire ne le sache [31]. Selon une enquête distincte menée dans le centre et l'est de Java, l'opinion du mari influence fortement l'utilisation de la contraception féminine, mais l'épouse a la liberté de choisir la méthode [32].

Au Mali, la prévalence contraceptive est faible. Elle est passée de 10% en 2012-2013 à 17% en 2018 (16% pour les méthodes modernes et 1% pour les méthodes traditionnelles) [7]. Cette prévalence est de 22,3% pour les méthodes modernes à Bamako [7]. Les besoins non satisfaits sont passés de 26% à 24% entre 2012 et 2018. Les méthodes les plus utilisées au Mali sont les implants avec 7%, les injectables avec 6% et les pilules avec 4,5% des cas [7].

Dans notre étude, 76,9% des Hommes de médias affirment avoir utilisé au moins une méthode contraceptive. Les méthodes les plus utilisées dans leurs couples sont les implants avec 25,5%, l'injectable dans 25,3%, la pilule avec

16,7%, le dispositif intra-utérin avec 14,4% et les condoms avec 10,1%. Dans plus de la moitié des cas (59,5%), la décision d'utilisation d'une méthode de PF n'a pas été consensuelle alors que dans 40,5%, le choix a été fait par la femme et l'homme. La plupart des méthodes contraceptives sont conçues pour les femmes et c'est bien à elles que s'adressent la majorité des programmes de planification familiale, qu'il s'agisse d'information, de counseling ou de soins. Cet effort très ciblé semble cependant ignorer un fait essentiel : les femmes sont souvent influencées par leur entourage quand elles décident d'utiliser un contraceptif. Certaines d'entre elles discutent avec leur mari ou leur partenaire de l'espacement des naissances et du nombre d'enfants souhaités et participent effectivement à la prise des décisions. D'autres sont par contre dominées par leur conjoint et par leurs proches, comme les parents ou les beaux-parents, qui imposent alors leurs préférences. Il arrive aussi que la désapprobation de la famille conduise la femme à utiliser un contraceptif à l'insu de son mari.

Dans son étude Koita H [3] a rapporté que la prise de décision par les femmes seules, était désapprouvée par les hommes dans 66,4% des cas. Ceci est contraire aux lois en matière de PF au Mali. En effet, selon la loi de la santé de la reproduction, toute personne en âge de procréer est libre de choisir voire d'accéder aux services PF de son choix.

Dans notre étude, plus de la moitié des Hommes de médias (56,7%) ont affirmé avoir déjà animé une émission sur la PF. Toutes ces émissions ont été faites pendant les périodes de campagne sur la PF.

VI - Conclusion et Recommandations

VI.CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

6.1 Conclusion

Au Mali l'amélioration de la qualité de vie passe par la satisfaction des besoins croissants dans plusieurs secteurs de la vie comme l'éducation, l'économie, l'environnement et la santé du couple et de la famille. La PF est l'une des bases fondamentales d'un pays qu'elle qu'en soit son niveau de développement. A cet effet, tout doit être mis en œuvre pour sa vulgarisation à large échelle, son accessibilité à moindre coûts et sur toute l'étendue du territoire malien. L'implication des Hommes de médias du district de Bamako dans la santé de la reproduction plus particulièrement dans la planification familiale contribuera énormément à l'amélioration de la santé des maliens et des maliennes.

Leur connaissance en matière de planification familiale était assez bonne en ce qui concerne ses différentes méthodes et son but premier. Ils étaient favorables en grande partie pour la pratique de la planification familiale et ceux qui ne l'étaient pas ont évoqué des raisons telles que la religion, les effets secondaires des méthodes de planification et le désir d'avoir des enfants.

6.2 Recommandations

Au terme de notre étude, nous formulons quelques recommandations

Aux autorités sanitaires :

- Organiser des formations sur la PF à l'attention des Hommes de médias.

Aux autorités politiques :

- Mettre en place une politique nationale par la direction nationale de la santé prenant en compte l'implication des Hommes de médias en matière de PF .
- Introduire la PF dans les curricula de formation de base des Hommes de media

Aux Hommes de médias

- S'informer d'avantage sur la PF, pour pouvoir donner les informations adéquates permettant un changement de comportement de la population.
- Diffuser plus de messages de sensibilisation sur la planification familiale sur les ondes des radios et télévisions pour une hausse du taux d'utilisation.

