

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITÉ DES SCIENCES DES TECHNIQUES
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO



RÉPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi

FACULTÉ DE MÉDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



ANNÉE UNIVERSITAIRE : 2022-2023

THÈSE N°.....

**Influence des facteurs socioculturels sur l'accès des jeunes filles à
la planification familiale dans l'aire de santé du Centre de Santé
Communautaire et Universitaire (CSCom U) de Ségué**

Thèse présentée et soutenue publiquement le 30/12/2023 devant la Faculté
de Médecine et d'Odonto-Stomatologie par :

M. Koami Brice Eugenio AMEGONOU

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

Jury

Président : M. Elimane MARIKO, *Professeur*

Membre : M. Aboubakary KONATE, *Médecin*

M. Moctar TOUNKARA, *Maitre-assistant*

Co-directeur : M. Issa Souleymane GOÏTA, *Maitre-assistant*

Directeur : M. Abdourahmane COULIBALY, *Professeur*

**LISTE DES RESPONSABLES
ADMINISTRATIFS ET DU
PERSONNEL
ENSEIGNANT DE LA FMOS**

LISTES DES ENSEIGNANTS FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE ANNEE 2022-2023

ADMINISTRATION

DOYEN : **Mr Seydou DOUMBIA** - PROFESSEUR

VICE-DOYEN : **Mme Mariam SYLLA** - PROFESSEUR

SECRETAIRE PRINCIPAL : **Mr Monzon TRAORE** - MAITRE DE CONFERENCES

AGENT COMPTABLE : **Mr Yaya CISSE** - INSPECTEUR DU TRESOR



LES ENSEIGNANTS A LA RETRAITE

- | | |
|-------------------------------|---------------------------------------|
| 1. Mr Ali Nouhoum DIALLO | Médecine interne |
| 2. Mr. Aly GUINDO | Gastro-Entérologie |
| 3. Mr Mamadou M. KEITA | Pédiatrie |
| 4. Mr Siné BAYO | Anatomie-Pathologie-Histo-embryologie |
| 5. Mr Sidi Yaya SIMAGA | Santé Publique |
| 6. Mr Abdoulaye Ag RHALY | Medicine Interne |
| 7. Mr Boukassoum HAIDARA | Législation |
| 8. Mr Boubacar Sidiki CISSE | Toxicologie |
| 9. Mr Sambou SOUMARE | Chirurgie Générale |
| 10. Mr Daouda DIALLO | Chimie Générale & Minérale |
| 11. Mr Issa TRAORE | Radiologie |
| 12. Mr Mamadou K. TOURE | Cardiologie |
| 13. Mme SY Assitan SOW | Gynéco-Obstétrique |
| 14. Mr Salif DIAKITE | Gynéco-Obstétrique |
| 15. Mr Abdourahamane S. MAIGA | Parasitologie |
| 16. Mr Abdel Karim KOUMARE | Chirurgie Générale |
| 17. Mr Amadou DIALLO | Zoologie - Biologie |
| 18. Mr Mamadou L. DIOMBANA | Stomatologie |
| 19. Mr Kalilou OUATTARA | Urologie |
| 20. Mr Amadou DOLO | Gynéco- Obstétrique |
| 21. Mr Baba KOUMARE | Psychiatrie |
| 22. Mr Bouba DIARRA | Bactériologie |
| 23. Mr Bréhima KOUMARE | Bactériologie Virologie |

24. Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
25. Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
26. Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
27. Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
28. Mr Amadou TOURE	Histo-embryologie
29. Mr Mahamane Kalilou MAIGA	Néphrologie
30. Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
31. Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
32. Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
33. Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
34. Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
35. Mme TRAORE J. THOMAS	Ophthalmologie
36. Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
37. Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
38. Mr Yeya Tiémoko TOURE	Entomologie Médicale, Biologie cellulaire, Génétique
39. Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie Traumatologie
40. Mr Adama SANGARE	Orthopédie Traumatologie
41. Mr Sanoussi BAMANI	Ophthalmologie
42. Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie-Diabétologie
43. Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
44. Mme Fatimata Sambou DIABATE	Gynéco- Obstétrique
45. Mr Bakary Y. SACKO	Biochimie
46. Mr Moustapha TOURE	Gynécologie/Obstétrique
47. Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
48. Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
49. Mr Mamady KANE	Radiologie et Imagerie Médicale
50. Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
51. Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
52. Mr Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique
53. Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
54. Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique



55. Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
56. Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
57. Mr Oumar WANE	Chirurgie Dentaire
58. Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie — Réanimation
59. Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
60. Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie — Virologie
61. Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie — Hépatologie
62. Mr Siaka SIDIBE	Radiologie et Imagerie Médicale
63. Mr Aly TEMBELY	Urologie
64. Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
65. Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
66. Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
67. Mr Bah KEITA	Pneumo-PhtisioIogie
68. Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
69. Mr Samba Karim TIMBO	ORL et Chirurgie cervico-faciale
70. Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
71. Mr Samba DIOP	Anthropologie de la Santé
72. Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
73. Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
74. Mme Fatoumata KOUNANDJI	Ophthalmologie
75. Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie /Réanimation

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R CHIRURGIE ET SPECIALISTES CHIRURGICALES

A. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
2. Mr Mohamed Amadou KEITA	ORL
3. Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
4. Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
5. Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-Réanimation
6. Mr Adegné TOGO	Chirurgie Générale Chef des DER
7. Mr Bakary Tientigui DEMEBELE	Chirurgie Générale

8. Mr Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale
9. Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
10. Mr Drissa KONIKOMO	Neurochirurgie
11. Mr Oumar DIALLO	Neurochirurgie
12. Mr Mohamed KEITA	Anesthésie-Réanimation
13. Mr Niani MOUKORO	Gynécologie/Obstétrique
14. Mr Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
15. Mr Broulaye Massaoulé SAMAKE	Anesthésie-Réanimation
16. Mr Mamadou Lamine DIAKITE	Urologie
17. Mme Kadidiatou SINGARE	ORL-Rhino-laryngologie
18. Mr Youssef TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
19. Mr Japhet Pobanou THERA	Ophtalmologie
20. Mr Honoré Jean Gabriel BERTHE	Urologie
21. Mr Aladji Seidou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
22. Mr Soumaila KEITA	Chirurgie Générale
23. Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgien Thoracique et Cardio-vasculaire
24. Mr Seydou TOGO	Chirurgien Thoracique et Cardio-vasculaire
25. Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale



B. MAITRES DE CONFERANCES / MAITRES DE RECHERCHES

1. Mr Nouhoum NIANI	Anesthésie-Réanimation
2. Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
3. Mr Ibrahima TEGUETE	Gynécologie /Obstétrique
4. Mr Dramane Nafo CISSE	Urologie
5. Mr Mamadou Tidiani COULIBALY	Urologie
6. Mr Moussa Salif DIALLO	Urologie
7. Mr Alkadri DIARRA	Urologie
8. Mr Amadou KASSOGUE	Urologie
9. Mr Boubacar BAH	Médecine et chirurgie buccale
10. Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
11. Mr Bréhima COULIBALY	Chirurgie Générale

12. Mr Hamidou Baba SACKO	ORL
13. Mme Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
14. Mr Tioukany THERA	Gynécologie
15. Mr Siaka SOUMAORO	ORL
16. Mr Adama I GUINDO	Ophtalmologie
17. Mr Seydou BAGAYOKO	Ophtalmologie
18. Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
19. Mr Sididki KEITA	Chirurgie Générale
20. Mr Amadou TRAORE	Chirurgie Générale
21. Mr Bréhima BENGALY	Chirurgie Générale
22. Mr Madiassa KONATE	Chirurgie Générale
23. Mr Sékou Bréhima SOUMARE	Chirurgie Générale
24. Mr Boubacar KAREMBE	Chirurgie Générale
25. Mr Aboulaye DIARRA	Chirurgie Générale
26. Mr Idrissa TOUNKARA	Chirurgie Générale
27. Mr Issa Amadou	Chirurgie Générale
28. Mr Boubacar GUINDO	ORL-CCF
29. Mr Youssouf SIDIBE	ORL
30. Mr Fatomaga Issa KONE	ORL
31. Mr Seydina Alioune BEYE	Anesthésie-Réanimation
32. Mr Hammadoun DICKO	Anesthésie-Réanimation
33. Mr Moustapha Issa MANGANE	Anesthésie-Réanimation
34. Mr Thierno Madane DIOP	Anesthésie-Réanimation
35. Me Mamadou Karim TOURE	Anesthésie-Réanimation
36. Mr Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE	Anesthésie-Réanimation
37. Mr Siriman Abdoulaye KOITA	Anesthésie-Réanimation
38. Mr Mahamadoun COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
39. Mr Abdoulaye NAPO	Ophtalmologie
40. Mr Nouhoum GUIROU	Ophtalmologie
41. Mr Bougady COULIBALY	Prothèse Scellée



42. Mme Kadidiatou Oumar TOURE	Orthopédie Dento Faciale
43. Mr Amady COULIBALY	Stomatologie et chirurgie Maxillo-Faciale
44. Mr Oumar COULIBALY	Neurochirurgie
45. Mr Mahamadou DAMA	Neurochirurgie
46. Mr Mamadou Salia DIARRA	Neurochirurgie
47. Mr Youssouf SOGOBA	Neurochirurgie
48. Mr Moussa DIALLO	Neurochirurgie
49. Mr Amadou BOCOUM	Gynécologie/Obstétrique
50. Mme Aminata KOUMA	Gynécologie/Obstétrique
51. Mr Mamadou SIMA	Gynécologie/Obstétrique
52. Mr Seydou FANE	Gynécologie/Obstétrique
53. Mr Ibrahim Ousmane KANTE	Gynécologie/Obstétrique
54. Mr Alassane TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
55. Mr Soumana Oumar TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
56. Mr Abdoul Kadri MOUSSA	Orthopédie Traumatologie
57. Mr Layes TOURE	Orthopédie Traumatologie



C. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

1. Mr Ibrahim SANKARE	Chirurgie Thoracique et cardio vasculaire
2. Mr Abdoul Aziz MAIGA	Chirurgie Thoracique
3. Mr Ahmed BAH	Chirurgie dentaire
4. Mr Seydou GUEYE	Chirurgie buccale
5. Mr Mohamed Kassoum DJIRE	Chirurgie Pédiatrique
6. Mme Fadima KouréissyTALL	Anesthésie-Réanimation
7. Mr Daouda DIALLO	Anesthésie -Réanimation
8. Mr Abdoulaye TRAORE	Anesthésie-Réanimation
9. Mr Abdoulaye KASSAMBARA	Stomatologie et chirurgie Maxillo-faciale
10. Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
11. Mme Assiatou SIMAGA	Ophtalmologie
12. Mr Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
13. Mr Mahamadou DIALLO	Orthopédie Traumatologie

- | | |
|--------------------------|---|
| 14. Mme Hapssa KOITA | Stomatologie et chirurgie Maxillo-faciale |
| 15. Mr Alhousseini TOURE | Stomatologie et chirurgie Maxillo-faciale |
| 16. Mr Aboulaye SISSOKO | Gynécologie/Obstétrique |
| 17. Mr Kalifa COULIBALY | Chirurgie Orthopédique et Traumatologie |

D. ASSISTANTS /ATTACHES DE RECHERCHE

Mme Lydia B. SITA Stomatologie



D.E.R. DES SCIENCES FONDAMENTALES

A. PROFESSEURS /DIRECTEURS DE RECHERCHE

- | | |
|-------------------------------|--|
| 1. Mr Cheick Bougadari TRAORE | Anatomie-Pathologie Chef de DER |
| 2. Mr Boukarou KAMATE | Anatomie-Pathologie |
| 3. Mr Mahamadou A THERA | Parasitologie-Mycologie |
| 4. Mr Djibril SANGARE | Entomologie Moléculaire Médicale |
| 5. Mr Guimogo DOLO | Entomologie Moléculaire Médicale |
| 6. Mr Bakary MAIGA | Immunologie |
| 7. Mme Safiatou NIARE | Parasitologie-Mycologie |

B. MAITRES DE CONFERANCES / MAITRES DE RECHERCHE

- | | |
|--------------------------------|---|
| 1. Mr Karim TRAORE | Parasitologie-Mycologie |
| 2. Mr Abdoulaye KONE | Parasitologie-Mycologie |
| 3. Mr Moussa FANE | Biologie, Santé publique, Santé environnement |
| 4. Mr Mamoudou MAIGA | Bactériologie-Virologie |
| 5. Mr Bassirou DIARRA | Bactériologie-Virologie |
| 6. Mme Aminata MAIGA | Bactériologie-Virologie |
| 7. Mr Aboubacar Alassane OUMAR | Pharmacologie |
| 8. Mr Bréhima DIAKITE | Génétique et Pathologie Nucléaire |
| 9. Mr Yaya KASSOGUE | Génétique et Pathologie Nucléaire |
| 10. Mr Oumar SAMASSEKOU | Génétique /Génomique |

11. Mr Mamadou BA	Biologie, Parasitologie, Entomologie Médicale
12. Mr Bourouma COULIBALY	Anatomie- Pathologie
13. Mr Sanou kho COULIBALY	Toxicologie
14. Mr Boubacar Sidiki Ibrahim DRAME	Biologie Médicale / Biochimie Clinique
15. Mr Sidi Boula SISSOKO	Histologie embryologie et cytogénétique

C. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

1. Mme Djèneba Bocar FOFANA	Bactériologie-Virologie
2. Mr Bamodi SIMAGA	Physiologie
3. Mme Mariam TRAORE	Pharmacologie
4. Mr Saidou BALAM	Immunologie
5. Mme Arhamatoulaye MAIGA	Biochimie
6. Mr Modibo SANGARE	Pédagogie en Anglais adapté à la Recherche Biomédicale
7. Mr Hama Abdoulaye DIALLO	Immunologie
8. Mr Adama DAO	Entomologie Médicale
9. Mr Ousmane MAIGA	Biologie, Entomologie, Parasitologie
10. Mr Cheick Amadou COULIBALY	Entomologie
11. Mr Drissa COULIBALY	Entomologie Médicale
12. Mr Abdallah Amadou DIALLO	Entomologie, Parasitologie
13. Mr Sidi BANE	Immunologie
14. Mr Moussa KEITA	Entomologie, Parasitologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

A. PROFESSEURS /DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr Adama Diaman KEITA	Radiologie et Imagerie Médicale
2. Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses et Tropicales
3. Mr Daouda K MINTA	Maladies Infectieuses et Tropicales



4. Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
5. Mr Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-Entérologie
6. Mr Ousmane FAYE	Dermatologie
7. Mr Youssoufa Mamadou MAIGA	Neurologie
8. Mr Yacouba TOLOBA	Pneumo-phtisiologie Chef de DER
9. Mme Mariam SYLLA	Pédiatrie
10. Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie
11. Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
12. Mr Mahamadou DIALLA	Radiologie et Imagerie Médicale
13. Mr Ichaka MENTA	Cardiologie
14. Mr Abdoul Aziz DIAKITE	Pédiatrie
15. Mr Souleymane COULIBALY	Cardiologie



B. MAITRES DE CONFERANCES / MAITRES DE RECHERCHE

1. Mme Kaya Assetou SOUKHO	Médecine Interne
2. Mme Djénébou TRAORE	Médecine Interne
3. Mr Djibril SY	Médecine Interne
4. Mr Idrissa Ah. CISSE	Rhumatologie
5. Mr Ilo Bella DIALL	Cardiologie
6. Mr Youssouf CAMARA	Cardiologie
7. Mr Mamadou DIAKITE	Cardiologie
8. Mr Massama KONATE	Cardiologie
9. Mr Ibrahim SANGARE	Cardiologie
10. Mr Samba SIDIBE	Cardiologie
11. Mme Asmaou KEITA	Cardiologie
12. Mr Mamadou TOURE	Cardiologie
13. Mme COUMBA Adiaratou THIAM	Cardiologie
14. Mr Boubacar SONFO	Cardiologie

15. Mme Mariam SACKO	Cardiologie
16. Mr Anselme KONATE	Hépatogastro-entérologie
17. Mme Kadiatou DOUMBIA	Hépatogastro-entérologie
18. Mme Hourouma	Hépatogastro-entérologie
19. Mme Sanra Déborah SANOGO	Hépatogastro-entérologie
20. Mr Adama Aguisa DICKO	Dermatologie
21. Mr Yamoussa KARABINTA	Dermatologie
22. Mr Mamadou GASSAMA	Dermatologie
23. Mr Issa KONATE	Maladies infectieuses et tropicales
24. Mr Yacouba CISSOKO	Maladies infectieuses et tropicales
25. Mr Garan DABO	Maladies infectieuses et tropicales
26. Mr Abdoulaye Mamadou TRAORE	Maladies infectieuses et tropicales
27. Mr Hamidou Oumar BA	Cardiologie
28. Mr Mody Abdoulaye CAMARA	Radiologie et imagerie médicale
29. Mr Salia COULIBALY	Radiologie et imagerie médicale
30. Mr Koniba DIABATE	Radiothérapie
31. Mr Adama DIAKITE	Radiothérapie
32. Mr Aphou Sallé KONE	Radiothérapie
33. Mr Souleymane dit Papa COULIBALY	Psychiatrie
34. Mr Seybou HASSANE	Neurologie
35. Mr Guida LANDOURE	Neurologie
36. Mr Thomas COULIBALY	Neurologie
37. Mme Fatoumata Léonie DIAKITE	Pédiatrie
38. Mr Belco MAIGA	Pédiatrie
39. Mme Djénéba KONATE	Pédiatrie
40. Mr Fousseyni TRAORE	Pédiatrie
41. Mr Karamoko SACKO	Pédiatrie



42. Mme Lala N'Drainy SIDIBE	Pédiatrie
43. Mme SOW Djénéba SYLLA	Endocrinologie, Maladies Métaboliques et Nutrition
44. Mr Dianguina dit Noumou SOUMARE	Pneumologie
45. Mme Khadidia OUATTARA	Pneumologie
46. Mr Hamadoun YATTARA	Néphrologie
47. Mr Seydou SY	Néphrologie

C. MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHE

1. Mr Mahamadoun GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
2. Mr Mamadou N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
3. Mme Hawa DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
4. Mr Issa CISSE	Radiologie et Imagerie Médicale
5. Mr Mamadou DEMBELE	Radiologie et Imagerie Médicale
6. Mr Ouncoumba DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
7. Mr Ilias GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
8. Mr Abdoulaye KONE	Radiologie et Imagerie Médicale
9. Mr Alassane KOUMA	Radiologie et Imagerie Médicale
10. Mr Aboubacar Sidiki N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
11. Mr Souleymane SANOGO	Radiologie et Imagerie Médicale
12. Mr Ousmane TRAOE	Radiologie et Imagerie Médicale
13. Mr Boubacar DIALLO	Médecine Interne
14. Mr Jean Paul DEMBELE	Maladies Infectieuses et Tropicales
15. Mr Mamadou A.C. CISSE	Médecine d'Urgence
16. Mr Adama Seydou SISSOKO	Neurologie-Neurophysiologie
17. Mme Siritio BERTHE	Dermatologie
18. Mme N'DIAYE Hawa THIAM	Dermatologie
19. Mr Djigui KEITA	Rhumatologie

- | | |
|------------------------------|--------------------------------------|
| 20. Mr Souleymane SIDIBE | Médecine de la Famille/Communautaire |
| 21. Mr Drissa Mansa SIDIBE | Médecine de la Famille/Communautaire |
| 22. Mr Issa Souleymane GOITA | Médecine de la Famille/Communautaire |

D. ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE

- | | |
|-----------------------------|----------------------|
| 1. Mr Boubacari Ali TOURE | Hématologie Clinique |
| 2. Mr Yacouba FOFANA | Hématologie |
| 3. Mr Diakalia Siaka BERTHE | Hématologie |

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

A. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

- | | |
|-----------------------------|--------------------------------|
| 1. Mr Seydou DOUMBIA | Epidémiologie |
| 2. Mr Hamadoun SANGHO | Santé Publique, Chef de D.E.R. |
| 3. Mr Cheick Oumar BAGAYOKO | Informatique Médicale |

B. MAITRE DE CONFERANCES /MAITRE DE RECHERCHE

- | | |
|------------------------------|---------------------------------|
| 1. Mr Sory Ibrahim DIAWARA | Epidémiologie |
| 2. Mr Housseini DOLO | Epidémiologie |
| 3. Mr Oumar SANGHO | Epidémiologie |
| 4. Mr Abdourahmane COULIBALY | Anthropologie de la Santé |
| 5. Mr Oumar THIERO | Biostatistique/Bio-informatique |



C. MAITRES ASSISTANTS /CHARGES DE RECHERCHE

- | | |
|-----------------------------|----------------|
| 1. Mr Ousmane LY | Santé Publique |
| 2. Mr Ogobara KODIO | Santé Publique |
| 3. Mr Cheick Abou COULIBALY | Epidémiologie |
| 4. Mr Moctar TOUNKARA | Epidémiologie |
| 5. Mr Nouhoum TELLY | Epidémiologie |
| 6. Mme Laila Fatouma TRAORE | Santé Publique |

- | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|
| 7. Mr Nafomon SOGOBA | Epidémiologie |
| 8. Mr Cheick Papa Oumar SANGARE | Nutrition |
| 9. Mr Salia KEITA | Médecine de famille/communautaire |
| 10. Mr Samba DIARRA | Anthropologie de la santé |

D.ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

- | | |
|-------------------------------|------------------------------------|
| 1. Mr Seydou DIARRA | Anthropologie de la santé |
| 2. Mr Abdrahamane ANNE | Bibliothéconomie-Bibliographie |
| 3. Mr Mohamed Mounine TRAORE | Santé communautaire |
| 4. Mr Souleymane Sékou DIARRA | Epidémiologie |
| 5. Mme Fatoumata KONATE | Nutrition et Diététique |
| 6. Mr Bakary DIARRA | Santé publique |
| 7. Mr Ilo DICKO | Santé publique |
| 8. Mr Moussa SANGARE | Orientation, contrôle des maladies |
| 9. Mr Mahamoudou TOURE | Epidémiologie |

CHARGES DE RECHERCHES & ENSEIGNANTS VACATAIRES

- | | |
|-------------------------------------|------------------------------|
| 1. Mr Ousseynou DIAWARA | Parodontologie |
| 2. Mr Amsalla NIANG | Odonto Préventive et Sociale |
| 3. Mme Daoulata MARIKO | Stomatologie |
| 4. Mr Issa COULIBALY | Gestion |
| 5. Mr Klétigui Casmir DEMBELE | Biochimie |
| 6. Mr Brahima DICKO | Médecine Légale |
| 7. Mr Bah TRAORE | Endocrinologie |
| 8. Mr Modibo MARIKO | Endocrinologie |
| 9. Mme Aminata Hamar TRAORE | Endocrinologie |
| 10. Mr Ibrahim NIENTAO | Endocrinologie |
| 11. Mr Aboubacar Sidiki Thissé KANE | Parodontologie |



12. Mme Rokia SANOGO	Médecine Traditionnelle
13. Mr Benoît Y KOUMARE	Chimie Générale
14. Mr Oumar KOITA	Chirurgie Buccale
15. Mr Mamadou BA	Chirurgie Buccale
16. Mr Baba DIALLO	Epidémiologie
17. Mr Mamadou WELE	Biochimie
18. Mr Djibril Mamadou COULIBALY	Biochimie
19. Mr Tietie BISSAN	Biochimie
20. Mr Kassoum KAYENTAO	Méthodologie de la recherche
21. Mr Babou BAH	Anatomie
22. Mr Zana Lamissa SANOGO	Ethique-Déontologie
23. Mr Lamine DIAKITE	Médecine de travail
24. Mme Mariame KOUMARE	Médecine de travail
25. Mr Yaya TOGO	Economie de la santé
26. Mr Madani LY	Oncologie
27. Mr Abdoulaye KANTE	Anatomie
28. Mr Nicolas GUINDO	Anglais
29. Mr Toumaniba TRAORE	Anglais
30. Mr Kassoum BARRY	Médecine communautaire
31. Mr Blaise DACKOUCO	Chimie organique
32. Mr Madani MARICO	Chimie générale
33. Mr Lamine TRAORE	PAP / PC
34. Mr Abdrahamane Salia MAIGA	Odontologie gériatrique
35. Mr Mohamed Cheick HAIDARA	Droit médical appliqué à l'odontologie et Déontologie légale
36. Mr Abdrahamane A. N. CISSE	ODF
37. Mr Souleymane SISSOKO	PAP / PC Physique

38. Mr Cheick Ahamed Tidiane KONE Physique
39. Mr Morodian DIALLO Physique
40. Mr Ibrahim Sory PAMANTA Rhumatologie

Bamako, le / 27 / 04 / 2023

Le Secrétaire Principal



Dr Monzon TRAORE

DÉDICACES

À Dieu Tout Puissant, créateur du ciel et de la terre,

Avec une gratitude infinie, je t'exprime ma reconnaissance pour avoir été la source de mon courage, de ma force et de ma patience qui ont permis l'achèvement de ce travail. Ta miséricorde m'a constamment enveloppé, et le Saint-Esprit a éclairé mon chemin, me conférant la force nécessaire pour surmonter chaque obstacle. Je t'implore de continuer à embellir ma vie avec toutes les fleurs de ta bonté. Merci, gloire te soit rendue pour les siècles des siècles.

