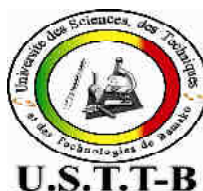


**Ministère de l'Enseignement  
Supérieur et de la Recherche  
Scientifique**

**République du Mali  
Un Peuple – Un But – Une Foi**

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



**FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE**

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2013-2014

N°...../

***TITRE***

CONNAISSANCES ATTITUDES ET PRATIQUES DES  
HOMMES SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE EN  
COMMUNE II DU DISTRICT DE BAMAKO

***Thèse***

Présentée et soutenue publiquement le / / devant  
La Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

**Par Mr. Hamidou Koïta**

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine (DIPLOME D'ETAT)

***Jury***

**Président : Professeur Salif Diakité**

**Membre : Dr Mamadou TRAORE**

**Co-directeur : Dr. Mamadou HAIDARA**

**Directrice de thèse: Professeur Sy Assitan SOW**

# DEDICACES

## DEDICACES

**Je dédie ce travail à Dieu, le clément et Miséricordieux pour sa grâce.**

**Puisse Allah le tout Puissant m'éclairer de sa lumière divine amen!**

**A l'éternel :** « heureux l'homme qui ne marche pas selon le conseil des méchants, qui ne s'arrête pas sur la voie des pécheurs, et qui ne s'assise pas en compagnie des moqueurs ». Oh seigneur !!! Tu es ma joie et mon refuge, tu es le début et la fin, à toi la gloire et la victoire pour l'éternité

**Au Prophète Mohamed** (paix et salut sur lui).

### **A ma mère Aïssata Diarra dite Sira**

Brave femme, animée d'un 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 qu'enfin tu puisses goûter au fruit de tant d'années de sacrifice

### **A mon père Mamy Koïta**

Tu es l'artisan de ce chemin parcouru, ton courage, ta rigueur dans notre éducation ont fait de ton fils ce qu'il est aujourd'hui .Que Dieu te donne longue vie auprès de nous. Puisse ce travail être pour toi une source de satisfaction. Sois assuré de mon affection et de ma sincère reconnaissance.

### **A ma grand mère Abibatou Sanogo**

Tu m'as donné une éducation dans le sens du bien et de la probité ; c'est grâce à tes conseils et suggestions et surtout à ton assistance que j'ai pu atteindre ce jour ; je ne saurai jamais te remercier assez, qu'ALLAH t'accorde le bonheur ; longue vie.

**A mes tantes** Aminata, Fanta ,Assetou , Mamou , Kadidiatou , Teninkocoroba, Alimatou , Baron ,Assan , feux Kadia, Néné, Fily, pour toutes une vie d'attention et d'écoute à mon éducation et à ma formation. Les mots seront impuissants à traduire mon éternel tribut d'amour et de vénération.

### **A mon grand frère Mohamed KOÏTA dit Boua**

Cher grand frère, tu es exemplaire ; tu as su me reconforter durant des moments difficiles ; je ne pourrai jamais l'oublier. Que Dieu te bénisse et te donne encore longue vie.

**A mes maitres**

**Dr Mamadou HAIDARA, Dr Seydou DAO, Dr Mohamed DIABY, Dr Kokaïna, Dr Diakité Lamine, Professeur Sarré FOMKORO, Professeur Tiéman COULOUBALY, Professeur Boubacar DIALLO DIT Boubba** : auprès de vous nous avons appris l'assiduité, l'honnêteté, la rigueur scientifique, la notion du travail bien fait et le sens de l'honneur ; votre amour de la science fait de vous des maîtres admirés par tous. Nous ne pouvons vous dire que merci, que Dieu vous donne longue vie pour que nous puissions toujours apprendre à vos côtés.

# REMERCIEMENTS

**A mes grands parents :**

feus Kassim Diarra, Bourama Diarra, Hamidou Diarra, Abdoulaye Koïta, Maman Therra, Tata Diarra Massaran, que vos âmes reposent en paix et que le Tout Puissant vous accepte dans le paradis.

**A mon tonton Dr Adama Konoba Koïta :** *Sincères remerciements*

**A mes frères et sœurs**

Mory Moussa, Sidi, Adama , Maimouna, Abibatou dite Ina, Assi, Fah , Badiarra, Tenin , Djénébou , Baba , Baminata ,

Vous m'avez tous et à tous les niveaux apporté votre contribution dans le cadre de la solidarité familiale ; avec chacun de vous, j'ai pu découvrir la convivialité et la symbiose qui doivent régner dans une famille. Puisse Dieu nous prêter encore longue vie et nous aider à rester unis pour la bonne marche de la famille.

**A Mes amis**

Mamadou Coulibaly, Moussa Théra , Karamoko, Kassim, Sory KEITA, Lamine, Yaya, Dembélé, Issoufou , Abdou , Abdoulaye, Boubacar, Bourama Fofana, Kante Massiré , Saouti , Jampaul Guiteyé Lassine .merci !

**A mes oncles :** Madi, Baba, Tiémoko, Sidi, Mamadou, MOUSSA , Drissa : merci pour votre attention

**Issa Dembélé et sa famille à Ségou Kassim Diarra et sa famille à Segou ,aux personnels de CSCOM de Pélégana ,hopital Nianakoro Fomba de Ségou, Abdoulaye Cisse et famille à Ségou, merci**

**La famille** Koïta , Diarra , santara, Dèmè ,Fofana, Sangaré, Coulibaly, Théra ,Daou, Dembélé, Traore Kamaté à San Keïta merci !

**A tous mes enseignants du premier cycle, du secondaire et du lycée merci !**

*Aux professeurs de la faculté de médecine, d'odontostomatologie et de la pharmacie pour la qualité des enseignements que vous nous avez prodigués tout au long de notre formation. Hommage respectueux.*

---

*Au directrice régionale de la santé : Dr Adama Coulibaly brave femme, mes sincères remerciements pour la collaboration et votre soutien merci.*

*- Mes maitres formateurs : Pr SY Assitan SOW, Dr Mamadou HAIDARA, Dr Seydou Z DAO., Dr Mohamed DIABY, Dr Kokaïna Dr Mamadou Désiré Keïta Dr Bocary KONE, Dr Moctar DABY, Dr Sirama DIARRA , Dr Konaté Sackoba. Sincères remerciements pour la qualité et la rigueur de l'encadrement que vous nous avez offert.*

*- Aux CES de gynécologie-obstétrique : Dr SYLLA Niagalé, Dr KONE Jean W., Dr Daouda DOUMBIA, Dr N'DIAYE Abdoulaye, Dr FABIEN BIBANG, Cordial remerciement*

*- Dr Adama Kalifa Diarra, ce travail est le vôtre. Merci pour votre sacrifice, votre disponibilité quotidienne.*

*- Aux aînés de service : Dr Boubacar SIDIBE, Dr Yacouba BAGAYOKO, Dr Boubacar KONATE, Dr Abdoulaye NIAMBELE, Dr Awa DIARRA, Dr Salimata KANE, Dr Kadidiatou Sacko, Dr Ibrahim FOMBA, Dr Kassim SIDIBE, Merci pour votre collaboration, votre soutien moral et affectif.*

*- Aux collègues faisant fonction d'interne au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako : merci pour votre solidarité, fraternité.*

*- Aux sages femmes pour leur collaboration et disponibilité.*

*- Au personnel du CSREF CII pour la collaboration*

*-toute la promotion «ANATOLE TOUNKARA» à la FMOS, courage et persévérance*

*A mes cousins et cousines : ce travail est le vôtre.*

# HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY



HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

**A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY PROFESSEUR SALIF DIAKITE**

Professeur Honoraire de gynécologie et d'obstétrique à la faculté de Médecine et d'Odonto Stomatologie de l'université de Bamako.

Vous nous avez accordé un grand honneur en acceptant de présider ce jury.

Nous avons eu la chance et le privilège de travailler sous votre direction, de profiter de votre culture scientifique, vos compétences professionnelles incontestables ainsi que vos qualités humaines qui vous valent l'admiration et le respect.

Veillez, Cher Maître, trouver dans ce modeste travail, l'expression de notre haute considération et notre profond respect.

**A NOTRE MAITRE ET Juge *Docteur Mamadou Traoré***

*Gynécologue obstétricien au centre hospitalier universitaire du Point G*

*Cher maitre*

*Vous nous faites honneur en acceptant de juger ce travail.*

*Votre modestie fait de vous un être d'abord facile, nous avons été impressionnés par votre simplicité, votre sens de l'humour et votre humanisme.*

*C'est le moment pour nous de vous rendre un hommage mérité. Trouvez ici cher maitre l'expression de notre profonde gratitude.*

**A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR Docteur MAMADOU HAIDARA**

**Gynécologue-obstétricien**

Chef de service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune de Kalanbacoro

Cher maitre,

Nous avons eu le privilège de travailler sous votre direction et avons trouvé auprès de vous, le guide et le conseiller qui nous a reçus en toutes circonstances avec sympathie et bienveillance

Votre dynamisme et probité au travail, votre sens de responsabilité nous ont toujours impressionnés.

Cher Maître, acceptez notre profonde reconnaissance.

**A NOTRE MAITRE ET DIRECTRICE DE THESE PROFESSEUR SY ASSITAN SOW**

-Professeur Honoraire de Gynécologie et d'Obstétrique à la FMOS.

-Présidente de la SO.MA.G.O

-Chevalier de l'Ordre National du mérite de la sante.

Cher maitre,

Nous sommes particulièrement touchés par la gentillesse avec laquelle vous avez bien voulu accepter de diriger ce travail.

Votre parcours professionnel, votre compétence incontestable, votre charisme et vos qualités humaines font de vous un grand professeur et nous inspirent une grande admiration et un profond respect.

Permettez nous, Cher Maître de vous exprimer notre profond respect et sincère gratitude.

# LA LISTE DES ABREVIATIONS

## La liste des abréviations

**A.M.P.P.F** : Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille.

**A.M.P.R** : Acétate de Médroxy-Progestérone Retard (AMPR)

**C.A.P** : Centre d'Animation Pédagogique.

**C.O.C** : Contraceptif Oral Combiné.

**C.C.C** : Communication pour le Changement de Comportement.

**C.S.COM** : Centre de Santé Communautaire.

**C.S.Re.F** : Centre de Santé de Référence

**C.N.T.S** : Centre National de Transfusion Sanguine

**C.M.I.E** : Centre Médical Inter Entreprise

**D.N.S.P** : Direction Nationale de la Santé Publique.

**D.I.U** : Dispositif Intra Utérin.

**E.D.S** : Enquête Démographique et de Santé.

**FNUAP** : Fond des Nations Unies pour la Population

**I.E.C** : Information, Education et Communication.

**I.N.P.S** : Institut National de Prévoyance Sociale

**I.N.R.S.P** : Institut National de Recherche en Santé Publique

**I.S.T** : Infection sexuellement Transmissible.

**Km<sup>2</sup>** : Kilomètre carré

**M.A.M.A** : Méthode d'Allaitement Maternel et d'Aménorrhée.

**M.M.C** : Méthodes Modernes de Contraception.

**M.S.T** : Maladie Sexuellement Transmissible.

**O.H.V.N** : Office de la Haute Vallée du Niger.

**O.M.S** : Organisation Mondiale de la Santé.

**O.N.G** : Organisme Non Gouvernemental.

**P.M.I** : Protection Maternelle et Infantile

**P.F** : Planification Familiale.

**PSL** : Paix et Salut sur Lui

**P.P.S** : Pilule de Progestatif Seul

**P.F.N** : Planification Familiale Naturelle

**REMAPOD** : Réseau des Parlementaires Maliens pour la Population et le Développement

**V.I.H** : Virus de l'Immunodéficience Humaine.

**SIDA** : Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise.

**U.M.P.P** : Usine Malienne des Produits Pharmaceutiques

**USAID**: United States Agency for International Development  
(Agence des Etats-Unis pour le développement international)

**URSS** : Union des Républiques Socialistes et Soviétiques

# SOMMAIRE



---

## Sommaire

I Introduction	19
II OBJECTIFS	23
III- GENERALITES	25
1- Définition :	25
2- Histoire de la contraception :	25
2.1- Dans le monde :	25
2.2- Au Mali :	25
3) Morale et éthique de la reproduction :	28
4-Rappel physiologique de fécondation :	30
5-Les moyens de régulation des naissances :	32
5.1- Les méthodes de barrière :	32
5.2-Les spermicides	34
5.3-La contraception hormonale combinée [3]	34
5.4-Les dispositifs intra-utérins (DIU) : stérilets [3]	42
5.5) La contraception d'urgence [7]	44
5.7-La Contraception Chirurgicale Volontaire [10]	51
5.9-Les méthodes de contraception traditionnelles au Mali.	56
IV METHODOLOGIE	58
V-COMMENTAIRES ET DISCUSSION :	92
VI-CONCLUSION :	97
VII Recommandations	99
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	10
1	
ANNEXSES	
<a href="#">QUESTIONNAIRE D'ENQUETE</a> .....	105
FICHE SIGNALITIQUE.....	
SERMENT D'HIPPOCRATE .....	

# INTRODUCTION

## I Introduction

En matière de planification familiale, le Mali connaît un retard dans la transition démographique comparé à beaucoup de pays africains [8]. Ce qui pourrait expliquer une élévation du taux des grossesses non désirées et ou précoces, des avortements non médicalisés, des abandons d'enfants et d'infanticide.

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

Cependant la prévalence de la planification familiale était et demeure dans une large mesure peu évaluée au Mali.

La seule étude de référence est l'EDS IV. D'après l'EDS IV, le taux de prévalence contraceptive au Mali est de 7% alors que la demande est évaluée à 40% avec un besoin non satisfait de 33%.

Cette prévalence contraceptive au Mali paraît faible par rapport aux efforts fournis par le Ministère de la santé.

Ces efforts ont été pendant longtemps dirigés vers les femmes, à cause du développement des méthodes contraceptives féminines très souvent à l'exclusion des hommes.

Au Mali comme dans bien de pays à travers le monde, l'homme reste encore le grand décideur au sein de la famille.

L'influence du mari ou de l'entourage familial a été l'un des thèmes de recherche du projet d'études sur les femmes (Women'sStudies Project- WSP) de FH. (30)

En analysant les résultats obtenus dans 10 pays, les chercheurs ont conclu que les proches, surtout les maris, jouent un rôle primordial quant à l'emploi et à la continuation d'une méthode contraceptive.

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 [30]. Par contre, les hommes bien informés en matière de santé de la reproduction soutiennent la décision de leurs partenaires sur la PF.

Selon l'étude faite au Mali en 2007 sur l'implication des hommes dans la prise de décision concernant la PF, 92,3% des hommes pensaient qu'il est souhaitable que l'homme participe à la décision de pratique de la PF, 60,7% pensent que c'est à l'homme que revient la décision finale [18]. Cette attitude est contraire aux politiques, normes et procédures en matière de santé de la reproduction, qui stipulent que chaque personne est libre de choisir, voire accéder aux services de PF.

Il est donc nécessaire de revoir la question de la planification familiale sous un nouvel angle. La conférence d'Accra (Ghana) qui s'est tenue du 15 au 18 février 2005 a retenu comme idée principale : « Promouvoir au niveau des pays l'engagement pour le repositionnement de la planification familiale comme objectif stratégique pour la santé et les objectifs du millénaire pour le développement »

En mars 2008, le repositionnement de la planification familiale a été lancé avec comme thème « Leadership en faveur du repositionnement de la planification familiale »

Le Mali avait comme slogan « L'engagement constructif des hommes peut faire la différence » [18]

Parmi les obstacles à la pratique de la PF il y a 36% d'opposition à l'utilisation de la PF [5].

Dans les soucis d'une augmentation du taux de prévalence contraceptive à travers une meilleure implication des hommes, nous avons décidé de mener cette étude. Il s'agit donc d'une étude dont les objectifs se résument en général à étudier : les connaissances, les attitudes et les pratiques des méthodes de contraception chez les sujets de sexe masculin dans la commune II du district de Bamako.

# OBJECTIFS

## II OBJECTIFS

### **GENERAL :**

Etudier les connaissances, attitudes et pratiques des hommes sur la planification familiale en commune II du district de Bamako.

### **SPECIFIQUES :**

1. Décrire les caractéristiques socioculturelles, économiques et religieuses des hommes en commune II du district de Bamako.
2. Evaluer la connaissance des hommes sur la PF dans la commune II du district de Bamako.
3. Déterminer la fréquence des hommes non favorables à la pratique de la PF dans la commune II du district de Bamako.
4. Enumérer les raisons du refus des hommes concernant la PF dans la commune II du district de Bamako.

# GENERALITES



### **III- GENERALITES**

#### **1- Définitions :**

##### **1.1- La contraception :**

La contraception est définie comme une méthode visant à éviter, de façon réversible et temporaire, la fécondation d'un ovule par un spermatozoïde ou, s'il y a fécondation, la nidation de l'œuf fécondé [19].

##### **1.2- Planification familiale :**

Elle est définie comme l'ensemble des moyens et méthodes qui permettent de conformer à la volonté des parents le nombre et l'espacement des naissances dans une famille [13].

#### **2- Histoire de la contraception :**

##### **2.1- Dans le monde :**

Selon Serfaty D, la limitation des naissances est présente depuis les époques les plus reculées et est probablement née dans les sociétés préhistoriques lorsque, malgré une très forte mortalité naturelle, les conditions de survie obligeaient à restreindre les naissances [26]. La contraception était pratiquée dans l'antiquité, elle le fut ensuite et l'est encore de nos jours de façon extrêmement variables selon les lieux et les époques. Ceci pour nous montrer la constante volonté de l'espèce humaine d'échapper à la fatalité d'une reproduction naturelle. Mais la contraception sera rejetée pour des raisons morales faisant de la procréation une obligation sacrée dans une optique naturaliste mettant l'homme au service d'une volonté supérieure qui ne lui laisse pas d'autre choix : c'est le propre de la pensée religieuse [26].

##### **2.2- Au Mali :**

Les sociétés traditionnelles ont toujours été fortement pro-natalistes, cela pour des raisons d'ordre sociologique, culturel, économique et spirituel. La fécondité

confère une valeur sociale et l'infécondité est toujours mal vécue et interprétée de malédiction ou de tares notamment pour la femme.

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

Le Mali a été l'un des premiers pays à adopter une attitude de tolérance vis-à-vis du planning familial .En effet depuis 1971 une délégation malienne s'est rendue à Montréal (Canada) pour participer à un séminaire sur la planification familiale [25].

Après, le Mali a signé un accord avec les organisateurs de ce séminaire pour un projet d'assistance en planning familial pour quatre ans. En ce moment, entre les approches démographiques et sanitaires du planning familial, c'est l'approche sanitaire qui a été choisie en absence de paramètre démographique suffisamment maîtrisé de l'époque. C'est dans cet élan que l'association malienne pour la protection et la promotion de la famille (AMPPF) a été créée le 7 juin 1972 [25].

Un centre pilote a été créé à Bamako par l'AMPPF dont l'objectif était l'espacement des naissances. La pratique du planning était conditionnée à l'autorisation maritale pour les femmes et parentale pour les célibataires [19].

-En 1973, deux séminaires dont un interafricain sur l'éducation sexuelle et d'autre intersyndical sur le planning familial ont été organisés à Bamako[18].

-En 1974, le Mali a souscrit à la déclaration de Bucarest (Roumanie) sur le droit au planning familial [17].

-En 1978, le Mali a souscrit à la déclaration d'Alma Ata (URSS) sur les soins de santé primaires dont une des composantes est le planning familial dans le but d'améliorer la santé de la mère et de l'enfant à travers un espacement judicieux des naissances [25].

---

-En 1980, la division santé familiale (DSF) a été créée au sein du ministère de la santé et des affaires sociales pour élargir et coordonner les activités de la santé maternelle et infantile et en y intégrant le planning familial [25].

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

-En 1991, le Mali a fait une déclaration de politique nationale de population [25].

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

-En juin 1995 a été organisé un atelier de révision des normes et procédures de santé maternelle et infantile et planning familial [25].

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

Ceci implique la liberté, la responsabilité et le droit à l'information de chaque individu ou couple pour l'aider à choisir le ou les moyens de régulation de la fécondité [25].

---

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

### **Lettre-circulaire N°004/MSP-AS/CAB du 25 janvier 1991 :**

Cette lettre adressée aux responsables politiques, administratives et sanitaires, stipule que l'accès à une méthode contraceptive reste libre pour toute femme en âge de procréer qui le désire ou qui le nécessite [23].

**b) La loi N° 02-044 relative à la santé de la reproduction dite loi Lahaou Touré, adoptée le 24 juin 2002.**(Article 3 : Les hommes et les femmes ont le droit égal de liberté, de responsabilité, d'être informés et d'utiliser la méthode de planification ou de régulation des naissances de leur choix, qui ne sont pas contraires à la loi).

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

### **3) Morale et éthique de la reproduction :**

#### **3.1- Dans l'antiquité :**

L'infanticide, l'avortement et la contraception étaient pratiqués depuis l'antiquité. Ils continuent encore de nos jours dans les proportions extrêmement variables selon les lieux et les époques [16].

### **3.2- Aspects religieux et philosophique :**

#### **a) Le christianisme et la contraception**

La contraception n'est pas une question nouvelle selon Larchet, mais l'expansion et la banalisation de cette pratique dans les sociétés modernes par la mise à disposition des moyens plus nombreux et plus sûrs, a suscité des réactions aiguës et accentué le débat du côté des confessions chrétiennes traditionnellement réservées vis à vis de la contraception [16].

#### **b) L'islam et la contraception : [15]**

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

La planification familiale n'est pas une nouveauté pour l'islam, comme le révèlent les propos échangés à la conférence. Les compagnons du prophète (PSL) la pratiquaient déjà à l'époque de la révélation coranique, et en discutaient avec lui, qui ne l'interdisait pas [15].

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

Aucun texte de l'islam n'interdit la régulation des naissances mais la perpétuation de l'espèce humaine reste l'objet essentiel de l'accouplement [15].

#### **4-Rappel physiologique de fécondation :**

La fécondation est l'ensemble des phénomènes physiologique, cytologique, biochimique qui aboutissent à la fusion de deux cellules hautement spécialisées (ovocyte et spermatozoïde) l'une féminine, l'autre masculine, à l'intérieur de l'organisme maternel, union qui provoque le développement d'un nouvel être. Bien entendu, ce contact, cette fusion des deux cellules reproductrices a lieu lorsque toutes les deux sont vivantes. C'est là un point important car elles ne survivent que quelques heures [14].

Au moment de l'ovulation, l'ovule sort du follicule éclaté, mais, au lieu de tomber dans la cavité abdominale comme on pourrait s'y attendre, il est recueilli par le pavillon de la trompe qui, à ce moment précis, s'abouche étroitement à la paroi de l'ovaire, évitant que l'ovule ne se perde [14].

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

Par ailleurs, lorsque l'orgasme féminin se produit au moment de l'union sexuelle, l'utérus se contracte énergiquement, de sorte que le mucus situé à la sortie est expulsé ; le col s'ouvrant, il y a afflux de millions de spermatozoïdes qui, dans le mécanisme optimum, sont introduits directement dans le col et même dans la cavité utérine, surtout si l'éjaculation coïncide avec l'orgasme féminin. Cependant, lorsque le sperme est déposé au niveau du vagin, plus ou moins près du col de l'utérus, les spermatozoïdes, cellules dotées d'une grande mobilité, tendent à parvenir jusqu'à ce col, à y pénétrer pour continuer ensuite leur progression biologique : c'est pourquoi l'on connaît des cas de grossesse chez des femmes vierges [14].

#### **4.1-Migration de la cellule masculine :**

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

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

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

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

#### **4.2- Moment de la fécondation :**

Les jours favorables à la fécondation pour l'espèce humaine sont au nombre de trois : les deux jours précédents l'ovulation et celui qui la suit : Ce sont précisément les jours où la femme ressent le plus d'attirance vers l'homme. La vitalité des spermatozoïdes étant de vingt quatre à quarante huit heures, ceux-ci peuvent, durant ce laps de temps atteindre l'ovule qui se libère du follicule. La fécondation peut avoir lieu aussi au cours des vingt-quatre heures suivantes, compte tenu de la vitalité de l'ovule. Bien entendu, en biologie tout n'est pas si

simple, si schématique : on trouve des spermatozoïdes vivant dans la trompe après sept et huit jours, mais il semble que cela soit exceptionnel.

#### **4.3-Fusion des gamètes :**

Un seul spermatozoïde, parvient à introduire sa tête et sa partie intermédiaire à travers la membrane de l'ovule ; à partir de ce moment, ce dernier devient totalement impénétrable aux autres spermatozoïdes. [14]

#### **5-Les moyens de régulation des naissances :**

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

Il convient toutefois de remarquer que cette dernière n'est pas reconnue par la législation malienne comme étant un moyen légal de régulation des naissances [25].

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

#### **5.1- Les méthodes de barrière :**

Ces méthodes font appel à une barrière mécanique ou chimique afin d'entraver la pénétration des spermatozoïdes dans les voies génitales supérieures de la femme. [11]

##### **5.1.1 - Le condom masculin et féminin (préservatif)**

Les taux d'échec sont respectivement estimés à 3% et 5%[22].

#### **Mécanisme d'action**

Le condom agit à titre de barrière mécanique afin de prévenir l'échange de fluides corporels et de sperme. Certains sont pré-lubrifiés à l'aide d'un



lubrifiant aqueux ou d'une petite quantité de spermicide qui renforce leur efficacité.

### **5.1.2- Le diaphragme**

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

Il existe trois types de diaphragme :

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

Les taux d'échec selon l'OMS au cours des 12 premiers mois d'utilisation sont de 6 % selon une utilisation parfaite. [22]

### **5.1.3- La cape cervicale**

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

Selon l'OMS les taux d'échec de cape cervicale varie entre 9% et 26% [22].

### **5.1.4-L'éponge contraceptive**

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

Les taux d'échec varient entre 18 et 20 % pour les nullipares et de 36 à 40 % pour les multipares [13].

## **5.2-Les spermicides**

Ils sont composés d'un agent spermicide en solution dans un excipient qui en permet la dispersion et la rétention dans le vagin. Le nonoxynol-9 est le plus courant d'entre eux. Leur utilisation n'est recommandée qu'à titre de traitement d'appoint à utiliser conjointement avec une méthode de barrière dont ils renforcent l'action. Le taux d'échec au cours de la première année d'utilisation est de 6 % selon une utilisation parfaite [22].

## **5.3-La contraception hormonale combinée [3]**

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

### **5.3.1- Les contraceptifs oraux combinés**

Ils peuvent être :

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

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

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

Les estranes (noréthindrone, diacétate d'éthinodiol)

Les gonanes (lévonorgestrel, désogestrel, norgestimate) qui semblent être plus puissants [3].

### **Efficacité**

Les COC constituent un mode de contraception réversible très efficace. En utilisation parfaite, ils sont efficaces à 99,9 % [23].

## **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 [21].

### **Contre-indications absolues**

- ▲ Fumeuses de plus de 35 ans ;
- ▲ HTA (systolique >160 mmHg ou diastolique >100 mmHg) ;
- ▲ Antécédents de thrombo-embolie veineuse ;
- ▲ Cardiopathie ischémique ;
- ▲ Antécédents d'accident vasculaire cérébral ;
- ▲ Cardiopathie valvulaire compliquée ;
- ▲ Migraine accompagnée de symptômes neurologiques en foyer ;
- ▲ Cancer du sein (en cours) ;
- ▲ Diabète accompagné de rétinopathie / néphropathie / neuropathie ;
- ▲ Grave cirrhose et tumeur hépatique (adénome ou hépatome).

### **Contre indications relatives**

- ▲ Fumeuses de plus de 35 ans ;
- ▲ HTA adéquatement maîtrisée ;
- ▲ Hypertension (systolique : 140-159 mmHg, diastolique : 90-99 mmHg) ;
- ▲ Migraine (chez les femmes de plus de 35 ans) ;
- ▲ Maladie vésiculaire en phase symptomatique ;

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

### **Effets indésirables**

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

### **5.3.2- Le timbre contraceptif transdermique**

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

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

### **Efficacité**

L'indice de Pearl du timbre contraceptif transdermique (taux des échecs en fonction du nombre de grossesses pour 100 années-femme) est de 0,7 (IC de 95 %, 0,31–1,10), dans le cas d'une utilisation parfaite. [22]

### **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.

### **5.3.3- L'anneau vaginal contraceptif**

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

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

### **Efficacité**

L'indice de Pearl global de l'anneau, se situe entre 0,65 et 1,18 [22].

### **Mécanisme d'action**

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

### **Indications**

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

## **Contre-indications**

Les contre-indications absolues sont la grossesse connue ou soupçonnée, les antécédents de thrombo-embolie veineuse, les maladies cérébro-vasculaires ou coronariennes, la cardiopathie valvulaire compliquée, l'HTA sévère, le diabète, les céphalées accompagnées de symptômes neurologiques en foyer, le cancer (connu ou soupçonné) du sein, de l'endomètre ou du col utérin, les saignements vaginaux inexplicables, ainsi que les réactions allergiques à un des composants de l'anneau.

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

## **Effets indésirables**

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

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

### **5.3.4 - La contraception injectable combinée**

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

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

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

Il dispose 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.

### **5.3.5- Contraception hormonale à base de progestatif [3]**

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

#### **5.3.5.1 - Les progestatifs injectables**

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

#### **Efficacité**

L'AMPR est une forme grandement efficace de contraception dont le taux d'échec est estimé à moins de 0,3 % par an.[13]

#### **Mécanisme d'action**

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

#### **Indications**

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

Il peut également convenir aux femmes allaitantes ou ayant :

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

### Contre indications

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

### Effets indésirables

Les effets indésirables associés à l'AMPR sont :

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

**5.3.5.2-Progestatifs oraux** : Utilisés selon les indications les pilules de progestatif seul (PPS) sont très sûres et grandement efficaces. En utilisation parfaite, elles présentent un taux d'échec de 0,5 % [13].

### Mécanisme d'action

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

### Indications

Elles peuvent être utilisées par les femmes qui nécessitent un moyen de contraception exempt d'œstrogènes ou chez qui les COC entraînent des effets



particulièrement indésirables, ainsi que celles qui présentent des migraines accompagnées de symptômes neurologiques ou qui allaitent.

### **Contre-indications**

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

### **Effets indésirables**

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

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

### **Efficacité**

Le taux d'échec associé aux implants se situe autour de 0,1 % par année [22].

### **Mécanisme d'action**

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

Les systèmes d'implants fondés sur un nombre réduit de bâtonnets disposent de l'avantage d'une facilité accrue en ce qui a trait à l'insertion et au retrait des bâtonnets en question. Implanon<sup>®</sup> 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<sup>®</sup>, puisqu'il semble inhiber systématiquement l'ovulation

jusqu'au début de la troisième année d'utilisation. La jadelle est actuellement la plus utilisée.

### **Effets indésirables**

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

### **5.4-Les dispositifs intra-utérins (DIU) : stérilets [3]**

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

Il existe deux types de DIU :

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

### **Efficacité**

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

### **Mécanisme d'action**

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

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

---

Le SIU-LNG consiste en un petit dispositif de polyéthylène en forme de «T» comportant dans sa composante verticale, un réservoir cylindrique contenant du 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 ans en moyenne,

### **Indications**

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

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

### **Contre-indications**

#### **Contre indications absolues**

- ▲ La grossesse
- ▲ Infection pelvienne (au cours des trois derniers mois) ;
- ▲ Sepsis puerpéral ;
- ▲ Immédiatement à la suite d'un avortement septique ;
- ▲ Cavité utérine gravement déformée ;
- ▲ Saignements vaginaux inexpliqués ;
- ▲ Cancer du col utérin ou de l'endomètre ;

- ♣ Maladie trophoblastique gestationnelle;
- ♣ Allergie au cuivre (dans le cas des DIU de cuivre) ;
- ♣ Cancer du sein (dans le cas du SIU-LNG) ;

#### **Contre-indications relatives**

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

#### **Effets indésirables**

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

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

#### **5.5) La contraception d'urgence [7]**

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

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

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

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

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

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

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

### **Mécanisme d'action**

Le mode d'action des COU n'est pas encore totalement connu. On estime toutefois, qu'ils peuvent entraver la maturation folliculaire, la formation du mucus cervical, la migration des spermatozoïdes, le maintien du corps jaune, la réceptivité de l'endomètre, la fécondation ou la croissance du zygote, son transport ou son adhérence mais le principal mode d'action selon les preuves statistiques semble être lié au processus ovulatoire.

### **Efficacité**

L'OMS rapporte un taux de grossesse de 1,1 % pour le traitement au lévonorgestrel seul, comparativement à 3,2 % pour la méthode Yuzpe. La mifépristone est six fois plus efficace que la méthode Yuzpe. A très faible dose (10 mg), elle est aussi efficace que le lévonorgestrel seul [28].

On estime que l'insertion post coïtale d'un stérilet au cuivre, dans les cinq jours suivant une relation sexuelle non protégée, est efficace à 98,7 % [1].

### **Indications**

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

-Une relation sexuelle mal ou non protégée,

-A la suite d'une violence sexuelle.

### **Contre-indications**

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

### **Effets indésirables**

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

Quant au stérilet au cuivre post-coïtal, les complications possibles sont des douleurs pelviennes, des saignements anormaux, une infection pelvienne, une perforation utérine et l'expulsion.

## **5.6-Les méthodes de planification familiale naturelle [9]**

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

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

### **5.6.1 - Connaissance du cycle de fertilité**

Les méthodes qui permettent d'y accéder s'affairent à déterminer la période de fertilité d'une femme et donc, les jours pendant lesquels les partenaires

devraient s'abstenir de pratiquer le coït ou se protéger soigneusement à l'aide de méthodes de barrière.

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

### **Efficacité**

Les taux d'échec estimés par l'OMS sont de 1 à 9 %, selon une utilisation parfaite [22].

### **Mécanisme d'action**

Connaissance du cycle de fertilité et méthode sympto-thermique

Cette méthode fait appel aux trois signes de fertilité :

#### **\* Les modifications de la glaire cervicale**

Avant l'ovulation, la glaire cervicale subit des modifications tant au niveau de son volume que de sa nature. Elle se clarifie, devient plus élastique au fur et à mesure que l'ovulation approche : c'est le « spinnbarkeit ». Après cette dernière, elle devient visqueuse, opaque et imperméable aux spermatozoïdes; de plus, son volume connaît une baisse marquée. Après trois jours de glaire cervicale présentant une clarté et une élasticité maximale, la femme connaît une phase moins fertile.

#### **\* Température basale**

La température corporelle est prise par voie orale ou vaginale, à l'aide d'un thermomètre, après au moins six heures de sommeil. À la suite de la hausse post-ovulatoire du taux de progestérone, elle connaît une hausse d'au moins 0,5°C au cours de la phase lutéale du cycle qui marque la fin de la période fertile.

Pour éviter une grossesse, le coït non protégé doit être reporté jusqu'à ce qu'une hausse de température ait été enregistrée pendant trois jours consécutifs.

#### **\* Position du col utérin**

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

#### **La méthode « Billings »**

Elle repose uniquement sur les modifications de la glaire cervicale. Pour plus de certitude, il est conseillé de ne se fier qu'à la deuxième période d'infertilité (post-ovulation) [1].

#### **Algorithme de deux jours**

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

#### **La "Standard day Method"**

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

#### **La méthode du calendrier**

Les femmes doivent déterminer à l'aide de calculs, le début et la durée de leur période de fertilité en fonction des postulats suivants : l'ovulation se produit de 12 à 16 jours avant le déclenchement des menstruations suivantes; les



spermatozoïdes demeurent viables pendant une période allant jusqu'à cinq jours; et l'ovocyte non fertilisé survit pendant 24 heures.

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

### **Trousse de prédiction de l'ovulation**

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

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

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

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

- ▲ Elle est toujours en aménorrhée ;
- ▲ elle allaite son enfant exclusivement ;
- ▲ son enfant est âgé de moins de six mois.

L'intervalle entre les périodes d'allaitement ne devrait pas dépasser quatre heures le jour, et six heures, la nuit [22].

### **Indications**

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

- ▲ les couples qui souhaitent avoir recours à des méthodes de barrière ou hormonales;

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

### **Contre-indications**

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

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

### **5.6.2 - Le coït interrompu (Retrait)**

Les taux d'échec au cours de la première année d'utilisation ont été décrits comme étant de 4 % selon une utilisation parfaite [22].

#### **Mécanisme d'action**

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

#### **Indications**

Le retrait peut constituer une option en matière de contraception lorsque :

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

## **Contre-indications**

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

### **5.6.3 - L'abstinence sexuelle**

Le terme « abstinence » peut être défini comme [10] : le fait de s'abstenir de tout comportement sexuel.

#### **Efficacité**

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

## **5.7-La Contraception Chirurgicale Volontaire [10]**

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

### **5.7.1 - La ligature des trompes**

Il est possible que des fertilisations surviennent malgré l'intervention. L'OMS indique qu'un taux d'échec de 0,5% lui est associé [22].

#### **Mécanisme d'action**

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

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

### **Indication**

Au Mali, la législation stipule que : « toute personne majeure peut sur son consentement écrit bénéficier d'une méthode de contraception irréversible. Toute fois concernant une personne mariée, l'accord de son conjoint est obligatoire » mais aussi que « sur avis médical confirmé par une contre expertise, toute femme mariée dont la vie pourrait être menacée par la survivance d'une grossesse peut, sur son seul consentement écrit, bénéficier d'une méthode de contraception irréversible » [25].

### **Contre-indications**

- ▲ Les problèmes de santé généraux, particulièrement les états pathologiques cardio-pulmonaires qui peuvent être aggravés par l'anesthésie générale ;
- ▲ La grossesse (à moins que la procédure de stérilisation ne soit effectuée pendant l'avortement ou immédiatement après, au cours de la période post-partum) ;
- ▲ La présence d'une infection pelvienne ou l'incapacité d'obtenir accès aux trompes de Fallope au moment de la chirurgie ;
- ▲ Une incertitude, de la part de la patiente, quant au caractère souhaitable d'une contraception permanente,

Le regret constitue la principale préoccupation en matière de stérilisation. Parmi les caractéristiques de sujets qui peuvent regretter leur décision figurent les suivantes [10] :

- ▲ Sujet de moins de trente ans ou sans enfant de sexe masculin ;

- ♣ Célibataire ou récemment mariée ;
- ♣ Ont été poussé à prendre cette décision ;
- ♣ Partenaire opposé à cette décision ;
- ♣ Intervention pratiquée au tout début du post-partum ;
- ♣ Accès limité à d'autres méthodes.

### **Effets indésirables**

- ♣ Douleur aux épaules attribuable à la présence de CO<sub>2</sub> (utilisé au cours de l'opération) dans la cavité péritonéale (coelio chirurgie)
- ♣ Douleurs ou crampes dans la partie inférieure de l'abdomen ;
- ♣ Ecchymoses et saignements au niveau des incisions ;
- ♣ Nausée et étourdissement post-opératoires ;
- ♣ Risques liés à l'anesthésie ;
- ♣ Infection au niveau de l'incision ;
- ♣ Traumatisme mécanique, y compris la perforation de l'utérus causée par un manipulateur utérin (stérilisation trans-cervicale)
- ♣ Complications urinaires ;
- ♣ Déchirures mésosalpingiennes et « trans-section » de la trompe ;
- ♣ Lésions des vaisseaux sanguins, des intestins ou d'autres organes ;
- ♣ Les brûlures intestinales qui compliquent l'électrocoagulation tubaire peuvent entraîner une perforation différée et une péritonite.

### **Complications à long terme**

Parmi les complications à long terme de la ligature des trompes, la grossesse ectopique est celle qui semble être réellement lié à l'intervention même si des modifications des règles et des problèmes psychosexuels sont encore en discussion [1].

### **5.7.2 - La vasectomie**

La vasectomie constitue la méthode de contraception chirurgicale appliquée aux hommes.

#### **Efficacité**

Les taux de grossesse constatés à la suite d'une vasectomie varient de 0 à 2,2 %, quelle que soit la méthode d'occlusion utilisée après une moyenne de vingt éjaculations intervenant après l'acte [22].

#### **Mécanisme d'action**

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

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

#### **Indications**

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

#### **Contre-indications**

- ♣ L'incertitude envers le recours à une méthode de contraception permanente ;
- ♣ Les problèmes de santé généraux, tels que l'allergie aux anesthésiques locaux, l'immunosuppression, les maladies infectieuses aiguës ou les troubles de coagulation qui ne peuvent être maîtrisés à l'aide de vasopressine ;
- ♣ L'infection locale ;

- ▲ Les anomalies génitales locales nuisant à la localisation adéquate du canal déférent, telles qu'une hernie, une varicocèle, une hydrocèle ou une tumeur ;
- ▲ Une dysfonction sexuelle.

### **Risques et effets indésirables**

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

## **5.8-) Nouvelles approches en matière de contraception [29]**

### **5.8-1 Les agents anti testiculaires**

La lonidamine est un composé indazole-acide carboxylique utilisé dans le traitement du cancer. Il a été démontré que de récents dérivés de cette substance présentaient, dans le cadre d'études chez les animaux, une certaine efficacité et une réversibilité à titre d'agents contraceptifs, cela, sans entraîner une toxicité hépatique ou rénale[4].

Ces dérivés n'entraînent aucun effet sur les composants de l'axe hypothalamo-hypophyso-testiculaire; leur effet sur les testicules est attribuable à leur capacité de causer la perte de cellules germinales à partir de l'épithélium séminifère [4].

### **5.8.2-Stratégies anti-implantation**

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

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

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

Le peptide pré-implantation factor est l'un des signes connus de reconnaissance embryo-maternelle qui apparaît le plus tôt; même les embryons ne comptant que deux cellules semblent en produire [2].

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

### **5.9-Les méthodes de contraception traditionnelles au Mali.**

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



# METHODOLOGIE

## IV METHODOLOGIE

### 1-Cadre d'étude

L'étude a été réalisée en commune II du district de Bamako

#### Description du cadre d'étude

En 1978, la commune II comme toutes les communes du district de Bamako a été créée par l'ordonnance N° 78- 34 CMLN du 18 Août 1978. Avec l'avènement du pluralisme politique suite aux événements de Mars 1991, la loi N°96 025 du 18 février 1996 fixe le statut spécial du district de Bamako avec ses 6 communes [12].

La commune II issue de ce découpage administratif pour une meilleure participation des populations au développement local, compte aujourd'hui 12 quartiers : Niaréla, Bozola, Bagadadji, Médina Coura, Missira, Hippodrome, Quinzambougou, Bakaribougou, TSF, Zone Industrielle, Bougouba et N' Gomi [12]. Elle couvre une superficie de 16,81km<sup>2</sup>.

Elle est limitée à l'Est par le marigot de Korofina, à l'Ouest par le Boulevard du peuple passant devant l'IOTA, traversant le grand marché jusqu'au pont des martyrs, au Nord par la colline du Point G et au Sud par le fleuve Niger.

Elle avait une population de 166449 habitants en 2011, soit une densité de 9902 habitants/km<sup>2</sup> [12].

Elle possède 6 CSCOM fonctionnels qui sont : ASACOHI, ASACOME, BENKADY, BONIABA, ABOSAC, ASACOGO.

Les structures étatiques sont : le CSRéf, la PMI de Niaréla, l'INRSP, l'INPS l'UMPP, le CMIE II, et le CNTS. En plus de cela il ya 24 cabinets médicaux officiels, 13 cliniques médicales, 2 cabinets de soins ,4 cabinets dentaires ; cabinets médicaux chinois, 26 pharmacies privées. A côté de ces structures

modernes, il existe des associations de tradi-thérapeutes qui sont :Kénéya Yiriwaton, Ton de pena (dogon), Association jamajigi.

## 2– Type et période d'étude

Il s'agit d'une étude prospective transversale, descriptive et analytique allant du 1<sup>er</sup> Février au 30 Avril 2013 soit une période de trois mois.

## 3-Population d'étude :

Notre étude a porté sur les hommes dont l'âge était compris entre 14 et 99 ans, mariés ou non, résidant en commune II du district de Bamako.

## 4-Echantillonnage

Nous avons réalisé un échantillonnage aléatoire simple.

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

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

-Niveau de confiance : 99.99% ce qui correspond à  $z=1.96$

-Précision  $i = d = 0.05$

-Prévalence attendue dans la population :  $P= 36\%$

- DE = Effet de grappe= 1

- $n$ =Taille de l'échantillon.

$z=1.96$

$d= i=0.05$

$p=0.36$

$q= 1-p=0.64$

$DE=1$

Donc, n : la taille de notre échantillon est :

$$n = \frac{Z^2 p q}{i^2} = \frac{(1.96)^2 (0.36) (0.64)}{(0.05)^2} = 354$$

N= Taille de la population des hommes entre 14 et 99 ans : 52345 [6]

**b-Critères d'inclusion :**

Sont inclus dans notre étude, les hommes résidant en commune II du District de Bamako dont l'âge est compris entre 14 et 99ans, qui ont accepté de participer à l'étude.

**c-Critères de non inclusion :**

Ne sont pas inclus dans notre étude les hommes :

- qui résident en commune II du District de Bamako dont l'âge est compris entre 14 et 99 ans qui ont refusé de participer à l'étude ;
- ne résidant pas en commune II du District de Bamako ;
- dont l'âge est inférieur à 14 ans ou supérieur à 99ans.

**5 Les variables de l'étude sont :**

- L'âge
- Ethnie
- Réligion
- Fréquentation scolaire
- Profession
- Régime et statut matrimonial
- Connaissance des hommes sur la PF
- Attitude des hommes vis-à-vis de la PF
- La pratique de la PF par les hommes

**6-Support des données :**

Les supports utilisés étaient les fiches d'enquête individuelle.

### **7-TECHNIQUE DE COLLECTE DES DONNEES :**

La collecte des données a été réalisée par interview individuelles.

### **8-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. La différence est significative si  $P < 0,05$ .

### **9-Considérations éthiques**

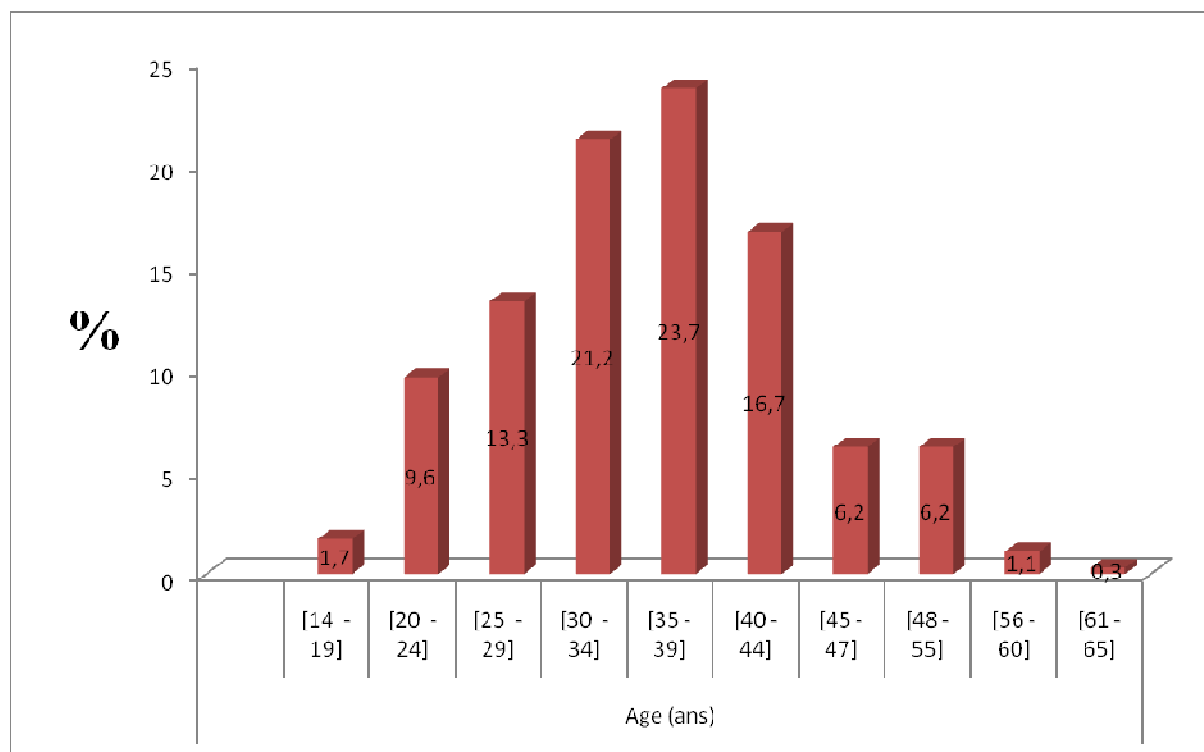
Dans notre étude, nous avons pris soin d'expliquer clairement aux hommes les motivations et les objectifs de l'étude, Le consentement a d'abord été obtenu avant l'adhésion à l'étude. Aucune personne ne sera citée par son nom dans cette étude, garant du secret médical. Les résultats obtenus seront mis à la disposition de tous les intervenants pour l'amélioration de la prévalence contraceptive.

# RESULTATS

## V RESULTATS

Au cours de notre étude de 3 mois nous avons recensé 354 hommes

### 1. Caractéristiques sociodémographiques culturelles religieuses, et économiques



**Graphique 1** : répartition de l'échantillon selon l'âge

La tranche d'âge **35 à 39** ans était la plus représentée soit 23,7%, l'âge moyen est de 39,2 avec des extrêmes de 14 à 65 ans.

**Tableau 1** : répartition des hommes selon l'ethnie

Ethnie	Effectif	Fréquence (%)
<b>Bambara</b>	<b>158</b>	<b>44,6</b>
Malinké	54	15,3
Peulh	51	14,4
Soninké	28	7,9
Sonrhäï	20	5,6
Dogon	16	4,5
Autres	27	7,6
Total	354	100,0

Le bambara était l'ethnie la plus représentée avec 44,6%

**Tableau 2** : répartition des hommes selon la religion pratiquée

Religion	Effectif	Fréquence (%)
<b>Musulmane</b>	<b>328</b>	<b>92,7</b>
Catholique	18	5,1
Protestante	8	2,3
Total	354	100,0

La religion musulmane était la plus représentée avec 92,7%



**Tableau 3** : répartition des hommes selon leurs scolarisations

scolarisation	Effectif	Fréquence(%)
<b>Oui</b>	<b>248</b>	<b>70,1</b>
Non	106	29,9
Total	354	100,0

Les hommes scolarisés étaient les plus représentés avec 70 ,1%

**Tableau 4**: répartition des hommes selon le type d'école fréquentée

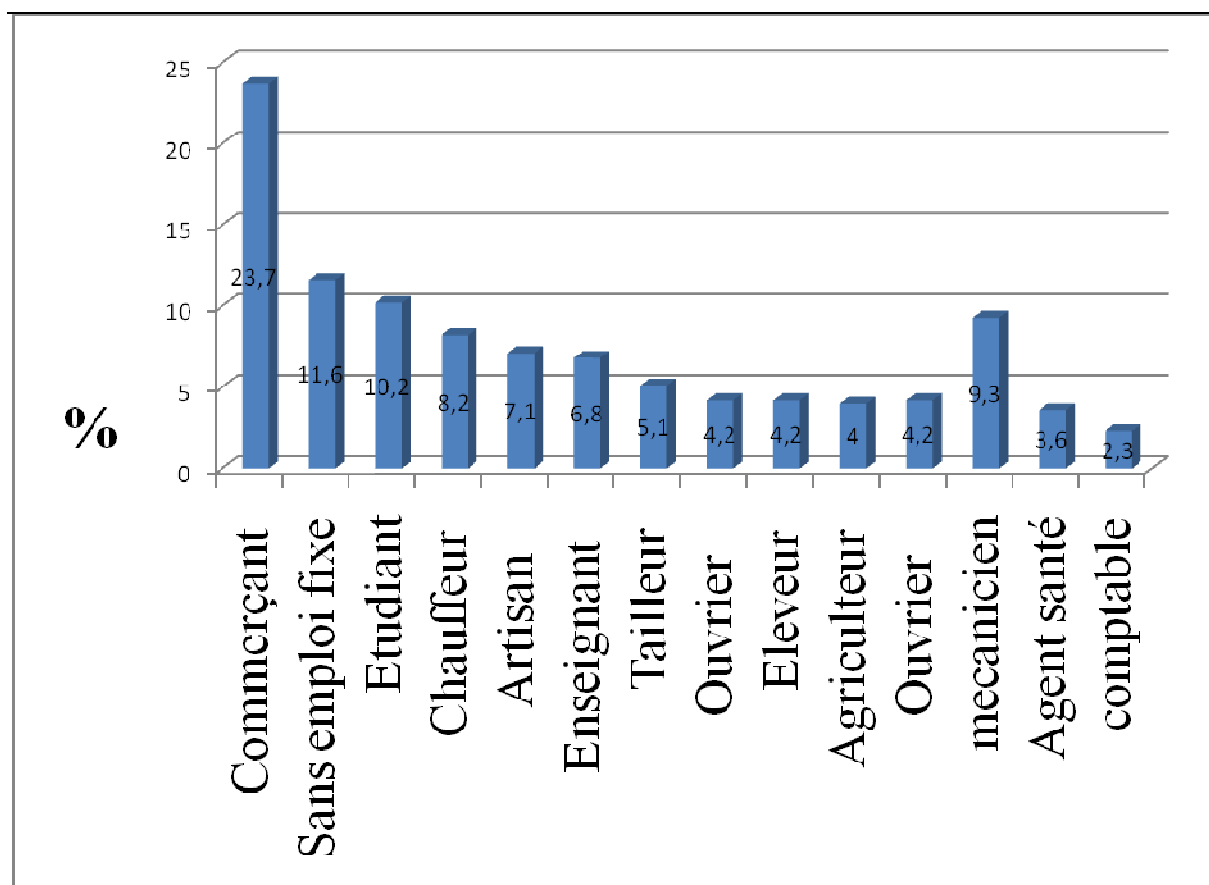
l'école Fréquente	Effectif	Fréquence (%)
Classique (française)	202	81,4
<b>Medersa (franco arabe)</b>	<b>21</b>	<b>8,5</b>
Coranique (arabe)	25	10,1
Total	248	100,0

L'école classique était la plus fréquentée avec 81,4%

**Tableau 5** : répartition des hommes selon leur niveau d'étude

Niveau d'étude	Effectif	Fréquence(%)
<b>1<sup>er</sup> Cycle fondamental</b>	<b>79</b>	<b>31,9</b>
Seconde Cycle fondamental	70	28,2
Secondaire	68	27,4
Supérieur	31	12,5
Total	248	<b>100,0</b>

Les hommes ayant un niveau du 1<sup>er</sup> cycle étaient les plus représentés avec une fréquence de 31,9%.



**Graphique 2 :** répartition des hommes selon leur profession

Les commerçants étaient les plus représentés avec 23,7%.

**Tableau 4:** répartition des hommes selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Fréquence (%)
<b>Marié monogame</b>	<b>181</b>	<b>51,1</b>
Marié polygame	82	23,2
Célibataire	91	25,7
Total	354	100,0

Les hommes mariés monogames étaient les plus représentés avec 51,1%

**Tableau 6 :** répartition des hommes selon le nombre d'enfants vivants

Nombre d'enfant vivant	Effectif	Fréquence (%)
0	71	20,1
<b>1 - 3</b>	<b>157</b>	<b>44,4</b>
4 - 6	84	23,7
7- 9	40	11,3
Supérieur à 9	2	0,6
Total	354	100,0

Les hommes qui avaient un nombre d'enfant vivant de **1 - 3** étaient les plus représentés avec 44,4%

**Tableau 6 :** répartition des hommes selon l'intervalle intergénéral entre les enfants

Intervalle intergénéral	Effectif	Fréquence (%)
≤12mois	28	11,1
<b>13 -24mois</b>	<b>155</b>	<b>61,5</b>
3- 4ans	69	27,4
Total	252	100,0

L'intervalle intergénéral compris entre 13 - 24 mois était le plus représenté avec **61, 5%**.

**Tableau 7 :** répartition des hommes selon le nombre d'enfant souhaité.

Nombre d'enfants souhaité	Effectif	Fréquence (%)
1 à 3 enfants	19	5,4
4 à 6 enfants	77	21,8
7 à 9 enfants	58	16,4
10 -12 enfants	88	24,9
<b>Plus de 12 enfants</b>	<b>112</b>	<b>31,6</b>
Total	354	100,0

Les hommes qui veulent avoir plus de 12 enfants étaient les plus représentés avec 31,6%.

## 2. Niveau de connaissances des hommes sur la P F

**Tableau 8 :** répartition des hommes selon leur connaissance sur la planification

Hommes connaissant la PF	Effectif	Fréquence (%)
<b>Oui</b>	<b>354</b>	<b>100,0</b>
Non	0	0
Total	354	100

Tous les hommes avaient déjà entendu parler de la planification familiale soit 100%.

**Tableau 9:** répartition des hommes selon leurs connaissances sur le but de la contraception.

But	Effectif	Fréquence (%)
<b>Espacer les naissances</b>	<b>293</b>	<b>82,8</b>
Eviter les grossesses indésirées	44	12,4
Arrêter la procréation	8	2,3
Limiter les naissances	3	0,8
Lutter contre les IST	2	0,6
bien organiser la famille	3	0,8
Distraire la population	1	0,3
Total	354	100,0

L'espacement des naissances était le but de la P.F le plus cité avec 82,8%

**Tableau 10** : répartition des hommes selon leur connaissance par rapport aux moyens de la contraception

Moyens contraceptifs	Effectif	Fréquence (%)
Une méthode	96	27,1
<b>Deux méthodes</b>	<b>136</b>	<b>38,4</b>
plus de deux	122	34,4
Total	354	100,0

Dans notre étude, les hommes qui connaissaient deux moyens de contraception étaient les plus représentés avec 38,4%.

**Tableau 11** : répartition des hommes selon leur source d'information sur la P F

Source d'information	Effectif	Fréquence (%)
Radio	103	29,1
Télévision	32	9,0
L'internet	1	0,3
A l'école par les enseignants	14	4,0
<b>La radio et la télévision</b>	<b>157</b>	<b>44,4</b>
Les amis	11	3,1
Les femmes	12	3,4
Les agents de santé	21	5,9
Les journaux	3	0,8
Total	354	100,0

La radio et la télévision étaient les sources d'informations les plus représentées avec 44,4%

### 3. Attitudes des hommes sur la PF

**Tableau 12:** répartition des hommes selon leur position par rapport à la Pratique de la planification familiale

Homme	Effectif	Fréquence (%)
<b>Favorable</b>	<b>295</b>	<b>83,3</b>
Non favorable	59	16,7
Total	354	100,0

Les hommes favorables à la pratique de la planification familiale étaient les plus représentés avec 83,3%

**TABLEAU 13 :** répartition des hommes selon les raisons évoquées pour leur adhésion à la P F

Raisons de l'adhésion	Effectif	Fréquence(%)
<b>la santé de la mère et des enfants</b>	<b>183</b>	<b>62</b>
la santé de l'enfant	13	4,4
Raison économique	58	19,6
Eviter les grossesses indésirées	18	6,1
Espacer les naissances	23	7,7
Total	295	100,0

La santé de la mère et des enfants était les raisons les plus évoquées avec 62%.



**Tableau 14 : répartition des hommes qui ne sont pas favorable à la PF selon leur raison de refus.**

Raison de refus	effectif	Fréquence (%)
<b>Pas bonne pour la sante de la mère</b>	<b>27</b>	<b>45,8</b>
Trop d'effets secondaires	7	11,9
Raison religieuse	21	35,6
Favorise le Vagabondage sexuel	1	1,7
L'influence de l'occident	3	5,1
Total	59	100,0

Les hommes affirmant que la PF n'était pas bonne pour la santé de la mère étaient plus représentés avec 45,8%.

**Tableau 15 : répartition des hommes selon qu'ils aient de communication sur la PF avec leurs partenaires**

Homme ayant discuté de PF	Effectif	Fréquence(%)
<b>Oui</b>	<b>232</b>	<b>65,5</b>
Non	122	34,5
Total	354	100,0

Les hommes ayant discuté de la PF avec leurs partenaires étaient les plus représentés avec 65,5%.

**Tableau 16 : répartition** des hommes selon la fréquentation de la structure de santé en accompagnant leurs partenaires pour la P F

fréquentation de la structure de santé	Effectif	Fréquence (%)
Oui	112	31,6
<b>Non</b>	<b>242</b>	<b>68,4</b>
Total	354	100,0

Les hommes qui n'ont jamais accompagné leurs partenaires au centre de santé pour la PF étaient les plus représentés avec 68,4%

**Tableau 17:** répartition des hommes selon **leur participation** au choix de la méthode de PF

Participation au choix des méthodes	Effectif	Fréquence (%)
Oui	101	28,5
<b>Non</b>	<b>253</b>	<b>71,5</b>
Total	354	100,0

Les hommes n'ayant pas participé au choix des méthodes de PF étaient les plus représentés avec 71,5%.

**Tableau 18** : répartition des hommes selon la prise de décision par rapport à la P F

décision de la PF	Effectif	Fréquence(%)
L'homme	141	39,8
La femme	20	5,6
<b>Les deux</b>	<b>193</b>	<b>54,5</b>
Total	354	100,0

La décision prise par les deux partenaires pour faire la planification familiale était la plus représentée avec 54,5%.

**Tableau 19**: répartition des hommes selon les raisons de leur participation à la prise de décision de PF

Les raisons	effectif	Fréquence(%)
<b>1<sup>er</sup> responsable de la famille</b>	<b>318</b>	<b>94,1</b>
Pour le bien être de la famille	8	2,4
Rassure la femme	4	1,2
Raisons économiques	8	2,4
Total	338	100,0

La raison la plus avancée pour la participation des hommes à la décision de PF était que l'homme représente le 1<sup>er</sup> responsable de la famille avec 94,1% des cas.

**Tableau 20** : répartition des hommes selon leurs avis sur la promotion de la PF

Les hommes favorables à la promotion de la P F	Effectif	Fréquence(%)
<b>Favorable</b>	<b>298</b>	<b>84,2</b>
Non favorable	53	15,0
Indifférent	3	0,8
Total	354	100,0

Les hommes favorables à la promotion de la PF étaient les plus représentés avec 84,2%.

**Tableau 21 : relation entre l'âge des hommes et leur Implication dans la**

Age (ans)	Implication des hommes dans la planification familiale					
	Oui		non		indifférent	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
[14 - 19]	3	50,0	1	16,7	2	33,3
[20 - 24]	29	85,3	5	14,7	0	0,0
[25 - 29]	40	85,1	7	14,9	0	0,0
[30 - 34]	63	84,0	11	14,7	1	1,3
[35 - 39]	75	89,3	9	10,7	0	0,0
[40 - 44]	49	83,1	10	16,9	0	0,0
[45 - 47]	19	86,4	3	13,6	0	0,0
[48 - 55]	15	68,	7	31,8	0	0,0
[56 - 60]	4	100,0	0	0,0	0	0,0
[ 61- 99]	1	100,0	0	0,0	0	0,0
Total	298	84,2	53	15,0	3	0,8

planification familiale

Probabilité exacte de Fisher=0,56

Dans notre étude il ressort que quelque soit la catégorie d'âge, l'implication des hommes en matière de P.F est identique avec P=0,56.

**Tableau 22** : relation entre la religion des hommes et leur volonté d'être impliqués dans la promotion de la PF

L'implication des hommes dans la pf	Région			Total
	Musulman	Catholique	Protestant	
	Effectif	Effectif	Effectif	
Favorable	273	17	8	298
Non favorable	52	1	0	53
Indifférent	3	0	0	3
Total	328	18	8	354

Probabilité exacte de Fisher = 0,084

La volonté d'être l'impliqué dans la promotion de la PF n'est pas influencée par la pratique religieuse avec une probabilité = 0,084

**Tableau 23** : relation entre le statut/ régime matrimonial des hommes et leur implication dans la promotion de la PF.

Implication des hommes dans la PF	Statut et régime matrimonial			Total
	Monogamie	Polygamie	Célibataire	
	Effectif	Effectif	Effectif	
Favorable	155	67	76	298
Non favorable	25	15	13	53
Indifférent	1	0	2	3
Total	181	82	91	354

Probabilité exacte de Fisher = 0,42

L'implication dans la promotion de la PF n'est pas influencée par le statut/ régime matrimonial avec une probabilité = 0,42.

#### 4- Utilisation de moyen de contraception

**Tableau 24:** répartition des hommes utilisant des méthodes contraceptives

Utilisation des méthodes de contraception	Effectif	Fréquence(%)
<b>Utilisé</b>	<b>259</b>	<b>73,2</b>
Non utilisé	95	26,8
Total	354	100,0

Les hommes ayant déjà utilisé un moyen de contraception étaient les plus représentés avec 73,2%.

**Tableau 25** : répartition des hommes ayant déjà utilisé une méthode contraceptive selon leur raison.

Raisons d'utilisation	Effectif	Fréquence (%)
<b>Santé de la mère</b>	<b>64</b>	<b>24,7</b>
Santé de l'enfant	18	6,9
Protection contre les IST	28	10,8
Raison économique	48	18,5
Assez d'enfant	3	1,2
Espacement de naissances	50	19,3
Eviter les grossesses indésirées	48	18,5
Total	259	100,0

La santé de la mère était la raison d'utilisation des moyens de contraception la plus représentée avec 24,7%.



**Tableau 26** : répartition des hommes selon les méthodes de contraception utilisées avec leur partenaire

Moyens utilisés	Effectif	Fréquence (%)
<b>Condom</b>	<b>84</b>	<b>32,4</b>
Pilule	42	16,2
DIU	12	4,6
Implant	62	23,9
Injectable	49	18,9
Méthode naturelle	5	1,9
Méthode traditionnelle	5	1,9
Total	259	100,0

Le condom (préservatif) était le plus utilisé avec 32,4%

Tableau 27 : relation entre l'âge et la pratique de la planification familiale

Age (ans)	Utilisation des contraceptions		Total
	Oui	non	
	Effectif	Effectif	
14 - 19	4	2	6
20 - 24	27	7	34
25 -29	36	11	47
30 - 34	56	19	75
<b>35 - 39</b>	<b>66</b>	<b>18</b>	<b>84</b>
40 - 44	40	19	59
45 - 47	14	8	22
48 -55	13	9	22
56 -60	3	1	4
60-99	0	1	1
Total	259	95	354

Probabilité exacte de Fisher= 0,044

La pratique de la planification familiale par les hommes était influencée par l'âge avec  $p=0,044$ . La tranche d'âge 35 – 39 ans est la plus grande utilisatrice de la contraception.

**Tableau 28** : relation entre l'âge des enquêtés et la méthode de planification familiale utilisée

Age(en année)	14 19	20 24	25 29	30 35	35 39	40 44	45 47	48 55	56 60	Total
méthode de PF utilisé	eff	eff	eff	eff	eff	eff	eff	eff	eff	eff
Condom	3	23	12	15	17	9	2	2	1	84
Pilule	0	2	8	8	10	8	1	5	0	42
Diu	0	0	1	4	5	0	2	0	0	12
Implant	1	1	8	14	18	12	5	3	0	62
Injectable	0	1	7	11	15	11	2	2	0	49
Méthodes naturelles	0	0	0	2	1	0	1	0	1	5
Méthodes traditionnell es	0	0	0	2	0	0	1	1	1	5
Totaux	4	27	36	56	66	40	14	13	3	259

Chi2=106,418 ddl =48 p =0,000

Le choix de la méthode de planification familiale par les hommes était influencé par l'âge avec P= 0.000

**Tableau 30:** relation entre la profession et la pratique de la planification familiale

Profession	utilisation de la contraception	
	Oui	Non
	Effectif	Effectif
Eleveur	13	2
Agriculteur	10	4
Agent de santé	12	1
Artisan	19	6
Commerçant	53	31
Chauffeur	22	7
Etudiant	28	8
Sans emploi	27	14
Ouvrier	14	0
Mécanicien	21	12
Comptable	7	1
Tailleur	16	2
Enseignant	17	7
Total	259	95

Probabilité exacte de Fisher= 0,774

La pratique de la planification familiale par les hommes n'était pas influencée par leur profession P = 0,774

**Tableau 31** : répartition des patients selon leur lieu d'approvisionnement des méthodes contraceptives

Lieu approvisionnement	Effectifs	Fréquence (%)
CSCOM	97	37,5
Pharmacie	53	20,5
Hôpital	4	1,5
CSREF	64	24,7
Clinique	26	10,0
AMPPF	1	0,4
Boutique	4	1,5
Au village	5	1,9
Méthodes naturelles	5	1,9
Total	259	100,0

Selon les hommes les CSCOM étaient le lieu d'approvisionnement le plus représenté avec 37,5%

**Tableau 32** : répartition des hommes selon la prise de décision pour le choix de la méthode contraceptive

Prise de décision pour le choix de PF	Effectif	Fréquence (%)
Homme	110	42,5
Femme	20	7,7
Les deux partenaires	129	49,8
Total	259	100,0

La méthode de la PF avait été choisie par les deux partenaires dans 49,8% des cas.

**Tableau 33**: répartition des hommes selon la prise en charge des frais de la PF

Frais de la PF	Effectif	Fréquence (%)
<b>Hommes</b>	<b>236</b>	<b>93,3</b>
Femmes	6	2,4
Les deux partenaires	11	4,3
Total	253	100

Les frais de PF étaient assurés par les hommes dans 93,3% des cas.

**Tableau 34:**répartition des hommes selon la décision d'abandon de la contraception

Décision de l'arrêt de contraception	Effectif	Fréquence
Hommes	83	32,0
Femmes	34	13,1
<b>Les deux partenaires</b>	<b>142</b>	<b>54,8</b>
Total	259	100,0

L'abandon de la contraception avait été décidé par les deux partenaires dans 54,8% des cas.

**Tableau 35:**répartition des hommes selon leur réaction suite à l'utilisation de la contraception par la partenaire à leur insue.

Réaction des hommes	Effectif	Fréquence (%)
Approuvée	100	28,2
<b>Désapprouvée</b>	<b>235</b>	<b>66,4</b>
Indifférent	19	5,4
Total	354	100,0

Les hommes qui désapprouvent l'utilisation de la contraception par leur femme à leur insue étaient les plus représentés avec 66,4%.

**Tableau 36** : répartition des hommes selon leur connaissance des lois sur la santé de la reproduction au Mali.

Loi sur la santé de la reproduction	Effectifs	Fréquence (%)
Informé	18	5,1
<b>Non informé</b>	<b>336</b>	<b>94,9</b>
Total	354	100,0

Dans 94,9% des cas, les hommes n'étaient pas informés sur la loi sur la santé de la reproduction au Mali

**La loi N° 02-044 relative à la santé de la reproduction dite loi Lahaou Touré, adoptée le 24 juin 2002**(Article 3 : Les hommes et les femmes ont le droit égal de liberté, de responsabilité, d'être informés et d'utiliser la méthode de planification ou de régulation des naissances de leur choix, qui ne sont pas contraires à la loi).

**Tableau 37** : relation entre la pratique de la P F et la religion

Utilisation de PF	Religion		
	Musulmane	Catholique	Protestante
	Effectif	Effectif	Effectif
Oui	238	13	8
Non	90	5	0
Total	328	18	8

Probabilité exacte de Fisher =0,17

L'utilisation de la P F n'est pas influencée par la pratique religieuse avec une probabilité de 0,17



**Tableau 38 : relation** entre la pratique de la PF et la scolarisation

Utilisation de la PF	Scolarisation			
	Scolarisé		Non scolarisé	
	Effectif	%	Effectif	%
Oui	188	75,8	71	67
Non	60	24,2	35	33
Total	248	100	106	100

$$\text{Khi2} = 2,946 \quad \text{ddl} = 1 \quad \text{p} = 0,086$$

L'utilisation de la P F n'est pas influencée par la fréquentation scolaire avec  $\text{p} = 0,086$

**Tableau 39:relation entre** la pratique de la PF et le niveau d'instruction

Utilisatio n	niveau d'instruction			
	1 <sup>2</sup> cycle	seconde cycle	Secondaire	Supérieur
	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif
Oui	58	49	56	25
Non	21	19	14	6
Total	79	68	70	31

$$\text{Khi2} = 1,833 \quad \text{ddl} = 3 \quad \text{p} = 0,608$$

L'utilisation de la P F n'est pas influencée par le niveau d'instruction avec probabilité = 0,608

**Tableau 40 : relation entre les méthodes contraceptives et le statut matrimonial**

Moyens utilisés de la PF	Statut et Régime matrimonial			total
	Monogamie	Polygamie	Célibataire	
	Effectif	Effectif	Effectif	
	if			
Condom	29	8	47	84
Pullile	19	16	7	42
DIU	6	4	2	12
Implant	45	13	4	62
Injectable	27	13	9	49
Méthode naturelle	4	0	1	5
Méthode traditionnelle	3	2	0	5
Total	133	56	70	259

Probabilité exacte de Fisher 0,68

Le choix d'un moyen de la contraception n'est pas influencé par le statut et le régime matrimonial,  $p=0,68$

# COMMENTAIRES ET DISCUSSION

## VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

Notre étude s'est déroulée du 1er Février au 30 Avril 2013 sur les connaissances, les attitudes et les pratiques des hommes en rapport avec la planification familiale en commune II du district de Bamako.

-La difficulté rencontrée pendant l'enquête a été : le refus de certains hommes à répondre aux questionnaires.

### I. Caractéristiques sociodémographiques culturelles, religieuses et économiques des hommes

#### 1. Age

La tranche d'âge [35-39ans] était la plus représentée. Les extrêmes d'âge étaient de 14ans et de 65 ans.

L'âge moyen était de **39,2ans**. Ce résultat est comparable à ceux de Tounkara M. [29] réalisé à Kalabancoro en 2008 et Maïga et coll. [18] au Mali en 2007 qui avaient tous obtenu 37,6 ans d'âge moyen des hommes enquêtés.

Ce résultat témoigne de la forte jeunesse de la population masculine malienne. Les musulmans étaient les plus représentés avec 92,7%.

L'intervalle intergénéral de leurs enfants était compris entre 13 - 24 mois dans **61,5% des cas**, ce taux témoignant d'une faible utilisation des moyens de P F de longue durée car les hommes veulent avoir plus d'enfants.

#### 2/Le niveau d'instruction :

Dans notre étude, 70,1% des hommes étaient alphabétisés, ce résultat est comparable à celui de Tounkara M. avec 70,9% [27].

L'école classique était la plus représentée avec 81,4%. Ce résultat est supérieur à celui de Tounkara M. [27] qui avait trouvé 66,5%.

Le niveau primaire de l'enseignement fondamental et le second Cycle fondamental étaient les plus représentés avec respectivement 31,9% et 28,2%.

### **3/La situation matrimoniale:**

Dans notre étude, nous avons dénombré 263 hommes mariés sur 354 hommes enquêtés soit 74,3%. Ce résultat est supérieur à celui de Tounkara M. [27] qui avait trouvé 67,7%. Ceci trouve son explication par le fait que le mariage dans notre société a son importance.

#### **II) Le niveau de connaissance des hommes sur la PF**

Sur l'ensemble des 354 hommes enquêtés dans la commune II du district de Bamako, 100% des hommes affirmaient avoir entendu parler de la PF, ce résultat est supérieur à celui de Tounkara M. [27] qui avait trouvé 87,9%.

Dans notre étude 82,8 % des hommes ont évoqué l'espacement des naissances comme but d'utilisation de la PF. Ce résultat est supérieur à celui de Maiga et coll. Avec 70,3% [21]. Ceci s'explique par le renforcement des campagnes de sensibilisation à travers la radio et la télévision ; ce qui signifie que la majorité des hommes enquêtés connaissaient le but principal de la PF consigné dans les documents de politiques, normes et procédures des services en santé de la reproduction au Mali.

Dans notre étude, les hommes qui connaissent au moins deux moyens de contraception étaient les plus représentés avec 38,4%.

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

Les résultats similaires sont rapportés par l'EDS IV Mali [8] qui avait trouvé que 93,6% des hommes connaissent au moins une méthode de contraception. Cela s'explique par le renforcement des campagnes de sensibilisation à travers la radio et la télévision.

Les méthodes les plus connues par les hommes de la commune II sont les pilules (66,7%), les préservatifs (60,5%) et les injectables (30,8%). Ces résultats

sont comparables à ceux de l'EDS IV Mali qui avait trouvé respectivement 77,1% ; 91,5% ; 75,2% de cas de pilules, de préservatifs et d'injectables.

La meilleure connaissance de ces trois méthodes par rapport aux autres pourrait s'expliquer par les vastes campagnes de médiatisation au cours de ces dernières années.

Dans notre étude, le niveau d'instruction n'avait pas d'influence sur le niveau de connaissance en matière de PF.

La religion et le statut matrimonial n'influençaient pas sur la connaissance de la PF.

### **III/Attitude des hommes vis-à-vis de la P F:**

Dans notre étude, 84,2% des hommes étaient favorables à la promotion de la planification familiale.

Dans 83,3% des cas de notre étude, les hommes étaient favorables à la pratique de la planification familiale dont 65% avaient déjà discuté avec leurs partenaires sur la pratique de la P F.

Parmi ces hommes, 31,4% avaient accompagné leurs partenaires au centre de santé pour la PF dont 28,5 % des hommes avaient participé au choix de la méthode.

Parmi les raisons de l'implication des hommes à la PF, nous avons trouvé que 67,2% étaient pour le bien être de la famille et 15,8% pour réduire les dépenses familiales. Ces résultats diffèrent de ceux de Tounkara M.[27] qui avait trouvé comme motif d'implication des hommes à la PF : bien-être de la famille 35,1%, responsables de la famille 26% et 8,5% comme moyen permettant de réduire les dépenses.

Dans notre étude, la prise de décision de la PF par les femmes seules était désapprouvée par les hommes dans 66,4% des cas.

---

Dans 94,9 % des cas, les hommes affirment ne pas être au courant que la femme pouvait se planifier sans leur accord car pour eux c'est l'homme qui est le premier responsable de la famille.

Dans la plupart des cas (83,3 %), les hommes désapprouvaient tout règlement qui autorise la femme à se planifier sans l'accord de son mari. Ceci est contraire à la lettre adressée aux responsables politiques, administratifs et sanitaires, stipulant que l'accès à une méthode contraceptive reste libre pour toute femme en âge de procréer qui le désire ou qui la nécessite.

Dans 94,4% des cas, les hommes pensaient que la décision finale revenait à l'homme. Cette attitude est contraire aux politiques, normes et procédures en matière de santé de la reproduction, qui stipulent que toute personne est libre de choisir, voire accéder aux services de PF.

Notre étude montre que l'attitude des hommes vis-à-vis de la PF, n'est pas influencée par la pratique religieuse ( $p = 0,084$ ).

#### **IV. Utilisation des Moyens de Contraception par les hommes :**

Par rapport à l'utilisation de moyen de contraception, notre étude a révélé que sur les 354 hommes enquêtés, 73,2% ont affirmé avoir utilisé une méthode avec leur partenaire. Ce résultat est supérieur à celui de Tounkara M. qui avait trouvé 30,6% d'utilisation de contraception. Cela peut s'expliquer par les efforts fournis par les services techniques de l'état, les ONG et les partenaires.

Le condom a été la méthode la plus utilisée par les hommes 32,4%.

Ce résultat est légèrement supérieur à celui de Tounkara M. qui avait trouvé 27,1%. Cela s'expliquerait par les vastes campagnes de médiatisation dans le cadre de la lutte contre les IST/SIDA au cours de ces dernières années.

# CONCLUSION



## VII-CONCLUSION :

Au Mali l'amélioration de la qualité de la vie passe par la satisfaction des besoins croissants dans plusieurs secteurs de la vie : l'éducation, l'économie, l'environnement et la santé. Les hommes jouent un rôle capital dans la prise de décision concernant la santé du couple et de la famille, leur implication effective dans la SR plus particulièrement dans la PF contribuera énormément à l'amélioration de la santé des Maliennes et des Maliens.

Tous les hommes enquêtés déclaraient avoir entendu parler de la planification familiale donc avaient une certaine connaissance sur les méthodes de contraception.

Dans 83,3 % cas les hommes approuvaient l'utilisation des méthodes de contraception et voudraient s'impliquer dans la promotion de la Planification familiale.

Dans notre étude les hommes ayant déjà une expérience contraceptive représentaient 73,2%.

La pratique de la planification familiale était influencée par l'âge la tranche d'âge qui utilisait le plus était celle de 35-39 ans ( $p = 0,0044$ ).

Ailleurs ni la religion, la profession, le niveau de scolarisation n'influençaient pas sur la pratique de la PF.

Ainsi il est primordial de continuer à informer et sensibiliser les hommes pour une croissance du taux de la PF

# RECOMMANDATIONS

## **VIII Recommandations**

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

### **1/ A l' endroit du personnel de santé :**

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

### **2/ A l' endroit de la communauté :**

- ❖ Promouvoir la communication au sein du couple.
- ❖ Encourager les débats sur la contraception.
- ❖ Participer aux séances d'I.E.C sur la contraception.

### **3/ A l' endroit des autorités sanitaires :**

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

### **4/ A l' endroit des autorités politiques :**

- ❖ Formuler une politique prenant en compte l'implication du couple en matière de PF.
- ❖ Introduire la PF dans les curricula de formation de base.
- ❖ Utiliser des stratégies appropriées pour améliorer l'utilisation des méthodes contraceptives.

# REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

### **1-ANDERSSON K., ODLIND V., RYBO G.**

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

### **2- BARNEA ER.**

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

### **3- BLACK A., FLEMING N., PYMAR H., BROWN T., SMITH T.**

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

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

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

### **5-Dembélé E., Keita O. et coll**

Planification familiale au Mali ; EDS IV, 2006 : 63-80

### **6-Direction Régionale de la Statistique**

Démographie de Bamako, 2011 : 64

### **7- DUNN S., GUILBERT E.**

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

### **8-Dembélé M., Kébé M., Coulibaly L., et coll**

Planification familiale au Mali EDS I au Mali 1987.

### **9- Family Health International**

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

### **10-FORTIN C.A., GUILBERT E.**

Consensus canadien sur la contraception : troisième partie, Avril 2004, 10, N° 143.

**11- FRANCOEUR D., HANVEY L., MILLER R., PYMAR H.** Consensus Canadien sur la contraception : troisième partie, Avril 2003, 8, N°143.

**12-Gaoussou L., Dandy S., Mamadou F., Gaoussou T et coll.**

Etude monographique de la commune II ,2007 : 37 -82.

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

Contraceptive technology 17<sup>e</sup> edition New York, Ardent Media Inc. 1998:  
297.

**14- HENRI T., GUILLAUME M., PABRICE P.**

Gynécologie et Obstétrique, la fécondation ; Manuel Illustre, 7<sup>ème</sup> Edition 2000 :  
33 – 35

**15-Islam et la planification familiale,**

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

**16-JEAN CLAUDE L.**

Pour une Ethique de la procréation ; Paris, édition du Cerf 1998 ; 2 :31

**17- KAUNITZ AM., GARCEAU RJ., CROMIE MA.**

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

**18- Keita B ., Dolo S., Cisse S., Gandaho T, et coll** Guide pour l'Engagement  
Constructif des Hommes en Santé de la Reproduction 2008 :4- 10

**19- LAROUSSE MEDICAL 1995**

**20- LALITKUMAR P., SENGUPTA J., DHAWAN L., SHARMA D., LASLEY  
B.,OVERSTREET J. et coll.**

Anti-nidatory effect of vaginally administered fumagillin in the rhesus monkey,  
Contraception,2000, 62: 155.

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

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

**22- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE**

Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive use, 2<sup>e</sup> édition Genève, 2001.

**23-PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE DU MALI.**

Lettre Circulaire n°004/MSP-AS/CAB du 25 janvier 1991, relative au libre accès de toute femme en âge de procréer à une méthode contraceptive.

**24- SMALLWOOD G., MEADOR M., LENIHAN J., SHANGOLD G., FISHER A. et col.**

Efficacy and safety of a transdermal contraceptive system. *Obst et Gynecology*, 2001, 98: 799-805.

**25- .Système Local d'Information Sanitaire Ministère de la Santé**

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

**26-SERFATY D.**

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

**27- Tounkara M.**

Connaissances, attitudes, pratiques des hommes par rapport aux méthodes modernes de contraception dans la commune rurale de Kalabancoro. **These Med. 2008 N° 854**

**28- TRUSSELL J., RODRIGUEZ G., ELLERTSON C.**

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

**29- T. ROWE**, Consensus canadien sur la contraception : troisième partie, avril 2004, 12 N° 143,

**30- [WWW.fpconférence 2009.org /media](http://WWW.fpconférence2009.org/media)**

Campagne nationale en faveur de la planification familiale au Mali.

# ANNEXES



## QUESTIONNAIRE D'ENQUETE

### L'INFLUENCE DES OPINIONS MASCULINES SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE EN COMMUNE II DU DISTRICT DE BAMAKO

Date: \_\_\_\_\_ N° d'identification

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

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

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

- a) 14 à 20 ans                      b) entre 20 à 24 ans  
c) 25 à 29 ans                      d) 30 à 34 ans  
e) 35 à 39 ans                      f) 40 à 44 ans  
g) 45 à 47ans                      h) 48 à 55 ans    i) 56 a 60 ans

j) supérieur à 61 à 99ans

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

- a) Bambara ;                      b) Malinké ;                      c) Peuhl ;                      d) Soninké ;                      e) Sonrhaï ;  
f) Dogon                      g) Tamashek ;                      h) Senoufo/Miniaka ;                      i) Bobo ;                      j) tout couleur ;  
k) Maures ;                      l) Autres ethnies (à préciser) ;.....  
m) Etranger.

3. Religion ?/\_\_\_\_\_/

- a) Musulmane                      b) Catholique  
c) Protestante                      d) Animiste                      e) Autres \_\_\_\_\_

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

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

- a) Classique                      b) Medersa                      c) Coranique /\_\_\_\_\_/                      d) Autres  
\_\_\_\_\_

---

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

a) 1<sup>er</sup> cycle ; b) 2<sup>ème</sup> cycle ; c) Secondaire ; d) Supérieur

f) Autres \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

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

**8. Quelle est votre profession ?** /\_\_\_\_\_/

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

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

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

k) Autre (préciser) \_\_\_\_\_

**9. Etes vous marié** /\_\_\_\_\_/ a) OUI b) NON

**10. Quel est votre régime matrimonial ?** /\_\_\_\_\_/

a) Monogamie ; b) polygamie ; c) Célibataire

**11. Combien d'enfants vivants avez-vous?** Total: /\_\_\_\_\_/ Garçons: /\_\_\_\_\_/

Filles: /\_\_\_\_\_/ imprécis : /\_\_\_\_\_/

**12. Quelle est l'intervalle de temps moyen entre vos naissances ?** /\_\_\_\_\_/

(Intervalle inter gènesique)

a) moins 12 mois b) 12 à 24 mois

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

**13. Quel est votre nombre idéal d'enfant ?** Total: /\_\_\_\_\_/ Garçons: /\_\_\_\_\_/

Filles: /\_\_\_\_\_/

**II. Niveau de connaissance des hommes de la commune II sur la planification familiale**

**1. Avez-vous entendu parler de la planification ?** /\_\_\_\_\_/ a) Oui; b) Non

**2. Si oui, quel est le but ?**

a) Espacement des naissances /\_\_\_\_\_/ d) Limitation des naissances /\_\_\_\_\_/

b) Lutte contre les IST /\_\_\_\_\_/

c) Arrêt de la procréation /\_\_\_/ e) Autre :(préciser)

\_\_\_\_\_

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

- a) Pilule /\_\_\_/ f) DIU (stérilet, ) /\_\_\_/  
b) Injectables /\_\_\_/ g) Implant /\_\_\_/  
c) Diaphragme /\_\_\_/ h) Spermicides /\_\_\_/  
d) Condom (préservatif) /\_\_\_/ i) Stérilisation féminine /\_\_\_/  
e) Stérilisation masculine /\_\_\_/ j) méthodes traditionnelles /\_\_\_\_\_/
- k) Ne sait pas /\_\_\_\_\_/

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

- a) La Radio : Oui /\_\_\_\_\_/ Non /\_\_\_\_\_/
- b) La Télévision : Oui /\_\_\_\_\_/ Non /\_\_\_\_\_/
- c) agent de santé: Oui /\_\_\_\_\_/ Non /\_\_\_\_\_/
- d) L'internet : Oui /\_\_\_\_\_/ Non /\_\_\_\_\_/
- e) Les journaux Oui /\_\_\_\_\_/ Non /\_\_\_\_\_/
- f) l'école par les enseignants Oui /\_\_\_\_\_/ Non /\_\_\_\_\_/
- g) lieu de culte Oui /\_\_\_\_\_/ Non /\_\_\_\_\_/
- h) les amis Oui /\_\_\_\_\_/ Non /\_\_\_\_\_/
- i) les voisins Oui /\_\_\_\_\_/ Non /\_\_\_\_\_/
- j) les femmes Oui /\_\_\_\_\_/ Non /\_\_\_\_\_/
- k) Autres.....

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

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

b) Non

2. Si oui pourquoi .....

3. Si non pourquoi .....

4. Avez-vous déjà discuté de ce sujet avec votre femme ? /\_\_\_/ a) Oui

b) Non

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

a) Oui ;                      b) Non /\_\_\_/

6. Si non pourquoi .....

Non                      7. Avez-vous participé au choix de la méthode ? /\_\_\_/ a) Oui ; b)

8. Selon vous, normalement qui devrait prendre la décision en matière de planification familiale dans le couple ? a) L'homme ;    b) La femme ;                      c)

Les deux /\_\_\_/

9. Pensez-vous qu'il soit souhaitable qu'un homme participe à la décision de pratiquer la planification familiale dans le couple ? /\_\_\_/ a) Oui ; b) Non ; c)

Ne sait pas

10. Si oui pourquoi .....

11. Si non pourquoi ? .....

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

a) Oui ;                      b) Non ;                      c= Indifférent /\_\_\_/

13. Si oui pourquoi ? .....

14. Si non pourquoi ? .....

15. Que proposez-vous pour promouvoir l'implication des hommes dans la P.F ?

-----

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

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

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

- a) Santé de la mère /\_\_\_/ b) Santé des enfants /\_\_\_/  
b) Raisons économiques /\_\_\_/ c) Protection contre les IST /\_\_\_/  
e) A assez d'enfants /\_\_\_/ f) Autre \_\_\_\_\_ (préciser)

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

- a) Condom (capote) /\_\_\_/ b) Stérilisation masculine /\_\_\_/  
c) Stérilisation féminine /\_\_\_/ d) Pilule /\_\_\_/  
e) DIU /\_\_\_/ f) Implant /\_\_\_/  
g) Spermicide /\_\_\_/ h) injectables /\_\_\_/  
i) Diaphragme /\_\_\_/ j) Méthode naturelle /\_\_\_/  
k) Méthode traditionnelle /\_\_\_/ l) Autres .....

4. Si oui où est ce que vous vous procurez des ces méthodes contraceptives ?

- a) C.S.Com /\_\_\_/ b) Pharmacie /\_\_\_/  
c) Hôpital /\_\_\_/ d) C.S.Réf /\_\_\_/  
e) Clinique privée /\_\_\_/ f) AMPPF /\_\_\_/  
g) Boutique /\_\_\_/ h) Pharmacie par terre /\_\_\_/  
i) Autres \_\_\_\_\_

5. Si c'est au centre de santé avez-vous été satisfait de l'accueil ? /\_\_\_/

- a)Oui ; b) Non

6. Avez-vous déjà eu des problèmes d'approvisionnement ? /\_\_\_/ a) Oui ;

b) Non

7. Si non, pourquoi ? .....

8. Selon vous pourquoi les hommes s'opposent à la P.F

a) Raisons religieuses /\_\_\_/

b) Désir d'enfant /\_\_\_/

c) Pas sexuellement actif /\_\_\_/

d) Ne sait pas où trouver /\_\_\_/

e) Non informé /\_\_\_/

f) Effets secondaires /\_\_\_/

g) Ne croit pas à l'efficacité /\_\_\_/

h) La contraception favorise le vagabondage sexuel /\_\_\_/

i) ma conjointe est contre l'espacement des naissances /\_\_\_/

j) ce n'est pas bon pour la santé /\_\_\_/

k) Les méthodes sont difficiles à utiliser /\_\_\_/

l) Les méthodes réduisent le désir sexuel /\_\_\_/

m) les méthodes coûtent cher /\_\_\_/

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

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

p) Autres (à préciser) \_\_\_\_\_

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

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

c) Décision commune d= Autres \_\_\_\_\_

10. Qui a pris en charge les frais de P.F /\_\_\_/ a) Moi ; c) Ma femme ; c)

Les deux ; d) Autres \_\_\_\_\_

11. Qui décide (ou va décider) de l'arrêt de la prise de contraceptif ? /\_\_\_/

a) Moi ; b) Ma femme c) Les deux ; d) Autres \_\_\_\_\_

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

a) Approuve ; b) Désapprouve ; c) Indifférent

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

a) Oui /\_\_\_\_\_/ ) b Non /\_\_\_\_\_/

**14. Approuvez-vous ce règlement ?** a) Oui /\_\_\_\_\_/ b) Non /\_\_\_\_\_/

# FICHE SIGNALÉTIQUE



## FICHE SIGNALÉTIQUE

**Nom** : Koïta

**Prénom** : Hamidou

**Titre** : Connaissances attitudes et pratiques des hommes sur la planification familiale en commune II du district de Bamako

**Année de soutenance** : 2014

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

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

**Résumé** :

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

**Objectifs** : étudier Connaissances attitudes et pratiques des hommes sur la planification familiale en commune II du district de Bamako.

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

**Résultats** : Notre étude a concerné 354 hommes dans la commune II. La tranche d'âge [35-39ans] était la plus représentée, 74,3% étaient mariés, 82,8 % ont évoqué l'espacement des naissances comme but d'utilisation de la PF. La décision de PF par les femmes seules était désapprouvée par les hommes dans 66,4% des cas, 73, 2% ont affirmé avoir utilisé une méthode avec leur partenaire.

**Conclusion** : L'implication des hommes dans la planification peut améliorer la qualité de vie de la population.

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

# SERMENT D'HIPPOCRATE

### **SERMENT D'HIPPOCRATE**

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

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

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

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

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

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

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

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

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