Références

VII. REFERENCES

1. **AMPPF .Association malienne pour la protection et la promotion de la famille.** Situation de la planification au Mali., 2004 20P.
2. **Procédure en santé de la reproduction au Mali.** Composantes communes : planification familiale IST/VIH et Sida/PTME Genre et Santé, Pathologies génitales et Dysfonctionnement sexuel chez la femme, 2019 volume 2, 248P.
3. **Koita H.** Connaissances attitudes et pratiques des Hommes sur la planification familiale en commune II du district de Bamako. [Thèse Med]. FMPOS 2014, 115P.
4. **Organisation mondiale de la santé.** Planification familiale/Contraception. WHO (2015). [Site internet]. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>. Consulté le 10.03.2020 à 13h04.
5. **Une contraception responsable pour les femmes du district de Tchamba.** At <http://www.afro.who.int/togo/press-materials/item/4976-une-contraception-responsable-pour-les-femmes-du-district-de-tchamba.html?Lang=fr> . consulté le 22.06.2020 à 16h20
6. **Institut National de la Statistique (INSTAT), Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF) et ICF. 2019.** Enquête Démographique et de Santé 2018 (EDSVI). 2001. Bamako, Mali et Rockville, Maryland, USA : INSTAT, CPS/SS-DS-PF et ICF <https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR358/FR358.pdf>. Consulté le 08.04.2020 à 14h32.
7. **Institut National de la Statistique (INSTAT), Cellule de Planification et de Statistique (CPS) et ICF International.** Enquête Démographique et de Santé au Mali (EDS-V) 2012-2013.
8. **Larousse médical** 2019. www.cultura.com; Langue : ISBN-10 9782035867476; ISBN-13 : 978-2035108005. 1 203P.

9. **Media.**<https://fr.m.wikipedia.org/media>. consulté le 03.04.2020 à 20h25
10. **T. Penet.** Médias et démocratie au Mali, le journalisme dans son milieu. Politique Africaine N°97 pages 18 à 32.
11. **Bagayoko M.** Evaluation et problématique des méthodes contraceptives. [Thèse Med] FMOS 2019. 84P.
12. **Dembélé MS.** Problématique de la planification familiale en commune V du district de Bamako à propos de 199 cas. [Thèse Med] FMPOS 2010. 93P.
13. **Coïtus obstructus.** [Site internet] at <http://www.definition-of.com/coitus%20obstructus>. Consulté le 08.01.2020 à 10h24.
14. **Coïtus interruptus, reservatus.** *Ebauche concernant la sexualité* at [Site internet] at <http://www.definition-of.com/coitus%20interruptus>. Consulté le 08.01.2020 à 10h24.
15. **Bilodeau A, Forget G, Tetrault J.** L'auto efficacité relative à la contraception chez les adolescents: validation de la version française de l'échelle de mesure de Levinson. Revue canadienne de santé publique 1994 ; 85:115-20.
16. **Organisation mondiale de la santé.** Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive use. 2^{ème} édition. Reproductive Health and Research, Geneva 2001. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/61086/WHO_RHR_00.0_2.pdf?sequence=1&isAllowed=y Consulté le 15.01.2020 à 11h07.
17. **Smallwood G, Meador M, Lenihan J, Shangold G, Fisher A, Creasy G.** Ortho Evra/ Evra 002 study group. « Efficacy and safety of a transdermal contraceptive system », ObstetGynecol 2001, 98:799-805,
18. **Dieben TO, Roumen FJ, Apter D.** Efficacy, cycle control, and user acceptability of a novel combined contraceptive vaginal ring. ObstetGynecol 2002, 100(3):585-593.