À ma mère, Brigitte Amegonou,

Cette thèse n'est pas seulement le fruit de mes efforts, mais aussi le reflet de ton impact positif sur ma vie. Les valeurs que tu m'as inculquées, ton dévouement infatigable et ton amour inconditionnel ont été mes forces motrices. Aujourd'hui, je partage avec toi cette victoire, car elle est aussi la tienne. Merci d'avoir été ma source de lumière, d'inspiration et de persévérance. Que cette réussite soit le témoignage de l'amour d'une mère qui a toujours cru en son enfant.

À mon père, Elias Amegonou,

Tout au long de ce périple académique, tu as été mon guide, mon modèle et la voix sage qui résonnait à mes côtés. Ta citation bienveillante, que tu répètes avec conviction, résonne particulièrement en moi aujourd'hui : « Tout ce qui doit être fait, mérite d'être bien fait ». Aujourd'hui, je célèbre cette victoire en honorant tes enseignements, en suivant l'exemple de dévouement que tu as toujours représenté. Merci d'avoir été le gardien de cette sagesse, et que cette thèse soit le témoignage de l'impact profond que tu as sur ma vie.

À mes chers frères et sœurs, Brigitte, Joelle, Gracio et Hilda,

Chacun de vous a été une étoile guidante, éclairant mon chemin parsemé de défis et d'efforts. Vos encouragements, vos conseils et votre présence ont constitué le socle sur lequel repose cette réussite. Que ce modeste travail soit l'exaucement des vœux que vous avez tant formulés à mon égard. J'espère vous avoir rendu fiers. Que le Seigneur, dans sa bienveillance infinie, vous garde sous sa protection divine. Puissiez-vous être comblés de toutes ses grâces, et que notre famille demeure toujours et à jamais unie.

À toi, ma bien-aimée,

Tu es la meilleure chose qui me soit arrivée. Ton amour et ton soutien sont pour moi une source inépuisable de joie et de motivation. Avec toi à mes côtés, je me sens fort et inspiré. Merci d'être une partie si importante de ma vie.

REMERCIEMENTS

Au Mali, terre d'hospitalité inégalée, chère patrie, Maliba. Tes dignes fils et filles m'ont chaleureusement accueilli, respectant avec ferveur la tradition qui honore l'invité et l'étranger. Je prie ardemment que la paix règne à nouveau sur tes terres et qu'elles deviennent la Nation la plus admirée du monde. « Aw ni ché ».

Au corps enseignant de la FMOS,

Chers enseignants, c'est avec une profonde reconnaissance que nous saluons l'ensemble de l'enseignement prodigué par votre bienveillance. Vos enseignements vont au-delà des salles de classe, transcendant le simple transfert de connaissances pour inspirer et élever. Nous sommes honorés de toute la formation que nous avons reçue auprès de vous et espérons vous valoriser au-delà des frontières.

Au Pr Abdourahmane Coulibaly,

Vous m'avez accordé un grand privilège en acceptant de me guider et partager avec moi votre savoir pour la rédaction de cette thèse. Vos conseils avisés et vos critiques constructives ont permis de mener à bien ce travail. Veuillez accepter ce travail, Professeur, en gage de mon plus grand respect et de ma profonde reconnaissance.

À Dr Aboubakary Konaté,

Je tiens à vous exprimer ma profonde gratitude pour votre accompagnement exceptionnel tout au long de ce parcours de recherche. Vos conseils éclairés, votre soutien constant et votre capacité à guider mes efforts de recherche ont été des éléments cruciaux pour la réalisation de cette thèse. Je vous remercie sincèrement pour votre engagement indéfectible et votre influence positive dans la réussite de ce projet de recherche.

Au personnel du CsCom et à l'Asaco de Ségué,

Ma profonde gratitude pour votre engagement exceptionnel dans la réussite de cette étude. Votre professionnalisme et dévouement ont été exemplaires, de la planification à l'exécution sur le terrain. Merci chaleureusement pour votre contribution précieuse. Votre dévouement fait la différence, et je suis reconnaissant de pouvoir compter sur une équipe aussi compétente.

À M. Amadou Samake et sa famille,

Je tiens à exprimer ma gratitude la plus profonde envers toi. Tes conseils judicieux et ta disponibilité ont constitué des piliers essentiels à mon succès. Puisse Dieu te bénir encore plus et te combler de ses grâces.

À la famille Nathalie et Roger Yanko,

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude pour votre accueil chaleureux et votre générosité envers moi lors de mon arrivée en France. Merci de m'avoir permis de me sentir chez moi loin de chez moi. Votre amour et votre gentillesse ont rendu cette période d'adaptation plus facile et ont marqué mon cœur de manière indélébile. Puisse Dieu vous bénir encore plus et vous combler de ses grâces.

À l'Union des Etudiants et Stagiaires Togolais au Mali,

La vie communautaire que nous avons partagée a été un élément vital de mon expérience académique, offrant un soutien, une camaraderie et des moments inoubliables. Merci pour avoir contribué à tisser des liens durables et à créer une atmosphère chaleureuse et solidaire.

Au « trio gagnant », Dr Ayayi d'Almeida et Dr Junior Mensah-Zukong,

Les longues heures passées à travailler côte à côte, à partager nos connaissances et à surmonter les défis ont créé des liens indissolubles. Votre soutien, votre esprit d'équipe et votre détermination ont été la clé de notre réussite collective. Merci pour cette expérience enrichissante, pour les rires partagés, les moments d'entraide et l'amitié qui resteront gravés dans ma mémoire.

Aux Dr Amoudyat Ouro-Gnagba, Dr Ferdinand Koumako,

Je tiens à exprimer ma profonde reconnaissance pour le partage de cette aventure académique et personnelle à vos côtés. Votre dévouement, vos compétences et votre amitié ont enrichi notre parcours commun. Pussions-nous continuer à grandir ensemble, repoussant les frontières de nos réussites.

À Nutifafa Agode,

Le temps nous a liés de manière spéciale, transformant une simple collaboration en une amitié profonde. Aujourd'hui, je veux exprimer ma reconnaissance pour la complicité, le soutien et les moments partagés qui ont forgé notre relation. Tu es devenue une sœur de cœur. Merci

pour ta loyauté. Que notre lien perdure à jamais, et que nous continuions à partager les joies et les peines de la vie.

À mes collègues de master en informatique de santé, Dr Kossi Aziabga et Dr Manaaf Ouro-Akpo,

Nos années de master ont été enrichissantes grâce à notre collaboration, nos échanges d'idées et notre esprit d'équipe. Alors que nous poursuivons nos chemins professionnels, je suis reconnaissant d'avoir partagé cette étape importante avec des collègues aussi talentueux et dévoués. Puisseons-nous continuer à réussir et à innover dans ce domaine passionnant.

À une amie sincère qui saura se reconnaître,

Je tiens à te dédier ces mots empreints de gratitude et d'affection. Ta sincérité, ta loyauté et ta présence constante ont marqué notre amitié d'une manière unique. Dans les moments de joie et de peine, tu as été un pilier essentiel. Ta compréhension profonde et ton soutien inébranlable ont fait de toi bien plus qu'une amie, mais une confidente précieuse. Merci de partager ce lien authentique et de faire partie de ma vie de manière si significative. Puisseons-nous continuer à grandir et à partager les rires et les défis qui font notre amitié spéciale. Merci
TCAK

Aux « Tazobactam »,

Je veux exprimer ma gratitude pour la formidable camaraderie et les moments mémorables que nous avons partagés en tant que groupe. Merci d'être une source de joie, de soutien et de rires dans ma vie. Puisseons-nous continuer à créer des souvenirs inoubliables en tant que Tazobactam.

À mes cadets à la faculté,

Diane Afanvi, François Koutado, Herberthe Zoglo, Nicolas Akouete, Hughes Houzou, Kadidja Tchakala, Bilali Issa Touré. Merci

À tous ceux-ci,

Alexandra Komlan, Mordecai et Peggy Amenane, Gertrude Amoussou, Abdoulaye Yamba, Dr Klechor Parkoo, Dr Chimène Kotchene, Dr Anicet Foka, Dr Roger Fagbemi, Dr Ruth Amegatse, Dr Youssouf Dembélé, Dr Abdullah Blakimé, Valdo et Charlotte Zoglo, Bakiyatou Agbo-Ola, Magnim Tetouma, Gilles Labare, Guillaume Kasseka. Merci pour le soutien indéfectible, l'aide précieuse, les moments mémorables partagés, et les souvenirs indélébiles

créés au fil de toutes ces années ensemble. Votre présence est une source de bonheur et de force, et ces instants resteront gravés dans ma mémoire.

À tous les lecteurs et relecteurs,

Votre engagement, votre précision et votre temps consacré à parcourir et réviser ce travail sont inestimables. Votre contribution a apporté une valeur inestimable à cette œuvre. Les commentaires constructifs et les suggestions ont contribué à son amélioration, et votre dévouement à la lecture critique n'est pas passé inaperçu. Merci

À tous mes amis et proches qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce travail et qui ne sont pas mentionnés précédemment, recevez par ces mots l'expression de ma gratitude la plus sincère.

**HOMMAGE AUX MEMBRES
DU JURY**

À notre maître et Président du Jury : Pr Elimane MARIKO

- Professeur honoraire de pharmacologie à la faculté de Pharmacie et à la faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FAPH /FMOS) ;
- Ancien chef de la cellule de coordination du VIH-SIDA du Ministère de la défense et des anciens combattants ;
- Ancien fonctionnaire des Nations Unies de la lutte contre le VIH-SIDA en République Démocratique du Congo ;
- Recteur de l'université scientifique libre de Bamako (USLB) ;
- Officier de l'ordre National du Mali

Cher Maître,

C'est pour nous un privilège et un honneur de vous voir présider ce jury malgré vos multiples occupations. Nous avons eu la grâce de bénéficier de vos enseignements tout au long de notre cursus, nous ne saurons traduire à sa juste mesure notre gratitude. L'assiduité et la rigueur dans le travail sont autant de qualités que vous cultivez chaque jour chez la jeune génération.

Nous vous prions de trouver ici, cher Maître l'expression de notre profonde admiration. Que Dieu vous bénisse abondamment et vous donne longue vie afin que les générations actuelles et futures, d'ici et d'ailleurs, puissent profiter de vos immenses connaissances.

À notre maître et membre du jury : Dr Aboubakary KONATE

- Spécialiste en Médecine de Famille/Médecine Communautaire
- Diplômé en Pédagogie Médicale
- Chargé de programme des études et de Recherches à l'Office National de la Santé de la Reproduction (ONASR)
- Ex Directeur Technique du CSCom-U de Sègue
- Membre du bureau du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins de Koulikoro.

C'est une immense joie pour nous de vous compter parmi les membres de ce jury. Vos qualités intellectuelles, votre disponibilité, votre rigueur, votre dévouement au travail bien fait, et vos excellentes qualités humaines font de vous un maître admirable. Cher Maître, c'est le moment propice pour exprimer notre profonde gratitude envers vous, pour la contribution essentielle que vous avez apportée à la réussite de ce travail.

Que le Seigneur vous bénisse, vous et votre famille ; qu'il fasse de vous, un médecin accompli et épanoui. Amine !

À notre maître et membre du jury : Dr Moctar TOUNKARA

- Docteur en médecine
- Spécialiste en épidémiologie
- Maître-assistant au département d'enseignement et de recherche en santé publique à la FMOS

L'opportunité nous est donnée de vous faire part de la grande estime et admiration que nous portons à votre égard. Votre disponibilité et votre sympathie ont accompagné la réalisation de ce travail. Votre ardeur au travail, votre dévouement, l'amour du travail bien fait, le souci constant et permanent de la formation, votre expérience et votre compétence nous ont marqué et font de vous un modèle pour nous. Soyez rassurés, cher maître, de notre sincère reconnaissance.

Que Dieu vous comble de toute sa grâce. Amine !

À notre maître et co-directeur de thèse : Docteur Issa Souleymane GOÏTA

- Maître-assistant à la FMOS/ USTTB
- Spécialiste en Médecine de famille/médecine communautaire
- Diplôme universitaire en drépanocytose
- Diplôme universitaire en gestion et analyse des données de santé

Nous sommes honorés d'être vos élèves et privilégiés de bénéficier de votre encadrement. Votre accessibilité et votre précieuse dimension sociale ont grandement captivé notre admiration. Nous souhaitons exprimer notre sincère reconnaissance pour les conseils avisés que vous avez partagés, en plus des connaissances scientifiques que vous avez si généreusement transmises. Cher Maître, recevez l'expression de notre sympathie sincère et de notre respect profond.

Que le Tout Puissant, dans sa grâce et son immense bonté, vous comble au-delà de vos attentes. Amine !

À notre maître et directeur de thèse : Professeur Abdourahmane COULIBALY

- Spécialiste en anthropologie médicale
- Maître de conférences en anthropologie de la santé

Nous sommes sensibles à l'honneur et au privilège que vous nous avez accordé en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations. Nous avons été émerveillés par votre grande simplicité, votre rigueur dans le travail et vos connaissances scientifiques.

Vos conseils éclairés et votre soutien constant ont été les clés de notre accomplissement. Recevez cet hommage en témoignage de notre profond respect et de notre reconnaissance sincère pour le rôle déterminant que vous avez joué dans la réalisation de cette étude.

Que dieu vous donne longue vie pleine de succès et de bonheur. Amine !

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AMPPF : Association malienne pour la protection et la promotion de la famille
ASDAP : Association pour le Soutien du Développement des Activités de Population
CSCCom-U : Centre de Santé Communautaire Universitaire
DUI : Dispositif Intra-Utérin
EDSM : Enquête Démographique et de Santé du Mali
FNUAP : Fonds des Nations Unies pour la Population
FSH: Hormone Folliculo-Stimulante
IDH : Indice de Développement Humain
INSTAT : Institut National de la Statistique
IP : Indice de Pearl
ISF : Indice Synthétique de Fécondité
LH : Hormone Lutéinisante
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
OOAS : Organisation Ouest Africaine de la Santé
ONASR : Office National de Santé de la Reproduction
ONG : Organisation Non Gouvernementale
PANB : Plan d'Action National al Budgétisé
PF : Planification Familiale
PFPP : Planification Familiale du Post-Partum
PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement
RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitation
SLIS : Système Local d'Information Sanitaire
SAA : Soins Après Avortement
TPC : Taux de Prévalence Contraceptive
TPCm : Taux de Prévalence Contraceptive Moderne
UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID: United States Agency for International Development
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

**LISTE DES TABLEAUX ET
FIGURES**

Liste des tableaux

Tableau I: Planification familiale : Défis et causes liés à la création de la demande [4].....	12
Tableau II : Répartition des femmes au foyer en fonction des villages de l'aire de santé.....	36
Tableau III: Répartition des femmes au foyer en fonction de leur âge au moment de leur mariage.....	39
Tableau IV: Répartition des femmes au foyer en fonction de la discussion prémaritale sur la planification familiale	40
Tableau V: Relation entre le niveau d'éducation et la connaissance de la planification familiale avant le mariage	41
Tableau VI: Répartition des femmes au foyer en fonction des raisons de non utilisation des méthodes de contraception avant le mariage.....	42
Tableau VII: Répartition des femmes au foyer en fonction des discussions sur la planification familiale après le mariage.....	42
Tableau VIII: Relation entre les discussions prémaritales sur la planification familiale avec le partenaire et l'utilisation de méthodes de contraception après le mariage.....	43
Tableau IX: Répartition des femmes au foyer en fonction raisons d'utilisation ou de non-utilisation des méthodes contraceptives après le mariage	44
Tableau X: Répartition des femmes au foyer en fonction des difficultés d'accès à la planification familiale après le mariage.....	45

Liste des figures

Figure 1: Répartition des femmes au foyer selon la tranche l'âge	37
Figure 2: Répartition des femmes au foyer en fonction du nombre d'enfants	37
Figure 3: Répartition des femmes au foyer en fonction du niveau d'éducation	38
Figure 4: Répartition des femmes au foyer en fonction de leur pratique religieuse	38
Figure 5: Répartition des femmes au foyer en fonction des connaissances sur la planification familiale avant le mariage.....	39
Figure 6: Répartition des femmes au foyer en fonction des sources d'information sur la planification familiale avant le mariage	40
Figure 7: Répartition des femmes au foyer en fonction des méthodes de contraception utilisées avant le mariage	41
Figure 8: Répartition des femmes au foyer en fonction des méthodes contraceptives utilisées après le mariage.....	43
Figure 9: Répartition des femmes au foyer en fonction des objectifs d'utilisation des méthodes contraceptives après le mariage.....	44

Liste des images

Image 1: La méthode du calendrier ou Ogino.....	21
Image 2 : Courbe de la température.....	22
Image 3: Ecran de l'appareil Bioself	23
Image 4: Évolution de la glaire cervicale, indice de fertilité.....	24
Image 5: Collier contraceptif.....	25
Image 6: Le « Tafo »	26

TABLE DES MATIÈRES

Table des matières

I.	INTRODUCTION	1
1.	Contexte et problématique	1
2.	Hypothèses de recherche.....	4
II.	OBJECTIFS	6
2.1.	Objectif général.....	6
2.2.	Objectifs spécifiques.....	6
III.	GÉNÉRALITÉS	8
3.1.	La planification familiale	8
3.1.1.	Définition de la planification familiale	8
3.1.2.	Les différentes activités de la planification familiale	8
3.2.	Historique de la contraception	9
3.2.1.	Dans le monde	9
3.2.2.	Au Mali	10
3.3.	Problèmes et défis clés de la planification familiale au Mali.....	11
3.3.1.	Défis liés à la création de la demande.....	11
3.3.2.	Défis liés à l’offre et à l’accès aux services de planification familiale.....	12
3.4.	Rappels sur les méthodes contraceptives	13
3.4.1.	Méthodes contraceptives modernes	13
3.4.2.	Méthodes contraceptives naturelles	20
3.4.3.	Méthodes contraceptives traditionnelles.....	26
IV.	MÉTHODOLOGIE	29
4.1.	Cadre d’étude	29
4.2.	Type et période d’étude	30
4.3.	Population d’étude	30
4.4.	Outils et techniques de collectes des données.....	31
4.5.	Données recueillies - variables d’étude.....	32
4.6.	Déroulement de l’enquête	32

4.7.	Méthode d'analyse des données.....	33
4.8.	Considérations éthiques.....	33
V.	RÉSULTATS	36
5.1.	Résultats quantitatifs.....	36
5.1.1.	Caractéristiques sociodémographiques.....	36
5.1.2.	Planification familiale avant le mariage	39
5.1.3.	Planification familiale après le mariage.....	42
5.2.	Résultats qualitatifs	45
5.2.1.	Perceptions de la planification familiale.....	46
5.2.2.	Attitudes et pratiques de la planification familiale par les jeunes filles	49
VI.	COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	55
6.1.	Analyse quantitative	55
6.1.1.	Caractéristiques sociodémographiques des femmes au foyer	55
6.1.2.	Connaissances des femmes au foyer sur la planification familiale	55
6.1.3.	Attitude et pratique des femmes en matière de planification familiale	57
6.2.	Analyse qualitative	60
6.2.1.	Connaissances de la planification familiale.....	60
6.2.2.	Perceptions sur la planification familiale, attitudes et pratiques	61
6.2.3.	Obstacles socioculturels à la planification.....	62
6.3.	Limites et contraintes de l'étude	63
VII.	CONCLUSION.....	66
VIII.	RECOMMANDATIONS	68
IX.	RÉFÉRENCES	70
	ANNEXES	75

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

1. Contexte et problématique

La planification familiale est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme étant l'ensemble de mesures et méthodes que les hommes et les femmes prennent ou utilisent pour éviter des grossesses non désirées et organiser la venue d'un enfant quand ils ou elles le désirent [1]. Elle englobe l'utilisation de méthodes contraceptives, l'accès à des services de santé reproductive de qualité, l'éducation sexuelle et la promotion de l'égalité des genres.

« *Je vais à l'océan chercher de l'eau, mais le voyage est long et dangereux, il se peut que je ne revienne plus* », une métaphore empruntée à la tradition orale Tanzanienne que la future maman évoquait à ses enfants lorsque le moment de l'accouchement arrive [2]. Elle reflète la réalité des défis et des risques associés à la maternité dans de nombreuses communautés africaines.

L'utilisation efficace de la contraception permet d'éviter les naissances non planifiées, les grossesses non désirées et les avortements septiques. Elle conduirait ainsi à une réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles et participerait à l'amélioration du bien-être des femmes et de leur famille [3]. Au-delà de la santé, la contraception offre tout un éventail d'avantages potentiels allant de l'élargissement des opportunités d'éducation et d'autonomisation des femmes à une croissance démographique durable et au développement économique des pays [1]. Ces bénéfices sont particulièrement pertinents dans des contextes socioculturels diversifiés, tels que celui du Mali, où les normes socioculturelles ont traditionnellement influencé la perception de la sexualité et de la planification familiale.

La société malienne, imprégnée de traditions séculaires et marquée par une grande diversité ethnique et culturelle, évolue au rythme des changements socioculturels. Elle a connu des changements notables dans sa perception de la sexualité et de la planification familiale. Historiquement considérée comme taboue, la sexualité est aujourd'hui davantage discutée, surtout parmi les jeunes et sur les réseaux sociaux. Il est toutefois essentiel de souligner que, dans de nombreuses communautés, l'approche de la sexualité demeure intrinsèquement liée à l'éducation matrimoniale ou aux rituels initiatiques visant à préparer les individus à la procréation et à la gestion familiale. La planification familiale, quant à elle, a longtemps été considérée comme un domaine à combattre en raison de son opposition aux normes sociales fortement ancrées dans les traditions pronatalistes. Aujourd'hui, la réalité est différente, notamment en milieu urbain. Le rythme d'urbanisation, que connaît le Mali, a modifié les modes traditionnels de gestion de la sexualité chez les jeunes. Les droits sexuels et reproductifs,

les brassages culturels, les médias, l'avènement des technologies de l'information et de la communication ont bouleversé la perception des rapports de genre et des comportements sexuels.

Le Mali, comme de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, fait face à des défis démographiques importants. Sur la base des résultats du quatrième Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH-4), le Mali comptait 15 568 882 habitants en 2013. Sa population est passée à 19 153 000 habitants en 2018 et a atteint 22 395 485 habitants en 2022. Si le rythme de croissance démographique est maintenu en l'état (3,3% par an), le Mali devrait compter 27,1 millions d'habitants à l'orée 2030, soit presque un doublement (1,7 fois) de la population [4]. Cette croissance démographique rapide est particulièrement préoccupante en raison de la précocité de l'activité sexuelle des jeunes. En effet, selon les dernières données disponibles, près de la moitié de la population malienne a moins de 15 ans [5]. Cette population jeune est donc particulièrement exposée aux risques liés à la sexualité précoce, notamment les infections sexuellement transmissibles, les complications liées aux grossesses précoces et le cancer du col de l'utérus. Il est donc essentiel de mettre en place une planification familiale adéquate pour répondre à ce défi.

Entre 2000 et 2020, le taux de prévalence de la contraception à l'échelle mondiale a augmenté, passant de 47,7% à 49,0% [6]. Cependant, dans les pays en développement, en particulier en Afrique subsaharienne, l'utilisation de la contraception reste faible. Au Mali, le taux de prévalence contraceptive (TPC) est passé de 9,9 % en 2013 à 19 % en 2023. Cette progression est notable, mais le TPC reste encore faible. En effet, 24 % des femmes actuellement en union au Mali ont des besoins non satisfaits en matière de planification familiale. Cela signifie qu'elles souhaitent limiter ou espacer leurs naissances, mais qu'elles n'utilisent pas de méthode contraceptive [5,7,8].

Les études menées dans les pays en développement ont permis de mettre en évidence des facteurs récurrents qui expliquent la faible utilisation des méthodes contraceptives. Des témoignages, tels que celui d'une anonyme de 26 ans à Tombouctou [9], révèlent le manque d'éducation sexuelle, marqué par le silence et la honte. De même, le récit de Zeinaba, 29 ans : « *Mes parents ont décidé de me marier à l'âge de 14 ans. Je suis tombée enceinte quelques mois après. Depuis, je continue d'avoir des enfants à mon insu. Je suis la maman de quatre enfants, et je suis enceinte de mon cinquième. J'aurais eu une huitième grossesse, en l'absence de fausses couches que j'ai faites. Je connais toutes les méthodes de contraception. J'en ai entendu parler au marché et à la radio, mais je ne peux en prendre car mon mari n'accepterait jamais.*

» [9], expose la pression sociale et familiale qui limite l'autonomie des femmes dans le choix de la contraception. Les croyances religieuses s'avèrent être des obstacles majeurs, comme en témoigne l'opinion d'un Imam : « *La femme musulmane ne doit pas utiliser ces méthodes contraceptives modernes, car ça peut avoir des conséquences néfastes sur sa santé. Elle favorise aussi l'infidélité de la femme.* » [10], évoquant les conséquences néfastes sur la santé et l'infidélité supposée liées aux méthodes contraceptives modernes. Une femme de 46 ans [10], révèle que certaines femmes, influencées par des interprétations religieuses, considèrent la contraception comme un péché, renforçant ainsi la résistance à son adoption. Parmi ces éléments, on retrouve notamment des facteurs socioculturels, qui peuvent rendre la planification familiale difficile ou inacceptable. On peut citer : le manque d'information fiable et adéquate sur les méthodes contraceptives et leurs avantages ; les fausses idées et les croyances erronées sur la planification familiale, qui peuvent être véhiculées à travers les médias, les leaders religieux ou les membres de la famille et qui désapprouvent fortement la planification familiale ; les interdictions religieuses ; la crainte des effets secondaires, qui peut être due à un manque de connaissance ou à des expériences négatives ; l'analphabétisme, qui peut limiter l'accès à l'information et aux services de planification familiale et le pouvoir décisionnel de l'homme, qui peut être un obstacle à l'accès à la planification familiale pour les femmes [10–13].

Les méthodes modernes et traditionnelles de contraception sont largement répandues au Mali. Les méthodes traditionnelles comprennent les méthodes dites « populaires », comme les herbes, les tisanes, les amulettes, le coït interrompu et le séjour de la femme chez sa belle-mère. Dans les croyances de beaucoup de contrées du pays, la mauvaise planification des naissances est reconnue comme l'un des facteurs de la malnutrition appelée « séré » (traduction littérale). En outre, les méthodes traditionnelles ont toujours été utilisées aussi bien par les femmes en union que par les femmes célibataires [8,14].

L'adoption de la loi n°02-044/ du 24 juin 2002 relative à la santé de la reproduction votée par l'Assemblée Nationale du Mali témoigne de l'importance accordée par les législateurs et les décideurs politiques à la planification familiale. Cette loi, en son article 3, confère à toute personne « le droit d'être égal de liberté, de responsabilité, d'être informé et d'utiliser la méthode de planification ou de régulation des naissances de leur choix, qui ne sont pas contraires à la loi » (16). Par ailleurs, de nombreuses initiatives, telles que la mise en place du Programme National de Planification Familiale (PNPF) en 1993 par le Ministère de la Santé, démontre leur reconnaissance de la nécessité de promouvoir et de soutenir la santé reproductive

au sein de la société. Ce programme est appuyé dans cette tâche par des organisations non gouvernementales (ONG) telles que l'Association malienne pour la protection et la promotion de la famille (AMPPF), l'association pour le soutien du développement des activités de population (ASDAP), le groupe pivot santé population, etc. Le programme est également soutenu par les organisations internationales (FNUAP, OMS, Unicef), la coopération bilatérale (Allemagne, Canada, Pays-Bas, Suisse et USAID) et beaucoup d'autres acteurs nationaux. De plus, en réponse aux engagements nationaux et internationaux en termes d'harmonisation sous régionale, notamment ceux de l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS) de 2006 relatif au relèvement de l'ancrage institutionnel de la Santé reproductive, le pays a créé l'Office National de Santé de la Reproduction (ONASR) par ordonnance 014/P-RM du 03 avril 2020 et le décret N° : 0194 014/P-RM du 03 avril 2020.

En dépit des multiples initiatives déployées par les autorités compétentes et leurs partenaires, l'utilisation des méthodes de planification familiale reste faible. Cette réalité suscite des interrogations quant aux raisons de cette faible utilisation, notamment en ce qui concerne le rôle que peuvent jouer les facteurs socioculturels dans la réticence ou la résistance à adopter la planification familiale. Notre étude se propose donc d'analyser l'influence des facteurs socioculturels sur l'accès des jeunes filles à la planification familiale dans l'aire de santé du Centre de Santé Communautaire Universitaire (CsCom-U) de Ségué et ses répercussions sur les pratiques et les attitudes relatives à la planification familiale au sein de cette communauté. Les résultats de notre recherche permettront d'approfondir notre compréhension des obstacles liés aux facteurs socioculturels qui entravent l'accès à la planification familiale dans cette région et de suggérer des stratégies appropriées pour les surmonter.

2. Hypothèses de recherche

Nous avons formulé les hypothèses suivantes au début de notre étude :

- Les jeunes filles ont un faible niveau de connaissance des contours de la planification familiale.
- Il existe des barrières socioculturelles qui empêchent les jeunes filles de pratiquer la planification familiale.
- Face à la planification familiale, les jeunes filles adoptent des attitudes et comportements ancrés dans la tradition.

OBJECTIFS

II. OBJECTIFS

2.1.Objectif général

Analyser l'influence des facteurs socioculturels sur l'accès des jeunes filles à la planification familiale dans l'aire de santé du CsCom-U de Ségué.

2.2.Objectifs spécifiques

- ✓ Évaluer les connaissances des jeunes filles face à la planification familiale ;
- ✓ Analyser les attitudes et comportements des jeunes filles face à la planification familiale ;
- ✓ Évaluer les pratiques de la planification familiale par les femmes au foyer avant et après leurs mariages ;
- ✓ Déterminer les attitudes et les croyances des leaders communautaires concernant la pratique de la planification familiale.

GÉNÉRALITÉS

III. GÉNÉRALITÉS

3.1. La planification familiale

3.1.1. Définition de la planification familiale

Selon l'OMS, la planification familiale constitue une approche permettant à des personnes d'atteindre le nombre d'enfants qu'elles souhaitent, le cas échéant, et de déterminer l'espacement de leurs grossesses. Elle est appliquée en recourant à des méthodes contraceptives et au traitement de l'infertilité. Les informations et services liés à la contraception sont capitaux pour la santé et les droits humains de tous les individus [1]

Cette définition souligne l'importance cruciale de l'autonomie reproductive et de l'accès éclairé aux informations ainsi qu'aux moyens de contraception. Ces éléments sont essentiels pour permettre aux individus et aux couples de prendre des décisions responsables et éclairées concernant leur procréation.

La notion de planification familiale est souvent limitée à la simple contraception, alors qu'elle englobe en réalité un spectre bien plus large. Elle constitue une approche holistique de la santé reproductive, visant à octroyer aux individus le contrôle sur leur fécondité et à améliorer leur bien-être global.

3.1.2. Les différentes activités de la planification familiale [2]

La planification familiale englobe une variété d'activités et de services visant à aider les individus et les couples à prendre des décisions éclairées sur la régulation de leur fécondité et à améliorer leur santé reproductive. Les différentes activités de la planification familiale incluent :

❖ L'accès à la contraception

La contraception est l'un des aspects les plus connus de la planification familiale. Elle comprend l'utilisation des méthodes de contraception pour prévenir les grossesses non souhaitées et permettre aux individus et aux couples de choisir le moment et le nombre d'enfants qu'ils souhaitent avoir. Les méthodes contraceptives comprennent les préservatifs, les pilules contraceptives, les dispositifs intra-utérins (DIU), les implants contraceptifs, les injections contraceptives, les patchs contraceptifs et les méthodes naturelles.

❖ Éducation sexuelle

L'éducation sexuelle est un élément important de la planification familiale. Elle comprend la dispensation d'informations sur la santé sexuelle, la reproduction, les risques associés aux rapports sexuels non protégés, et les différentes méthodes contraceptives disponibles.

❖ Soins prénataux

Les soins prénataux sont des services de santé fournis aux femmes enceintes pour assurer une grossesse en bonne santé et prévenir les complications. Les soins prénataux comprennent des examens de santé réguliers, des dépistages de maladies, des conseils sur la nutrition et l'exercice, et la préparation à l'accouchement.

❖ Services de dépistage et de traitement des infections sexuellement transmissibles (IST)

La planification familiale couvre également des services qui visent à prévenir les infections sexuellement transmissibles en fournissant des informations sur la prévention, le dépistage et le traitement de ces infections.

❖ Conseils sur la fertilité et soutien à la parentalité

La planification familiale a pour objectif de dispenser des informations et des conseils aux couples concernant les moments de fertilité et d'infertilité au cours du cycle menstruel, permettant ainsi de faciliter ou de retarder la conception. De plus, elle vise à fournir aux futurs parents des informations et des conseils complets sur la grossesse, l'accouchement, les soins prénataux et postnataux, ainsi que sur l'allaitement maternel.

❖ Sensibilisation communautaire

La sensibilisation communautaire est une composante essentielle de la planification familiale. À travers des campagnes éducatives et des programmes d'information, elle vise à informer les communautés sur la santé reproductive, les méthodes contraceptives et l'importance de décisions éclairées. En impliquant les membres et les leaders locaux, cette approche contribue à briser les tabous, améliorer l'acceptation sociale et faciliter l'accès aux services, tout en renforçant l'autonomie reproductive des individus et des couples.

Ces activités de planification familiale contribuent à promouvoir la santé reproductive, à prévenir les grossesses non désirées et à améliorer la santé maternelle et infantile.

3.2. Historique de la contraception**3.2.1. Dans le monde**

D'après Serfaty [15], la pratique de limiter les naissances remonte aux époques les plus lointaines, vraisemblablement initiée au sein des sociétés préhistoriques. Cela s'expliquerait par les conditions de survie contraignantes malgré une mortalité naturelle très élevée. Pratiquée depuis des décennies, la contraception demeure encore de nos jours, dans des proportions extrêmement variables, selon les lieux et les époques. Ceci nous montre la

constante volonté de l'espèce humaine à 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'autres choix. L'histoire de la contraception n'est en dehors des moyens employés, qu'une illustration de la bipolarité de l'esprit ou de la balance entre deux systèmes de pensée toujours présents dans la société ou chez l'individu lui-même : le conservatisme ou le changement ; la tradition ou le progrès ; la foi ou la raison. Autrement, si l'homme tend en général à vouloir modifier son être, non pas pour le sens d'un artifice destructeur, mais pour son bien actuel et futur, le contrôle de sa reproduction fait partie de ce souci d'une vision large de son avenir [15].

3.2.2. Au Mali

Les sociétés traditionnelles au Mali ont toujours été fortement natalistes, cela pour des raisons d'ordre sociologique, culturel, économique et religieux. Une nombreuse progéniture est source à la fois de richesse (maximum de bras travailleurs pour augmenter la production) et de bénédiction divine. La fécondité confère une valeur sociale et l'infécondité est toujours mal vécue et interprétée de malédiction ou de tares notamment pour la femme.

L'introduction des méthodes modernes de contraception est consécutive à la création, en 1971 de l'Association Malienne pour la Promotion et la Protection de la Famille (AMPPF), une ONG à la réorientation de la politique de santé maternelle et infantile. En 1972, le Mali abrogea la loi du 31 Juin 1920 dans ces articles 3 et 4 qui interdisent la propagande anticonceptionnelle. Avant, le Mali a participé en 1971 à Montréal (Canada) à un séminaire sur la planification familiale. De mars à avril 1973 : un séminaire interafricain sur l'éducation sexuelle a été organisé à l'Ecole de Médecine de Bamako [4].

Depuis cette période, les initiatives se sont multipliées pour obtenir une plus grande adhésion des populations locales tant dans le secteur étatique que dans le secteur des ONG. En avril 1974, une mission gouvernementale (FNUAP/UNICEF/OMS) à Bamako, a établi un plan d'action s'étalant sur 5 ans. La même année le Mali souscrit à la déclaration de Bucarest (Roumanie) ; celle-ci stipulait le droit sur la planification familiale [4].

En décembre 1974, s'est tenu le congrès constitutif de l'union nationale des femmes du Mali qui a recommandé la diffusion de l'éducation sexuelle dans les écoles à partir de la classe de 7ème année, et l'extension de la planification familiale au Mali [4].

En 1978 le Mali a souscrit à la déclaration d'Alma Ata (URSS) sur les soins de santé primaire dont l'une des composantes est la planification familiale dans le but d'améliorer la santé de la mère et de l'enfant à travers un espacement judicieux des naissances [4].

En 1980, la division de la santé familiale (DSF) devient la division de la santé familiale et communautaire (DSFC) au sein du ministère de la santé. En septembre 1987, le Mali a accueilli la plus importante rencontre en matière de santé maternelle et infantile et de la planification familiale. Il s'agit de la 37^{ème} session du comité régional de l'Afrique pour l'initiative de Bamako (IB) ; En 1991, le Mali a fait une déclaration de politique nationale de population. En 1994 avec la CIPD au Caire, le Mali s'est engagé à agir dans le domaine de la santé de la reproduction, qui stipulait la planification familiale comme un droit. Le concept malien en matière de planning a évolué, allant de l'espacement des naissances dont la pratique était conditionnée à l'autorisation maritale ou parentale en 1971 au concept actuelle qui donne un droit égal de liberté, dignité entre homme et femme en matière de santé de la reproduction/ planification familiale : « loi N°02044 du 24 Juin 2002 portant sur la santé de la reproduction qui reconnaît et renforce amplement les droits des femmes en matière de santé de la reproduction/ planification familiale ». On note également une participation active du Mali aux conférences internationales sur la planification familiale, tenues à Kampala en novembre 2009, à Ouagadougou en février 2011 et à Dakar en novembre-décembre 2011 [4].

3.3.Problèmes et défis clés de la planification familiale au Mali

La mise en œuvre du Plan d'Action National Budgétisé (PANB) de 2014-2018 a mis en lumière des progrès significatifs en matière de planification familiale au Mali avec un Taux de Prévalence Contraceptive moderne (TPCm) d'environ 16,4%, selon les résultats préliminaires de l'EDSM VI 2018. Cependant, compte tenu des conclusions de la revue finale du PANB 2014-2018 et de celles de FP Goals, des insuffisances persistent et constituent autant d'entraves à l'atteinte des objectifs de la planification familiale qu'à la réalisation du dividende démographique au Mali [4].

3.3.1. Défis liés à la création de la demande

L'utilisation de la contraception moderne suppose la connaissance préalable d'au moins une des méthodes contraceptives et d'une source d'approvisionnement. Le soutien pour la pratique de la planification familiale dans le couple ainsi que dans la communauté facilite l'utilisation et la continuation de la planification familiale. La demande potentielle en matière de contraception et l'identification des femmes qui ont des besoins élevés en services de planification familiale constituent des problèmes importants de tout programme de

planification familiale. Au Mali, près de 60% des femmes en âge de procréer n'expriment pas le désir d'espacer ou de limiter leurs naissances et ne se sentent donc pas concernées par l'utilisation de la planification familiale (EDSM-VI 2018). En revanche, sur les 40% exprimant ce désir, seules 16,4%, ont effectivement recouru aux méthodes modernes de contraception pour des raisons diverses y compris le manque d'intérêt, l'opposition d'un partenaire, la mauvaise perception et/ou la stigmatisation du milieu social de la femme et/ou du jeune, le manque de connaissances, la peur ou les rumeurs sur les effets secondaires et la qualité des prestations [4].

Tableau I: Planification familiale : Défis et causes liés à la création de la demande [4]

N°	Contenu	Causes
Défi D1	Insuffisance dans la gestion des pesanteurs socioculturelles	Faible engagement des élus locaux, leaders religieux, communautaires en faveur de la P
		Insuffisance de la communication sur la PF à l'endroit des communautés
		Faible pouvoir décisionnel des femmes, des adolescentes et des jeunes filles dans le choix et l'utilisation de la PF
		Faible mobilisation des adolescents et des jeunes à travers des stratégies appropriées de communication
		Vulgarisation insuffisante des approches innovantes et des plateformes numériques auprès des jeunes
Défi D2	Faible implication des médias dans les activités de PF.	Absence de plan d'action en matière de communication sur la PF avec les médias

3.3.2. Défis liés à l'offre et à l'accès aux services de planification familiale

Le diagnostic de l'offre des services de planification familiale met en lumière deux défis majeurs. Le premier concerne la qualité limitée des prestations de planification familiale, attribuable à l'absence d'un mécanisme de renforcement des capacités en PF. Le deuxième défi réside dans la restriction de l'accès aux services de planification familiale, englobant un accès géographique restreint, notamment pour la Planification familiale du post-partum, des obstacles financiers, un accès insuffisant pour les groupes vulnérables et spécifiques (adolescents et jeunes, personnes vivant avec un handicap, réfugiés, déplacées, personnes vivant avec le VIH, etc.), ainsi qu'un accès inadéquat pendant les crises humanitaires [4].

3.4. Rappels sur les méthodes contraceptives

3.4.1. Méthodes contraceptives modernes

Les méthodes de contraception modernes constituent une avancée majeure dans le domaine de la santé reproductive en proposant une gamme d'options efficaces pour maîtriser la fécondité et planifier la procréation.

a) Les contraceptifs hormonaux

➤ Mécanisme d'action

Le mécanisme d'action des contraceptifs hormonaux repose sur l'utilisation de hormones synthétiques pour réguler le cycle menstruel et empêcher la conception. Ces contraceptifs contiennent des hormones telles que l'œstrogène et la progestérone, qui agissent en bloquant la production de l'hormone lutéinisante (LH) et de l'hormone folliculo-stimulante (FSH) pour empêcher l'ovulation. Les mécanismes spécifiques de ces contraceptifs sont les suivants :

- ✓ Inhibition de l'ovulation en régulant les hormones œstrogènes et progestatifs pour empêcher la libération d'un ovule par les ovaires ;
- ✓ Épaississement de la glaire cervicale pour empêcher le passage des spermatozoïdes ;
- ✓ Modification de la muqueuse utérine pour rendre plus difficile la nidation [16].

➤ Les types de contraceptifs hormonaux

❖ Les contraceptifs hormonaux par voie orale

Les contraceptifs hormonaux par voie orale, communément appelés pilules contraceptives, constituent l'une des méthodes contraceptives les plus répandues et utilisées par les femmes pour prévenir les grossesses non désirées.

- Contraceptifs oraux combinés (COC) [16]

Ils contiennent à la fois un progestatif et un œstrogène. Il existe de nombreuses pilules selon la composition et le dosage de ces deux hormones. 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'éthinylestradiol et le mestranol qui est un « promédicament » converti in vivo en éthinylestradiol. Quant aux progestatifs utilisés, ils sont

répartis en deux groupes : les estranes (noréthindrone, diacétate d'éthinodiol) et les gonanes (lévonorgestrel, désogestrel, norgestimate).

Ils sont bien tolérés, surtout quand ils sont faiblement dosés. Ils permettent de régulariser les cycles et d'avoir des règles moins longues et souvent moins douloureuses.

Effets indésirables : Métrorragies (saignements en dehors des règles), aménorrhée, gêne mammaire, risque thromboembolique artériel (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral) et veineux (phlébite, embolie pulmonaire) augmenté, acnés, exacerbation de migraine cataméniale ou de céphalées inhabituelles persistantes, prise de poids, modifications de l'humeur et diminution de la libido.

Contre-indications [16]

- ✓ **Contre-indications absolues** : accidents (ou antécédents d'accidents) thromboemboliques artériels ou veineux, prédisposition héréditaire ou acquise aux thromboses veineuses ou artérielles ; pancréatite ou antécédents de pancréatite associée à une hypertriglycémie sévère ; lupus évolutif, connectivites, porphyries ; migraine avec aura ; hypertension artérielle non contrôlée ; diabète de type 1 compliqué ou d'une durée de plus de 20 ans et diabète de type 2 ; tumeur maligne connue ou suspectée du sein, de l'utérus ou autre tumeur hormonodépendante ; affections hépatiques sévères ou récentes ; hémorragies génitales non diagnostiquées.
- ✓ **Contre-indications relatives** : tabagisme après l'âge de 35 ans ; diabète de type 1 non compliqué, dyslipidémie ; obésité ; tumeurs bénignes du sein ou de l'utérus ; hyperprolactinémie sans diagnostic étiologique préalable ; fibrillation auriculaire, arythmie, coronaropathie ou valvulopathie ; drépanocytose, maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI), syndrome hémolytique et urémique (SHU).

Le suivi du traitement comprend un suivi biologique par dosage du cholestérol à jeun, triglycérides et glycémie : idéalement avant le début du traitement puis 3 à 6 mois après le début du traitement puis tous les 5 ans.

- **Contraceptifs oraux progestatifs (COP) [17]**

Les COP sont des contraceptifs oraux qui contiennent uniquement des progestatifs de synthèse en faible quantité. Il y a trois progestatifs utilisés : le désogestrel, le lévonorgestrel et la drospirénone. Les doses sont continues tout au long du cycle, sans période de repos. Pour être efficace, elle doit donc être prise tous les jours à heure fixe, même pendant les règles.

Son utilisation est limitée aux femmes ayant moins de 35 ans pour qui la contraception oestro-progestative est contre-indiquée ainsi qu'en post-partum et aux femmes qui allaitent.

Utilisées selon les indications, les pilules de progestatif sont très sûres et grandement efficaces. En utilisation parfaite, elles présentent un taux d'échec de 0,5 %. Contrairement à la pilule combinée, du fait qu'il n'y ait pas d'œstrogène, le risque de thrombose est considérablement réduit. Aucune surveillance biologique n'est nécessaire.

Contre-indications : présence ou antécédent d'affection hépatique sévère tant que les paramètres de la fonction hépatique ne sont pas revenus à la normale ; adénome ou carcinome hépatique ; cancer du sein ou antécédent personnel de cancer du sein ; cancer de l'endomètre ; hémorragies génitales non diagnostiquées ; accidents thromboemboliques veineux évolutifs de moins de 3 mois.

❖ Les contraceptifs hormonaux injectables [18]

- Contraceptifs injectables progestatifs (CIP)

Il s'agit d'une contraception progestative à longue durée d'action administrée par voie injectable : une injection dans le muscle fessier ou le deltoïde toutes les 12 semaines. Le CIP est un produit progestatif de synthèse qui, libéré lentement empêche la survenue de grossesse.

Mode d'utilisation : les CIP peuvent être administrés à n'importe quel moment du cycle si l'on est raisonnablement sûr que la cliente n'est pas enceinte.

Cependant le meilleur moment de l'injection est entre le 1er et le 7ème jour du cycle. Si l'injection a eu lieu après le 7ème jour, demandé à la cliente d'utiliser une méthode de barrière ou s'abstenir pendant 7 jours.

Mode d'administration : respecter les étapes de la technique d'administration. Respecter les règles de l'asepsie et de l'antisepsie.

- Si Depo-provera : au cas où le produit est déposé dans le flacon frotter délicatement le flacon dans le creux de la main. Éviter de mousser le produit.
- Si Noristerat : réchauffer délicatement l'ampoule en frottant entre les mains ;

L'injection des CIP se fait en IM profonde. Ne pas masser le site de l'injection.

Avantages : administration simple ; longue durée d'action et absence de risque vasculaire dû aux œstrogènes.

Inconvénients : saignements irréguliers lors des premiers mois d'utilisation ; prise de poids ; retour retardé à la fertilité après arrêt : cycles rétablis après 6 à 9 mois environ ; diminution de la densité minérale osseuse : il faut s'assurer de l'apport suffisant de calcium (consommation

suffisante de produits laitiers) et de vitamine D, préconiser l'activité physique et cessation du tabac. Cette perte osseuse est réversible après l'arrêt du traitement.

Effets secondaires : spotting ou, rarement une hémorragie génitale importante ; aménorrhée ; gain pondéral modéré ; maux de tête ; acné (rarement) ; diminution de la libido.

- **Contraceptifs injectables combinés (CIC)**

Les contraceptifs injectables oestroprogestatifs, également appelés contraceptifs injectables combinés (CIC), contiennent deux hormones : un progestatif et un œstrogène. Ces contraceptifs sont administrés par injection et nécessitent des injections mensuelles.

Mode d'utilisation : les contraceptifs injectables œstroprogestatifs sont souvent administrés soit tous les mois (mensuellement) soit tous les trois mois (trimestriellement). Le choix de la périodicité dépend du type spécifique de contraceptif injectable utilisé.

Avantage : contraception à long terme sans nécessiter une attention constante.

Effets secondaires : modifications du cycle menstruel, prise de poids, nausées ou maux de tête et changements d'humeur.

❖ **La contraception d'urgence [18]**

Il s'agit d'une méthode considérée de rattrapage et ne doit pas être utilisée de manière régulière. La pilule à base de lévonorgestrel à dose de 1.5mg (versus 30 microgrammes pour les contraceptifs microdosés) est plus efficace si prise le plus tôt possible après le rapport mais peut être utilisée jusqu'à 72 heures après. Son mode d'action principal est de retarder et/ou bloquer l'ovulation suite à l'inhibition du pic de LH ce qui la rend inefficace si utilisé après l'ovulation ; il y a aussi un effet d'épaississement de la glaire cervicale. La pilule à base d'ulipristal acétate, un modulateur sélectif des récepteurs à la progestérone, peut être administrée jusqu'à cinq jours après le rapport. Elle empêche l'action de la progestérone, inhibant l'ovulation mais aussi la nidation car rend l'utérus impropre pour ce processus.

b) Les méthodes barrières

❖ **Les préservatifs [16]**

➤ **Préservatifs masculins**

Ce sont des capuchons très fins en caoutchouc qui s'adaptent au pénis en érection constituant ainsi une barrière contre la progression du sperme dans le vagin. Ils sont efficaces surtout s'ils sont associés aux spermicides, assurent une protection contre les IST/SIDA, disponibles

(vente libre). Comme inconvénients on peut citer une diminution possible du plaisir et de l'élan sexuel (car cela nécessite un petit temps de préparation).

➤ **Préservatifs féminins**

Comme préservatif féminin on a : le diaphragme, le cap ce sont des capuchons en caoutchouc qu'on insère au pourtour du col et qui empêche la montée des spermatozoïdes pour la fécondation. Ils sont efficaces, s'ils sont bien utilisés et surtout s'ils sont associés aux spermicides. Comme préservatif féminin, on peut citer le Femidom : ce préservatif à usage unique est conçu spécialement pour s'adapter aux parois du vagin. C'est une méthode efficace de contraception et de prévention contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH.

❖ **Spermicides [16]**

Ce sont des produits que l'on insère dans le vagin quelques minutes (de 15 minutes à 1 heure) avant un rapport sexuel. Ils se présentent sous diverses formes telles que des comprimés, des suppositoires (moussants ou fondants), des gels, des films et des crèmes. Ces produits contiennent des substances destinées à tuer ou immobiliser les spermatozoïdes.

Les avantages : ils sont simples à utiliser, facilement disponibles, sans contre-indications médicales ni de risque pour la santé ; ils peuvent jouer un rôle de lubrifiant.

Les inconvénients : à type d'irritation vaginale ou du pénis, souvent incommodes par l'abondance des mousses (sécrétion vaginale qu'ils entraînent), peuvent diminuer la spontanéité du couple (nécessite un temps de préparation et de mise en place du produit avant l'acte sexuel) et peuvent rendre plus fréquentes les infections des voies urinaires.

c) **Le dispositif intra-utérin (DIU) [19]**

❖ **Le DIU au cuivre**

Il y a plusieurs dispositifs intra-utérins qui présentent une tige sur laquelle s'enroule un fil en cuivre ainsi que des bras latéraux flexibles, dont la disposition (en forme de T ou sphérique) peut varier. La surface en cuivre ainsi que les dimensions peuvent varier afin de s'adapter à la cavité utérine. Il y a aussi un fil de nylon, attaché à la base de la tige, qui permet de contrôler la présence de DIU et de le retirer. Il s'agit d'un dispositif radio opaque qui permet une visualisation facile sur les radiographies et il est aussi visible sur les échographies.

Il peut être inséré en première partie du cycle, préférentiellement à la fin des règles pour faciliter la pose, mais aussi à partir de 48h et jusqu'à six semaines après une interruption volontaire de

grossesse (IVG) et jusqu'à douze semaines après un accouchement. Il peut être utilisé aussi en tant que méthode contraceptive d'urgence, plus efficace que la pilule lorsqu'il est posé dans les cinq jours qui suivent l'ovulation. Il est recommandé d'effectuer un premier contrôle entre un et trois mois après la pose et annuellement par la suite jusqu'au retrait. Il a une durée d'action qui varie entre quatre et dix ans.

d) Stérilisation à visée contraceptive [16]

❖ La stérilisation masculine

La stérilisation masculine consiste à bloquer les canaux déférents qui transportent les spermatozoïdes au niveau du gland depuis les testicules, soit par occlusion soit par section du canal. Le chirurgien y accède grâce à une petite ouverture au niveau des bourses lors d'une intervention réalisée en ambulatoire, sous anesthésie locale.

L'effet de la vasectomie n'est pas immédiat car il faut compter entre 8 et 16 semaines et environ 20 éjaculations avant la réalisation d'un premier spermogramme. Il est donc indiqué d'associer un autre moyen contraceptif jusqu'à ce qu'une azoospermie soit objectivée.

La vasectomie est considérée comme une contraception définitive. Cependant, il y a des techniques chirurgicales qui peuvent permettre de rétablir la perméabilité avec un taux de grossesse inférieur ou égal à 50% suite à ces interventions.

Il n'y a pas de complications à long terme et pas d'atteinte de la performance sexuelle. A court terme, on retrouve des hémorragies et des hématomes, des infections, des douleurs scrotales et un taux d'échec d'environ 1%.

❖ La stérilisation féminine

Les techniques utilisées sont :

- Techniques de section ou de ligature tubaire : la technique la plus utilisée, celle de Pomeroy, implique la ligature et ensuite le sectionnement des trompes ;
- Techniques d'obstruction par la mise en place d'un dispositif médical tel comme un anneau (anneaux de Yoon) ou un clip (Filshie ou Hulka-Clemens).

La stérilisation féminine peut se réaliser par laparotomie, culdoscopie ainsi que coelioscopie, cette dernière étant la voie d'abord la plus utilisée. Les techniques de stérilisation féminine ont une action immédiate et sont considérées comme irréversibles. Les techniques de stérilisation féminine ont une action immédiate et sont considérées comme irréversibles.

Il existe des complications à court terme, comme la perforation lors de l'électrocoagulation ainsi que les hématomes, les infections, les hémorragies liées à l'intervention chirurgicale.

Parmi les complications à long terme, un risque de grossesse extra-utérine a été décrit mais pas de surrisque pour le cancer du sein, de l'endomètre ou du col et il y aurait même un effet protecteur contre le cancer de l'ovaire.

e) **Autres méthodes modernes de contraception**

❖ **L'implant "Implanon" [20]**

C'est un implant sous-cutané en forme de bâtonnet cylindrique de 4 cm de long et de 2 mm de large, qui délivre en continu de faibles doses d'hormone (progestérone). Au Mali, on dispose surtout du Norplant qui est de 6 capsules pour 5 à 7 ans et le jabelle qui est de 2 capsules. Il agit en empêchant l'ovulation et en modifiant la glaire cervicale.

L'implant se met sous la peau de la face interne du bras, à l'aide d'un applicateur stérile à usage unique après une anesthésie locale. Il se retire aussi après une anesthésie locale, à l'aide d'une petite incision de 2 mm, avec une pince. La pose et le retrait sont simples et rapides, environ 1 minute 30 pour la pose et 3 minutes 30 pour le retrait. Il est mis en place pour 3 ans par le médecin ou la sage-femme pendant une consultation.

Les inconvénients : il peut y avoir des troubles du cycle, pouvant être un motif de retrait. Il laisse une petite cicatrice de 2 mm au niveau de la zone d'insertion.

Les contre- indications : thrombose évolutive et affection hépatique sévère.

❖ **Le patch "EVRA" [21]**

C'est un patch de 20 cm² qui délivre une association œstroprogestative, comme une pilule à 20 microgrammes. Il agit comme la pilule, en bloquant l'ovulation et en modifiant la glaire cervicale. On doit utiliser un patch par semaine pendant 3 semaines, arrêt d'une semaine (comme avec la pilule les règles arrivent pendant la semaine sans patch). Les 4 sites d'application possibles sont : le bras, l'abdomen, le tronc, les fesses. Il est très efficace à condition d'être bien utilisé.

Les avantages : il offre une meilleure observance qu'avec la pilule, moins de risques d'oubli, très bien toléré et réversible dès l'arrêt. Il permet d'avoir des cycles réguliers, des règles moins abondantes, moins longues et moins douloureuses.

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

Les contre- indications : Les contre- indications sont les mêmes comme que la pilule œstroprogestative : hypercholestérolémie, hypertension artérielle, antécédent d'accident thromboembolique, certains cancers, le tabagisme chez les femmes de plus de 35 ans.

❖ **L'anneau vaginal "Nuvaring" [16]**

L'anneau NUVARING (diamètre = 54 mm et section = 4 mm) délivre une association œstroprogestative, comme une pilule à 15 microgrammes. Il agit comme la pilule, en bloquant l'ovulation et en modifiant la glaire cervicale. On doit utiliser un anneau par cycle pendant 3 semaines et une semaine sans anneau. Les règles ont lieu pendant la semaine sans anneau, comme avec la pilule. L'insertion et le retrait sont simples.

Les avantages : mise en place et retrait facile ; meilleure observance qu'avec la pilule ; moins de risques d'oublis et mêmes avantages que la pilule.

Les inconvénients : comme pour toute contraception hormonale, on peut observer des nausées, des céphalées, une prise de poids, de la tension mammaire.

Les contre-indications : elles sont pareilles que celles de la pilule œstroprogestative.

3.4.2. Méthodes contraceptives naturelles

Les méthodes naturelles de contraception sont des méthodes qui permettent d'éviter une grossesse en observant les signes de la fertilité féminine. Pour toutes les méthodes naturelles, on prévient la grossesse en évitant les rapports sexuels non protégés pendant les jours féconds.

❖ **L'abstinence périodique**

Il s'agit de détecter la phase fertile du cycle menstruel et de s'abstenir d'avoir des rapports sexuels ou d'utiliser des contraceptions locales pendant cette période. Cette méthode est fondée sur le fait que les spermatozoïdes et les ovules ont une durée de vie de quelques jours. La fécondation ne peut se réaliser que si les rapports sexuels ont lieu quelques jours avant, pendant ou après l'ovulation. Cette méthode nécessite un apprentissage. Le moment de l'ovulation est évalué de plusieurs façons.

❖ **Méthode Ogino ou méthode du calendrier [22]**

La méthode Ogino est également appelée méthode du calendrier ou méthode du rythme. Elle permet de prévoir approximativement la date de l'ovulation. En 1926, le Docteur Ogino découvrait que l'ovulation avait lieu environ 14 jours avant l'apparition des règles suivantes. En 1928, le gynécologue autrichien Hermann Knaus confirmait et précisait la découverte d'Ogino, mettant au point la méthode Ogino-Knaus.

Cette méthode se basait sur 3 principes :

- Il existe une seule ovulation, 14 jours environ avant la reprise des règles ;
- Un spermatozoïde a une durée de vie de 3 jours ;
- L'ovocyte meurt dans les 48 heures après son expulsion.

Depuis, ces 3 critères sur lesquels la méthode Ogino se basait, ont évolué.

- Il a été démontré par la suite que deux ovulations étaient possibles avec un intervalle de 24 heures maximum, et que la phase post-ovulatoire peut durer de 11 à 16 jours selon les femmes ;
- Les recherches ultérieures ont prouvé que les spermatozoïdes peuvent vivre jusqu'à 7 jours, notamment au niveau des cryptes de l'endocol ;
- Aujourd'hui, les études ont montré que la durée de vie de l'ovule et sa fécondabilité est de 12 à 24h.

Elle détermine ensuite :

- Le premier jour de sa période de fécondité en retranchant 18 au cycle le plus court ;
- Le dernier jour de sa période de fécondité en retranchant 11 au cycle le plus long.

Une femme dont les cycles varient de 30 à 36 jours peut être considérée comme infertile pendant les 10 premiers jours de son cycle ($30-18=12$), fertile du 12ème au 25ème jour et de nouveau infertile à partir du 26ème jour ($36-11=25$). Cette méthode doit être débutée à distance de la prise d'une contraception hormonale et est réservée aux femmes ayant des cycles quasi-réguliers.

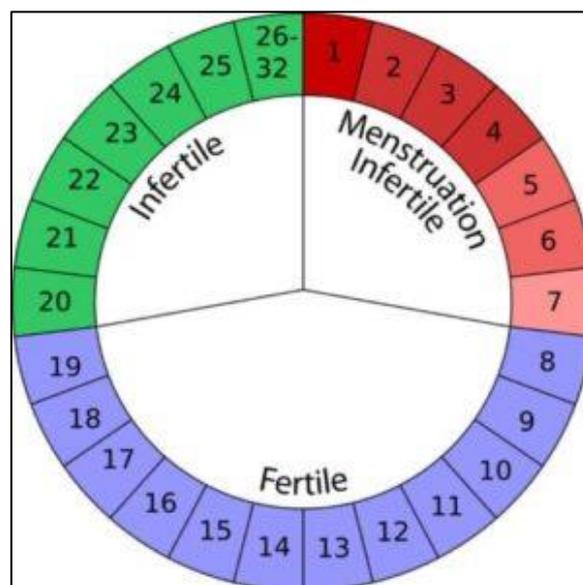


Image 1: La méthode du calendrier ou Ogino

<https://mariefortier.com/postnatal/les-m%C3%A9thodes-de-contraception-naturelles/>

❖ La méthode des températures [22]

Lors de l'ovulation la température basale du corps monte de 1 à 4 degrés et reste la même (en plateau) jusqu'aux règles suivantes. Cette méthode consiste à détecter l'ovulation en prenant sa température rectale tous les matins au réveil avant de se lever. La période féconde est basée sur la survie des spermatozoïdes et de l'ovule. La courbe thermique matinale d'une femme est caractérisée par une phase d'hypothermie des règles à l'ovulation, suivie d'une phase d'hyperthermie au dernier jour de la température basse ou au premier et deuxième jour de la montée ovulaire. La période féconde, d'une durée classique de 7 jours, est déterminée par la survie des spermatozoïdes (jusqu'à 4 jours) et de l'ovule (12 à 24 heures). Ainsi, la période féconde s'étend du quatrième au cinquième jour avant l'ovulation jusqu'au premier ou deuxième jour après celle-ci. Cette méthode établit deux périodes stériles, l'une après les règles, relativement stérile en raison de la survie exceptionnelle des spermatozoïdes au-delà de 4 jours, et l'autre après l'ovulation, absolument stérile du deuxième jour de température élevée, après décalage, jusqu'aux règles suivantes. Pour exclure de manière absolue le risque de grossesse, les rapports ne doivent avoir lieu qu'à partir du second jour du plateau thermique confirmé. L'abstinence est longue. De nombreux facteurs peuvent perturber la température basale (infections, nuits courtes, heure du réveil) et induire en erreur l'utilisatrice. Cette méthode est contraignante.

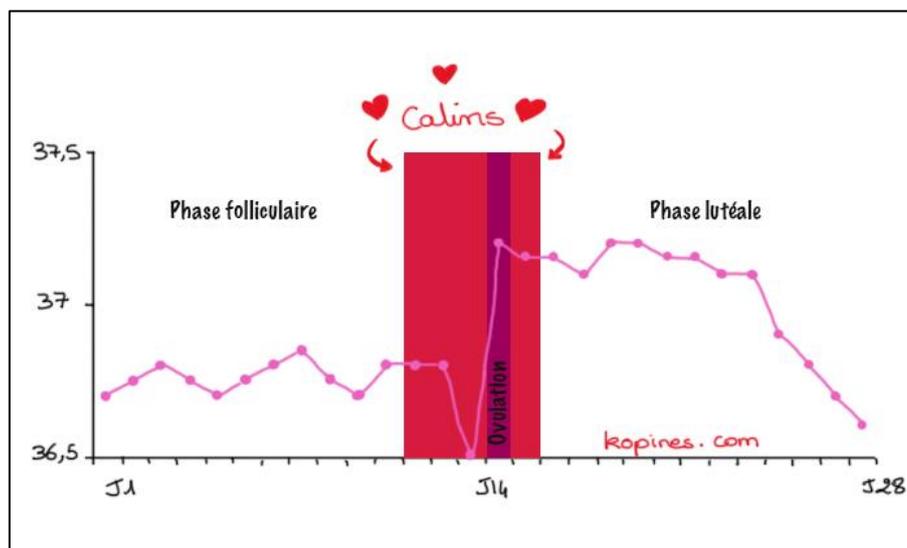


Image 2 : Courbe de la température

Source : <https://www.kopines.com/courbe-de-temperature/>

❖ La méthode bio-self [23]

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

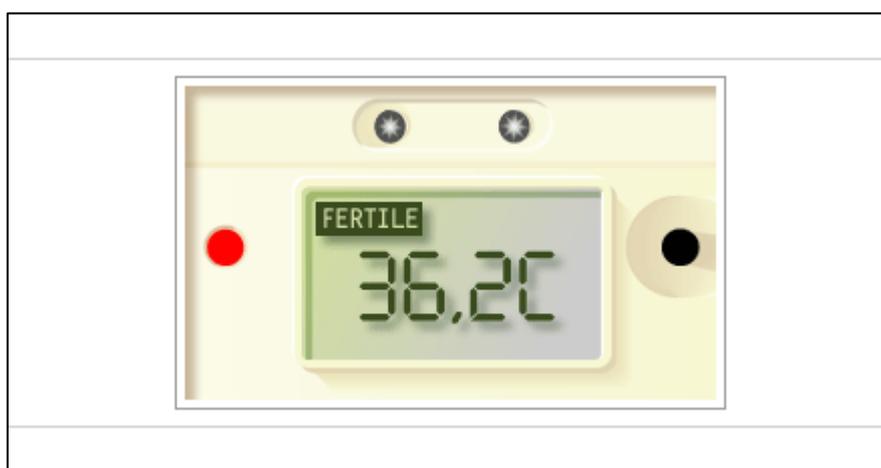


Image 3: Ecran de l'appareil Bioself

Source : http://bioself.com/fr/produit/produit_c_fr.html

❖ La méthode de la glaire cervicale ou Billings [24]

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

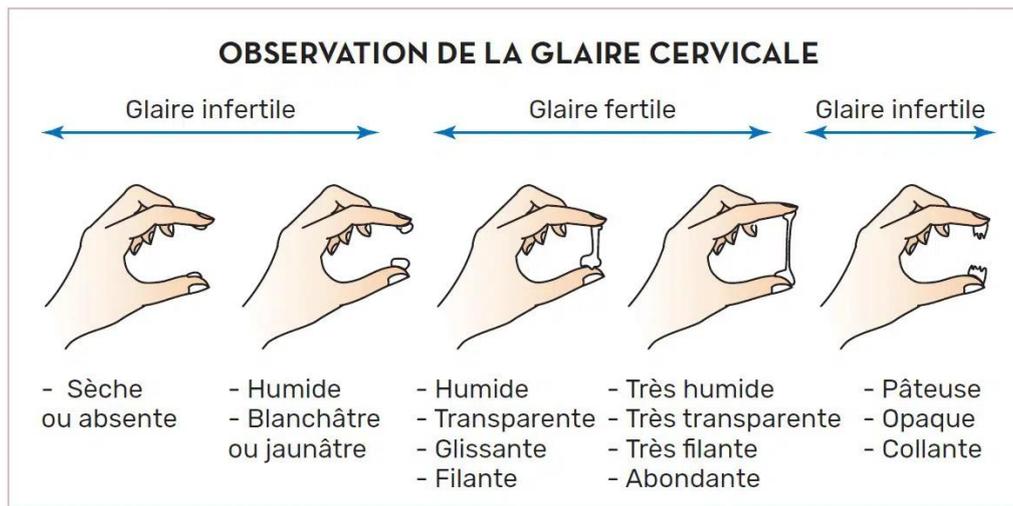


Image 4: Évolution de la glaire cervicale, indice de fertilité
Source : Gaëlle Baldassari, Kiffe ton cycle, Larousse, 2019.

❖ Méthode du collier [25]

Basée sur la connaissance de la fertilité du couple, elle aide le client et le couple à prévenir une grossesse non désirée à l'aide d'un collier de perles.

- Conditions d'utilisation du collier :

La femme doit avoir un cycle menstruel compris entre 26 et 32 jours. Il est recommandé d'attendre quatre cycles après l'accouchement avant de commencer la méthode. De plus, la femme doit être motivée pour suivre la procédure.

- Mode d'utilisation :

Au premier jour des menstruations, la femme doit déplacer l'anneau sur la perle rouge et marquer cette date sur le calendrier. Chaque jour, elle doit déplacer l'anneau vers la perle suivante, toujours dans la même direction indiquée par une flèche. Il est essentiel d'éviter les rapports sexuels non protégés pendant les jours correspondant aux perles vert clair si l'on souhaite éviter une grossesse.



Image 5: Collier contraceptif

Source : <https://www.formad-environnement.org/contraception.html>

❖ L'abstinence complète

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

❖ Le coït interrompu [25]

C'est le retrait du pénis du vagin avant l'éjaculation. On a deux sortes de coït dont :

- **Le coït réservatus** : signe de « maîtrise sexuelle » pour les promoteurs de cette méthode, permet au couple l'union charnelle sans orgasme. Le retrait a lieu sans éjaculation. Cette méthode diffère de l'eupareunie et n'est pas sans danger.
- **Le coït obstructif** : méthode dangereuse consistant à « serrer la base de la verge, penser à autre chose, et retenir sa respiration ». Il y a risque d'aboutir à une éjaculation dans la vessie, cause secondaire de stérilité. Cette méthode n'est pas très efficace car difficile à observer.

❖ La méthode d'allaitement maternel et de l'aménorrhée (M.A.M.A) [26]

La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) est le recours à l'allaitement comme méthode temporaire de planification familiale. La MAMA est efficace à 98% environ contre la grossesse si les critères suivants sont remplis : la mère n'a pas eu ses règles depuis l'accouchement ; elle nourrit son enfant au sein, exclusivement ou presque exclusivement ; le bébé a moins de 6 mois. Outre son effet contraceptif temporaire, l'allaitement protège le nourrisson contre les maladies infectieuses, lesquelles peuvent être mortelles. Toutefois, dans le cas des femmes séropositives pour le VIH, il convient de peser soigneusement le risque de transmission de ce virus de la mère à l'enfant contre les avantages bien connus de l'allaitement.

3.4.3. Méthodes contraceptives traditionnelles

❖ Le « Tafo » [27]

Le « Tafo » est une cordelette imprégnée d'incantations, ornée de nœuds, et attachée autour du bassin des femmes. Sa puissance contraceptive, liée à des éléments psychologiques et aux valeurs socioculturelles, est influencée par des facteurs tels que la fidélité conjugale, perdant de son efficacité en cas de relations avec un homme autre que le mari légitime. Fabriqué par un guérisseur, ce talisman mystique, constitué de multiples nœuds, est réputé posséder un pouvoir contraceptif de durée illimitée tant qu'il est porté à la ceinture, ou de durée déterminée en fonction du nombre de nœuds présents.



Image 6: Le « Tafo »

Source : <https://benbere.org/ladamour/contraception-traditionnelle-quand-le-tafo-trahit/>

❖ La toile d'araignée[25]

C'est un dispositif opacifié, fabriqué à partir du tissage de l'araignée, que les femmes enduisent généralement de beurre de karité. Il se positionne au fond du vagin pour obstruer le col de l'utérus, agissant ainsi comme une méthode barrière de contraception.

❖ **Le miel et le jus de citron**

Ils sont insérés dans le vagin avant les rapports sexuels ; ils peuvent entraîner soit l'immobilisation des spermatozoïdes (miel), soit leur destruction (citron), agissant ainsi comme des spermicides.

❖ **Les solutions à boire**

Il peut s'agir d'écorce d'arbres ou de plantes, des graines à avaler. On retrouve dans cette catégorie :

- Le « Nasi » : solution préparée par les marabouts dans le but d'empêcher la fécondation ;
- Le SOKOLON TIGI YIRI : un petit arbre qui pousse sur les ordures. Une graine avalée correspond à une année de contraception.
- Le BUCHHOLZIA MACROPHYLLA : l'huile extraite de ses graines est censée avoir un effet oestrogénique et est utilisée par les femmes du Zaïre pour réduire les règles.
- Le BANFORA : ses graines ont des actions spermicides.

❖ **La séparation du couple après accouchement**

Après un accouchement, il est de coutume de séparer le couple pendant un certain temps ceci permettait à la femme de récupérer et à l'enfant de se développer normalement.

MÉTHODOLOGIE

IV. MÉTHODOLOGIE

4.1. Cadre d'étude

Notre étude a été menée dans l'aire du Centre de Santé Communautaire Universitaire (CSCoM-U) de Ségué, situé dans le district sanitaire de Kolokani dans la région de Koulikoro au Mali.

Situé entre les coordonnées de 14°6'6" et 8°2'13" de latitude nord, le village de Ségué occupe une étendue de 64 945 km², abritant une population de 5 984 habitants [42]. Le relief du village est principalement constitué de plaines cuirassées féringiennes, avec la présence de gisements de bauxite près du village de Sirini. Le territoire comprend des cuvettes argileuses vastes, sujettes à des inondations lors des crues annuelles, bien que Ségué ne soit traversé par aucun cours d'eau. Niché dans la zone intertropicale de l'hémisphère nord, le village, comme le reste du nord du Mali, connaît un climat de type soudano-sahélien, avec une pluviométrie annuelle variant entre 600 et 800 mm. Les saisons se divisent en une période sèche, une saison pluvieuse et une saison froide. La flore se compose principalement de graminées de type soudano-sahélien, avec trois ensembles distincts de groupements végétaux : une formation arbustive, une formation arborée comprenant des espèces telles que le karité, le tamarinier, le balanzan, le rônier et le caicedrat, ainsi qu'une savane arborée avec des longues herbes. L'économie de Ségué repose principalement sur l'agriculture qui se concentre principalement sur les cultures vivrières telles que le sorgho, le mil, le maïs et les haricots, ainsi que sur les cultures de vente comme l'arachide, le manioc et la pastèque. L'élevage joue également un rôle important dans l'économie locale, avec l'élevage de bovins, d'ovins, de caprins et de volailles. Le village de Ségué est facilement accessible tout au long de l'année grâce à la route Nationale 3 (RN3). Sur le plan des médias, Ségué connaît un essor notable des médias libres et publics, avec la présence de la chaîne nationale (ORTM) et des radios privées de Demba et islamique de Didieni. En ce qui concerne les télécommunications, le village est desservi par les opérateurs SOTELMA/Malitel et Orange Mali.

La politique sectorielle de santé du Mali est bâtie sur une structure pyramidale dont le premier niveau est le Centre de Santé Communautaire (CSCoM), le second le Centre de Santé de Référence (CSRef) et les troisième et quatrième niveau les Hôpitaux Régionaux et Nationaux. La gestion des CSCoM est assurée par les Associations de Santé Communautaire (ASACO) et plus précisément par le Comité de gestion. Le passage de CSCoM ordinaire à CSCoM-U a fait l'objet d'un long processus d'évaluation et d'analyse. Les CsCoM-U ont vu le jour grâce au partenariat entre le Canada et le Mali, opérationnalisé à travers le projet DECLIC [28]. Un

CsCom-U est un centre de santé agréé par l'Université de Bamako, suivant certains critères qui le qualifient de lieu stratégique de formation et éventuellement pour la recherche pour les étudiant.es en médecine. Le CSCom-U de Ségué est en partenariat avec la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) ainsi qu'avec Institut National de Formation en Sciences de la Santé (INFSS) dans le cadre des stages pratiques en milieu rural pour les médecins en spécialisation en Médecine de Famille/Médecine Communautaire, ainsi que pour les étudiants de l'INFSS. Les différentes unités présentes dans le centre comprennent un dispensaire, une maternité, un dépôt de médicaments, l'Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle en Ambulatoire et Scolaire (URENAS), un laboratoire, une salle d'échographie, une salle d'Odonto Stomatologie, un bloc de logement pour les stagiaires (étudiants et résidents) ainsi qu'une salle de formation et une salle de réunion.

4.2.Type et période d'étude

Dans le cadre de cette thèse, une étude transversale mixte a été réalisée sur une durée de trois mois, allant de septembre à novembre 2023. Cette approche de recherche, qui intègre des méthodes à la fois quantitatives et qualitatives, a été employée afin d'obtenir une compréhension approfondie et une vision plus complète du sujet étudié.

4.3.Population d'étude

Notre population d'étude était constituée de femmes au foyer ainsi que des jeunes filles âgées de 15 à 21 ans, considérées comme les principales utilisatrices des services de planification familiale en raison de leur âge propice à la procréation. De plus, les femmes au foyer ont été choisies pour leur expérience de la planification familiale avant et après le mariage, tandis que les jeunes filles de 15 à 21 ans ont été choisies pour leur période de transition vers la vie de couple et de prise de décisions liées à leur santé reproductive.

Nous avons également inclus des autorités traditionnelles et religieuses, des leaders communautaires et un membre de l'Association de Santé Communautaire (ASACO), en tant que ressources clés influençant les normes socioculturelles régissant leurs communautés respectives.

4.3.1. Critères d'inclusion

Ont été inclus dans notre étude :

- ✓ Les jeunes filles âgées de 15 à 21 ans ne résidant pas dans un foyer ;
- ✓ Les femmes au foyer ayant accepté de participer ;

- ✓ Un représentant par village pour les autorités traditionnelles et religieuses, ainsi que les relais communautaires ;
- ✓ Un membre de l'Association de Santé Communautaire (ASACO).

4.3.2. Critères de non-inclusion

N'ont pas été inclus dans l'étude, toutes les personnes ayant refusé de participer à l'étude et ne respectant pas les critères d'inclusion.

4.3.3. Taille de l'échantillon

Pour déterminer la taille de l'échantillon, nous avons suivi la procédure suivante :

a. Données quantitatives

La formule utilisée pour calculer la taille de l'échantillon était la suivante :

$$n = (N \times T) \times i$$

n = taille de l'échantillon

T = taux de fécondité = 5%

N = taille de la population (5984)

i = 50% des femmes en âge de procréer

$$n = (5984 \times 0,05) \times 50\% = 149,6 \approx 150$$

Finalement, nous avons pu interroger 162 femmes au foyer, réparties dans les 9 villages de l'aire du centre de santé.

b. Données qualitatives

Nous avons constitué et interviewé pour chacun des 9 villages :

- Un focus group composé de 8 à 10 jeunes filles, dont l'âge varie entre 15 et 21 ans ;
- Un représentant pour les autorités traditionnelles et religieuses ;
- Un relai communautaire.

Nous avons également interviewé un membre de l'ASACO.

Au total, 9 focus groups ont été animés et 19 interviews individuels ont été réalisées.

4.4. Outils et techniques de collectes des données

Divers instruments ont été employés pour la collecte des données. Nous notons :

- Un questionnaire pour la collecte des données auprès des femmes au foyer ;
- Un guide d'entretien d'animation pour les focus groups ;
- Un guide d'entretien individuel semi-structuré pour les autorités traditionnelles et religieuses, les relais communautaires et le membre de l'ASACO.

En ce qui concerne les techniques de collecte de données, des questionnaires ont été administrés aux femmes au foyer afin de recueillir des données quantitatives. Les interviews des leaders communautaires ont été réalisées sous forme d'entretiens individuels. Quant aux focus groups, nous avons utilisé la technique d'animation de groupe. Les entretiens ont été enregistrés au moyen d'un dictaphone.

Les données des femmes au foyer ont été collectées à l'aide de l'outil **KoboCollect**, un outil de collecte de données en libre accès, utilisé par les enquêteurs via leurs smartphones.

4.5. Données recueillies - variables d'étude

Durant notre étude, nous avons collecté les éléments suivants :

a. Données quantitatives

- Des données sociodémographiques telles que le village de résidence, l'âge, le nombre d'enfants, le niveau d'étude et l'appartenance religieuse ;
- Des données sur la planification familiale des femmes au foyer avant et après leur mariage, ainsi que les défis rencontrés dans l'accès à la planification familiale.

b. Données qualitatives

- La compréhension de la planification familiale ;
- Les perceptions des croyances entourant la planification familiale ;
- Les attitudes et pratiques relatives à la planification familiale ;
- Les obstacles socioculturels liés à la planification familiale.

4.6. Déroulement de l'enquête

Pour la réalisation de l'enquête, une équipe de deux enquêteurs expérimentés dans le domaine de la santé a été recrutée et formée spécifiquement sur les enjeux et les méthodes de collecte de données de l'étude. Avant le début d'enquête, une prise de contact a été effectuée avec les membres de l'ASACO et le personnel de CSCOM-U de Ségué pour leur expliquer le déroulement de l'étude et solliciter leur accompagnement.

Le personnel technique (le vaccinateur) et le vice-président de l'ASACO ont été désignés pour accompagner l'équipe sur le terrain afin de faciliter la réalisation de l'enquête au niveau de la communauté. Un calendrier de passage dans les villages a été élaboré et partagé avec les relais communautaires des différents villages. Les relais communautaires se sont chargés d'informer et de mobiliser les différentes cibles pour la réalisation de l'étude.

Le questionnaire de collecte de données quantitatives a été administré aux femmes au foyer pour comprendre leurs pratiques en matière de planification familiale avant et après leur mariage. La durée moyenne de la collecte des données était de 30 minutes par femme.

Pour le volet qualitatif, un entretien individuel de type semi-structuré a été réalisé auprès du chef de village et du relais dans chaque village. Ils ont été choisis parce qu'ils sont les personnes-ressources de leurs communautés. Les focus groups ont été animés autour de groupes de jeunes filles (8 à 10 participantes) âgées de 15 à 21 ans. Les séances d'entretien des focus groups ont duré en moyenne 1h30 et ont été coordonnées par au moins un modérateur (enquêteur) et un facilitateur (relais communautaire).

4.7. Méthode d'analyse des données

L'analyse des données s'est articulée autour des deux types de données. Les données quantitatives ont été analysées par le logiciel **IBM SPSS Statistics®** version 25. Le test de Khi-deux de Pearson ou le test exact de Fisher ont été utilisés pour la comparaison des variables. Les liaisons entre les variables ont été considérées comme statistiquement significatives au seuil de probabilité de 5%.

Quant aux données qualitatives (issues des entretiens individuels et des focus groups), nous les avons analysées à la suite de la transcription des enregistrements réalisés. Ces transcriptions ont été saisies dans le logiciel **Nvivo** et codifiées. L'analyse s'est poursuivie en suivant une méthode d'analyse thématique. Ce processus a impliqué l'extraction des segments significatifs des transcriptions, suivie de leur classification par catégories thématiques pertinentes.

La rédaction des textes et la création des figures ont été effectuées à l'aide de la suite Microsoft Office (Word et Excel 2021).

Les résultats ont été présentés sous forme narrative, à travers des descriptions détaillées. Qui plus est, ces résultats ont également été illustrés à l'aide de graphiques et de tableaux pour une meilleure visualisation et compréhension des données.

4.8. Considérations éthiques

Un consentement éclairé des participants a été obtenu auprès de tous les participants de l'étude, conformément aux principes éthiques régissant les études impliquant des êtres humains. Une information détaillée sur la recherche (les objectifs, les procédures et les bénéfices) leur a été donnée. Il leur a été expliqué que la participation était libre et les

personnes ayant consenti à participer pouvaient retirer à tout moment leur consentement sans que cela puisse avoir de conséquence sur l'étude. La confidentialité des informations recueillies a été garantie. À cette fin, les initiales des noms et prénoms des participants ont été utilisés pour assurer leur anonymat et préserver leur vie privée.

RÉSULTATS

V. RÉSULTATS

Les résultats présentés dans cette section intègrent à la fois les données quantitatives, recueillies via des questionnaires auprès de 162 femmes au foyer réparties dans les neuf villages de l'aire de santé, et les données qualitatives, issues de 9 focus group rassemblant des jeunes filles de 15 à 21 ans, ainsi que de 19 entretiens individuels semi-structurés avec des autorités traditionnelles, religieuses et des relais communautaires. Ces résultats offriront un aperçu approfondi des représentations de la population concernant l'utilisation de la planification familiale, de l'impact des facteurs socioculturels sur l'adoption des méthodes contraceptives, et des défis rencontrés par les jeunes filles dans l'utilisation de la planification familiale dans notre aire d'étude.

5.1. Résultats quantitatifs

5.1.1. Caractéristiques sociodémographiques

❖ Répartition des femmes au foyer en fonction des villages de l'aire de santé

Tableau II : Répartition des femmes au foyer en fonction des villages de l'aire de santé

Village	Effectifs (n=162)	Pourcentage (%)
Kouroune	16	9,88
Marabougou	14	8,64
Nelou	12	7,41
Pampala	22	13,58
Ségué	35	21,60
Sagalani	9	5,56
Sille	17	10,49
Sirado	13	8,02
Sirini	24	14,81

Le village de Ségué a été représenté par 35 femmes au foyer, soit 21,60% de l'échantillon.

❖ Répartition des femmes au foyer selon la tranche d'âge

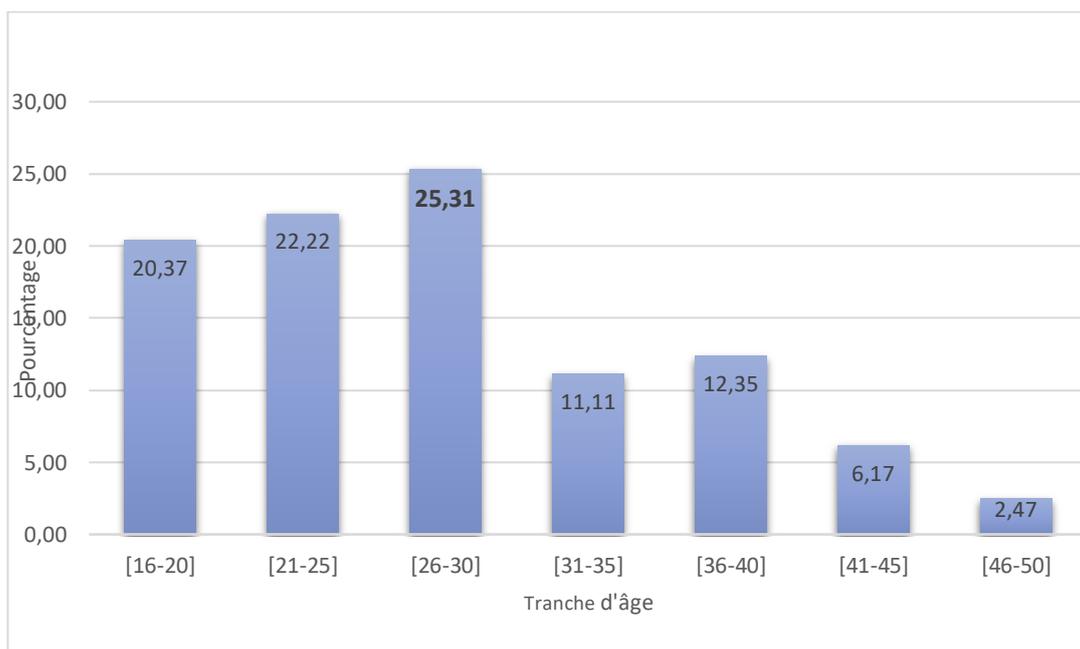


Figure 1: Répartition des femmes au foyer selon la tranche l'âge

La tranche d'âge de 26-30 ans a représenté 25,31%, avec une moyenne d'âge de 28 ± 8,021ans.

❖ Répartition des femmes au foyer en fonction du nombre d'enfants

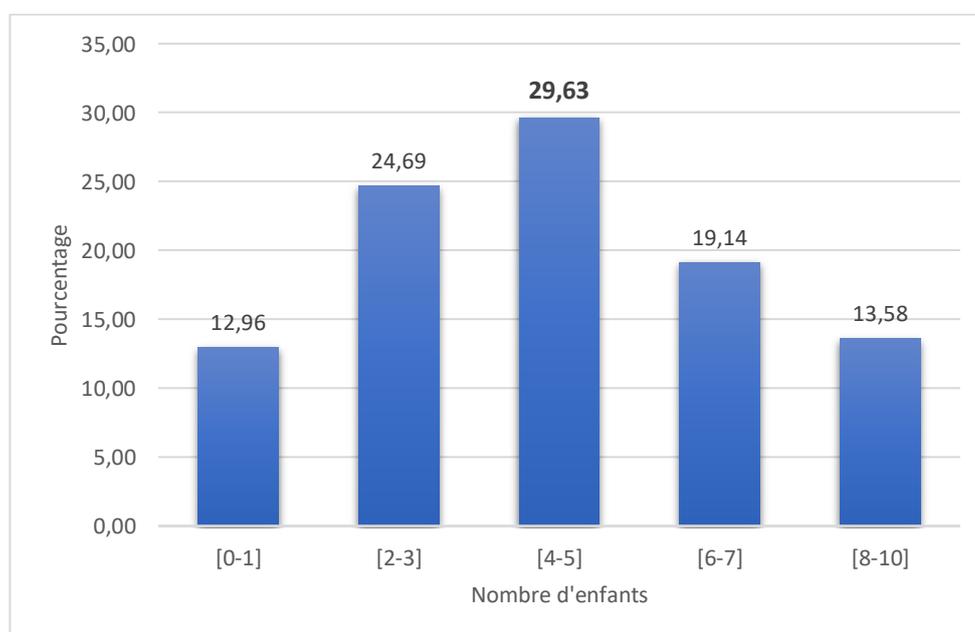


Figure 2: Répartition des femmes au foyer en fonction du nombre d'enfants

La catégorie la plus prédominante était celle de [4-5] enfants, englobant 48 femmes (29,63 %), suivie de près par la catégorie [2-3] enfants, qui comptait 40 femmes (24,69 %).

❖ Répartition des femmes au foyer en fonction de leur niveau d'éducation

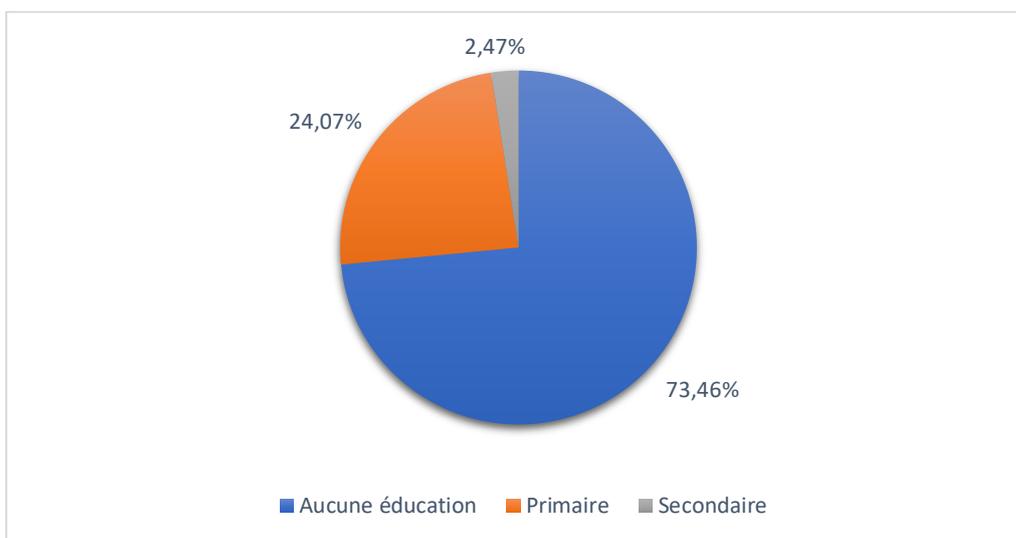


Figure 3: Répartition des femmes au foyer en fonction du niveau d'éducation

La majorité des femmes, soit 119 (73.46%), ont affirmé n'avoir reçu aucune éducation formelle.

❖ Répartition des femmes au foyer en fonction de leur pratique religieuse

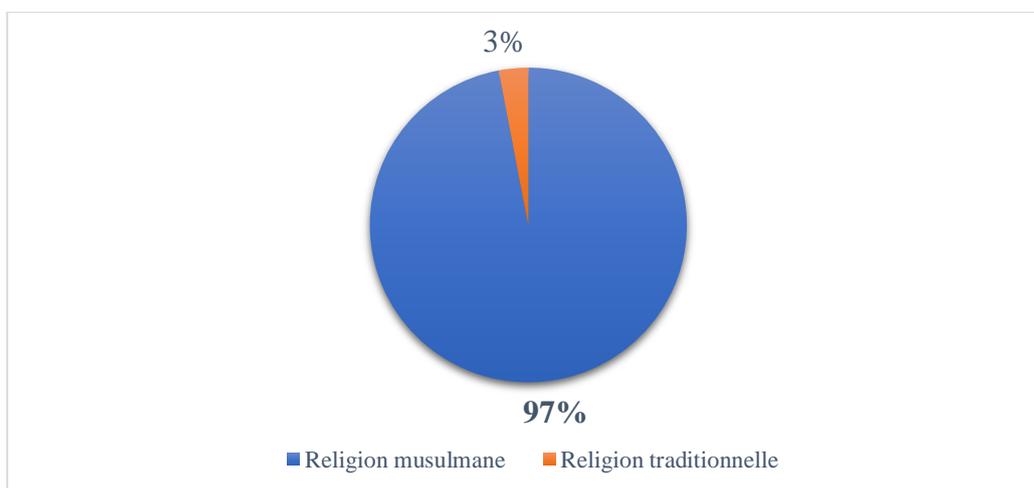


Figure 4: Répartition des femmes au foyer en fonction de leur pratique religieuse

La religion musulmane a été la religion la plus répandue, représentant une proportion de 97 %. Les autres femmes au foyer pratiquaient des religions traditionnelles.

❖ Répartition des femmes au foyer en fonction de leur âge au moment de leur mariage

Tableau III: Répartition des femmes au foyer en fonction de leur âge au moment de leur mariage

Tranches d'âge	Effectifs (n=162)	Pourcentage (%)
Avant 18 ans	102	62,96
Entre 18 et 25 ans	59	36,42
Après 25 ans	1	0,62
Total	162	100

La majorité des femmes, soit 62,96 %, ont déclaré s'être mariées avant l'âge de 18 ans.

5.1.2. Planification familiale avant le mariage

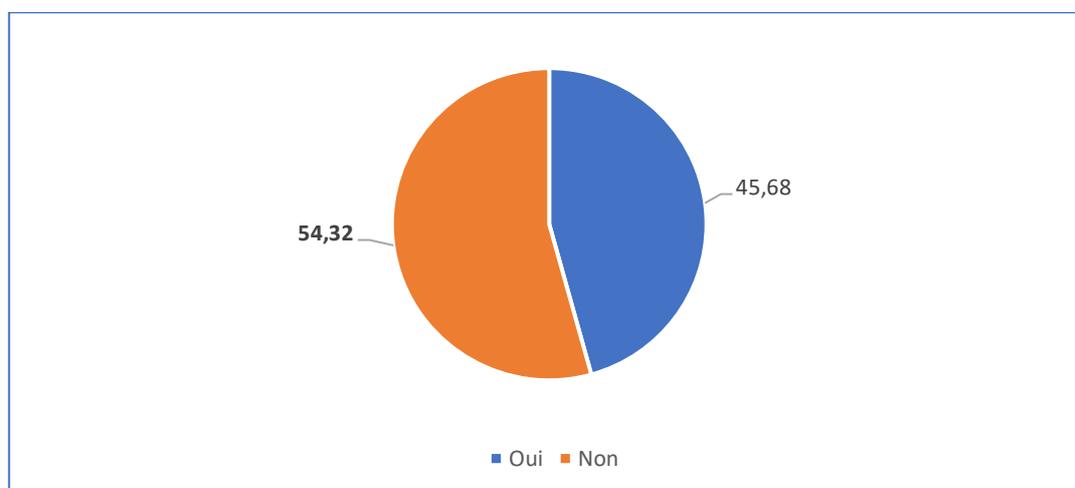


Figure 5: Répartition des femmes au foyer en fonction des connaissances sur la planification familiale avant le mariage

Plus de la moitié des femmes (54,32 %) ont indiqué ne pas avoir de connaissances sur la planification familiale avant leur mariage, comme le montre la figure suivante.

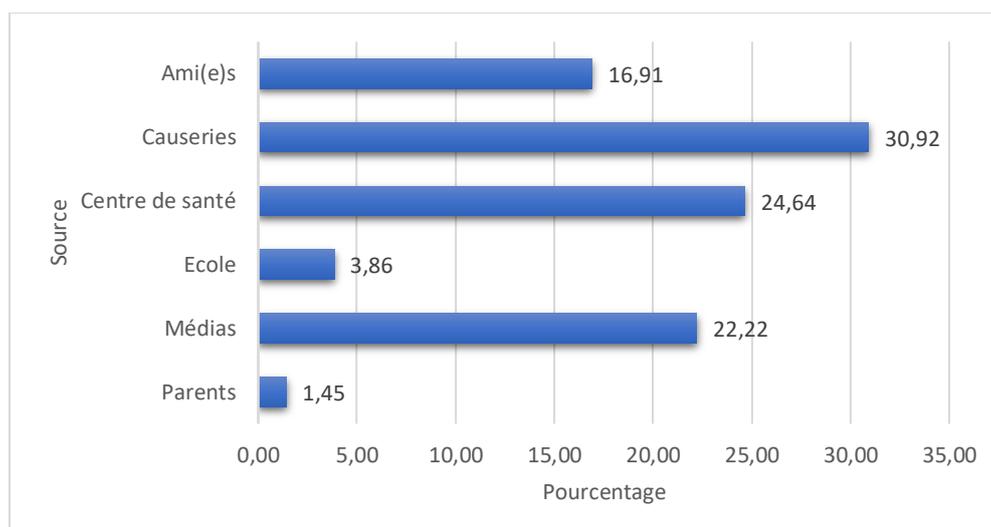


Figure 6: Répartition des femmes au foyer en fonction des sources d'information sur la planification familiale avant le mariage

Les causeries ont été identifiées en tant que sources prédominantes d'information sur la planification familiale avant le mariage, représentant 30,92 %, suivies par les centres de santé à hauteur de 24,64 %.

❖ **Discussion et avis des partenaires sur la planification familiale avant le mariage.**

Tableau IV: Répartition des femmes au foyer en fonction de la discussion prémaritale sur la planification familiale

Réponse et avis du partenaire		Effectifs (n=162)	Pourcentage (%)
Oui	Favorables	13	8,02
	Avait des réticences	5	3,09
	Défavorables	2	1,23
Non		142	87,65

La majorité, soit 87,65 % des femmes aux foyers, ont déclaré ne pas avoir eu de discussions prémaritales sur la planification familiale. Parmi celles qui ont eu de telles discussions, 13 (8,02 %) des partenaires ont exprimé des opinions favorables.

❖ **Utilisation des méthodes de contraception avant le mariage**

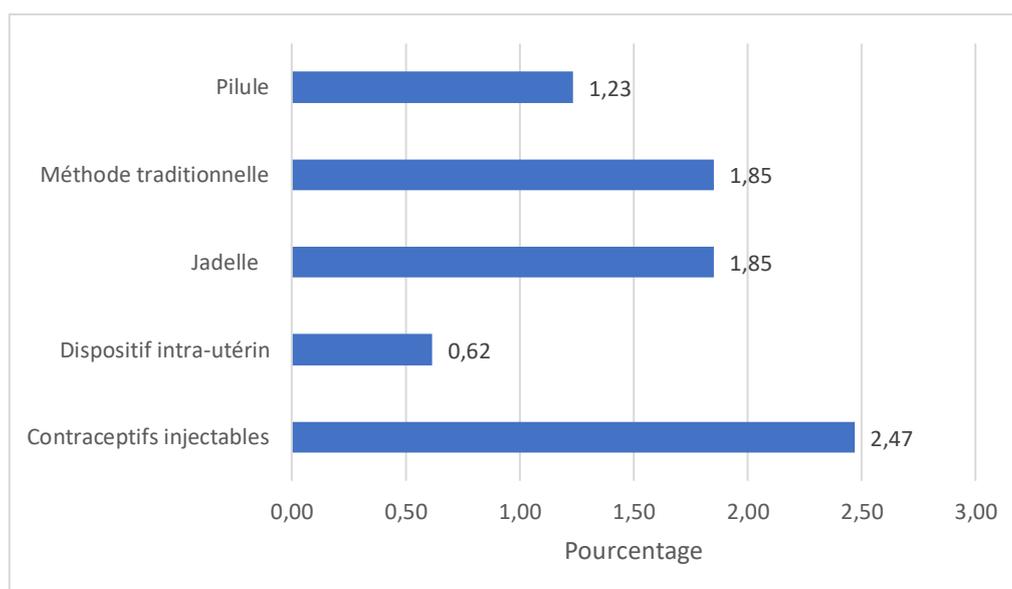


Figure 7: Répartition des femmes au foyer en fonction des méthodes de contraception utilisées avant le mariage

La majorité des participantes, soit 151 femmes (93,21 %), ont déclaré ne pas avoir utilisé de méthodes de contraception avant le mariage. En revanche, 11 participantes (6,79 %) ont signalé avoir eu recours à des méthodes contraceptives. La figure 7 illustre les méthodes de contraception utilisées par les femmes, mettant en évidence que les contraceptifs injectables étaient les plus couramment utilisés.

❖ **Relation entre le niveau d'éducation et la connaissance de la planification familiale avant le mariage**

Tableau V: Relation entre le niveau d'éducation et la connaissance de la planification familiale avant le mariage

		Niveau d'éducation			Total
		Aucune éducation	Primaire	Secondaire	
Connaissances sur la planification familiale	Non	72 (80,90%)	16 (17,98%)	1 (1,12%)	89
	Oui	47 (64,39%)	23 (31,50%)	3 (4,11%)	73
Total		119	39	4	162

Khi-carré de Pearson = 5,987 ; p-valeur = 0,049

Il existait un lien entre le niveau d'éducation et la connaissance de la planification familiale. La majorité des femmes n'ayant pas de connaissances sur la planification familiale (80,90 %) n'avaient reçu aucune éducation formelle.

❖ **Raisons de non-utilisation des méthodes de contraception avant le mariage**

Tableau VI: Répartition des femmes au foyer en fonction des raisons de non utilisation des méthodes de contraception avant le mariage

Raisons	Effectifs	Pourcentage (%)
Coutumes	105	64,81
Crainte des effets secondaires	10	6,17
Manque d'accès aux méthodes contraceptives	88	54,32
Non active sexuellement	75	46,30
Religion	27	16,67
Autres*	2	1,23

Autres*= Méconnaissance des méthodes contraceptives (1), Maternité tardive (1)

Les coutumes ont été identifiées comme le facteur prédominant, cité par 105 femmes (64,81 %), suivi de près par le manque d'accès aux méthodes contraceptives évoqué par 88 femmes (54,32 %).

5.1.3. Planification familiale après le mariage

❖ **Discussions et avis des conjoints sur la planification familiale après le mariage.**

Tableau VII: Répartition des femmes au foyer en fonction des discussions sur la planification familiale après le mariage

Réponse	Effectifs (n=162)	Pourcentage (%)
Favorables	62	38,27
Oui		
Avait des réticences	13	8,02
Défavorables	14	8,64
Non	73	45,06

Après le mariage, 54,94 % des femmes ont indiqué avoir discuté de la planification familiale avec leur conjoint. Parmi elles, 38,27 % de leurs conjoints avaient des avis favorables à ce sujet.

❖ **Utilisation des méthodes de contraception après le mariage**

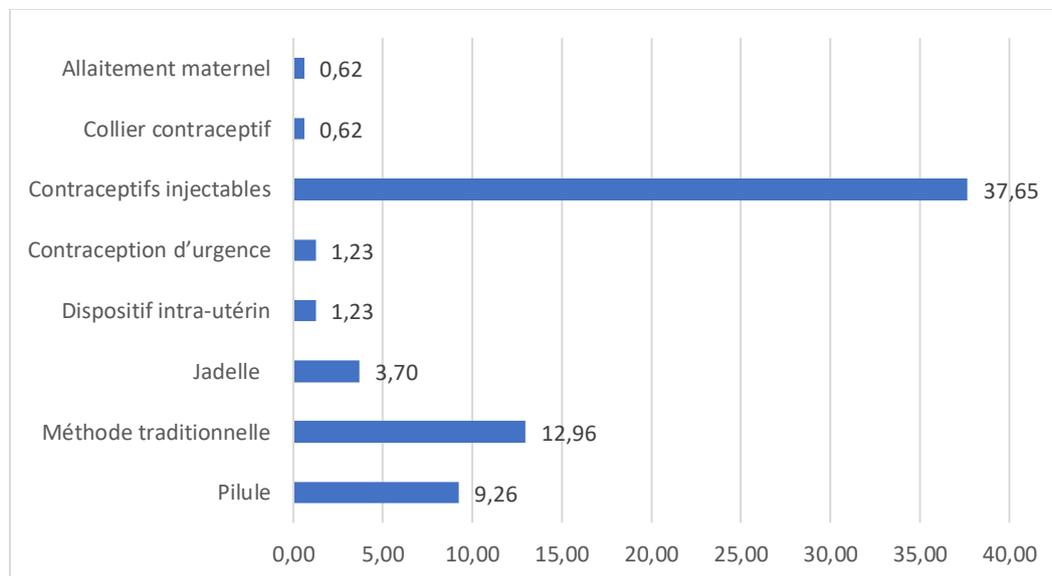


Figure 8: Répartition des femmes au foyer en fonction des méthodes contraceptives utilisées après le mariage

Plus de la moitié des participantes ont déclaré avoir utilisé des méthodes de contraception après leur mariage. Les contraceptifs injectables ont été la méthode de contraception la plus utilisée, avec un taux de 37,65 %.

❖ **Relation entre les discussions prémaritales sur la planification familiale avec le partenaire et l'utilisation de méthodes de contraception après le mariage.**

Tableau VIII: Relation entre les discussions prémaritales sur la planification familiale avec le partenaire et l'utilisation de méthodes de contraception après le mariage

		Utilisation de méthodes contraceptives après le mariage		Total
		Oui	Non	
Discussions prémaritales sur la PF	Oui	16(80%)	4(20%)	20
	Non	70(49,29%)	72(54,71%)	142
Total		86	76	162

Khi-carré corrigé = 5,461 ; p-valeur = 0,019

La majorité des femmes, soit 80%, ayant discuté de la planification familiale avec leurs partenaires ont utilisé des méthodes contraceptives après le mariage.

❖ **Objectifs d'utilisation des méthodes contraceptives après le mariage**

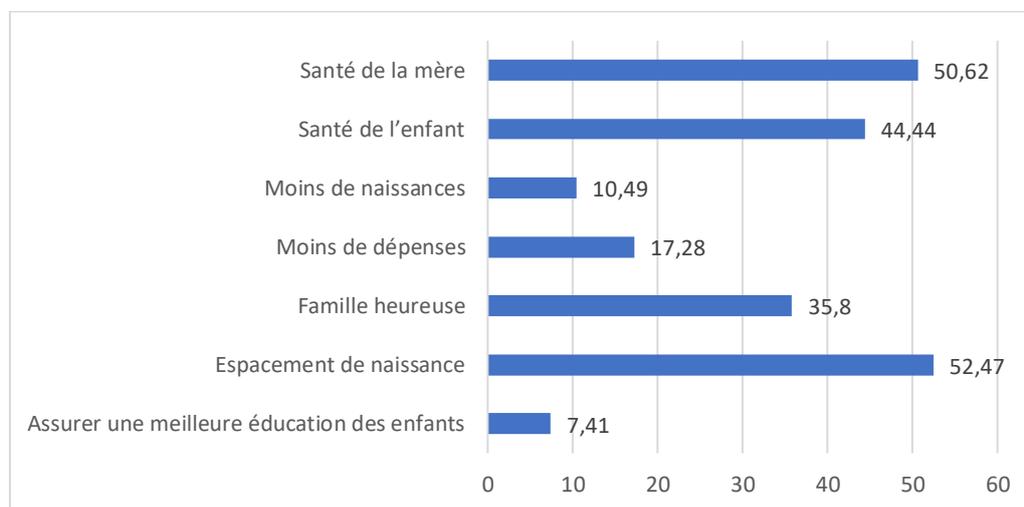


Figure 9: Répartition des femmes au foyer en fonction des objectifs d'utilisation des méthodes contraceptives après le mariage

Plus de la moitié, soit 85 femmes (52,47 %), ont souligné le souhait d'espacer les naissances, suivi par l'importance accordée à la préservation de la santé maternelle (50,62 %) comme motif de recours aux méthodes contraceptives après leur mariage.

❖ **Raisons d'utilisation ou de non-utilisation des méthodes contraceptives après le mariage**

Tableau IX: Répartition des femmes au foyer en fonction raisons d'utilisation ou de non-utilisation des méthodes contraceptives après le mariage

Utilisation et raisons		Effectifs	Pourcentage
Oui	Décision du mari	41	25,31
	Préférences personnelles	81	50,00
	Raisons de santé	74	45,68
Non	Croyances religieuses	66	40,74
	Décision du mari	20	12,35
	Manque d'accès aux méthodes contraceptives	4	2,47
	Crainte des effets secondaires	43	26,54

Autres*	4	2,47
---------	---	------

Autres*= Absence du mari (2), Problème de fécondité (2)

Pour celles ayant utilisé des méthodes contraceptives, les motivations étaient principalement liées à des préférences personnelles (50%), tandis que les croyances religieuses (40,74 %) ont eu un impact sur celles qui n'ont pas utilisé des moyens contraceptifs.

❖ **Difficultés d'accès à la planification familiale après le mariage**

Tableau X: Répartition des femmes au foyer en fonction des difficultés d'accès à la planification familiale après le mariage

Difficultés rencontrées		Effectifs	Pourcentage
Oui	Coût élevé des contraceptifs	3	1,85
	Manque d'information	11	6,79
	Refus du partenaire	23	14,20
	Résistance de la communauté	5	3,09
	Stigmatisation sociale	6	3,70
Non		124	76,54

Parmi les femmes qui ont fait face à des difficultés d'accès à la planification familiale après le mariage, le refus du mari (14,20%), le manque d'information (6,79%) et la stigmatisation sociale (3,70%) étaient les raisons les plus fréquemment citées.

5.2. Résultats qualitatifs

Des entretiens individuels et des focus groups ont été réalisés dans le but d'avoir des informations en profondeur, mais aussi de compléter le questionnaire au niveau des populations des différentes localités.

Tout d'abord, il est important de noter que les normes coutumières et religieuses façonnent les croyances et les pratiques liées à la grossesse, à l'accouchement et à la gestion de la famille. Malgré la tendance pronataliste souvent observée dans les sociétés africaines, l'utilisation de méthodes de contraception traditionnelles était présente et courante. Des analyses documentaires pour examiner les enseignements religieux relatifs à la famille, aux relations

sexuelles et à la planification familiale dans le christianisme, le judaïsme, l'islamisme, l'hindouisme, le bouddhisme, et les traditions religieuses chinoises ont révélés qu'aucune de ces religions n'interdit formellement la planification familiale [38]. Cependant, au sein de chaque tradition, des sectes sous-jacentes interprètent les enseignements religieux de manière distincte, certaines d'entre elles interdisant la planification familiale.

L'avènement de la contraception moderne marque une rupture entre les générations en opposant d'un côté les seniors avec une idéologie plutôt pro-nataliste et, de l'autre, la génération actuelle dont bon nombre de représentants vivent une sexualité préconjugale inféconde et se soucient désormais des conditions d'accueil de l'enfant dans le foyer conjugal [41].

À l'issue des échanges, deux grandes thématiques suivantes ont été identifiées en fonction des différentes idées exprimées dans les groupes, notamment la perception de la planification familiale et les attitudes et pratiques de la planification familiale.

5.2.1. Perceptions de la planification familiale

➤ Connaissances de la planification familiale

La plupart de répondants conçoivent la planification familiale comme une méthode qui permet d'espacer la naissance. Les différentes méthodes contraceptives connues par les répondants sont entre autres les implants, les injections et les comprimés, les méthodes de longue durée et de courte durée.

Ainsi Z T dira que : « *La planification familiale consiste à espacer la naissance dans un foyer et à maintenir la bonne santé chez les membres de la famille* ».

NT se focalise sur les différentes méthodes qu'elles utilisent fréquemment :

« *Ce que je peux donner comme connaissances sur la planification familiale, il y a deux modèles de planification familiale : la méthode longue qui de 5 ans et la méthode courte qui est de 3 mois. Mais ce que nous utilisons ici, c'est la méthode de 3 mois* »

ST parle de l'importance de l'espacement de naissance et quelques méthodes contraceptives :

« *Je sais que la planification familiale est venue pour espacer la naissance qui se traduit par la santé des mères, des enfants. Sans la planification familiale, les femmes accouchent très rapidement, souvent chaque année et demie, ce qui fait que les enfants meurent plus et*

tombent malades. Aussi, il y a des méthodes contraceptives : JADA, les méthodes injectables »

KT estime que : *« La planification familiale est un procédé qui permet d'espacer les naissances de femmes. La planification se fait par les agents de santé de nos jours à travers différentes méthodes que sont les injections, les comprimés et autres. »*

DF, relais à Sille aborde les formations dont elle a bénéficié sur la planification familiale et son importance :

« La planification familiale est un procédé qui consiste à espacer la naissance. Aussi, nous avons bénéficié des formations au niveau du CSCOM depuis très longtemps sur la planification familiale. La planification familiale permet à la mère et à l'enfant allaitant de garder la bonne santé, elle permet d'espacer la naissance. »

DT conseiller du chef de village, estime que : *« La planification familiale est une pratique adoptée par les femmes pour espacer les naissances et maintenir la bonne santé. La planification familiale a des méthodes différentes qui sont les injections, les pilules, les comprimés et autres. »*

Comme le disent la majorité des participants, la planification familiale est une méthode qui permet d'espacer la naissance. Elle permet de maintenir la stabilité dans un foyer. Les enfants s'épanouissent rapidement sans difficulté ainsi que les parents. Ainsi **P2** atteste que : *« La planification familiale est le fait d'espacer les naissances afin de donner une bonne santé à la mère et à l'enfant »*. (**Focus réalisé Sakalani**). En plus de l'espacement de naissance, **P1** pense que : *« c'est l'espacement de naissance. C'est pour se protéger contre des maladies transmissibles »*. (**Focus réalisé Kouroune**)

➤ **Connaissance des types de méthodes contraceptives**

La plupart de nos répondants ont une bonne connaissance des méthodes contraceptives modernes les plus courantes. Les participants citent en majorité la pilule, le DIU, l'implant, le préservatif et la méthode traditionnelle. Ainsi, **P3** cite : *« les types de méthodes contraceptives sont injectables, la jabelle et la pilule »*. (**Focus réalisé à Nelou**). Contrairement à ses prédécesseurs, **P4** évoque la méthode traditionnelle de contraception : *« il y a une méthode traditionnelle, qui interdit de sauter sur les mortiers et l'accès au cimetière »*. (**Focus réalisé Sille**). Aussi, **P2** parle des deux méthodes : *« la jabelle, méthode injectable et méthode traditionnelle pour espacer la naissance »* (**focus réalisé à Sirado**).

D'après les verbatims précédents, il est évident que les participants possèdent une connaissance suffisante des différentes méthodes de contraception, à la fois modernes et traditionnelles. Les deux types de méthodes ont été abordés par l'ensemble des participants.

➤ **Mode d'emploi**

Les populations ont une large information par rapport au mode d'emploi des méthodes de contraceptions modernes. Cela est attesté par **P3** : « *il y a les piqûres, les comprimés à avaler* » (**Focus réalisé à Kouroune**).

« *Certaines sont utilisées pour 3 à 5 mois. Il y a aussi une méthode de jabelle utilisée et appliquée 2 ou 3 fois et le préservatif est placé aux testicules, la pilule (comprimé) est avalée* ». (**P5, Focus réalisé à Sagalani**).

« *La pilule, si tu te trompes sur l'utilisation, tu tombes enceinte. La jabelle est utilisée au niveau des bras. La méthode injectable est utilisée au niveau des jambes. Enfin le préservatif est mis au testicule de l'homme* » (**P7, focus réalisé à Ségué**).

➤ **Sources d'information**

Les populations sont informées sur les méthodes modernes de contraception à travers différents canaux de communications, notamment les moyens traditionnels, la télé, la radio, les sketches, la causerie éducative animée par les agents, etc. Ceci est confirmé par **P1** : « *j'ai appris dans la causerie et avec les amis* » (**Focus réalisé Nelou**).

« *On regarde les théâtres sur la planification familiale à la télévision, et au village, on écoute à la radio et aussi les médecins font l'émission à la télévision* ». (**P2, Focus réalisé Marabougou**).

« *Les parents en parlent, c'est pourquoi j'ai appris* » (**P8, Focus réalisé Ségué**). Quant à **P2** : « *les gens ont pratiqué devant moi* » (**Focus réalisé Sirini**).

P4 dira que : « *on regarde les théâtres sur la planification familiale à la télévision, et au village, on écoute à la radio et aussi les médecins font l'émission à la télévision* ». (**Focus réalisé Marabougou**). Aussi, dira **P3** : « *j'ai été informé par les agents de la santé* » (**Focus réalisé Kouroune**).

➤ **Croyances de la population sur la planification familiale**

Les populations ont différentes perceptions de la planification familiale. Des positions divergent face à la pratique des méthodes contraceptives. D'une part, une frange de la population a l'esprit conservateur, pense que la pratique de la planification familiale est un complot orchestré par les occidentaux pour freiner l'évolution démographique de l'Afrique.

Ainsi dira **NT, Marabougou** : « *Il s'agit de système des blancs qui ne veulent pas que l'on enfante beaucoup* ».

HK évoque : « *En parlant du sujet de planification familiale dans notre village, certaines ne comprennent pas, ils rejettent la pratique de planification familiale. D'autres condamnent cette méthode à leur femme* ».

ST abonde dans le sens : « *En faisant la sensibilisation sur l'espacement de naissance, certains pensent que c'est pour réduire la naissance ou l'arrêter définitivement. Ils refusent la planification familiale* ».

De plus, certains individus considèrent que la planification familiale est bénéfique car elle permet de réguler l'espacement des naissances et ainsi de maintenir un équilibre familial optimal. Cela est affirmé par **ZT, Pampala** : « *Je pense que c'est un impact positif, la pratique de la planification familiale par les familles et le bien-être des membres de la communauté* ».

MC, Ségué atteste que : « *Il y a beaucoup d'avantage dans l'utilisation de la planification familiale, notamment la réduction de la pauvreté, des maladies des enfants ; et elle donne une meilleure santé à la mère et à l'enfant. La santé de la mère et de l'enfant favorise un bon revenu familial* ».

DT abonde dans le sens que **ZT** et **MC** : « *Nous observons l'impact positif de la planification familiale dans la communauté à travers certaines familles, certains enfants et même les mères* »

Ainsi, ce notable de **Kouroune** évoque les avantages de la planification familiale : « *Un impact positif pour les familles qui parviennent à l'adopter et le bien-être des enfants est bien visible* ».

Le participant 3 de Sankarani évoque deux positions divergentes sur la planification familiale : « *certaines filles utilisent la planification familiale pour faire les relations d'amour, d'autres pour se protéger. Les jeunes filles l'utilisent pour des besoins différents* ».

5.2.2. Attitudes et pratiques de la planification familiale par les jeunes filles

Sur le terrain, les populations ont différentes perceptions de la pratique de la planification familiale. Selon J.P Olivier de Sardan (1999, p.7) : « *Jamais, nulle part, les représentations populaires des maladies ne coïncident avec les représentations savantes, biomédicales* ».

À l'instar donc des représentations, les perceptions populaires et savantes sont opposées. En effet, certains enquêtés refusent de pratiquer la planification familiale parce qu'ils freinent la

procréation. Selon **P8** : « *Je n'aime pas utiliser parce que certains disent que c'est dangereux* » (focus réalisé à Sirado)

Quant au **P5** : « *je veux utiliser après le mariage* » (focus réalisé en Sagalani).

D'autres répondants sont favorables à la pratique de la planification familiale. Selon **NT, Marabougou** : « *Je suis pour l'application de la planification familiale et je donne des conseils aux femmes de pratiquer la planification familiale* ».

HK : « *Je n'ai pas de problème avec le sujet de planification familiale, je le fais traditionnellement et je suis favorable à l'utilisation des femmes* ».

ST abonde dans le sens : « *nous sommes des leaders favorables au sujet de la planification familiale. Toutes nos femmes utilisent les méthodes contraceptives régulièrement* ».

MC affirme : « *Nous encourageons la planification familiale ici, parce qu'elle permet de réduire des dépenses familiales, et garantit une meilleure santé à la maman et l'enfant* ».

« *je pense que c'est une bonne chose, je ferai la planification familiale s'il y a la possibilité. Tout le village adhère à la planification familiale* » (**P6, focus réalisé à Kouroune et Nelou**)

KD Marabougou soutient la planification familiale : « *Je suis favorable à la planification familiale, et je donne l'argent à mes femmes de la pratiquer* ».

En effet, **AD** relais, dira : « *Nous sommes impliqués dans l'utilisation de la planification familiale, nos femmes le font maintenant* ».

Aussi, **PN** relais, affirme : « *Je suis bien active dans le village au sujet de la planification familiale, sans cela, les gens n'allaient pas accepter. « J'aime la planification familiale et je l'applique ».*

➤ **Obstacles socioculturels à la planification familiale**

L'analyse des obstacles socioculturels à la planification familiale révèle une diversité de perspectives parmi les répondants. Certains attribuent ces obstacles à des interdictions culturelles et religieuses, soulignant que la planification familiale est perçue comme engendrant des maladies, limitant les naissances et encourageant l'infidélité.

« *Beaucoup des jeunes filles n'utilisent pas la planification familiale à cause de leur éducation, des coutumes et la préservation de la virginité, la religion empêche certaines d'utiliser la planification familiale, mais nous respectons notre tradition. Donc s'adonner*

à cette pratique hors mariage est une violation des normes islamiques » (P4, focus réalisé Sagalani).

Certains participants soulignent que la jeunesse constitue un obstacle majeur. Discuter de la planification familiale est tabou devant les personnes plus âgées :

« On est des enfants c'est les femmes mariées qui l'utilisent » (P2, focus réalisé à Kouroune).

« La jeunesse constitue l'obstacle, devant les grandes personnes, on ne peut pas parler de la planification familiale » (P1, focus réalisé à Sille).

La tradition a souvent été évoquée comme un moyen d'arrêter la naissance, avec des préoccupations quant à la préservation des normes coutumières, comme en témoignent plusieurs participants :

« Dans la tradition, les gens n'accordent pas d'importance à la planification familiale. Les traditionalistes n'aiment pas ce phénomène, certains religieux ne veulent pas que leur femme utilise la planification familiale, ils croient que ce n'est pas une pratique compatible à la valeur islamique. Pour eux, c'est interdit » (P1, focus réalisé à Marabougou).

HK : « la femme mariée n'a d'autres importantes que d'enfanter. Certains individus ne veulent pas entendre parler le sujet de planification familiale, parce que selon eux, les règles coutumières stipulent que la femme doit donner naissance seulement, qu'elle soit en bonne ou en situation de complication. Donc, elle considère la planification familiale comme un nouveau système qui est contraire à la tradition ».

Certains notent les effets indésirables des contraceptifs modernes, les coûts élevés et des conséquences médicales, décourageant ainsi l'adhésion à la planification familiale.

« Nous avons constaté que l'utilisation de méthode injectable cause certaines conséquences chez certaines femmes, ce qui corollaire aux traitements coûteux et à l'arrêt de naissance. Ce qui décourage certaines personnes dans la société. Exemple : un homme a évacué sa femme sur Kolokani suite au problème de saignement, il a dépensé plus 30000 FCFA. Est-ce que si l'on parle de la planification familiale, il va accepter ? No ». **HK**

Pour certains, la planification serait un complot

« Dans la pratique traditionnelle, certains individus pensent que les intellectuels de chez nous font la promotion de méthodes occidentales (blancs) qui consistent à réduire la naissance des enfants. Pour d'autres, il s'agit pour les blancs de limiter la naissance des africains. Ils pensent que nos élites aussi n'aiment pas enfanter beaucoup d'enfants. Ils

pensent que c'est leur complot avec les blancs. Alors qu'il s'agit d'enfanter en fonction des moyens et de temps normal de naissance pour permettre à tous les enfants de grandir vite. Pour les religieux, c'est la prolifération des prostitutions parce que celles qui utilisent, peuvent s'adonner à des prostitutions sans crainte. Certains religieux expliquent que les femmes mariées qui utilisent la méthode contraceptive pendant 3 ou 6 mois, font beaucoup des comportements mauvais. Alors que c'est une question d'éducation personnelle, et les médecins ou les maris ne peuvent pas combattre ces attitudes. » (KD, relais communautaire)

Les perspectives religieuses divergent, avec des participants affirmant que la religion musulmane considère la contraception moderne comme un péché, tandis que d'autres estiment que la planification familiale est compatible avec la religion et la tradition.

« Ils croient que ce n'est pas une pratique compatible à la valeur islamique. Pour eux, c'est interdit. » (P1 à Marabougou)

« La planification familiale est acceptée et par la religion et la tradition à mon avis. » (ZT, Pampala)

« La religion et la tradition ne sont pas contre la planification familiale à mon avis, car la planification familiale permet d'espacer les naissances et d'assurer la bonne santé dans la famille. » (Notable à Kouroune)

« La religion ne dit rien sur la planification familiale parce que les femmes musulmanes utilisent les méthodes injectables et autres. Pour les traditionalistes, c'est bon pour les femmes et les enfants. » (OT, focus group)

« Les traditionalistes et les religieux copient le système médical parce qu'ils ne connaissent pas mieux. Ils comprennent de plus en plus, sinon, auparavant, ils étaient opposés. Maintenant, ils ont compris que les femmes qui utilisent la planification familiale sont en bonne santé et leurs enfants ont aussi grandi vite par rapport aux enfants des femmes qui n'appliquent pas les méthodes contraceptives. » (ST, focus group)

Pour les tenants de l'islam modéré, comme l'affirme le docteur Omran : « le Coran n'interdit pas le contrôle des naissances, pas plus qu'il n'interdit à un mari et une femme d'espacer les grossesses ou d'en limiter le nombre. C'est pourquoi la majorité des juristes islamiques considèrent que la planification familiale est autorisée par l'islam. Selon ces juristes, le silence du Coran sur la question de la contraception n'est pas une omission divine puisque Dieu « sait tout » et que l'islam est éternel. Les défenseurs de la planification familiale signalent en outre que le coït interrompu, ou retrait, était déjà pratiqué à l'époque du

prophète par ses compagnons » (extrait de texte tiré dans le rapport de politique général sur le Moyen-Orient et l’Afrique du Nord sur le site web www.prb.org, le 22 octobre 2023).

En outre, le docteur Omran conclut que : « *l’Islam serait donc en faveur de la planification familiale si l’espacement des grossesses et la limitation de leur nombre amélioreraient la condition physique de la mère et la situation financière du père, et notamment dans la mesure où ces actions n’enfreignent aucun des interdits du Coran ou de la tradition du prophète. Si une fécondité excessive provoque des risques prouvés pour la santé de la mère et des enfants, ou des difficultés économiques ou de la gêne pour le père, ou empêchent les parents d’élever correctement leurs enfants, les musulmans seraient autorisés à réguler leur fécondité de manière à réduire ces difficultés* ».

**COMMENTAIRES ET
DISCUSSIONS**

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

6.1. Analyse quantitative

6.1.1. Caractéristiques sociodémographiques des femmes au foyer

La tranche d'âge la plus fréquemment représentée était celle de 26 à 30 ans, comptant pour 25,31% de l'échantillon, avec une moyenne d'âge de $28 \pm 8,021$ ans et des âges extrêmes variant de 16 à 50 ans.

La catégorie la plus courante en termes de nombre d'enfants par femme était celle de 4 à 5 enfants, avec 48 femmes, soit 29,63% de l'échantillon. Ce résultat s'explique par le fait que le Mali a l'un des taux de fécondité les plus élevés au monde, avec plus de 6,3 enfants par femme. Le nombre moyen d'enfants varie sensiblement selon le milieu de résidence, les femmes en milieu rural ayant environ deux enfants de plus que les femmes en milieu urbain (6,8 contre 4,9 enfants par femme) [5].

Concernant le niveau d'éducation, la grande majorité des femmes, soit 119 (73,46%), ont indiqué n'avoir reçu aucune éducation formelle. Cette situation est en corrélation avec le faible taux d'alphabétisation au Mali, qui est de 31,1%, et est encore plus bas en zone rurale [5].

La religion musulmane était la religion dominante chez les femmes au foyer, avec une proportion de 97 %. Les 3 % restants pratiquaient des religions traditionnelles. Cette prédominance de l'islam s'explique par le fait que le Mali est un pays laïc à majorité musulmane, avec près de 95 % de la population se déclarant de confession musulmane [5].

La majorité des femmes, soit 102 (63 %), ont déclaré s'être mariées avant l'âge de 18 ans. Cette observation peut être expliquée par les normes culturelles entourant l'âge du mariage des jeunes filles au Mali. En effet, en milieu rural, l'âge médian du premier mariage est de 16, 2 ans, alors qu'à Bamako, il est de 18, 4 ans [29].

6.1.2. Connaissances des femmes au foyer sur la planification familiale

❖ Connaissance sur la planification familiale

La plupart des femmes interrogées (54,32 %) déclarent ne pas avoir eu de connaissances préalables sur la planification familiale avant le mariage. En revanche, 45,68 % des femmes affirment avoir acquis des connaissances sur le sujet avant de se marier. Cette répartition souligne qu'une proportion considérable des répondantes n'était pas informée ou consciente des méthodes de planification familiale avant l'union, ce qui peut influencer les choix liés à la

santé reproductive et à la planification familiale. Un lien significatif a été observé en analysant la corrélation entre le niveau d'éducation des femmes et leur connaissance sur la planification familiale. En effet, les femmes ayant un niveau d'étude plus élevé étaient plus informées sur la planification familiale. Cette observation pourrait contribuer à expliquer nos résultats, notamment compte tenu du fait que 73,46 % de notre échantillon n'avaient pas bénéficié d'une éducation formelle.

Nos résultats sont différents de ceux de **A. Sy [30]**, qui a constaté que 96,5 % des femmes étaient informées sur la planification familiale lors d'une étude menée à Bamako, avec le niveau secondaire comme le plus représenté en termes de niveau d'éducation.

❖ Sources d'information sur la planification familiale

Les causeries ont été identifiées comme la principale source d'information sur la planification familiale avant le mariage, représentant 30,92 %, suivies par les centres de santé à hauteur de 24,64 % et les médias à 22,22 %. Cette prédominance des causeries peut s'expliquer par plusieurs facteurs. Tout d'abord, les causeries sont un moyen de communication traditionnel encore très répandu en milieu rural. Elles sont souvent organisées par des associations, des organisations de la société civile ou des autorités locales, offrant une plateforme pour discuter de sujets sensibles tels que la sexualité et la planification familiale de manière ouverte et informelle.

En revanche, les parents ont été la source la moins citée (1,45 %), ce qui peut être attribué à divers facteurs, notamment des tabous culturels autour de la discussion de sujets liés à la sexualité et à la planification familiale au sein du cadre familial. Cette observation souligne un besoin de renforcer la compréhension des parents sur l'importance de discuter des questions liées à la santé sexuelle et reproductive avec leurs enfants, ainsi que d'encourager la communication ouverte et informative entre les parents et leurs enfants sur ces sujets. La promotion d'un environnement familial propice à la discussion peut contribuer à briser les barrières culturelles qui pourraient inhiber ces conversations. Les données qualitatives viennent corroborer les résultats quantitatifs, tous les participants ont pu identifier une source d'information, avec également une prédominance des causeries. Parler de la sexualité en société d'antan était un sujet tabou, notamment avec les adolescents. Ces résultats démontrent que les communications pour le changement social de comportement ont eu un impact positif sur la population de ces villages.

Cependant, nos résultats diffèrent de ceux obtenus par **F. Kanté et I. Sidibé [2,31]**, qui ont observé une prédominance des médias comme principales sources d'information à hauteur de 74,5 % et 57,22 % respectivement. Cette divergence peut être attribuée au contexte spécifique de leurs études, menées en milieu urbain où l'accès aux médias et aux technologies de l'information et de la communication (TIC) est plus répandu.

6.1.3. Attitude et pratique des femmes en matière de planification familiale

❖ Discussions avec le partenaire sur la planification familiale

La majorité des femmes au foyer, soit 87,65 %, ont déclaré ne pas avoir eu de discussions prémaritales sur la planification familiale avec leurs partenaires. Parmi celles qui ont eu de telles discussions, 13 (8,02 %) des partenaires ont exprimé des opinions favorables. Ce constat met en évidence une lacune dans la communication prémaritale autour de la

planification familiale, ce qui peut potentiellement avoir des implications importantes sur les décisions futures du couple en matière de planification familiale.

Après leur union, 54,94 % des femmes ont indiqué avoir discuté de la planification familiale avec leur conjoint. Parmi elles, 38,27 % de leurs conjoints avaient un avis favorable sur ce sujet. De plus, une corrélation a été mise en évidence entre l'utilisation de méthodes contraceptives après le mariage et la discussion préalable sur ce sujet entre les femmes et leurs partenaires avant le mariage. Notre résultat est contraire à celui d'une étude réalisée en République démocratique du Congo [32], où plus de 80% des participants avaient discuté avec leur partenaire du nombre d'enfants qu'ils souhaitaient avoir. La discussion sur la contraception avant le mariage permet aux femmes de s'assurer que leurs partenaires sont favorables à l'utilisation de la contraception, ce qui augmente leur probabilité d'utiliser des méthodes contraceptives après le mariage. Ce constat souligne l'importance potentielle de la sensibilisation à la planification familiale dans la préparation au mariage des jeunes filles. Les discussions prémaritales sur la planification familiale revêtent une importance cruciale pour l'avenir du couple, car elles offrent une opportunité aux partenaires de partager leurs perspectives et leurs attentes concernant la gestion de la famille, y compris les décisions relatives au nombre d'enfants et à la planification des naissances dans le futur foyer.

❖ Attitudes et pratiques des femmes au foyer en matière de planification familiale

La majorité des participantes, soit 151 femmes (93,21 %), ont déclaré ne pas avoir utilisé de méthodes de contraception avant le mariage. Ce résultat pourrait mieux se comprendre en analysant les raisons de non-utilisation des méthodes contraceptives avant le mariage. Il est à noter que dans notre étude, 46,30 % des femmes ont déclaré ne pas être actives sexuellement soulignant l'importance de considérer les différents facteurs influençant la non-utilisation des contraceptifs, même en l'absence d'activité sexuelle. En effet, 64,81 % des femmes au foyer ont identifié les coutumes comme raison principale de la non-utilisation de contraceptifs, cela suggère que les pratiques traditionnelles et culturelles jouent un rôle majeur dans la décision de ne pas recourir à des méthodes contraceptives avant le mariage. Nos résultats sont comparables à ceux de **A. Dembélé et D. Kansaye [32,33]**, qui trouvent respectivement que les facteurs socioculturels et la religion étaient les principales raisons de la non-utilisation des méthodes contraceptives dans 42,45% et 46,10% des cas. Le manque d'accès aux méthodes contraceptives est également souligné, avec 54,32 % des femmes mentionnant cette raison. Cette constatation met en lumière des barrières pratiques qui entravent la disponibilité et l'accessibilité des moyens contraceptifs.

L'utilisation des contraceptifs injectables et des méthodes traditionnelles a été prédominante chez les femmes, que ce soit avant ou après le mariage. En effet, les contraceptifs injectables ont été utilisés par 37,37 % des femmes avant le mariage et par 70,93 % des femmes après le mariage. Les méthodes traditionnelles ont été utilisées par 27,28 % des femmes avant le mariage et par 24,41 % des femmes après le mariage. Cette prédominance peut s'expliquer par plusieurs facteurs, tels que la facilité d'utilisation et le coût abordable de ces méthodes. Les contraceptifs injectables sont une méthode de contraception qui offre généralement une protection de trois mois, donc faciles à utiliser, car ils ne nécessitent qu'une injection tous les trois mois. Les méthodes traditionnelles, quant à elles, sont souvent peu coûteuses et plus accessibles.

Plus de la moitié, soit 85 femmes (52,47 %), ont souligné le souhait d'espacer les naissances, suivi par l'importance accordée à la préservation de la santé maternelle (50,62 %) comme motif de recours aux méthodes contraceptives après leur mariage. Ces résultats soulignent l'importance de la prise de conscience des femmes quant à l'espacement des naissances pour le bien-être familial, ainsi que des risques pour la santé maternelle liés à la grossesse et à l'accouchement. Ils sont similaires à ceux observés par **A. Sy et D. Kansaye [30,33]**, qui ont constaté que l'espacement des naissances et la santé maternelle étaient les motifs les plus fréquemment évoqués par les femmes adoptant une pratique contraceptive.

Parmi les femmes ayant recours à des méthodes contraceptives, les préférences personnelles sont le principal facteur de motivation (50%), dénotant une prise de décision basée sur des considérations individuelles et des choix personnels de ces femmes en matière de planification familiale. En revanche, pour celles qui n'ont pas opté pour des moyens contraceptifs, les croyances religieuses ont joué un rôle plus prédominant, influençant la décision de ne pas utiliser de contraceptifs à hauteur de 40,74 %. Cette observation souligne l'impact significatif des convictions religieuses sur les choix de planification familiale au sein de cette population. En effet, notre échantillon était principalement composé de personnes de confession musulmane. Bien qu'aucun verset du Coran n'interdise explicitement au mari ou à la femme d'espacer les grossesses ou de réduire le nombre d'enfants en fonction de leur situation physique ou économique, certaines tendances islamiques s'y opposent catégoriquement [34]. Ces tendances prétendent que toute forme de planification familiale viole les intentions de Dieu et que l'Islam appelle à une population musulmane en constante croissance, basée sur l'hypothèse erronée que plus la population est nombreuse, plus leur pouvoir est grand. Ces fausses idées sont véhiculées par certains guides religieux, comme le

souligne l'étude de **M. Coulibaly et al. [10]**, où un imam affirme que les méthodes modernes de contraception sont à l'origine de maladies et d'infidélité dans le couple. Selon ce leader religieux, il est déclaré : "*La femme musulmane ne doit pas utiliser ces méthodes contraceptives modernes, car cela peut avoir des conséquences néfastes sur sa santé et favoriser l'infidélité*". Cependant, il est important de noter que ces idées ne sont pas universellement partagées par tous les guides religieux musulmans, et qu'il existe des interprétations différentes de l'Islam qui soutiennent la pratique de la planification familiale pour des raisons de santé et de bien-être familial.

Il convient de souligner qu'au sein de notre échantillon, 12,35 % des femmes qui n'ont pas recouru à des moyens de planification familiale ont évoqué le refus de leur mari comme motif. Cette observation peut être expliquée par le contexte socioculturel de certaines sociétés africaines, où la structure familiale est traditionnellement perçue comme une unité patriarcale. En effet, le mari est reconnu comme le chef de famille, ayant le droit de prendre des décisions pour le bien de la famille, y compris celles liées à la planification familiale. L'influence de la prise de décision de l'homme dans les choix de planification familiale a été documentée à travers diverses études menées dans différents pays d'Afrique [11,35,36]. Cette dynamique est également observée en Inde, où une recherche a indiqué que les tentatives de la femme pour influencer les décisions concernant la planification familiale pourraient déclencher des violences physiques, des accusations d'infidélité voire même mener à un divorce [37].

6.2. Analyse qualitative

6.2.1. Connaissances de la planification familiale

L'analyse met en évidence une bonne connaissance de la planification familiale et des méthodes contraceptives au sein de la population étudiée. Les résultats indiquent que la majorité des répondants démontrent une compréhension des méthodes contraceptives, qu'elles soient modernes ou traditionnelles. Cette compréhension est perçue comme un moyen efficace d'espacement des naissances, d'assurer le bien-être des enfants et des parents, ainsi que de maintenir la stabilité au sein du foyer. Ces constatations sont en accord avec celles de **R. Sidibe [39]**, qui a également observé une bonne connaissance des méthodes contraceptives parmi les participantes de son étude.

Certains participants apprécient principalement la contraception en tant que solution médicale, soulignant son rôle crucial dans la prévention des souffrances liées aux accouchements

fréquents. De plus, ils considèrent que l'utilisation de contraceptifs permet d'éviter des dépenses excessives, ce qui contribue à une vision positive de la planification familiale.

La variété des canaux de communication utilisés pour informer la population sur la planification familiale est soulignée. Des canaux tels que les causeries éducatives par les agents de santé, la télévision, la radio, les sketches, et même les discussions familiales, ont été mentionnés. Cette diversité de canaux indique une couverture étendue des campagnes de sensibilisation, touchant différents segments de la population.

Enfin, une observation pertinente souligne l'évolution des attitudes envers la discussion de la sexualité, devenue moins taboue grâce aux efforts de sensibilisation. Cette évolution, en particulier parmi les jeunes filles, suggère un impact positif des communications pour le changement social de comportement dans ces communautés, contribuant à une meilleure compréhension de la planification familiale.

En somme, ces résultats confirment l'efficacité des initiatives de sensibilisation pour promouvoir une meilleure compréhension et acceptation de la planification familiale au sein de ces communautés. Cependant, malgré cette promotion active de la planification familiale, les pratiques réelles de la planification familiale restent limitées, comme le montrent les données quantitatives.

Le prochain chapitre se penchera sur les perceptions de la planification familiale ainsi que sur les croyances, attitudes et pratiques de la population, offrant une perspective plus approfondie sur le sujet.

6.2.2. Perceptions sur la planification familiale, attitudes et pratiques

En analysant les différents discours, deux grandes tendances se dessinent. D'une part, une partie des répondants, notamment les personnes à l'esprit conservateur, y voit en la planification familiale, une menace à la culture et aux valeurs africaines, considérant que la planification familiale est une invention occidentale visant à freiner l'évolution démographique de l'Afrique. Ces répondants perçoivent la planification familiale comme une forme d'ingérence extérieure cherchant à altérer les traditions et les coutumes africaines. D'autre part, notamment les personnes à l'esprit modéré, voit la planification familiale comme un moyen d'améliorer la santé et le bien-être des familles. Ils soulignent les avantages de la planification familiale, tels que l'espacement des naissances, la promotion de l'épanouissement familial et le maintien de la stabilité au sein des foyers.

En parallèle, l'analyse des attitudes et pratiques envers la planification familiale révèle une diversité de points de vue au sein de la population étudiée. Certains expriment des réticences à utiliser ces méthodes en les associant à des notions de débauche et d'infidélité des femmes. Ils perçoivent également la contraception moderne comme un instrument visant à restreindre la fécondité des femmes noires, assimilant ces pratiques à des normes reproductives occidentales imposées aux populations noires. En contraste, d'autres encouragent activement l'adoption de la planification familiale, mettant en avant son rôle dans l'espacement des naissances, la croissance équilibrée des enfants, et la préservation de la santé familiale.

Au final, il est essentiel de comprendre les différentes perspectives sur la planification familiale pour développer des stratégies efficaces de promotion de la santé et du bien-être des populations. Cette dualité de perspectives souligne l'importance d'appréhender la planification familiale dans un contexte culturel complexe, en prenant en compte les croyances et les attitudes locales. Les discours reflètent des conceptions variées, allant de la méfiance envers des influences extérieures à la reconnaissance des avantages individuels et familiaux de ces pratiques. Cette analyse met en lumière la nécessité de concevoir des approches de sensibilisation et d'éducation qui tiennent compte de cette diversité d'opinions, visant à démystifier les idées préconçues et à promouvoir une compréhension holistique de la planification familiale au sein de la communauté étudiée.

6.2.3. Obstacles socioculturels à la planification

L'analyse des différents discours fait ressortir deux positions divergentes. La première position est que la planification familiale est incompatible avec les règles et les principes de l'Islam. Les défenseurs de cette position soutiennent l'idée que la planification familiale pousse la femme à la débauche et à l'infidélité. Pour eux, la planification familiale permet à la femme de contrôler sa fécondité et de décider du moment où elle veut avoir des enfants. Cela pourrait la conduire à avoir des relations sexuelles hors mariage ou à tromper son mari. Ils estiment également que la planification familiale freine la naissance et pourrait créer des problèmes d'infertilité chez la femme et la jeune fille à l'avenir. En effet, la planification familiale permet de limiter le nombre d'enfants par couple. Cela pourrait conduire à une baisse de la natalité et à un vieillissement de la population. Dans d'autres études, certains partisans de cette vision soulignent leur engagement envers la pratique prophétique, évoquant le fait que : « *La planification familiale est haram car elle empêche un être vivant de venir au monde* » ou encore « *Dans notre communauté, nous aspirons à ce que nos femmes accouchent* ».

jusqu'à la ménopause, conformément à la pratique du prophète qui encourageait ses disciples à se reproduire et à peupler la terre » [38,40].

La deuxième position est que la planification familiale est compatible avec les valeurs islamiques et traditionnelles. Cette position est fondée sur deux arguments principaux. Le premier argument est que la religion et la tradition n'interdisent pas la planification familiale. En effet, la religion islamique soutient l'idée de l'espacement ou de limitation de naissance si une fécondité excessive provoque des risques prouvés pour la santé de la mère et des enfants, ou des difficultés économiques ou de la gêne pour le père, ou empêchent les parents d'élever correctement leurs enfants [34]. Le deuxième argument est que la planification familiale permet de maintenir un bon équilibre familial et d'assurer l'épanouissement des enfants. Pour preuve, la planification familiale permet aux parents de planifier leur vie familiale et de s'assurer qu'ils peuvent offrir à leurs enfants les meilleures conditions de vie possibles [1].

En somme, les deux positions divergentes sont fondées sur des arguments religieux, moraux et socio-économiques. Certains pensent que la planification familiale va à l'encontre de leurs valeurs, ce qui peut expliquer leur réticence à la pratiquer. D'autres pensent que cela n'a rien de mauvais et permet de maintenir un bon équilibre familial et d'assurer l'épanouissement des enfants en toute sécurité. Il est important de noter que ces positions peuvent varier en fonction des interprétations individuelles culturelles et de l'Islam.

Les facteurs religieux et socioculturels, ont ainsi, le potentiel d'exercer une influence sur l'acceptation et l'utilisation de la contraception au sein des couples. Les résultats d'une étude réalisée à Kingston, en Jamaïque, sur l'influence de la religion et de la culture sur la planification familiale confirment ce constat [38]. Les auteurs de cette étude ont conclu que les facteurs religieux et culturels peuvent avoir un impact significatif sur l'utilisation de la contraception par les couples, en fonction de leur contexte culturel et religieux.

6.3.Limites et contraintes de l'étude

Notre étude a été réalisée pour comprendre l'influence des facteurs socioculturels sur l'accès à la planification familiale dans l'aire du CsCom-U de Ségué. Des questionnaires ont été administrés à des femmes au foyer pour évaluer leur utilisation de la planification familiale avant et après leur mariage, et pour comprendre les obstacles qu'elles rencontrent dans l'accès à la planification familiale. Des entretiens individuels avec des leaders communautaires et des focus groups de jeunes filles ont été menés pour analyser leurs connaissances, leurs perceptions de la planification familiale et les obstacles socioculturels à la planification familiale.

Quelques difficultés ont été rencontrées lors de la collecte des données. Premièrement, l'indisponibilité des femmes et des leaders communautaires dans les villages en raison des activités liées aux récoltes. Cela nécessitait une planification minutieuse pour garantir leur participation. Par ailleurs, la réticence de certaines personnalités religieuses et traditionalistes à être interviewées constituait également un obstacle. Les sujets d'entretien pourraient susciter des inquiétudes ou des réserves chez certaines personnes en raison de considérations culturelles ou religieuses. Il était donc nécessaire de faire preuve de sensibilité et de respecter les choix personnels tout en essayant d'obtenir une représentation équilibrée des opinions. Qui plus est, certains ménages étaient inaccessibles en raison de l'état des routes, ce qui rendait le transport difficile dans certains villages. Enfin, la stigmatisation sociale liée à la planification familiale a été une réalité observée dans les villages étudiés. Cette stigmatisation peut avoir un impact sur la volonté des personnes participant à l'étude et sur les différents partages et retours d'expériences.

Malgré ces difficultés, nous avons pu surmonter ces obstacles et obtenir des données significatives pour l'étude. La sensibilisation, une planification minutieuse et la prise en compte des préoccupations individuelles ont été essentielles pour garantir la participation et la représentativité des participants.

De nombreuses enquêtes CAP (Connaissance, Attitudes et Pratiques) ont été menées sur le thème de la planification familiale. Cependant, peu sont celles qui ont spécifiquement abordé l'influence des facteurs socioculturels sur l'accès à la planification familiale. Cela ne nous a pas permis de comparer nos résultats avec ceux d'autres études, et de faire des commentaires plus poussés de nos résultats obtenus.

CONCLUSION

VII. CONCLUSION

Notre étude a permis d'explorer les perceptions de la population relatives à la planification familiale, mettant en lumière l'impact des facteurs socioculturels et religieux sur l'adoption des méthodes contraceptives. L'analyse des données quantitatives a révélé des caractéristiques sociodémographiques spécifiques, mettant en évidence des tendances telles que le mariage précoce, l'influence dominante des hommes dans le processus décisionnel au sein des couples, la crainte généralisée des effets secondaires des contraceptifs. L'analyse qualitative a complété ces résultats en mettant en lumière des perceptions divergentes. D'une part, certaines personnes perçoivent la planification familiale comme une pratique positive qui permet d'améliorer la santé maternelle et la stabilité familiale. D'autre part, d'autres personnes considèrent que la planification familiale est incompatible avec les règles et les principes de l'Islam, ou qu'elle est un moyen de restreindre la fécondité des femmes noires.

Dans l'optique de favoriser un changement positif, il est impératif de concevoir des stratégies de sensibilisation tenant compte des diverses perspectives, intégrant les normes culturelles et religieuses locales. Une approche holistique, incluant l'éducation, l'implication active des hommes dans les discussions liées à la planification familiale et la collaboration avec les leaders communautaires et religieux, pourrait contribuer à surmonter ces obstacles et à promouvoir une compréhension éclairée de la planification familiale au sein de la population.

Les résultats de cette étude mettent en lumière l'importance des déterminants socioculturels dans l'accès des jeunes filles à la planification familiale à Ségué, au Mali. Des avenues de recherche futures pourraient inclure l'expansion de l'enquête à d'autres régions pour identifier des variations significatives dans les facteurs socioculturels, ainsi qu'une analyse comparative entre zones urbaines et rurales. Il serait également bénéfique d'évaluer les politiques de santé publique liées à la planification familiale au Mali permettant de mesurer l'efficacité des mesures en place et de suggérer des améliorations pour des initiatives futures.

RECOMMENDATIONS

VIII. RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude et au regard de nos résultats, nous formulons les recommandations suivantes :

❖ **Aux autorités sociopolitiques et administratives**

- Développer des approches de sensibilisation et d'éducation respectueuses des diversités culturelles et religieuses pour promouvoir l'importance de la planification familiale ;
- Renforcer la formation des professionnels de santé afin de les préparer à aborder de manière sensible les questions de planification familiale, en tenant compte des croyances locales ;
- Collaborer avec les leaders religieux et communautaires pour promouvoir la planification familiale.

❖ **Aux professionnels de santé**

- Encourager la communication ouverte avec les patients sur la planification familiale, démystifiant les concepts et fournissant des informations précises ;

❖ **A la population**

- Participer activement aux programmes de sensibilisation sur la planification familiale pour une meilleure compréhension des avantages et la suppression des stigmates associés ;
- Fréquenter les services de planification familiale ;
- Encourager les dialogues ouverts au sein des familles sur la planification familiale ;
- Encourager un engagement communautaire actif dans la promotion de la planification familiale en jouant un rôle clé dans la sensibilisation et la diffusion d'informations au niveau local ;
- Impliquer les hommes afin que les femmes puissent utiliser davantage les méthodes contraceptives modernes.

RÉFÉRENCES

IX. RÉFÉRENCES

1. **Organisation Mondiale de la Santé.** Planification familiale/méthodes de contraception [Internet]. [cité 5 aout 2023]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/family-planning-contraception>
2. **Sidibé I.** Connaissances, attitudes et pratiques comportementales des ménages de la Commune Urbaine de Yanfolila en matière de la planification familiale. Thèse de médecine. Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2015. 93p.
3. **Cicely Marston and John Cleland.** The effects of contraception on obstetric outcomes [Internet]. [Cité 2 aout 2023]. Disponible sur : <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9241592257>
4. Plan d'Action National Budgétisé de Planification Familiale du Mali: 2019-2023.
5. **Institut National de la Statistique (INSTAT),** Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF) et ICF. 2019. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018 : Rapport de synthèse. Bamako, Mali et Rockville, Maryland, USA : INSTAT, CPS/SSDS-PF et ICF.
6. **United Nations Department of Economic and Social Affairs.** World Family Planning 2020: Highlights: Accelerating Action to Ensure Universal Access to Family Planning [Internet]. United Nations ; 2020 [cité 20 aout 2023]. Disponible sur : <https://www.un-ilibrary.org/content/books/9789210052009>
7. **Tioumbè AT.** Campagne Nationale de Promotion de la Planification Familiale au Mali [Internet]. [cité 15 septembre 2023]. Disponible sur : <https://bamada.net/dr-ben-moulaye-idriss-directeur-de-lonasr-la-planification-familiale-est-la-pour-espacer-les-naissances-et-non-stopper-les-naissances>
8. **Cellule de Planification et de Statistique (CPS/SSDSPF), Institut National de la Statistique (INSTAT/MPATP), INFO-STAT et ICF International,** 2014. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2012-2013. Rockville, Maryland, USA : CPS, INSTAT, INFO-STAT et ICF International.
9. **United Nations Population Fund (UNFPA),** 2022. Comprendre l'imperceptible, Agir pour résoudre la crise oubliée des grossesses non intentionnelles. [Internet]. [cité 16 sept 2023]. Disponible sur : https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/FR_SWP22%20report_0.pdf
10. **Coulibaly M, Doukouré D, Kouamé J, Ayékoé IA, Mélédje-Koumi MD, Malik S, et al.** Obstacles socioculturels liés à l'utilisation de la contraception moderne en Côte d'Ivoire: Santé Publique. 12 oct 2020;Vol. 32(4):389-97.
11. **Zoetyande WYS, Yameogo AR, Kenkou KN.** Besoins non satisfaits en matière de planification familiale : déterminants individuels et contextuels au Burkina Faso. Santé publique : revue multidisciplinaire pour la recherche et l'action. 2020;Vol. 32(1):123-40.

12. **Swanson JM, Hennink MM, Rochat RW.** « I have no choice »: Influences on Contraceptive Use and Abortion among Women in the Democratic Republic of the Congo. *Afr J Reprod Health*. mars 2019;23(1):128-38.
13. **Sinai I, Omoluabi E, Jimoh A, Jurczynska K.** Unmet need for family planning and barriers to contraceptive use in Kaduna, Nigeria: culture, myths and perceptions. *Culture, Health & Sexuality*. 1 nov 2020;22(11):1253-68.
14. **Diallo I et Guindo A.** Pratiques traditionnelles et modernes de contraception chez la femme rurale au Mali : l'exemple de la commune de Sanando , *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* 3 (6), 133-151
15. **Serfaty D.** la contraception. Doin éditeurs, Paris. 1986 : 651
16. **Faucher P, Hassoun D, Linet T.** La contraception. Répondre aux questions les plus fréquentes - Déconstruire les idées reçues - Retenir l'essentiel [Internet]. Paris: Vuibert; 2019. 244 p. (Hors collection). Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-contraception--9782311661057.htm>
17. **ZAVA** [Internet]. [cité 10 août 2023]. Pilules progestatives ou microdosées. Disponible sur: <https://www.zavamed.com/fr/pilules-contraceptives-progestatives.html>
18. **Gheorghe G.** Les déterminants des choix contraceptifs des femmes migrantes primo-arrivantes en France. Thèse de médecine. Université de Strasbourg, 2022. 149p.
19. **VIDAL.** CCD UT380 Standard Disp IU [Internet]. [cité 15 août 2023]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/parapharmacie/ccd-ut380-standard-disp-iu-60560.html>
20. Fédération intecance et utilisation de la contraception chez l'adolescente. III^e Congrès de la SOMAGO du 3 au 5 avril 2006
21. **Smallwood G, Meador M, Lenihan J, Shangold G, Fisher A, Creasy G.** Ortho Evra/Evra 002 Study Group. «Efficacy and safety of a transdermal contraceptive system», *ObstetGynecol*, vol. 98, 2001, p. 799805p.
22. **Rhardisse M.** Contraception naturelle : le point sur les méthodes [Internet]. Hellocare. 2023 [cité 14 oct 2023]. Disponible sur: <https://hellocare.com/blog/contraception-naturelle/>
23. **BIOSELF:** cycle menstruel contraception naturelle utilisation [Internet]. [cité 14 déc 2023]. Disponible sur: http://bioself.com/fr/produit/produit_c_fr.html
24. **Riche-Soubrier FI.** Méthodes de contraception naturelle. Enquête auprès de femmes en post-partum: état des connaissances, motivations, réticences et attentes. Thèse de médecine. Université de Brest - Bretagne Occidentale; 2014. 119p.
25. **Konaté A.** Problématique de la planification familiale en commune IV du District de Bamako. Thèse de médecine. Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako ; 2021. 111p.
26. **Haute Autorité de Santé.** Contraception chez la femme en post-partum. 2013; [Internet]. [cité 15 septembre 2023]. Disponible sur : <https://www.has->

sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj-contraception-post-partum-060215.pdf

27. **Sangare N. Benbere.** 2022 [cité 21 oct 2023]. Contraception traditionnelle : quand le tafo « trahit » ! Disponible sur : <https://benbere.org/ladamour/contraception-traditionnelle-quand-le-tafo-trahit/>
28. **DECLIC** - Faculté de médecine et des sciences de la santé - Université de Sherbrooke [Internet]. [cité 9 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.usherbrooke.ca/medecine/international/centre-interdisciplinaire-de-developpement-international-en-sante-cidis/projets/declic>
29. **GAMS.** Mali - Fréquence des mariages forcés [Internet]. Fédération GAMS. 2022 [cité 13 oct 2023]. Disponible sur: <https://federationgams.org/blog/2022/04/11/mali-frequence-des-mariages-forces-2/>
30. **Sy A.** Pratiques et vécu de la planification familiale dans le quartier de Bougouba en commune II du district de BAMAKO. Thèse de Médecine. Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako ; 2023. 80p.
31. **Kanté F.** Connaissances, attitudes et pratiques comportementales des adolescentes du lycée Michel ALLAIRE et des seconds cycles de Béléko en matière de la contraception. Thèse de médecine. Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako ; 2020. 79p.
32. **Costenbader E, Zissette S, Martinez A, LeMasters K, Dagadu NA, Deepan P, et al.** Getting to intent: Are social norms influencing intentions to use modern contraception in the DRC? Tran TD, éditeur. PLoS ONE. 16 juill 2019;14(7):e0219617.
33. **Dembele A.** Connaissances, attitudes et pratiques des adolescentes relatives à la contraception en milieu Scolaire dans la commune v du district de Bamako. Thèse de médecine. Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako ; 2018. 103p
34. **Kansaye D.** Connaissances, attitudes, et pratiques comportementales des femmes de Baguinéda âgées de 15 à 45 ans en matière de la planification familiale. Thèse de médecine. Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako ; 2010. 80p.
35. **ICFP.** Islam et planification familiale [Internet]. [cité 13 oct 2023]. Disponible sur : <https://icfp2022.org/fr/islam-and-family-planning-blog/>
36. **Mariko M, Soumaila A, Ayad M, Hong R, Kéïta O et Diop M.** 2009. Pratique contraceptive et importance des besoins non satisfaits en matière de planification familiale au Mali, de 1995 à 2006: Analyses approfondies des Enquêtes Démographiques et de Santé au Mali, 1995-1996, 2001 et 2006. Rapports d'analyses approfondies des EDS No. 69. Calverton, Maryland, USA : CPS/DNSI et ICF Macro.
37. **Gwatimba L, Raselekoane NR, Nwafor AO.** Obstacles to the realization of women's reproductive health rights in Zimbabwe. Afr J Reprod Health. sept 2020;24(3):146-53.

38. **Srikanthan A, Reid RL.** Religious and Cultural Influences on Contraception. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 1 févr 2008;30(2):129-37.
39. **Sidibé R.** Perception, et pratiques communautaires liées à la contraception en commune II du district de Bamako. Thèse de médecine. Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako ; 2021. 96p.
40. **Achen S, Rwabukwali CB, Atekyereza P.** Socio-cultural perceptions of sexuality influencing the sexual and reproductive health of pastoral adolescent girls in Karamoja sub-region in Uganda. *Social Sciences & Humanities Open*. 2021;4(1):100191.
41. Coulibaly A, « Ah bon ! C'est ça donc ton secret ! », *Cahiers d'études africaines* ; 2014, mis en ligne le 02 octobre 2016, [Internet]. [cité 20 dec 2023]. Disponible sur : <http://journals.openedition.org/etudesafricaines/17790>.
42. Institut National de la Statistique (INSTAT). Recensement général de la population et de l'habitat (2009). REC. ID de référence, MLI-INSTAT-RGPH-2009. Année, 2009. [Internet]. [cité 21 oct 2023]. Disponible sur : https://www.instat-mali.org/laravel-filemanager/files/shares/rgph/ramor09_rgph.pdf

ANNEXES

ANNEXES**Annexe 1 :****Fiche signalétique****Nom :** AMEGONOU**Prénom :** Koami Brice Eugenio**Date et lieu de naissance :** 09/09/1995 à Lomé**Titre de la thèse :** Influence des facteurs socioculturels sur l'accès des jeunes filles à la planification familiale dans l'aire de santé du Centre de Santé Communautaire et Universitaire (CSCoM U) de Ségoué.**Année académique :** 2022/2023**Nationalité :** Togolaise**Ville de soutenance :** Bamako**Lieu de dépôt :** bibliothèque de la FMOS**Secteur d'intérêt :** Santé Communautaire et santé de la reproduction**Contact :** briceeugenio@gmail.com**Résumé :**

La planification familiale est cruciale pour améliorer la santé maternelle et infantile en permettant aux femmes d'espacer leurs grossesses. Cependant, en dépit des multiples initiatives déployées par le gouvernement et ses partenaires, son utilisation reste faible au Mali. Cette étude se focalise sur l'analyse des obstacles, notamment l'influence des facteurs socioculturels, entravant l'accès des jeunes filles à la planification familiale dans l'aire de santé du CsCom-U de Ségoué. À travers une approche mixte, 162 femmes au foyer ont répondu à des questionnaires pour la collecte des données quantitatives, et des données qualitatives ont été recueillies via 9 focus groups avec des jeunes filles, âgées de 15 à 21 ans, et 19 entretiens avec des autorités traditionnelles, religieuses, et des relais communautaires. Les données quantitatives mettent en évidence des tendances telles que le mariage précoce, le manque d'information, la crainte des effets secondaires des contraceptifs et l'influence dominante des hommes dans les décisions familiales, agissant comme des obstacles à la planification familiale. Les données qualitatives révèlent des perceptions divergentes : une partie de la population voit la planification familiale comme bénéfique pour la santé maternelle et la stabilité familiale, tandis qu'une autre la perçoit comme incompatible avec les principes religieux, une menace pour la culture et les valeurs africaines, voire comme une conspiration occidentale visant à contrôler l'évolution démographique de l'Afrique. En outre,

la complexité des attitudes englobe des préoccupations liées à des perceptions de débauche et d'infidélité associées à l'utilisation de la planification familiale. Les résultats soulignent l'impact des déterminants socioculturels sur l'accès des jeunes filles à la planification familiale. Pour favoriser un changement positif, des stratégies de sensibilisation doivent être élaborées en prenant en compte ces diverses perspectives, intégrant les normes culturelles et religieuses locales. Une approche holistique impliquant l'éducation, l'engagement des hommes dans les discussions liées à la planification familiale, et la collaboration avec les leaders communautaires pourrait contribuer à surmonter ces obstacles et promouvoir une compréhension éclairée de la planification familiale.

Mots clés : Influence, Socioculturel, Planification familiale, Jeunes filles, Ségué.

Identification sheet**Last name:** AMEGONOU**First name:** Koami Brice Eugenio**Date and place of birth:** 09/09/1995, Lomé**Thesis title:** Influence of sociocultural factors on young girls' access to family planning in the health area of the Ségué Community and University Health Center (CSCom U).**Academic year:** 2022/2023**Nationality:** Togolese**City of defense:** Bamako**Place of deposit:** Library of the Faculty of Medicine and Dentistry (FMOS) and the Faculty of Pharmacy (FAPH)**Sector of interest:** Community and reproductive health**Contact:** briceeugenio@gmail.com**Summary:**

Family planning is crucial for improving maternal and child health by allowing women to space their pregnancies. However, despite multiple initiatives deployed by the government and its partners, its use remains low in Mali. This study focuses on analyzing the obstacles, particularly the influence of sociocultural determinants, hindering young girls' access to family planning in the health area of the CsCom-U of Ségué. Through a mixed approach, 162 housewives answered questionnaires for quantitative data collection, and qualitative data were collected through 9 focus groups with young girls aged 15 to 21 and 19 interviews with traditional, religious, and community relay authorities. Quantitative data highlight trends such as early marriage, lack of information, fear of contraceptive side effects, and dominant male influence in family decisions, acting as obstacles to family planning. Qualitative data reveal divergent perceptions: some of the population sees family planning as beneficial for maternal health and family stability, while others perceive it as incompatible with religious principles, a threat to African culture and values, or even as a Western conspiracy to control Africa's demographic evolution. In addition, the complexity of attitudes encompasses concerns related to perceptions of debauchery and infidelity associated with the use of family planning. The results emphasize the impact of sociocultural determinants on young girls' access to family planning. To promote positive change, awareness-raising strategies must be developed taking into account these diverse perspectives, integrating local cultural and religious norms. A

holistic approach involving education, engagement of men in discussions related to family planning, and collaboration with community leaders could help overcome these obstacles and promote an enlightened understanding of family planning.

Keywords: Influence, Sociocultural, Family planning, Young girls, Ségué

Annexes 2 : Outils de collecte de données**Questionnaire à l'attention des femmes au foyer****Identification du Participant**

1. Date de l'enquête : _____
2. Village :
 Ségué Kouroune Sille Sirini Nelou
 Pampala Marabougou Sagalani Sirado
3. Nom de femme au foyer : _____
4. Âge : _____
5. Nombre d'enfants : _____
6. Niveau d'études : Primaire Secondaire Supérieur Aucune éducation
7. Religion : Musulmane Chrétienne *Autres à préciser :*

Section 1 : Planification Familiale avant le mariage

8. À quel âge avez-vous été mariée pour la première fois ?
 Avant 18 ans Entre 18 et 25 ans Après 25 ans
9. Avant votre mariage, aviez-vous des connaissances sur la planification familiale ?
 Oui Non Ne sait pas
 Si oui, comment les avez-vous acquises ?
 Parents Ecole Causeries Médias Amis (es) Centre de santé
Autres à préciser : _____
10. Avant le mariage, avez-vous discuté de la planification familiale avec votre partenaire ?
 Oui Non
 Si oui, quelles étaient son opinion et son attitude à ce sujet ?
 Favorables Avait des réticences Défavorables
11. Avant le mariage, avez-vous utilisé des méthodes de contraception ?
 Oui Non
 Si oui, lesquelles ?
 Pilule Allaitement maternel Préservatif Méthode traditionnelle

Pilule du lendemain *Contraceptifs injectables* *Jadelle* *Dispositif intra-utérin*

Autres à préciser : _____

Si non, quelles sont les principales raisons ?

Non active sexuellement *Manque d'accès aux méthodes contraceptives*

Coutumes *Religion* *Effets secondaires*

Autres à préciser : _____

Section 2 : Planification Familiale après le mariage

12. Depuis votre mariage, avez-vous discuté de la planification familiale avec votre partenaire ? *Oui* *Non*

Si oui, quelles étaient son opinion et son attitude à ce sujet ?

Favorables *Avait des réticences* *Défavorables*

13. Depuis votre mariage, avez-vous utilisé des méthodes de contraception ?

Oui *Non*

13.a Si oui, lesquelles ?

Pilule *Allaitement maternel* *Préservatif* *Méthode traditionnelle*

Pilule du lendemain *Contraceptifs injectables* *Jadelle* *Dispositif intra-utérin*

Collier contraceptif *Autres à préciser : _____*

13.b Si oui, dans quel but ?

Espacement de naissance *Santé de la mère* *Santé de l'enfant*

Moins de naissances *Moins de dépenses* *Famille heureuse*

Meilleure éducation des enfants *Autres à préciser : _____*

14. Quelles sont les principales raisons qui ont influencé votre choix d'utiliser des méthodes de contraception après le mariage ?

Raisons de santé *Préférences personnelles* *Croyances religieuses*

Pressions familiales (avis du mari) *Manque d'accès aux méthodes contraceptives*

Autres à préciser : _____

15. Si vous n'avez pas utilisé de méthodes de contraception après le mariage, quelles sont les principales raisons qui ont influencé votre choix ?

- Effets secondaires Préférences personnelles Croyances religieuses
 Pressions familiales (avis du mari) Manque d'accès aux méthodes contraceptives

Autres à préciser : _____

16. Avez-vous rencontré des difficultés dans l'accès à la planification familiale après le mariage ? Oui Non

Si oui, lesquelles ?

- Manque d'information Refus du partenaire Coût élevé des contraceptifs
 Stigmatisation sociale Résistance de la communauté

Autres à préciser : _____

Guide d'entretien pour les jeunes filles sur la PF

Introduction :

Bonjour à toutes, je suis ici pour faciliter notre discussion sur la planification familiale. Vos opinions et vos expériences sont très importantes pour notre étude, et toutes vos réponses resteront confidentielles. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, nous voulons simplement entendre ce que vous pensez. Avant de commencer, permettez-moi de vous rappeler que le respect des autres participants est essentiel, alors écoutons attentivement les uns les autres et exprimons nos idées en toute ouverture d'esprit.

Identification du village :

- Ségué Kouroune Sille Sirini Pampala Marabougou
 Sagalani Sirado Nelou

Questions :

A. Connaissances de la planification familiale

1. Quelle connaissance avez-vous sur la planification familiale ?
 - 1.1 Selon vous qu'est-ce que la PF
 - 1.2 En quoi consiste-t-elle ?
 - 1.3 Quels sont les types de méthodes contraceptives ?
 - 1.4 Quels sont les modes d'emploi ?
 - 1.5 Selon vous, pourquoi on utilise la planification familiale ?
2. Quelles sont vos sources d'information sur la planification familiale ?
 (*Qui vous informe ? Est-ce les amies, la radio, le personnel sanitaire etc.*)

B. Perceptions de la planification familiale

3. Quelle perception votre communauté a de la planification familiale ?
 (*Est-elle acceptée ? stigmatisée ?*)
4. Comment les discussions autour de la planification familiale se déroulent avec vos amis ou votre famille ?

C. Attitudes et pratiques de la planification familiale

5. Quelle est votre attitude par rapport à l'utilisation de la PF ? 5.1 *Quand est-ce que vous utilisez les moyens de PF ?*
 - 5.1.1 Pouvez-vous nous partager votre expérience si vous en avez ?

6. Quelles sont les attitudes des jeunes filles de votre âge par rapport à l'utilisation de la planification familiale ?

D. Barrières socioculturelles et religieuses de la planification

7. Quels sont, selon vous, les principaux obstacles ou défis que les jeunes filles pourraient rencontrer en matière d'accès à la planification familiale ?

(Qu'est-ce qui vous empêche de pratiquer la PF ? Pourquoi les populations sont réticentes à la PF ? Manque d'informations ? Coût de la PF ? Avez-vous des difficultés d'accès au service de la PF ?)

8. Pensez-vous que des croyances religieuses ou culturelles influencent le choix de faire la planification familiale ?

9. Quels commentaires ou suggestions aimeriez-vous partager sur le sujet de la planification familiale ?

Conclusion :

Merci encore d'avoir pris le temps de participer à ce focus group. Vos paroles contribuent à mieux comprendre la réalité des jeunes filles en matière de planification familiale dans notre communauté.

Guide d'entretien pour les leaders communautaires

Introduction :

Bonjour, je réalise ces entretiens dans le cadre d'une étude sur la planification familiale dans notre communauté. Vos perspectives et vos expériences sont d'une grande importance pour notre recherche, et toutes vos réponses resteront confidentielles. Nous vous remercions de prendre le temps de participer à cette discussion.

Identification du participant :

Fonction ou titre : -----

Religion ou tradition coutumière : -----

Questions :

A. Connaissances de la planification familiale

Qu'est-ce que la planification familiale ? Quelles connaissances avez-vous sur la PF ?

B. Perceptions et croyances sur la planification familiale

1. Pourriez-vous nous expliquer comment la planification familiale est perçue au sein de votre communauté ?
2. Comment percevez-vous l'impact de la planification familiale sur la stabilité des familles et le bien-être des membres de la communauté ?
3. Comment votre religion ou tradition aborde-t-elle la question de la planification familiale ?

C. Attitudes et pratiques de la planification familiale

4. Quelle est votre attitude vis-à-vis de la planification familiale ?
5. En tant que parents / leader communautaire, quel est votre rôle dans la promotion de la planification familiale ?
6. Quelles sont les pratiques liées à la planification familiale au sein de votre communauté ?
7. Quels commentaires ou suggestions aimeriez-vous partager sur le sujet de la planification familiale ?

Conclusion :

Merci encore d'avoir participé à cet entretien. Vos connaissances et votre perspective en tant que leader religieux ou coutumier sont essentielles pour notre recherche.

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 des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

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

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

Je le jure