19. **Kaunitz AM, Garceau RJ, Cromie MA.** Comparative safety, efficacy, and cycle control of Lunelle monthly contraceptive injection and Ortho-Novum 7/7/7 oral contraceptive (norethindrone/ethinyl estradiol triphasic). Lunelle Study Group, Elsevier 1999 *Contraception*, 60(4):179-187. DOI: 10.1016/S0010-7824(99)00083-9
20. **Black A, O'Grady T, Pymar H.** Consensus Canadien sur la contraception – Chapitre 5 - N°143-Deuxième partie de trois, *J Obstet Gynaecol Can* 2004, 26(3):255-96
21. **Hatcher R, Trussell J, Stewart F, Cates W, Stewart G, Guest F et Coll.** Contraceptive technology, In: Wingood G.M., DiClemente R.J. (eds) *Handbook of Women's Sexual and Reproductive Health. Issues in Women's Health.* Springer, Boston, MA; 73(5):913-22. DOI https://doi.org/10.1007/978-1-4615-0689-8_20
22. **Fortin CA, Guilbert E.** Consensus canadien sur la contraception. *Journal of Obstetrics and Gynecology Canada* 2004. 26(4):389-436. [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)30364-4](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)30364-4)
23. **Anderson K, Odlin D et Rybo G.** Levonorgestrel-releasing and copper releasing (Nova-T) IUDS during five years of use: a randomized comparative trial. *Contraception* 1994, 49(1):56–72. [https://doi.org/10.1016/0010-7824\(94\)90109-0](https://doi.org/10.1016/0010-7824(94)90109-0).
24. **Guillebaud J, Mac Gregor A.** *Contraception: your questions answered.* 7th Edition, Elsevier 2017; 424P.
25. **Dunbanson DB, Sinai I, Colombo B.** The relationship between cervical secretions and the daily probabilities of pregnancy: effectiveness of the two-day algorithm. *Hum Reprod* 2001, 16:2278–82.
26. **Dolian G, Lüdicke F, Katchatrian N, Campana A et Morabia A.** Contraception and induced abortion in Armenia: a critical need for family planning programs in eastern Europe. *Am J Public Health* 1998; 88:803–805.
27. **Bianchi-Demicheli F et al.** Contraceptive practice before and after termination of pregnancy: a prospective study. *Contraception* 2003 ; 67(2):107–113. DOI: 10.1016/S0010-7824(02)00475-4

28.Lenglengue O. Connaissances, attitudes et pratiques des adolescents en matière de planification familiale : cas de la commune rurale de Niaogho au Burkina Faso. [Memoire] ISED, Dakar maitrise 2010.

29.Toukara M. Connaissances, attitudes, pratiques des hommes par rapport aux méthodes modernes de contraception dans la commune rurale de Kalaban-coro. [Thèse Med]. FMPOS 2008. 110P.

30.Mutambirwa J, Utete V, Mutambirwa C, Maramba P. The Role of Family Planning. Harare: Weaver Press; 1998. Consequences of Family Planning on Women's Quality of Life in Zimbabwe.

31.Adioetomo SM, Toersilaningsih R, Asmanedi et al. Helping the Husband, Maintaining Harmony: Family Planning, Women's Work and Women's Household Autonomy in Indonesia, Final Report to the Women's Studies Project. *Research Triangle Park, NC: Family Health International and University of Indonesia, 1997.*

32.Dwiyanto A, Faturochman, Suratiyah K et al. Family Planning, Family Welfare and Women's Activities in Indonesia, Final Report to the Women's Studies Project. *Research Triangle Park, NC: Family Health International and GadjahMada University, 1997.*

Annexes

ANNEXES

Fiche d'enquête :

-n° d'identifiant : / _____ /

1)- langue de communication : / _____ / 1- bambara ; 2- français 3- autre :

2) -Adresse : / _____ / 1- Bamako ; 2- peripherie de Bamako :

3)- lieu de travail : / _____ / 1-radio ; 2- television

4)-Nombre de personnels : / _____ /

1- entre 5 -10 ; 2- entre 11 – 20 ; 3-entre 21-50 ; 4-entre 51-100 ; 5- supérieur à 100

5)-Nombre de journalistes: / _____ /

1- entre 5 -10 ; 2- entre 11 – 20 ; 3-entre 21-50 ; 4-entre 51-100 ; 5- supérieur à 100

6)-Nombre d'animateurs : / _____ /

1- entre 5 -10 ; 2- entre 11 – 20 ; 3-entre 21-50 ; 4-entre 51-100 ; 5- supérieur à 100

1-PROFIL SOCIODEMOGRAPHIQUE, CULTURELS, RELIGIEUX ECONOMIQUES DE L'ENQUETE

7)- Sexe: / _____ / 1- masculin ; 2- féminin

8) – âge : / _____ / 1- inférieur à 25 ans ; 2-entre 26-35ans ; 3- entre 36-45 ans ; 4- entre 46-55 ans ; 5- supérieur à 55 ans

9)-ethnie : / _____ / 1-bambara ; 2-malinké ; 3-peulh ; 4- soninké ; 5- Sonrhäï ; 6- Dogon ; 7-Tamashek ; 8-Sénoufo ; 9-Bobo ; 10-Maures ; 11-Autres ethnies (à préciser).....

10)-religion : / _____ / 1-Musulman ; 2- christianisme ; 3-animisme

11)-avez-vous déjà été à l'école ?? / _____ / 1-Oui ; 2- non

12)- si oui quel type d'école avez-vous fréquenté ? / _____ /

1-classique ; 2- medersa ; 3- coranique 4- autres _____

13)-si oui quel est votre niveau d'étude ? / _____/

1- primaire ; 2-secondaire ; 3- universitaire 4- d'autres _____

14) quel est votre profession ? / _____/

1- journaliste ; 2- animateur

15)-êtes-vous mariez ? / _____/ 1- oui ; 2- non

16)- quel est votre régime matrimonial ? / _____/ 1- monogamie ; 2- polygamie

17)-combien d'enfants vivants avez-vous ? 1- entre 2-3; 2-entre 4-7, 3- supérieur à 7

18)- quel est l'intervalle de temps moyens entre vos naissances ? / _____/

1- moins de 12 mois ; 2- 12 à 24 mois ; 3- 3 a 4 ans ; 4- 5a 6 ans 5- plus de 6 ans

19)- quel est votre nombre d'enfants idéal ? / _____/ 1- entre 1-3; 2- entre 4-6 ; 3- supérieur à 7

11- Connaissances des Hommes de médias de la commune II du district de Bamako sur la planification familiale :

20)- avez-vous entendu parler de la planification familiale ? / _____/ 1- oui ; 2- non

21)- si oui quel est le but ?

/ _____/ 1- espacement des naissances 2- limitation des naissances

3-arrêt de la procréation 4- lutte contre les IST

22)- si oui quels sont les méthodes que vous connaissez ? / _____/

1- Pilule 2- Condom 3- Implant 4- injectables 5- D I U 6- spermicides

23)- quelle est ou sont vos sources d'information sur la planification familiale ? / _____/

1- radio 2 - lieux de culte 3-Télé 4-bouche à oreille 5- agent de santé 7-internet

111- attitudes des Hommes de médias du district de Bamako vis-à-vis de la planification familiale :

24)- êtes-vous pour la pratique de la planification familiale ? / _____/ 1- oui ; 2- non

25)- Si oui, quelle(s) est ou sont vos raisons d'adhésion à la PF ? /____/

1- espacer les naissances ; 2- éviter les maladies sexuellement transmissibles

3-éviter les grossesses non désirées , 4-faire des économies

26)- si non, quelle(s)est ou sont vos raisons de non adhésion à la PF ? /____/

1-effets secondaires

2-religion

3-désir d'enfants

4- non informé

5- ne croit pas à l'efficacité

6- favorise le vagabondage sexuel

27)- avez-vous déjà animé une émission sur la planification familiale ? /____/

1- oui ; 2- non

28) avez-vous déjà discuté de ce sujet avec votre compagnon ? /____/1- oui ;

2- non

IV Pratique des Hommes de médias du district de Bamako vis-à-vis de la PF :

29) Etes-vous déjà allé en couple au centre de santé pour la planification familiale ? /____/

1- oui ; 2- non

30)- avez-vous participé au choix de la méthode ? /____/1- oui ; 2- non

31)- quelle méthode utilisez-vous dans votre couple ?/____:

1-Injectables

4- DIU

2-Pilule

5-Condoms

3-Implants

6-Abstinence

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : SAMAKE

Prénom : Tènè Kadiatou

Titre : Connaissances, attitudes et pratiques des Hommes de médias EN matière de planification familiale dans le district de Bamako.

Année de soutenance : 2021

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

Secteurs d'intérêt : gynécologie, obstétrique : la planification familiale.

Résumé :

Introduction: En matière de planification familiale, le Mali connaît un retard dans la transition démographique.

Objectifs : étudier les connaissances attitudes et pratiques des Hommes de médias sur la planification familiale dans le district de Bamako.

Méthode : étude prospective transversale, descriptive. Les supports utilisés étaient les fiches d'enquête individuelle.

Résultats : Notre étude a concerné 615 Hommes de médias dans le district de Bamako. La tranche d'âge de 36 à 45ansétait la plus représentée, 81,3% étaient mariés, le sexe masculin prédominait avec 55,6%, 100% des Hommes de médias connaissaient la PF, 64,9 % ont évoqué l'espacement des naissances comme but d'utilisation de la PF, la pilule est la méthode contraceptive la plus connue avec 42,2% ,la radio est la principale source d'information avec 41,9%, 77,2% étaient pour la pratique de la PF, leurs raisons d'adhésions la plus représentée est l'espacement des naissances 44,2%, 30% invoquent la religion comme principale raison de non utilisation de la PF,76,9% avaient déjà utilisé une méthode de PF, la méthode la plus utilisée dans leur couple est les implants avec 25,5% , 40,5% ont participé au choix de la méthode contraceptive et 56,7% avaient déjà animé une émission sur la PF.

Conclusion : L'implication des Hommes de médias dans la planification familiale peut améliorer la qualité de vie de la population et entraîner une hausse de la prévalence contraceptive.

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

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure !