

Connaissances, attitudes, pratiques des hommes par rapport aux méthodes modernes de contraception dans la commune rurale de kalaban-coro

Ministère des Enseignements
Mali
Secondaire, Supérieur et de la
Recherche Scientifique

République du

Un Peuple – Un But – Une Foi

UNIVERSITE DE BAMAKO



Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie

Année académique : 2007-2008

N°..... /

Thèse

CONNAISSANCES ATTITUDES ET PRATIQUES DES
HOMMES PAR RAPPORT AUX METHODES
MODERNES DE CONTRACEPTION DANS LA
COMMUNE RURALE DE KALABAN-CORO.

Présentée et soutenue publiquement le/...../2008
devant la faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odonto-Stomatologie

Par : Mr Maurice TOUNKARA

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

Jury

Président : *Professeur SANOUSSI KONATE*

Membres : *Docteur KEITA BINTA*

Co-Directeur : *Docteur ADAMA DIAWARA*

Directrice de thèse : *Professeur SY ASSITAN SOW*

DEDICACES :

Je dédie ce travail :

- A **L'ETERNEL**, mon **DIEU**, Qui m'a permit de réaliser ce travail.

Tu m'as guidé tout au long de ce travail, Je te confie mon avenir !

Merci Seigneur !!!

-A mon Père Thomas Tounkara et ma Mère Henriette Diarra
tous deux rappelés à Dieu avant mon dixième anniversaire. Je
vous ai à peine connu, mais à travers mes aînés j'ai su que vous
avez été de braves personnes. Merci de m'avoir donné la vie. Que
le Seigneur vous accorde une place de choix auprès de lui !
Reposez en Paix !

**-A ma Grande Sœur et « Maman » Mme Diawara Marie
Tounkara et son mari Etienne Diawara** vous avez été pour moi
plus que de vrais père et mère. C'est grâce à vos soutiens morales
et matériels que j'ai pu m'épanouir depuis la disparition de mes
parents jusqu'à l'âge de la raison. Votre souci premier a toujours
été ma réussite. Ce travail est le votre ! Merci !

-A mon Grand Frère et Maître Professeur Anatole Tounkara.
Tu as toujours été pour moi un modèle dans la vie. En effet
depuis mon bas âge j'ai toujours voulu devenir comme toi. Merci
de m'avoir aidé à parvenir à ce vœu si cher « être Médecin ». Ton
soutien moral et matériel n'ont jamais manqué tout au long de
mes études médicales. C'est grâce à tes sages conseils que j'ai pu
mener ce combat jusqu'au bout. Je te dédie ce travail ! Et merci
pour tout !

**-A mes Frères et Sœurs : Sœur Pauline Tounkara, Mme Traoré
Pia Tounkara, Paul Tounkara, Mme Diawara Félicie
Tounkara** : vous m'avez toujours porté dans vos prières, et je n'ai

jamais manqué de réconfort auprès de vous pendant les moments difficiles. Vous m'avez toujours montré ce q'est une famille unie !je dédie ce travail à la solide famille que nous formons !

-A toutes les mères et les enfants du monde entier qui ont été victimes des complications liées à la grossesse et à l'accouchement par manque d'utilisation d'une méthode contraceptive :

Puisse ce travail contribuer aux voies et moyens pour une large utilisation des méthodes modernes de contraception (MMC) à travers le monde et plus particulièrement au Mali où le taux demeure encore très faible, et ce pour une meilleure santé reproductive !

REMERCIEMENTS :

A ma chère fiancée, celle dont Dieu m'a permis de faire la connaissance. Sa compagnie et son assistance m'ont été une source de joie et d'encouragement pour ce travail. J'ai nommée Dr Oumou Traoré.

Oumou, ton entrée dans ma vie, a été la réponse à ma prière et la lumière qui guide mes pas. Ce travail est le nôtre. Que le Dieu que nous prions, nous amène à fonder notre foyer tant attendu.

A mes Belles-sœurs et Beaux-frères:

Mme Tounkara Marie-Angel dite Assou, Mme Tounkara Marie-Joseph, Etienne Diawara, Moise Diawara, feu Clément Traoré. Trouvez ici l'expression de mon affection, de mon respect et toute ma reconnaissance. Vous m'avez donné plus que je ne mérite.

A mes Neveux et Nièces : Jean François Tounkara, Dr Athanase Diawara, Me Sébastien Tounkara, Henriette Tounkara, Benjamin Tounkara, Lucienne Diawara, Alexandre Traoré, Dona Tounkara, Marie claire Traoré, Bemba Traoré, Thomas Félix Tounkara, Thomas Fadiala Diawara, Moïse Tounkara, Denise A Tounkara, Léopold Tounkara, Charles Diawara, Pierre Diawara, Bernadette Tounkara, Augustin Tounkara. La liste est longue mais rassurez-vous car je connais chacun de vous dans les plus petits détails. Chers « fistons » merci pour votre collaboration et pour le respect voué à mon égard.

Aux compagnons de chaque jour :

Dr Moussa Togola, Dr Fofana Kani Tounkara, Dr Lamine Traoré, Daouda Bagayogo dit « David », Dr Oumar Malla, Moussa G Camara, Toute l'équipe de garde du CSCOM de Kalaban-coro.

Vous avez cultivé en moi le sens de l'amitié, je vous souhaite bonne chance dans vos différentes entreprises.

A tous ceux qui ont participé à ma formation :

Les enseignants de : L' école Primaire Catholique garçon d'Adzopé : République de Côte d'Ivoire (R.C.I), du Collège moderne privé d'Adzopé : CO.M.P.A (R.C.I), du Lycée Moderne d'Adzopé (R.C.I) ; les professeurs de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie de Bamako (**F.M.P.O.S**) : **Mali**, le personnel du Dispensaire Catholique de Gualala (cercle de Yanfolila) le service de dermatologie du **CNAM**, le C.S.Com de Kalaban-coro, les services de **cardiologie**, de **psychiatrie**, des **urgences**, d'**urologie** et du **SMIT** du C.H.U du PointG, Cette œuvre est la vôtre.

Au Dr Jacob Dabo et toute son équipe particulièrement le Major Mr Bakary Samaké de l'Association Santé Communautaire de Kalaban-coro(ASAKOKA) merci pour votre parfaite collaboration.

AU C.S.Com de Kalaban-coro Koulouba son président Mr Traoré Youchaou et tout son personnel : C.S.Com qui fit ses premiers pas sous mes responsabilités. Merci pour la bonne collaboration et bon vent à vous.

C'est l'occasion pour nous de rendre hommage à notre maître,
chef du service de Gynécologie et Obstétrique du Centre de Santé
de Référence de la Commune II,

Professeur Sy Assitan Sow.

Pour votre grande disponibilité, pour avoir partagé avec nous vos
connaissances cliniques, sociales. Voici le fruit de vos efforts.

A nos aînés Médecins et C.E.S : Merci pour votre effort
d'encadrement et pour vos sages conseils de Grand frère.

A mes Collègues internes : merci pour votre sympathie et pour
la très bonne Collaboration.

A tout le personnel du C.S.Ref de la commune II : plus
particulièrement nos très chère « tanties » les sages femmes,
merci pour l'enseignement dont nous avons bénéficié auprès de
vous.

**A tous ceux qui nous ont aidé pour la mise au point de ce
travail** : Mme Kéita Oumou de la D.N.S, Dr Thymothé Dao du
H.P.I (USAID) Mme Haïdara de la D.R.S de Bamako, Dr Danaya
Koné du MRTC, Mme Awa Diallo de la D.N.S

A tous ceux qui, de près comme de loin nous ont aidé dans ce
travail de façon désintéressée. Recevez notre sincère gratitude !

A notre maître et président du jury

Professeur **Sanoussi Konaté**

- Professeur titulaire en Santé Publique.
- Chef du D.E.R de Santé Publique.

Cher maître

Nous avons été très touché par votre sens de l'accueil, votre modestie et votre simplicité qui font de vous une personnalité remarquable.

Malgré vos multiples occupations, vous nous faites honneur en présidant ce jury.

Permettez nous, cher maître, de vous exprimer nos vifs remerciements et notre profond respect.

A notre maître et juge

Docteur **Keita Binta**

- Gynécologue Obstétricienne
- Chef de la division Santé de la Reproduction à la D.N.S

Chère maître

Votre disponibilité, votre sens de l'accueil, votre endurance sont là quelques unes de vos qualités, qui forcent l'admiration. Vous êtes pour nous un modèle. Merci pour les journées et soirées entières consacrées pour l'amélioration de ce travail.

Trouvez ici l'expression de notre gratitude.

A notre maître et co-directeur

Docteur **Adama Diawara**

- Spécialiste en Santé Publique.
- Maître assistant à la F.M.P.O.S de Bamako.
- Chef de la division Assurance Qualité et Economie du Médicament à la Direction Nationale de la Pharmacie et du Médicament.

Cher maître

C'était un plaisir pour nous d'avoir des moments d'entretien, de partage avec vous pour ce travail.

Vous êtes resté disponible, les bras ouverts pour nous et cela malgré vos multiples occupations. Homme chaleureux, simple, aimant le travail ordonné trouvez ici cher maître nos sincères remerciements.

A notre maître et directrice de thèse

Professeur **Sy Assitan Sow**

- Professeur titulaire en Gynécologie et Obstétrique.
- Chef du Service de Gynécologie et Obstétrique du C.S.Ref de la Commune II de Bamako.
- Présidente de la S.O.M.A.G.O (Société Malienne de Gynécologie et d'Obstétrique.)

Cher maître, « Tanti »

Vous nous avez accueilli dans votre service comme des fistons à vous. Vous êtes resté plus qu'une bergère, une vraie Maman pour nous, toujours soucieuse du devenir de ses Enfants. Votre personnalité, votre sens clinique, votre amour pour le travail et pour notre formation font de vous une formatrice chevronnée.

Nous ne saurions trouver les mots justes pour exprimer notre gratitude.

Merci Tanti !

Abréviations :

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

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

C.O.C : Contraceptif Oral Combiné.

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

C.S.COM : Centre de Santé Communautaire.

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

D.I.U : Dispositif Intra Utérin.

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

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

I.S.T : Infection sexuellement Transmissible.

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

M.M.C : Méthodes, Modernes de contraception.

M.S.T : Maladie Sexuellement Transmissible.

O.H.V.N : Office Haute Vallée du Niger.

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

O.N.G : Organisme Non Gouvernemental.

P.M.I : Protection Maternelle et Infantile

P.F : Planification familiale.

V.I.H : Virus de l'immunodéficience humaine.

SIDA : Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise.

USAID: United States Agency for International Development

(Agence des Etats-Unis pour le développement international)

Liste des figures

Figure 1 : Répartition des hommes enquêtés par tranche d'âge.

Figure 2 : Répartition des hommes enquêtés selon la fréquentation d'une école.

Figure 3 : Répartition de l'échantillon selon le type d'école fréquentée.

Figure 4 : Répartition de l'échantillon selon le niveau d'instruction.

Figure 5 : Répartition de l'échantillon selon le niveau de connaissance des méthodes modernes de contraception (MMC).

Figure 6 : Connaissance des MMC des hommes enquêtés selon leur âge.

Figure 7: Utilisation de la contraception par les hommes avec une partenaire.

Liste des tableaux

Tableau I : Répartition de la population selon la religion pratiquée

Tableau II : Répartition de l'échantillon selon l'occupation principale

Tableau III : Répartition des populations selon le statut matrimonial

Tableau IV : Répartition de l'échantillon selon le nombre d'enfant possédé.

Tableau V : Les buts de la contraception cités par les hommes ayant entendu parler.

Tableau VI : Les MMC (méthodes modernes de contraception) citées par les hommes enquêtés

Tableau VII: Connaissance en matière de PF des enquêtés selon la fréquentation d'une école.

Tableau VIII: Niveau de Connaissance des MMC par les hommes selon le type d'école fréquentée.

Tableau IX : Connaissance des MMC par les hommes enquêtés selon leur niveau d'instruction.

Tableau X : Connaissance des MMC des hommes enquêtés selon leur religion :

Tableau XI: Connaissance des MMC des hommes enquêtés selon leur statut matrimonial.

Tableau XII : Hommes ayant écouté la Radio au moins une fois les six derniers mois précédent L'enquête.

Tableau XIII : Les hommes ayant entendu parlé de MMC à la Radio les six derniers mois précédent notre enquête.

Tableau XIV: Hommes ayant regardé la Télévision les six derniers mois, précédent notre enquête.

Tableau XV: Les hommes ayant entendu parlé de MMC à la télévision les six dernier mois précédent notre enquête.

Tableau XVI: Attitude des hommes selon leur implication en matière de PF selon leur âge.

Tableau XVII : Implication des hommes en matière de PF selon leur niveau d'instruction

Tableau XVIII: Implication des hommes en matière de PF selon le type d'école fréquentée.

Tableau XIX : Répartition de l'implication des hommes en matière de PF selon leur statut matrimonial.

Tableau XX : Répartition de l'implication des hommes en matière de PF selon leur Religion

Tableau XXI: Opinion des hommes sur la prise de décision en matière de PF.

Tableau XXII : Avis des hommes sur leur participation en matière de PF

Tableau XXIII : Avis des hommes sur la promotion de la PF

Tableau XXIV: Raisons d'utilisations des MMC

Tableau XXV : Sources d'approvisionnement en MMC

Tableau XXVI : Raisons de non utilisation des MMC par les hommes.

Tableau XXVII : Utilisation d'une MMC par l'homme selon la fréquentation d'une école.

Tableau XXVIII : Utilisation d'une MMC par les hommes selon leur niveau d'instruction.

Tableau XXIX : Utilisation d'une MMC par les hommes selon le statut matrimonial

Tableau XXX: Utilisation d'une MMC par les hommes selon la religion :

Tableau XXXI: Utilisation d'une MMC par les hommes enquêtés selon leur occupation.

SOMMAIRE

	Page
I- Introduction	1
II- Objectifs	5
III- Généralités	6
IV- Méthodologie	45
V- Résultats	52
VI- Commentaires et discussions	76
VII- Conclusion et recommandations	81
VIII- Références	84
IX- Annexes	89

I- INTRODUCTION

Les risques liés à la grossesse et à l'accouchement peuvent être illustrés par cette image empruntée à la tradition orale Tanzanienne, que la future accouchée évoque à ses enfants lorsque arrive le moment de l'accouchement : «Je vais à l'océan chercher un bébé, mais le voyage sera long et dangereux. Il se pourrait que je ne revienne pas» (50)

Une étude menée par l'O.M.S à travers le monde, révèle qu'en 1990, environ 14 millions de nouveaux nés et un demi million de futures mamans ont succombé suite à des complications liées à la grossesse ou à l'accouchement. Mais c'est en Afrique et en Asie que ces taux sont plus élevés. En effet en Afrique de l'ouest et centrale, pour 100.000 naissances vivantes, au moins 700 mères disparaissent. (55)

A ce problème de mortalité materno-infantile, il existe un autre socialement plus dramatique, celui des grossesses non désirées précoces avec leur cortège de fille-mères, d'avortements illégaux, d'abandon d'enfants et d'infanticide. (10)

Dans ce cadre une enquête faite au Mali à la clinique pilote de l'A.M.P.P.F montre que de 1981 à 1985 sur 2181 élèves et étudiantes suivies, celles du niveau primaire avaient été confrontées aux problèmes suivants : 766 grossesses menées à terme, contre 347 avortements ; pour celles du niveau secondaire : 323 grossesses menées à terme contre 170 avortements et pour celles du niveau supérieur, l'étude a trouvé : 102 grossesses menées à terme contre 40 avortements. (49)

A ces problèmes non moins importants il faut aussi signaler celui de la démographie galopante dans nos pays Africains. Ainsi, le rythme élevé de la croissance de la population, constitue une contrainte majeure aux efforts de développement. Le déséquilibre persistant entre l'accroissement élevé de la population et la faible croissance économique contribue à la détérioration des conditions de vie des ménages. Une des priorités actuelles des pouvoirs publiques est de mettre en place des stratégies adéquates pour une maîtrise efficiente de ce mouvement. La fécondité, comme composante majeure de cette évolution, est au centre de toutes les préoccupations.

Au Mali malgré les actions entreprises, le niveau de la fécondité reste parmi les plus élevés au monde. En réaction à cette situation les autorités politiques de notre pays ont opté pour une approche plus élaborée et plus complète par la prise en compte de la dimension population dans tous les plans et programmes de développement. Cette orientation a été consolidée par la déclaration de politique nationale de population, dont l'objectif est d'atteindre l'équilibre entre l'accroissement de la population et le développement socio-économique (17)

Il est à noter cependant que La prévalence de la planification familiale était et demeure dans une large mesure peu évaluée au Mali, La seule étude de référence est l'E.D.S. (Enquête Démographique et de Santé) D'après cette étude la prévalence contraceptive était de 6,4% au niveau national en 2006 selon E.D.S IV, (21).

Cette prévalence contraceptive au Mali paraît faible par rapport aux efforts fournis par le ministère de la santé publique, qui ne cesse de déployer d'énormes efforts pour la vulgarisation de l'utilisation des méthodes modernes de contraception.

Il faut noter que ces efforts ont été pendant longtemps dirigés vers les femmes, à cause du développement des méthodes contraceptives féminines, à savoir : les méthodes hormonales, le dispositif intra-utérin et la stérilisation chirurgicale féminine, et ce, très souvent à l'exclusion des hommes(38). Il s'agissait de programme de promotion de l'utilisation des méthodes modernes contraceptives.

Mais ces programmes n'ont pas permis une augmentation de la prévalence contraceptive aussi bien dans notre Pays qu'à travers le monde. Les limites de ces programmes ont été principalement l'exclusion des hommes, car au Mali comme dans bien de pays à travers le monde, l'homme reste encore le grand décideur au sein de la famille donc sa collaboration est gage de réussite pour toute activité au sein de la famille.

Ainsi des études ont montré que l'opposition du partenaire est une des raisons les plus fréquentes données par les femmes pour ne pas adopter une méthode contraceptive ou pour arrêter l'utilisation. Par contre les hommes bien informés en matière de santé de la reproduction sont plus à même de

soutenir la décision de leur partenaire et d'encourager une politique qui assure aux femmes les soins dont elles ont besoin en matière de reproduction (38).

Ainsi un projet mené en milieu rural au Mali poursuivait cet objectif en choisissant des hommes pour promouvoir la planification familiale dans les collectivités locales. Nombreuses sont les femmes qui disent que l'attitude de leur mari vis-à-vis de la planification familiale avait changé grâce aux prestataires masculins, et qu'entre époux ils en parlent plus ouvertement. Ainsi quand les hommes sont inclus dans les programmes de planification familiale et les décisions sont prises de concert par les partenaires, il est pratiquement assuré qu'elles seront suivies. Les hommes secondent leur partenaire en les aidant à trouver des services de santé reproductive quand elles en ont besoin et en leur procurant les ressources nécessaires à leur obtention. (38)

Ainsi il est donc urgent de revoir la question de la PF sous un nouvel angle, d'où la nécessité du repositionnement de la planification familiale.

Abondant dans le même sens, la conférence d'ACCRA (Ghana) qui s'est tenu du 15 au 18 février 2005, a retenu comme idée principale : « Promouvoir au niveau des pays, l'engagement pour le repositionnement de la planification familiale comme objectif stratégique pour la santé et les objectifs du millénaire pour le développement » (21)

Ainsi notre pays organise chaque année une campagne en faveur de la promotion de la planification familiale. Cette année le lancement de la campagne a eu lieu le 13 mars 2008 et était intitulée : « Leadership en faveur du repositionnement de la planification familiale au Mali avec comme slogan: L'engagement des hommes peut faire la différence ». Six éléments clés ont été mentionnés pour le leadership en faveur du repositionnement de la planification familiale à savoir :

- Un bon soutien politique.
- Une diversité des méthodes et produits.
- Un personnel compétent et disponible.
- L'information, l'éducation, et la communication.
- L'organisation effective des services.

Connaissances, attitudes, pratiques des hommes par rapport aux méthodes modernes de contraception dans la commune rurale de kalaban-coro

-un environnement socioculturel favorable. (2)

De son côté l'USAID à travers sa division H.P.I (Helt Polish Initiative) en collaboration avec la D.N.S a mis au point un guide qui sera publié très prochainement intitulé : « L'engagement constructif des hommes en santé de la reproduction » Dans ce Guide on pourra trouver les différentes stratégies pour un réel engagement des hommes en matière de PF.

Dans les mêmes soucis d'une augmentation du taux de prévalence contraceptive à travers une meilleure implication des hommes, nous avons décidé de mener une étude transversale et descriptive à base de discussion de groupe avec des hommes en âge de procréer.

Il s'agit donc d'une étude dont les objectifs se résument en général à étudier : les connaissances, les attitudes et les pratiques des méthodes modernes de contraception chez les sujets de sexe masculin dans la commune rurale de Kalaban-coro.

II-OBJECTIFS :

Objectif Général :

Evaluer les connaissances, attitudes et pratiques par rapport aux méthodes modernes de contraception chez les sujets de sexe masculin dans la commune rurale de kalaban-coro.

Objectifs Spécifiques :

- Déterminer le niveau de connaissance des méthodes modernes de contraception des hommes dans la commune rurale de Kalaban-coro.
- Déterminer l'attitude des hommes vis-à-vis des méthodes contraceptives modernes dans la commune rurale de Kalaban-coro.
- Déterminer le niveau d'utilisation des méthodes contraceptives modernes par les hommes de la zone d'étude.

III- GENERALITES

1) Définitions :

1- 1) La contraception :

La contraception est définie comme une méthode visant à éviter, de façon réversible et temporaire, la fécondation d'un ovule par un spermatozoïde ou, s'il y a fécondation, la nidation de l'œuf fécondé (29).

En général le contrôle des naissances ou la contraception est une méthode qui empêche une femme de devenir enceinte (9).

Les méthodes scientifiques de contraception apparaissent dans le courant du XIX^{ème} siècle et surtout dans sa seconde moitié. La contraception n'est pas une question nouvelle mais s'accompagne toujours de débat (53).

1- 2) Planification familiale :

Elle est définie comme l'ensemble des moyens et méthodes qui permettent de conformer à la volonté des parents le nombre et l'espacement des naissances dans une famille (20).

2) Histoire de la contraception :

2-1) Dans le monde :

Selon Serfaty (53), la limitation des naissances est présente depuis les époques les plus reculées et est probablement née dans les sociétés préhistoriques lorsque, malgré une très forte mortalité naturelle, les conditions de survie obligeaient à restreindre les naissances.

La contraception était pratiquée dans l'antiquité, elle le fut ensuite et l'est encore de nos jours dans les proportions respectives extrêmement variables selon les lieux et les époques. Ceci pour nous montrer la constante volonté de l'espèce humaine d'échapper à la fatalité d'une reproduction naturelle (55).

Mais la contraception sera rejetée pour des raisons morales faisant de la procréation une obligation sacrée dans une optique naturaliste mettant

l'homme au service d'une volonté supérieure qui ne lui laisse pas d'autre choix. C'est le propre de la pensée religieuse (53).

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 (55).

2-2) Au Mali :

Les sociétés traditionnelles au Mali ont toujours été fortement pro-natalistes, cela pour des raisons d'ordre sociologique culturel, économique et spirituel. Une nombreuse progéniture est source à la fois de richesse (maximum de bras travailleurs pour augmenter la production) et de bénédiction divine (10). La fécondité confère une valeur sociale et l'infécondité est toujours mal vécue et interprétée de malédiction ou de tares notamment pour la femme (39).

S'il est vrai qu'une femme doit avoir des enfants, mais il demeure également vrai que la survenue d'une grossesse au cours de la période d'allaitement (deux ans en moyenne) serait sujet de moqueries. Cependant, avoir des enfants hors-mariage ou adultérins renvoie à un signe de mauvaise éducation et d'immoralité et la femme y paie plus que l'homme (10).

Malgré le comportement pro-nataliste, les Maliens ont une tradition très ancienne d'espacement des naissances : c'est ainsi qu'après un accouchement, il est de coutume de séparer le couple pendant deux à trois ans. Ceci permettait à la femme de récupérer et à l'enfant de se développer normalement (10).

On peut mentionner l'existence d'autres méthodes traditionnelles d'espacement des naissances telles que l'emploi de certaines herbes ou dispositifs occlusifs comme le *tafo*. La fréquence de ces pratiques serait en diminution notamment dans le milieu urbain (10).

La société malienne contemporaine est prise en porte - à - faux entre les valeurs séculaires (culturelles, morales et religieuses) et les logiques post-coloniales d'une culture de la raison et de la liberté de l'individu selon le

modèle d'humanisme progressiste hérité à la fois du colonialisme et de la révolution socialiste des années 1962 (10)

2-2-1/ PRINCIPALES DATES DE LA POLITIQUE DU PLANNING FAMILIAL AU MALI :

Le Mali a été l'un des premiers pays à adopter une attitude de tolérance vis-à-vis du planning familial .En effet depuis 1971 une délégation malienne s'est rendue à Montréal (Canada) pour participer à un séminaire sur la planification familiale. (35)

Après le Mali a signé un accord avec les organisations de ce séminaire pour un projet d'assistance en planning familial pour quatre ans. A ce moment, entre les approches démographiques et sanitaires du planning familial, c'est l'approche sanitaire qui a été choisie en absence de paramètre démographique suffisamment maîtrisé de l'époque. C'est dans cet élan que l'association malienne pour la protection et la promotion de la famille (AMPPF) a été créée le 7 juin 1972. (34)

-En 1972, le Mali abrogea la loi du 31 juillet 1920 dans ces articles 3 et 4 qui interdisait la propagande anticonceptionnelle (35).Un centre pilote a été créé à Bamako par L'AMPPF dont l'objectif était l'espacement des naissances. La pratique du planning était conditionnée à l'autorisation maritale pour les femmes et parentale pour les célibataires. (34)

-En 1973, deux séminaires dont un interafricain sur l'éducation sexuelle et d'autre intersyndical sur le planning familial ont été organisés à Bamako. (24)

-En 1974, le Mali a souscrit à la déclaration de Bucarest (Roumanie) sur le droit au planning familial. (50)

-En 1978, le Mali a souscrit à la déclaration d'Alma Ata (URSS) sur les soins de santé primaires dont une des composantes est le planning familial dans le but d'améliorer la santé de la mère et de l'enfant à travers un espacement judicieux des naissances.(50)

-En 1980, la division santé familiale (DSF) a été créée au sein du ministère de la santé publique et affaires sociales pour élargir et coordonner les

activités de la santé maternelle et infantile et en y intégrant le planning familial (34).

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

-En 1991, le Mali a fait une déclaration de politique nationale de population (37).

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

-En juin 1995 a été organisé un atelier de révision des normes et procédures de santé maternelle et infantile et planning familial (36).

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

Ceci implique la liberté, la responsabilité et le droit à l'information de chaque individu ou couple pour l'aider à choisir le ou les moyens de régulation de la fécondité (38).

Pour le Mali la santé de la reproduction englobe la santé de la mère y compris le planning familial et la santé de l'enfant y compris celle de la petite fille.

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

A/La loi N° 02-044 relative à la santé de la reproduction dite loi Lahaou Touré, adoptée le 24 juin 2002 :

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

La loi sur la SR est structurée en quatre titres et 21 Articles qui traitent : de la définition (titre I), de la santé de la reproduction (titre II), des dispositions pénales (titre III), et des dispositions transitoires et finales (titre IV). Elle annonce deux décrets : Le 1^{er} déterminant les conditions et les modalités de fabrication des produits contraceptifs au Mali. Et le second fixant les conditions et modalités d'octroi de l'assistance particulière aux malades du SIDA ou personnes vivant avec le VIH et les garanties de confidentialité.

La loi relative à la SR annonce également deux arrêtés : le 1^{er} portant sur la liste des produits, des méthodes et des moyens de contraception légalement approuvés et le 2^{ème} , interministériel, fixant les conditions d'importation des produits contraceptifs.(43)

B/LETTRE-CIRCULAIRE N°004/MSP-AS/CAB du 25 janvier 1991 :

Cette lettre adressée aux responsables politiques, administratives et sanitaires, stipule que l'accès à une méthode contraceptive reste libre pour toute femme en âge de procréer qui le désire ou qui le nécessite. (44)

3-RAPPELS :

3-1 / La fécondation :

Chez l'être humain, la fécondation est l'union intime de deux cellules, l'une féminine, l'autre masculine, à l'intérieur de l'organisme maternel, union qui provoque le développement d'un nouvel être. Bien entendu, ce contact, cette

fusion des deux cellules reproductrices a lieu lorsque toutes les deux sont vivantes. C'est là un point important car elles ne survivent que quelques heures.

Au moment de l'ovulation, l'ovule sort du follicule éclaté, mais, au lieu de tomber dans la cavité abdominale comme on pourrait s'y attendre, il est recueilli par le pavillon de la trompe qui, à ce moment précis, s'abouche étroitement à la paroi de l'ovaire, évitant que l'ovule ne se perde. (10)

3-2/ Trajet de l'ovule :

Voici donc l'ovule arrivé dans la portion la plus externe de la trompe. Fécondé ou non, il doit continuer son trajet à travers la trompe, pour sortir vers l'extérieur (en cas de non fécondation) ou pour aller s'implanter à l'intérieur de l'utérus et s'y développer s'il y a eu fécondation. Deux mécanismes principaux font progresser l'ovule à l'intérieur de la trompe à savoir :

- Le mouvement des cils dont celle-ci est tapissé à l'intérieur;
- Le mouvement de la trompe elle-même, qui se meut de façon à faire avancer l'ovule en direction de l'utérus.

Il a été démontré expérimentalement que les trompes sont animées de mouvements plus accusés précisément les jours correspondants à l'ovulation et les jours suivants.

Le parcours de l'ovule tout au long de la trompe dure trois ou quatre jours mais comme la vitalité de l'ovule ne se maintient pas plus de douze à vingt quatre heures, la fécondation doit nécessairement avoir lieu dans les premières portions de la trompe et au cours du premier jour du trajet. (10)

3-3 / Trajet du spermatozoïde :

Ceux-ci (des millions) sont libérés dans la cavité vaginale, d'ordinaire près du col de l'utérus, avec un liquide qui leur sert de milieu de dilution et véhicule. Le col est obturé par le bouchon muqueux cervical. Comme son nom l'indique, cette production muqueuse a pour objet de fermer l'entrée de

l'appareil génital interne et d'en protéger les parties situées plus haut, évitant ainsi l'accès d'éléments perturbateurs tels que les microbes.

La mobilité des spermatozoïdes est accentuée par l'action du milieu vaginal, qui les fait fuir jusqu'au col utérin où le milieu est alcalin. (10)

3-4/ Facilités de passage :

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

De minutieuses observations ont démontré que le mucus est particulièrement fluide le jour correspondant à la sortie de l'ovule : cette fluidité diminue à mesure que l'on s'éloigne de ce quatorzième jour du cycle.

Par ailleurs, lorsque l'orgasme féminin se produit au moment de l'union sexuelle, l'utérus se contracte énergiquement, de sorte que le mucus situé à la sortie est expulsé ; le col s'ouvrant, il y a afflux de millions de spermatozoïdes qui, dans le mécanisme optimum, sont introduits directement dans le col et même dans la cavité utérine, surtout si l'éjaculation coïncide avec l'orgasme féminin. Cependant, lorsque le sperme est déposé au niveau du vagin, plus ou moins près du col de l'utérus, les spermatozoïdes, cellules dotées d'une grande mobilité, tendent à parvenir jusqu'à ce col, à y pénétrer pour continuer ensuite leur progression biologique : c'est pourquoi l'on connaît des cas de grossesse chez des femmes vierges. (10)

3-5/ Migration de la cellule masculine :

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

Des milliers de spermatozoïdes sont à la recherche de l'ovule, qui sera atteint finalement par l'un d'entre eux, un seul devant le féconder. Il faut dire que parmi ces millions de spermatozoïdes, certains seront morts d'autres immobiles, notamment, ceux dotés de peu de validité ou animés de

mouvements lents et circulaires qui ne les font pas progresser ; les plus mobiles proviendront jusqu'à l'ovule. Celui qui fécondera l'ovule serait-il le plus rapide et le premier arrivé ou serait-il le plus puissant ?

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

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

3-6/ Moment de la fécondation :

Les jours favorables à la fécondation pour l'espèce humaine sont au nombre de trois : les deux jours précèdent l'ovulation et celui qui la suit : Ce sont précisément les jours où la femme ressent le plus d'attraction vers l'homme. La vitalité des spermatozoïdes étant de vingt quatre à quarante huit heures, celui-ci peut, durant ce laps de temps atteindre l'ovule qui se libère du follicule. La fécondation peut avoir lieu aussi au cours des vingt-quatre heures suivantes, compte tenu de la vitalité de l'ovule. Bien entendu, en biologie tout n'est pas si simple, si schématique : on trouve des spermatozoïdes vivant dans la trompe après sept et huit jours, mais il semble que cela soit exceptionnel.

3-7/ Fusion des gamètes :

Un seul spermatozoïde, parvient à introduire sa tête et sa partie intermédiaire à travers la membrane de l'ovule ; à partir de ce moment, ce dernier devient totalement impénétrable aux autres spermatozoïdes. (10)

4/LES MOYENS DE REGULATION DES NAISSANCES

La régulation des naissances se fait essentiellement à partir de la planification familiale. Elle fait intervenir : (4)

la contraception qui est l'ensemble des procédés par lesquels un rapport sexuel est rendu non fécondant, de façon temporaire et réversible ;

la contraception post-coïtale utilisable après un rapport non protégé entre le temps de l'ovulation et l'implantation ;

la stérilisation, la méthode irréversible ;

- l'interruption volontaire de grossesse (**IVG**).

Il convient toutefois de remarquer que cette dernière n'est pas reconnue par la législation Malienne comme étant un moyen légal de régulation des naissances. **(42)**

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

4-1/Les méthodes de barrière (14)

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

4-1-1 Le condom masculin (Préservatif)

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

Efficacité

Le taux d'échec associé à une utilisation parfaite des condoms est estimé à 3% **(40)**.

Mécanisme d'action

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

Contre - Indications

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

Effets indésirables

Chez certains hommes, il interfère avec l'acte sexuel.

4-1-2 Le Condom féminin

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

Efficacité

Le taux de grossesse à 12 mois pour une utilisation parfaite (*correcte et systématique*) du condom féminin est de 5 %. **(40)**

Mécanisme d'action

Une fois placée dans le vagin, le condom féminin le recouvre en entier, prévenant ainsi tout contact direct avec le pénis. Il recueille le sperme et doit ensuite être jeté.

Contre-indications

- ▲ Allergie au polyuréthane,
- ▲ Anomalies de l'anatomie vaginale
- ▲ Incapacité pour la femme d'apprendre la technique d'insertion

Effets indésirables

Le fait de ne pas bien rester en place est cité comme l'un des problèmes particuliers de l'utilisation du condom féminin.

Parmi les autres inconvénients du condom féminin, on trouve :

- ▲ La nécessité de s'entraîner à insérer le dispositif et de l'utiliser plusieurs fois avant de se sentir à l'aise avec cette méthode ;
- ▲ L'anneau interne peut causer de l'inconfort et du bruit pendant le coït.
- ▲ L'interférence avec l'acte sexuel

4-1-3 Le diaphragme

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

Il existe trois types de diaphragme :

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

Efficacité

Les taux d'échec selon l'OMS au cours des 12 premiers mois d'utilisation sont de 6 % selon une utilisation parfaite. **(40)**

Mécanisme d'action

Le diaphragme agit à titre de barrière physique entre le sperme et le col utérin; il doit toujours être utilisé conjointement avec un spermicide dont l'action accroît son effet. Il doit être maintenue au moins six heures après le coït.

Contre indications

L'allergie ou la sensibilité pour la matière constituant le diaphragme (latex, caoutchouc ou au spermicide) constitue la principale contre-indication au diaphragme. La présence d'un prolapsus urogénital ou utérin manifeste doit être au préalable écarté puisque réduisant son efficacité.

Effets indésirables

L'utilisation d'un diaphragme peut entraîner une hausse des risques d'IVU persistantes ou récurrentes; en raison de la pression qu'il exerce sur le pourtour de l'urètre et au spermicide associé. Il peut aussi être associé à la survenue du syndrome de choc toxique.

4-1-4 La cape cervicale

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

Efficacité

La cape semble avoir une efficacité plus importante chez la nullipare que chez la multipare vu que l'OMS indique des taux d'échec respectivement égaux à 9% et à 26% selon une utilisation parfaite au cours des douze premiers mois. **(40)**

Mécanisme d'action

Insérée directement contre le col qui la maintient par effet de succion, la cape cervicale agit à titre de barrière physique entre le sperme et le col utérin; l'action spermicide de la gelée ou de la crème accroît son action.

Contre-indications

La cape cervicale ne doit pas être utilisée par les femmes qui présentent :

- ▲ une infection de la filière pelvienne,
- ▲ un cancer ou une dysplasie du col ou de l'utérus,
- ▲ Allergie ou une sensibilité aux spermicides.

Effets indésirables

L'utilisation de la cape peut aggraver les symptômes des femmes qui présentent une vaginite ou des infections transmissibles sexuellement. Le risque de syndrome de choc toxique est accru. Il est possible qu'elle cause plus d'odeurs et d'écoulements vaginaux que le diaphragme; de plus, elle peut être déplacée au cours du coït.

4-1-5 L'éponge contraceptive

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

Elle peut répondre tout particulièrement aux besoins des femmes qui souhaitent ou doivent éviter le recours à la contraception hormonale.

Efficacité

Les éponges contraceptives présentent des taux d'échec variant entre 18 et 20 % pour les nullipares et de 36 à 40 % pour les multipares **(23)**.

Mécanisme d'action

L'action contraceptive de l'éponge est principalement attribuable au spermicide dont elle est imprégnée, le tout étant renforcé par sa capacité à absorber et à retenir le sperme. Elle agit à titre de réservoir de spermicide à libération prolongée pendant une période de 12 heures.

Contre-indications

L'éponge cervicale ne devrait pas être utilisée par les femmes qui :

- ▲ présentent une allergie au spermicide utilisé;
- ▲ ont des anomalies de l'anatomie vaginale pouvant nuire à la mise en place satisfaisante ou stable du dispositif;
- ▲ sont incapables d'apprendre la bonne technique d'insertion;
- ▲ présentent des antécédents de syndrome de choc toxique;
- ▲ présentent des infections récurrentes des voies urinaires;
- ▲ nécessitent une protection contre l'infection au VIH;
- ▲ ont mené une grossesse à terme dans les six dernières semaines,
- ▲ ont récemment connu un avortement spontané ou provoqué, ou présentent des saignements vaginaux anormaux.

Effets indésirables

L'éponge peut potentiellement endommager la muqueuse vaginale, ce qui pourrait augmenter les risques de transmission du VIH. Il existe également des risques de syndrome de choc toxique.

4-1-6 Les spermicides

Ils sont composés d'un agent spermicide en solution dans un excipient qui en permet la dispersion et la rétention dans le vagin. Le *nonoxynol-9* est le plus courant d'entre eux. Leur utilisation n'est recommandée qu'à titre de traitement d'appoint à utiliser conjointement avec une méthode de barrière dont ils renforcent l'action.

Efficacité

Le taux d'échec au cours de la première année d'utilisation est de 6 % selon une utilisation parfaite. (40)

Mécanisme d'action

Les spermicides sont composés d'un agent spermicide en solution dans un excipient qui en permet la dispersion et la rétention dans le vagin.

Comme l'indique leur nom, ils détruisent spermatozoïde en altérant la couche lipidique de la membrane cellulaire. Ils deviennent alors perméables et gonflent, ce qui entraîne la rupture des membranes plasmique et acrosomique.

Contre-indications

Le spermicide est contre-indiqué en cas de :

- ▲ Allergie à l'agent spermicide ou à son excipient.
- ▲ Etat pathologique pouvant empêcher sa mise en place dans la partie supérieure du vagin et sur le col utérin (telles qu'un septum vaginal ou un double col).

Effets indésirables

On estime que l'irritation génitale pourrait faciliter la transmission du VIH **(13)**. L'utilisation de spermicides a également été associée à un accroissement du risque d'infection des voies urinaires **(24)**.

4-2 La contraception hormonale combinée (3)

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

4-2-1 Les contraceptifs oraux combinés

Ils peuvent être :

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

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

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

- ▲ les estranes (*noréthindrone, diacétate d'éthinodiol*)
- ▲ les gonanes (*lévonorgestrel, désogestrel, norgestimate*) qui semblent être plus puissants **(3)**.

Efficacité

Les COC constituent un mode de contraception réversible très efficace. En utilisation parfaite, ils sont efficaces à 99,9 % **(40)**.

Mécanisme d'action

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

Parmi les autres mécanismes d'action, on trouve :

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

Contre-indications

L'OMS, a établi des contre indications absolues et relatives à l'utilisation des COC. **(40)**

➤ Contre-indications absolues

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

➤ Contre indications relatives

- ▲ Fumeuses de plus de 35 ans (*Moins de 15 bâtons/ jour*) ;
- ▲ HTA adéquatement maîtrisée ;
- ▲ Hypertension (*systolique : 140-159 mmHg, diastolique : 90-99 mmHg*) ;
- ▲ Migraine (*chez les femmes de plus de 35 ans*)

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

Effets indésirables

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

4-2-2 Le timbre contraceptif transdermique

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

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

Efficacité

L'indice de Pearl du timbre contraceptif transdermique (*taux des échecs en fonction du nombre de grossesses pour 100 années-femme*) est de 0,7 (IC de 95 %, 0,31–1,10), dans le cas d'une utilisation parfaite. **(54)**

Mécanisme d'action

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

Contre-indications

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

Effets indésirables

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

4-2-3 L'anneau vaginal contraceptif

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

Efficacité

L'indice de Pearl global de l'anneau, se situe entre 0,65 et 1,18 **(15)**.

Mécanisme d'action

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

Indications

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

Contre-indications

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

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

Effets indésirables

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

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

4-2-4 La contraception injectable combinée

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

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

Dans le cadre d'une étude portant sur 782 américaines suivies pendant un an, aucune grossesse n'a été constatée **(28)**. Son principal mécanisme d'action est l'inhibition de l'ovulation.

Il dispose des mêmes indications et contre-indications que les C.O.C et devrait être envisagé par les femmes qui ont de la difficulté à se rappeler la

prise de pilule chaque jour, qui souhaitent obtenir des saignements mensuels prévisibles ou qui présentent des troubles d'absorption entérique.

4-3 Contraception hormonale à base de progestatif (1)

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

4-3-1 Les progestatifs injectables

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

Efficacité

L'AMPR est une forme grandement efficace de contraception dont le taux d'échec est estimé à moins de 0,3 % par an **(23)**.

Mécanisme d'action

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

Indications

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

Il peut également convenir aux femmes allaitantes ou ayant :

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

Contre indications

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

Effets indésirables

Les effets indésirables associés à l'AMPR sont :

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

4-3-2 Progestatif oral : pilule de progestatif seul

Utilisées selon les indications les pilules de progestatif seul (PPS) sont très sûres et grandement efficaces. En utilisation parfaite, elles présentent un taux d'échec de 0,5 %. **(23)**

Mécanisme d'action

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

Indications

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

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

Contre-indications

- ▲ *Contre indications absolues* : grossesse et diagnostic courant de cancer du sein.
- ▲ *Contre indications relatives* : hépatite virale évolutive et les tumeurs hépatiques.

Effets indésirables

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

4-3-3 Les implants de progestatif

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

Efficacité

Le taux d'échec associé aux implants se situe autour de 0,1 % par année **(40)**.

Mécanisme d'action

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

Les systèmes d'implants fondés sur un nombre réduit de bâtonnets disposent de l'avantage d'une facilité accrue en ce qui a trait à l'insertion et au retrait des bâtonnets en question.

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

Effets indésirables

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

4-4 Les dispositifs intra-utérins (Stérilet) (2)

Il existe deux types de DIU :

- ▲ Le DIU libérant du *Lévonorgestrel* ou « système intra-utérin à libération de lévonorgestrel » (SIU-LNG) ;
- ▲ Deux DIU de cuivre (*NOVA-T* et *Flexi-T 300*).

Efficacité

Le taux d'échec du DIU de cuivre est estimé à 1,26 par 100 femmes-années, celui du DIU à libération de lévonorgestrel est estimé à 0,09 par 100 femmes-années. (7)

Mécanisme d'action

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

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

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

contenant du lévonorgestrel qu'il libère lentement au travers d'une membrane limitant le débit d'hormone.

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

Les DIU restent actifs 10 ans en moyenne,

Indications

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

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

Contre-indications

Contre indications absolues

- ♣ La grossesse
- ♣ Infection pelvienne ou ITS (*au cours des trois derniers mois*)
- ♣ Sepsie puerpérale
- ♣ Immédiatement à la suite d'un avortement septique
- ♣ Cavité utérine gravement déformée
- ♣ Saignements vaginaux inexplicables
- ♣ Cancer du col utérin ou de l'endomètre
- ♣ Maladie trophoblastique maligne
- ♣ Allergie au cuivre (dans le cas des DIU de cuivre)
- ♣ Cancer du sein (dans le cas du SIU-LNG)

Contre-indications relatives

- ▲ Facteurs de risque en ce qui a trait aux ITS ou au virus du VIH-SIDA
- ▲ Immunodépression infectieuse ou médicamenteuse (*corticothérapie*) ;
- ▲ De 48 heures à quatre semaines à la suite d'un accouchement ;
- ▲ Cancer de l'ovaire ;
- ▲ Maladie trophoblastique gestationnelle bénigne.

Effets indésirables

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

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

4-5 La contraception d'urgence (52)

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

- ▲ les méthodes hormonales, aussi appelées contraception orale d'urgence (COU),
- ▲ l'insertion post coïtale d'un stérilet au cuivre.

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

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

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

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

Mécanisme d'action

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

Efficacité

L'OMS rapporte un taux de grossesse de 1,1 % pour le traitement au *lévonorgestrel* seul, comparativement à 3,2 % pour la méthode *Yuzpe*. La *mifépristone* est six fois plus efficace que la méthode *Yuzpe*. A très faible dose (10 mg), elle est aussi efficace que le *lévonorgestrel* seul. **(56)**

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

Indications

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

- ▲ Une relation sexuelle mal ou non protégée,
- ▲ A la suite d'une violence sexuelle.

Contre-indications

La seule allergie aux COU porte sur les composantes du produit. Dans le cas d'un stérilet au cuivre post coïtal, il faut exclure la possibilité d'une grossesse préexistante, surtout si la femme a eu des rapports sexuels en

début de cycle. Il ne doit y avoir ni signe d'infection vaginale ou cervicale ni antécédents récents d'infection pelvienne; de plus, le risque d'infection transmise sexuellement doit être faible.

Effets indésirables

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

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

4-6 Les méthodes de planification familiale naturelle (48)

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

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

4-6-1 Connaissance du cycle de fertilité

Les méthodes qui permettent d'y accéder s'affairent à déterminer la période de fertilité d'une femme et donc, les jours pendant lesquels les partenaires devraient s'abstenir de pratiquer le coït ou se protéger soigneusement à l'aide de méthodes de barrière.

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

Efficacité

Les taux d'échec estimés par l'OMS sont de 1 à 9 %, selon une utilisation parfaite. **(40)**

Mécanisme d'action

▪ *Connaissance du cycle de fertilité et méthode sympto-thermique*

Cette méthode fait appel aux trois signes de fertilité :

- Les modifications de la glaire cervicale

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

- Température basale

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

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

- Position du col utérin

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

cours de la phase lutéale, le col descend dans le vagin et se raffermi, se referme et se rapproche de l'*ostium vaginae*.

• **La méthode « Billings »**

Elle repose uniquement sur les modifications de la glaire cervicale. Pour plus de certitude, il est conseillé de ne se fier qu'à la deuxième période d'infertilité (post-ovulation). **(22)**

▪ **Algorithme de deux jours**

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

▪ **La "Standard day Method"**

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

▪ **La méthode du calendrier**

Les femmes doivent déterminer à l'aide de calculs, le début et la durée de leur période de fertilité en fonction des postulats suivants : l'ovulation se produit de 12 à 16 jours avant le déclenchement des menstruations suivantes; les spermatozoïdes demeurent viables pendant une période allant jusqu'à cinq jours; et l'ovocyte non fertilisé survit pendant 24 heures.

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

▪ **Trousse de prédiction de l'ovulation**

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

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

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

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

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

L'intervalle entre les périodes d'allaitement ne devrait pas dépasser quatre heures le jour, et six heures, la nuit. **(16)**

Indications

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

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

Contre-indications

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

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

Connaissances, attitudes, pratiques des hommes par rapport aux méthodes modernes de contraception dans la commune rurale de kalaban-coro

- ▲ les femmes qui ont de la difficulté à évaluer la nature de la glaire cervicale, en raison d'une infection vaginale ou du recours à des agents vaginaux (p. ex. lubrifiants, spermicides)

4-6-2 Le coït interrompu (Retrait)

De toutes les méthodes, elle semble être la plus vastement utilisée dans le monde, tant dans les pays développés qu'en développement. **(22)**

Efficacité

Les taux d'échec au cours de la première année d'utilisation ont été décrits comme étant de 4 % selon une utilisation parfaite **(40)**.

Mécanisme d'action

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

Indications

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

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

Contre-indications

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

4-6-3 L'abstinence

Le terme « abstinence » peut être défini de trois façons **(2)** :

Connaissances, attitudes, pratiques des hommes par rapport aux méthodes modernes de contraception dans la commune rurale de kalaban-coro

- ▲ *Le fait de s'abstenir de tout comportement sexuel;*
- ▲ *des comportements sexuels entraînant un contact entre les organes génitaux ;*
- ▲ *des comportements sexuels entraînant une pénétration.*

Efficacité

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

Indications

L'abstinence primaire n'est pas inhabituelle chez les jeunes gens. En effet, des personnes de tout âge choisissent sciemment de faire preuve d'abstinence à plusieurs reprises au cours de leur vie. **(1)** Elle est par ailleurs fortement conseillée comme moyen de prévention des IST et du VIH-SIDA.

Contre-indications

Pour éviter les frustrations, les deux partenaires doivent s'entendre sur le choix d'avoir recours à cette méthode.

Effets indésirables

Parmi les risques et les effets indésirables, on trouve les préoccupations quant au fait que l'abstinence puisse être trop restreignant pour certains couples.

4-7 La Contraception Chirurgicale Volontaire (11)

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

4-7-1 La ligature des trompes

Il est possible que des fertilisations surviennent malgré l'intervention. L'OMS indique qu'un taux d'échec de 0,5% lui est associé **(40)**.

Mécanisme d'action

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

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

Indication

Au Mali, la législation stipule que : « *toute personne majeure peut sur son consentement écrit bénéficier d'une méthode de contraception irréversible. Toute fois concernant une personne mariée, l'accord de son conjoint est obligatoire* » mais aussi que « *sur avis médical confirmé par une contre expertise, toute femme mariée dont la vie pourrait être menacée par la survivance d'une grossesse peut, sur son seul consentement écrit, bénéficier d'une méthode de contraception irréversible* » **(42)**

Contre-indications

- ▲ Les problèmes de santé généraux, particulièrement les états pathologiques cardio-pulmonaires qui peuvent être aggravés par l'anesthésie générale ;

- ▲ La grossesse (*à moins que la procédure de stérilisation ne soit effectuée pendant l'avortement ou immédiatement après, au cours de la période post-partum*) ;
- ▲ La présence d'une infection pelvienne ou l'incapacité d'obtenir accès aux trompes de Fallope au moment de la chirurgie ;
- ▲ Une incertitude, de la part de la patiente, quant au caractère souhaitable d'une contraception permanente

Le regret constitue la principale préoccupation en matière de stérilisation. Parmi les caractéristiques de sujets susceptibles de regretter leur décision figurent les suivantes : **(18)**

- ▲ Sujet de moins de trente ans ou sans enfant de sexe masculin ;
- ▲ Célibataire ou récemment mariée ;
- ▲ Ont été poussé à prendre cette décision ;
- ▲ Partenaire opposé à cette décision ;
- ▲ Intervention pratiquée au tout début du post-partum ;
- ▲ Accès limité à d'autres méthodes.

Effets indésirables

- ▲ Douleur aux épaules attribuable à la présence de CO₂ (utilisé au cours de l'opération) dans la cavité péritonéale ;
- ▲ Douleurs ou crampes dans la partie inférieure de l'abdomen ;
- ▲ Ecchymoses et saignements au niveau des incisions ;
- ▲ Nausée et étourdissement post-opératoire ;
- ▲ Risques liés à l'anesthésie ;
- ▲ Infection au niveau de l'incision ;
- ▲ Traumatisme mécanique, y compris la perforation de l'utérus causée par un manipulateur utérin ;
- ▲ Complications urinaires ;
- ▲ Déchirures mésosalpingiennes et « trans-section » de la trompe ;
- ▲ Lésions aux vaisseaux sanguins, aux intestins ou à d'autres organes ;

Connaissances, attitudes, pratiques des hommes par rapport aux méthodes modernes de contraception dans la commune rurale de kalaban-coro

- ▲ Les brûlures intestinales qui compliquent l'électrocoagulation tubaire peuvent entraîner une perforation différée et une péritonite.

Complications à long terme

Parmi les complications à long terme de la ligature des trompes, la grossesse ectopique est celle qui semble être réellement liée à l'intervention même si des modifications des règles et des problèmes psychosexuels sont encore en discussion (11).

4-7-2 La vasectomie

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

Efficacité

Les taux de grossesse constatés à la suite d'une vasectomie varient de 0 à 2,2 %, quelle que soit la méthode d'occlusion utilisée après une moyenne de vingt éjaculations intervenant après l'acte (45).

Mécanisme d'action

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

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

Indications

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

Contre-indications

- ▲ L'incertitude envers le recours à une méthode de contraception permanente ;
- ▲ Les problèmes de santé généraux, tels que l'allergie aux anesthésiques locaux, l'immunosuppression, les maladies infectieuses aiguës ou les troubles de coagulation qui ne peuvent être maîtrisés à l'aide de vasopressine ;
- ▲ L'infection locale ;
- ▲ Les anomalies génitales locales nuisant à la localisation adéquate du canal déférent, telles qu'une hernie, une varicocèle, une hydrocèle ou une tumeur ;
- ▲ Une dysfonction sexuelle.

Risques et effets indésirables

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

4-8 Nouvelles approches en matière de contraception (57)

4-8-1 Les agents antitesticulaires

La *lonidamine* est un composé indazole-acide carboxylique utilisé dans le traitement du cancer. Il a été démontré que de récents dérivés de cette substance présentaient, dans le cadre d'études chez les animaux, une certaine efficacité et une réversibilité à titre d'agents contraceptifs, cela, sans entraîner une toxicité hépatique ou rénale. **(12)**

Ces dérivés n'entraînent aucun effet sur les composants de l'axe hypothalamo-hypophyso-testiculaire; leur effet sur les testicules est attribuable à leur capacité de causer la perte de cellules germinales à partir de l'épithélium séminifère. **(12)**

4-8-2 Stratégies anti-implantation

Au-delà de la génération d'anticorps anti-hCG, des recherches sont en cours sur les stratégies visant à stimuler des processus permettant de contrecarrer

les étapes clés de l'implantation. Parmi ces étapes, on trouve l'angiogenèse et la protection du conceptus contre les réactions immunitaires.

La *fumagilline* est un anti-angiogénique ayant démontré, dans le cadre d'études sur les singes, une certaine capacité à prévenir l'implantation lorsqu'elle était administrée par voie vaginale **(30)**

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

Le peptide *pre-implantation factor* est l'un des signes connus de reconnaissance embryo-maternelle qui apparaît le plus tôt; même les embryons ne comptant que deux cellules semblent en produire **(8)**.

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

4-9 Les méthodes de contraception traditionnelles au Mali : (26)

Ces méthodes reposent sur le vécu socioculturel des peuples. On peut citer :

4-9-1 le Tafo :

Cordelette avec des nœuds imprégnée d'incantations et attachée autour du bassin de la femme. Son pouvoir reposerait sur la psychologie mais également sur le vécu ou valeurs socioculturelles (par exemple perd son efficacité en cas de rapport avec un autre homme que son mari).

4-9-2 La Toile d'araignée :

Se place dans le vagin de façon à obstruer l'orifice externe du col, empêchant donc la montée des spermatozoïdes, donc méthode de barrière.

4-9-3 Le miel et le jus de citron :

On les place dans le vagin avant les rapports; ils entraînent soit une immobilisation des spermatozoïdes (miel), soit une destruction des spermatozoïdes (citron) agissant comme des spermicides.

4-9-3 Les décoctions:

Il peut s'agir : d'écorces d'arbres ou de plantes, des graines à avaler ou de « nasi » solution préparée par les marabouts ou des charlatans.

4-9-4 La séparation du couple après accouchement :

Après un accouchement, il est de coutume de séparer le couple pendant 40 jours. Ceci permettait à la femme de récupérer et à l'enfant de se développer normalement.

Aucune étude scientifique n'a été faite sur l'efficacité de ces méthodes traditionnelles. Il semble qu'elles peuvent être à la base d'infection à répétition et même créer d'autres problèmes chez la femme tel que l'infertilité, des algies pelviennes.

5) Morale et éthique de la reproduction :

5- 1) Dans l'antiquité :

L'infanticide, l'avortement et la contraception étaient pratiqués depuis l'antiquité. Ils continuent encore de nos jours dans les proportions extrêmement variables selon les lieux et les époques. Ceci pour nous montrer la constante volonté de l'espèce humaine d'échapper à la fatalité d'une reproduction naturelle, volonté individuelle ou collective, institutionnelle ou non, mais ne trouvant une opposition ou une annihilation que dans une structure morale d'essence religieuse, philosophique ou politique (27).

5- 2) Aspects religieux et philosophiques :

a- Le christianisme et la contraception :

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

On notera que certaines pratiques et prescriptions communément admises au sein de l'église ancienne (et toujours en vigueur de l'église orthodoxe) ont eu pour effet objectif, une limitation des naissances. (27)

L'abstention de rapports sexuels durant la menstruation, durant la grossesse, mais également lors des jours et des périodes de carême (qui totalisent la moitié des jours d'une année), ainsi que les jours précédant la communion et la pratique de l'allaitement maternel. Le nombre de jours fertiles se trouvait ainsi considérablement réduit (27).

b- L'islam et la contraception :

La définition de la planification familiale adoptée à la conférence islamique internationale de Rabat 1971 (19) est la suivante : « la planification familiale est l'utilisation par les deux conjoints, qui tous deux y consentent sans contrainte, d'une méthode licite et sûre pour retarder ou avancer le moment de la grossesse selon ce qui convient le mieux aux époux en fonction des facteurs sociaux, économiques ou de santé de la famille, les conjoints étant conscients à tous moments de leurs responsabilités vis-à-vis d'eux-mêmes et de leur progéniture».

La planification familiale n'est pas une nouveauté pour l'islam, comme le révèlent les propos échangés à la conférence. Les compagnons du prophète la pratiquaient déjà à l'époque de la révélation coranique, et en discutaient avec lui, qui ne l'interdisait pas (19).

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

Le mariage est une association de deux libertés ; la femme n'est ni un objet sexuel, ni une machine à reproduire, c'est la volonté du couple librement qui décide de la progéniture comme de l'harmonie sexuelle et la contraception reste libre s'il le souhaite.

Aucun texte de l'islam n'interdit la régulation des naissances mais la perpétuation de l'espèce humaine reste l'objet essentiel de l'accouplement (51).

IV-METHODOLOGIE :

1/-CADRE D'ETUDE :

Notre étude a été réalisée dans la commune rurale de Kalaban-coro, qui fait parti du cercle de Kati donc elle est incluse dans la deuxième région du Mali c'est-à-dire la région de Koulicoro.

PRESENTATION DE LA COMMUNE RURALE DE KALABAN

La commune rurale de Kalaban-coro à l'instar des autres communes en République du Mali, a été créée par la loi n° 96-059 ANRM du 04 Novembre 1996, portant création des communes au Mali.

La commune de Kalaban-coro a une superficie de : 340 Km², elle est composée de 12 villages que sont : Kalaban-coro village (chef lieu de commune) ; Siracoro-Méguétana ; Kabala ; N'golobougou ; Kouralé ; Gouana ; Missala ; Missalabougou ; Sabalibougou ; Niamana ; Tabacoro et Diatoula. (41)

➤ Situation Géographique de la Commune :

La commune de Kalaban-coro est située au SUD-EST du district de Bamako, sur la rive droite du fleuve Niger. Elle fait partie des 37 communes du cercle de Kati, elle est donc incluse dans la deuxième région économique de notre pays. Elle a une superficie de 219,7Km². (51)

➤ Situation Socio-Démographique de la Commune :

La commune de Kalaban-coro avait une population estimée à 76011 habitants au 31 décembre 2006 avec un taux d'accroissement particulièrement élevé à 9,1%.(51)

Ce taux d'accroissement s'explique par la forte migration de la population du district de Bamako vers les communes voisines.

Kalaban-coro village (chef lieu de commune) représente à lui seul 66,7% de la population totale de la commune soit une population estimée à 50699

habitants au 31 décembre 2006, avec une population d'homme en âge de procréer estimée à 12828 hommes.

La population de Kalaban-coro est constituée en majorité de Bambaras à côté desquels cohabitent les Bozos, les Peulhs, les Dogons, les Bobos et les Sarakolés. La langue de communication est le Bambara. (41)

➤ **Activités socio-économiques de la commune :**

L'agriculture constitue l'activité principale des habitants de la commune, et les produits de cette agriculture sont destinés généralement à la consommation locale. Il faut noter que cette activité souffre du sous-équipement des producteurs et de l'insuffisance de terre cultivable.

Entre autres activités économiques pratiquées dans la commune on peut citer : La pêche ceci compte tenu de la présence du fleuve ; Le commerce portant surtout sur les matériaux de construction, à savoir : sable, gravier, fer, ciment, ceci à cause de la forte urbanisation de la commune. (51)

➤ **Les Infrastructures et Equipements de la commune :**

a/-Infrastructures Scolaires :

Les infrastructures scolaires de la commune sont publiques, privés, ou communautaires, on note la présence de :

-15 écoles publiques, dont 14 écoles fondamentales et un lycée.

-7 écoles communautaires qui sont toutes des écoles fondamentales.

-47 écoles privées, dont 45 écoles fondamentales et maternelles, et 2 lycées.

-9 Medersas. (41)

b/-Infrastructures Sanitaires :

La commune possède :

3 C.S.Com : qui sont dirigés chacun par médecin, avec la collaboration de sages-femmes de matrones, d'infirmiers et d'aides soignants. Le C.S.Com a pour activités principales : les consultations curatives, les consultations prénatales, les accouchements, les soins infirmiers, et les vaccinations.

Connaissances, attitudes, pratiques des hommes par rapport aux méthodes modernes de
contraception dans la commune rurale de kalaban-coro

-6 Structures privées dont : 2 cabinets médicaux qui sont dirigés par des
médecins, et 4 cabinets de soins dirigés par des infirmiers.

-4 Pharmacies privées, et 2 dépôts de médicaments. (41)

c/-Infrastructures Administratives :

La commune de Kalaban-coro possède quelques infrastructures
administratives à savoir :

-L'Ex. Chef lieu de l'arrondissement : dirigé par un sous- préfet.

-La Mairie : dirigé par le Maire de la commune.

-Le C.A.P

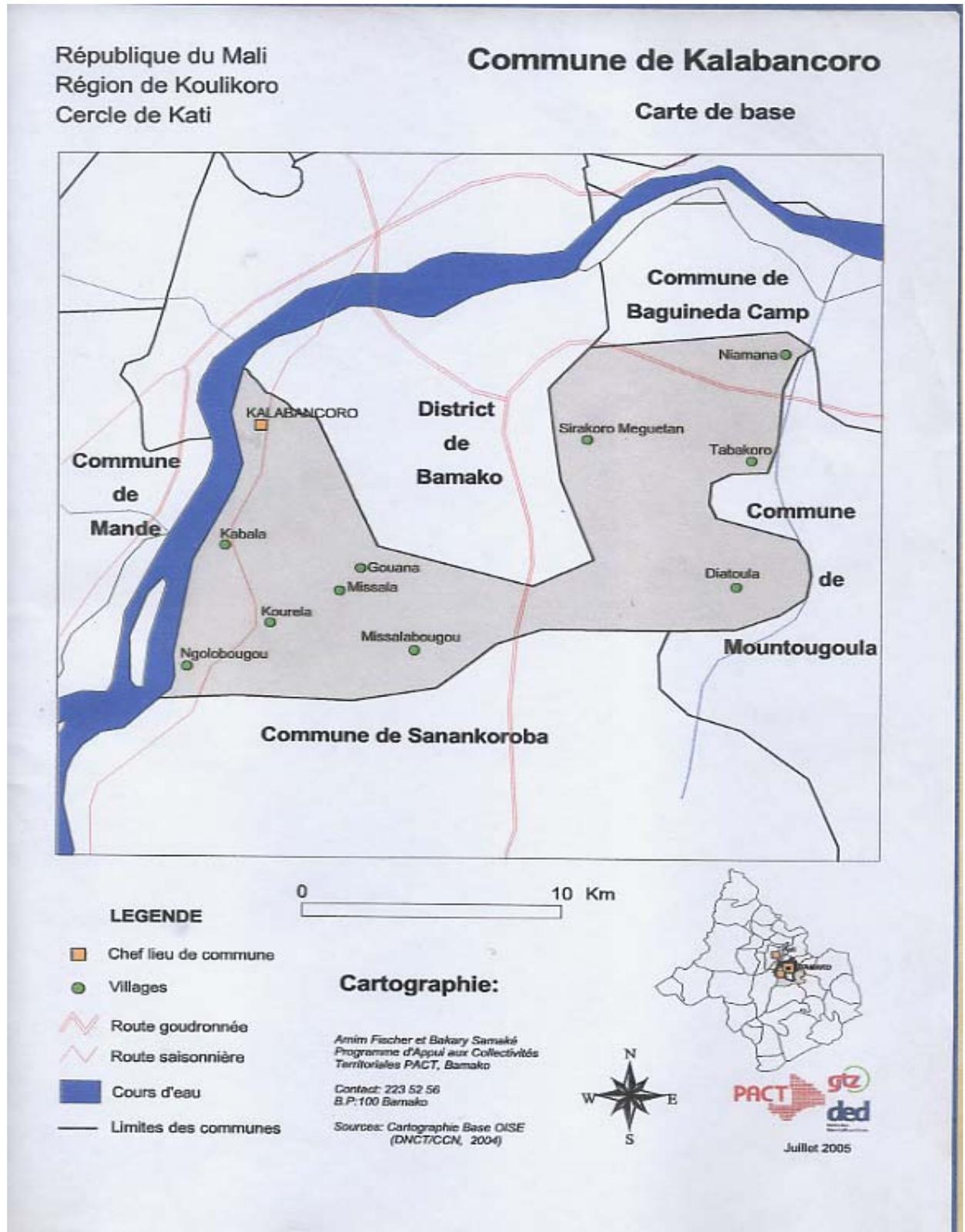
-Le centre secondaire d'état civil

-Le Garage OHVN

Il faut noter que la commune est soutenue par 3 O.N.G, à savoir :

- O.N.G : Alphalog qui évolue dans l'assainissement (eau, hygiène,
assainissement)
- AMADECOS : Intervient dans le domaine de la lutte contre le
VIH/SIDA
- Centre Kanouya : Est une ONG d'écoute et de réinsertion des enfants
en situation difficile. (51)

d/-Cartographie de la Commune Rurale de Kalaban-coro :



2/-TYPE D'ETUDE :

Notre étude est une étude transversale descriptive.

3/-PERIODE D'ETUDE :

Notre enquête a été réalisée du 1er juin 2007 au 31 Août 2007 dans commune rurale de Kalaban-coro.

4/-POPULATION D'ETUDE :

Notre étude a porté sur les hommes en âge de procréer, c'est-à-dire ayant un âge compris entre : 14ans et 99ans, mariés ou non, habitant la commune rurale de Kalaban-coro.

5/-ECHANTILLONAGE :

La taille de notre échantillon a été calculée sur le logiciel Epi6-fr selon la formule suivante :

$$ne = n \times DE = \frac{N z^2 p (1-p)}{d^2 (N-1) + z^2 p (1-p)}$$

N= Taille de la population

z= Niveau de confiance

d=précision voulue

p=Prévalence attendue dans la population

DE= Effet de grappe= 1

ne=n=Taille de l'échantillon.

Dans notre étude ces variables sont :

N= 12828 hommes en age de procréer

z= 99,99%

d= 5,2

p= 6,4

DE= 1

Donc, n : la taille de notre échantillon est : 334.

6-Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans notre étude :

- les hommes ayant l'âge de procréer, c'est-à-dire des hommes ayant un âge compris entre : 14ans et 99ans et qui résident dans la commune rurale de Kalaban-coro.
- Hommes ayant donné leur accord pour participer à l'enquête.

7-Critères de non inclusion :

N'ont pas été inclus dans notre étude :

- Les Hommes ayant refusé de participer à l'enquête.
- Les hommes n'ayant pas l'âge de la procréation, c'est-à-dire ayant un âge compris entre 0 et 13ans.

8-SUPPORT DES DONNEES :

Les supports utilisés ont été les fiches d'enquête individuelle.

9-TECHNIQUE DE COLLECTE DES DONNEES :

La collecte des données a été effectuée souvent au cours des discussions seins des groupes d'hommes, d'âges approximativement égaux. Ceci pour éviter l'influence de la différence d'âge.

Parfois la collecte des données a été réalisée par interview individuelle.

10-PLAN DE COLLECTE DES DONNEES :

La saisie des données a été effectuée sur le logiciel EPI 6 INFO, version 6.0.

L'analyse des donnés a été effectuée sur le logiciel SPSS, version 12,0

Le questionnaire, la rédaction médicale ont été effectués sur le logiciel Word 2003 de Microsoft.

Les Graphiques (diagramme et histogramme) ont été réalisés sur le logiciel Excel 2003 de Microsoft.

11-PLAN D'ANALYSE:

Nous avons utilisé le test de Khi² de Pearson.

12-CONSIDERATIONS ETHIQUES :

Avant la collecte des données nous avons chaque fois pris le soin d'expliquer clairement aux hommes, les motivations et les objectifs de notre étude. Leur consentement a d'abord été obtenu avant que leur inclusion dans notre étude ne soit effective.

V-RESULTATS:

A.CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

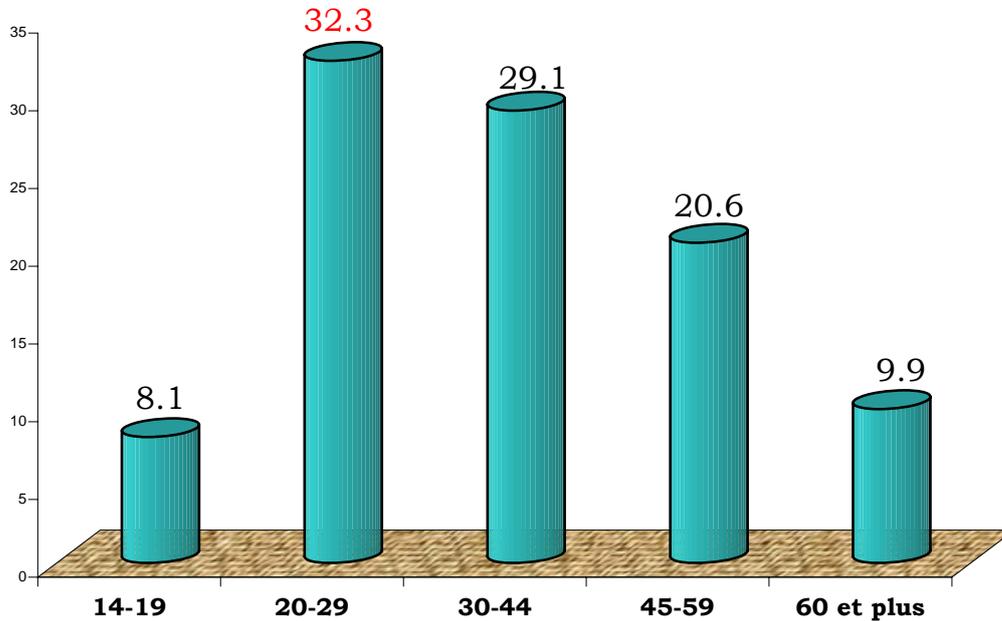


Figure 1 : Répartition des hommes enquêtés par tranche d'âge

L'âge moyen était de 31 ± 6 ans, l'âge médian était estimé à 52,5 ans.

La tranche d'âge 20 à 29 ans était la plus représentée (32,3%), suivie par la tranche d'âge 30 à 44 ans (29,1%).

L'âge minimum des patients était 14ans et l'âge maximum était 91 ans.

Les hommes de 30 ans et plus étaient les plus représentés dans notre échantillon (59,6%).

Tableau I: Répartition de la population selon la religion pratiquée

Religion	Effectif	Pourcentage
Musulman	315	94,3
Protestant	3	0,9
Catholique	7	2,1
Animiste	4	1,2
Sans religion	3	0,8
Sans réponse	2	0,7
Total	334	100

La pratique de la religion musulmane prédominait sur les autres pratiques religieuses au cours de notre étude.

Tableau II: Répartition de l'échantillon selon l'occupation principale

Occupation principale	Effectif	Pourcentage
Pêcheur/Agriculteur Eleveur	195	58,3
Salarier	35	10,6
Artisan Commerçant	40	11,9
Elève-Etudiant	32	9,6
Sans-emploi	14	4,1
Autres	18	5,5
Total	334	100

Les occupations : Pêcheur, Agriculteur et Eleveur étaient les plus représentées dans notre échantillon avec un pourcentage de 58,3% devant les Artisans et Commerçants (11,9%).

Tableau III: Répartition des populations selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Marié monogame	142	42,6
Marié polygame	75	22,3
Fiancé Célibataire	108	32,4
Divorcé Séparé Veuf	9	2,7
Total	334	100

Les hommes mariés monogames étaient plus nombreux que les autres modalités de statut matrimonial avec 42,6%.

Tableau IV: Répartition de l'échantillon selon le nombre d'enfant possédé.

Nombre d'enfant	Effectif	Pourcentage
Sans enfant	105	31,4
1 à 2 enfants	73	21,7
3 à 4 enfants	59	17,8
5 à 6 enfants	31	9,3
Plus de 6 enfants	66	19,8
Total	334	100

Dans notre étude nous avons constaté qu'un homme sur deux avait un enfant et plus soit 68,6%.

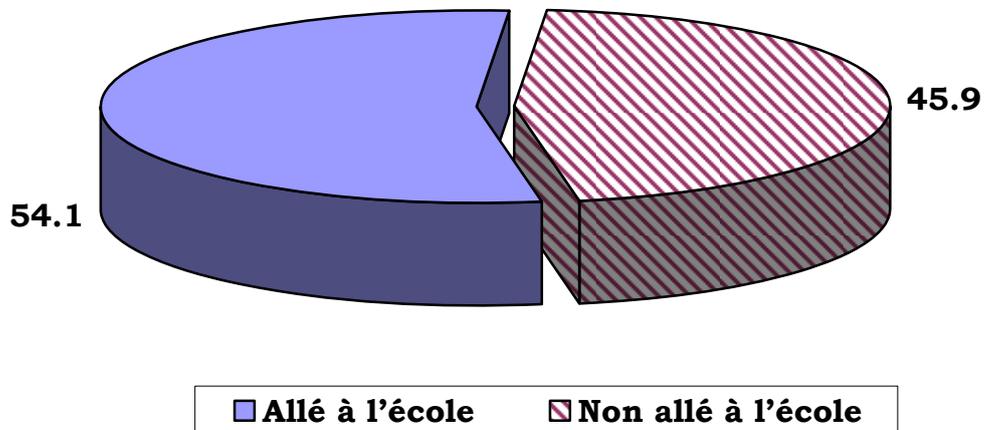


Figure 2: Répartition des hommes enquêtés selon la fréquentation d'une école.

Dans notre échantillon les hommes qui ont fréquenté une école étaient les plus représentés avec 54,1%.

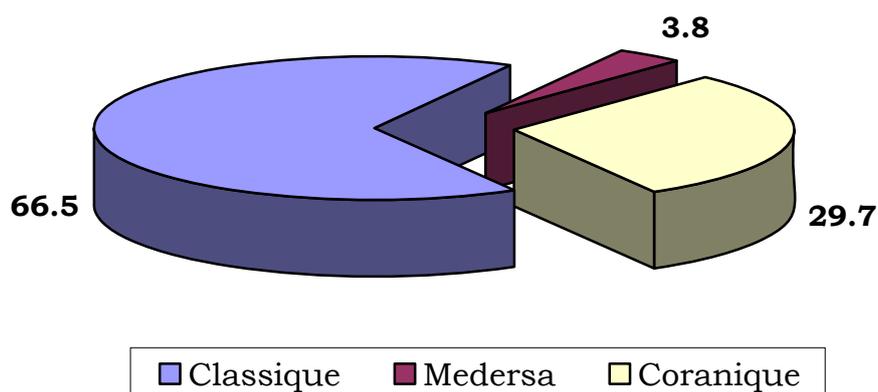


Figure 3 : Répartition de l'échantillon selon le type d'école fréquentée.

Connaissances, attitudes, pratiques des hommes par rapport aux méthodes modernes de contraception dans la commune rurale de kalaban-coro

Dans notre échantillon parmi les hommes qui ont fréquenté une école, ceux qui ont fréquenté l'école classique (école occidentale Française) étaient les plus représentés avec 66,43%.

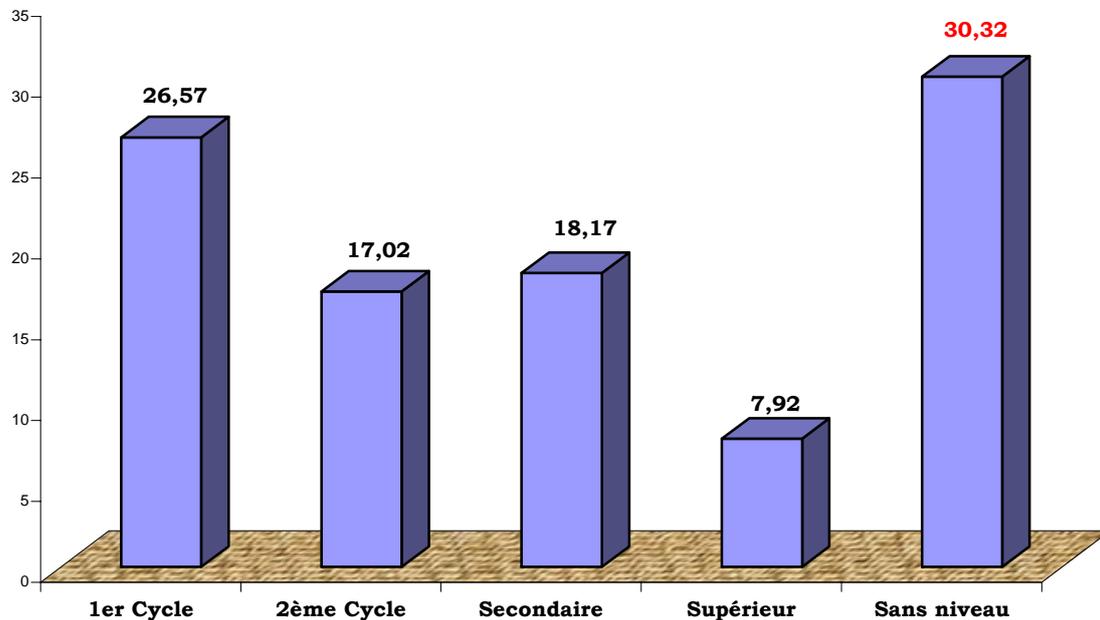


Figure 4: Répartition de l'échantillon selon le niveau d'instruction.

Parmi les hommes qui ont fréquenté une école ceux qui sont sans niveau représentaient : 30,32% suivis par ceux qui avaient le niveau premier cycle soit : 26,57%.

B.NIVEAU DE CONNAISSANCE EN MATIERE DE PF :

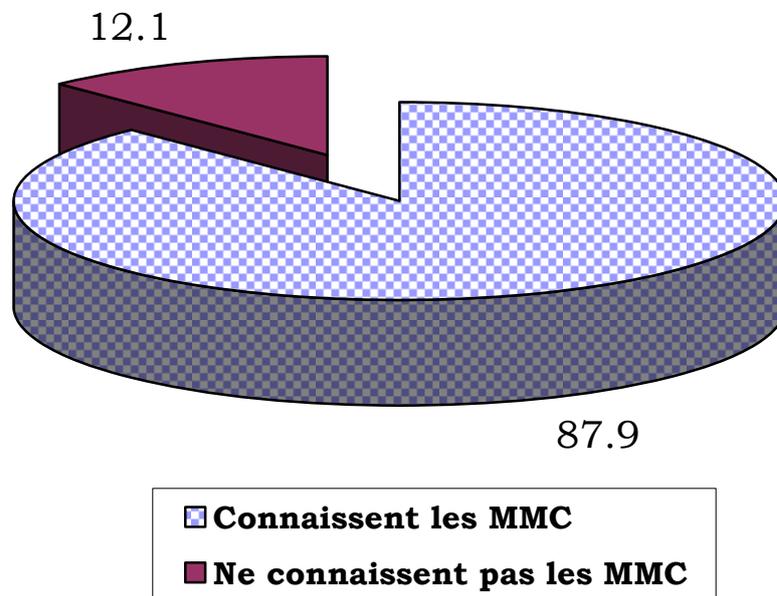


Figure 5 : Répartition de l'échantillon selon le niveau de connaissance des méthodes modernes de contraception (MMC).

Près de la majorité de la population enquêtée 294/334 (soit 87,9%) affirmaient connaître au moins une méthode moderne de contraception (MMC).

B-1 Connaissance du but de la contraception :

Tableau V : Les buts de la contraception cités par les hommes ayant entendu parler.

Buts	Effectif (N1=294)	Pourcentage
Espacement des naissances	235	80,1
Limitation des naissances	23	7,9
Lutte contre les IST	108	36,8
Lutte contre la stérilité	2	0,8
Arrêt de la procréation	12	4,1
Autres	32	10,9

L'espacement des naissances et la lutte contre les IST ont été les buts les plus cités avec respectivement: 80,1% et 36,8%.

NB : Total des « autres » = réparti comme suit :

- n1= Autre1 : Amélioration de l'état de santé = 18/294 soit 6,1%.
- n2= Autre2 : Éviter les grossesses indésirées = 13 /294 soit 4,4%.
- n3= Autres3: Bonne gestion Familiale = 1 /294 soit 0,3%.

-Parmi ces hommes 20 sur 294 (soit 6,8%), ne connaissaient aucun but.

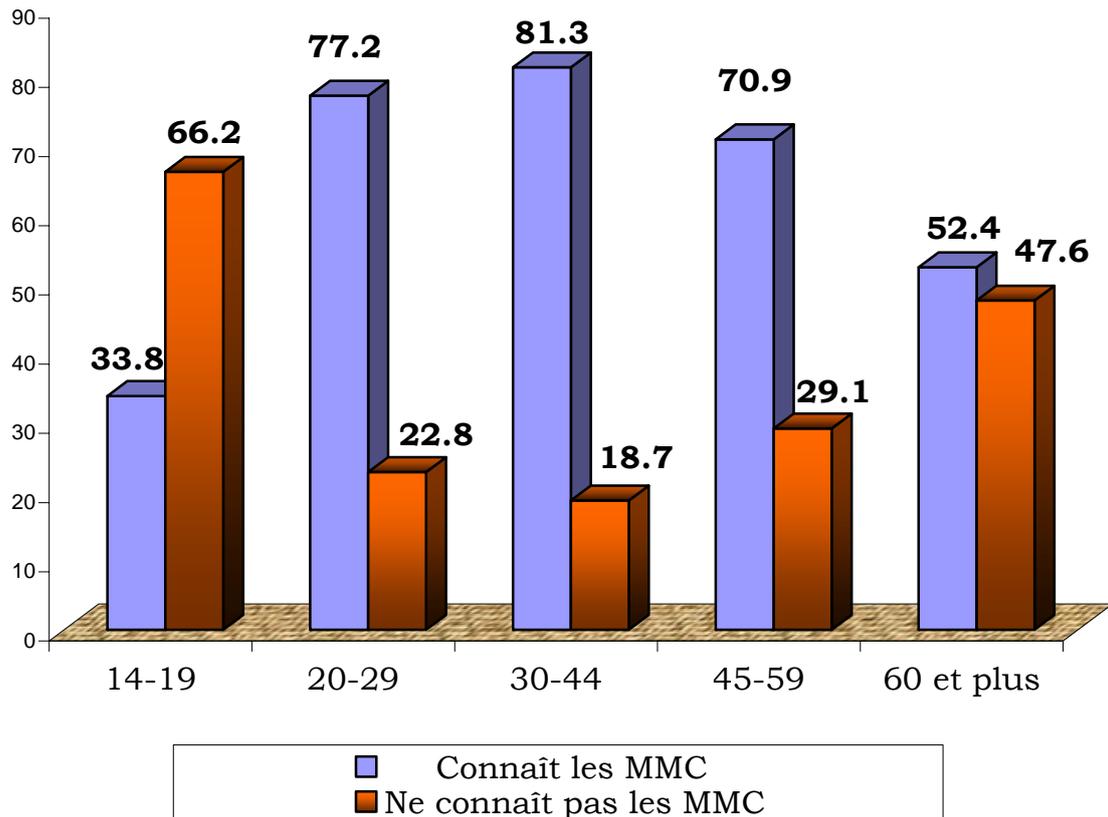
Tableau VI : Les MMC (méthodes modernes de contraception) citées par les hommes enquêtés :

Méthodes	Effectif (N1=294)	Pourcentage%
Pilule	213	72,4
Condom	201	68,2
Injectables	106	36,2
D.I.U	15	5,1
Spermicide	8	2,8
Implant	6	1,9
Stérilisation Féminine	4	1,2
Diaphragme	1	0,2
Stérilisation Masculine	0	0,0
NSP(ne sait pas)	25	8,6

De notre étude il se dégageait que les méthodes les plus citées par les hommes ayant entendu parlé de MMC étaient :

- . Pilule : avec 72,4%,
- . Condom : avec 68,2%,
- . Injectable : avec 36,2%.

B-2 Connaissance en matière de PF des hommes selon l'âge, le niveau d'instruction, le milieu et la religion



khi2=0,27 p=0,60

Figure 6: Connaissance des MMC des hommes enquêtés selon leur âge.

Dans notre étude un taux élevé des hommes connaissant les MMC étaient noté dans la tranche d'âge : 30-44ans soit 81,3% des hommes de notre échantillon.

Tableau VII : Connaissance en matière de PF des enquêtés selon la fréquentation d'une école.

Connaissance des MMC	Fréquentation d'une école			
	Fréquente		Ne fréquente pas	
	Effectif	%	Effectif	%
Connaît	141	77,9	92	60,1
Ne connaît pas	40	32,1	61	39,9
Total	181	100	153	100

$Khi^2=12,41$ $P=0,0004$

On note ici qu'un fort taux de connaissance des MMC a été enregistré parmi ceux qui ont fréquenté l'école (141 sur 181 soit 77,9%) contre (92 sur 153 Soit 60,1%) pour ceux qui n'ont fréquenté aucune école. Il ressort donc un lien évident entre la connaissance des MMC et le fait d'avoir fréquenté une école. La différence est statistiquement très significative avec le seuil de probabilité $P=0,0004$.

Tableau VIII: Niveau de Connaissance des les hommes concernant les méthodes modernes de contraception (MMC) selon le type d'école fréquentée.

Connaissance des MMC	Type d'école fréquentée					
	Classique		Medersa		Coranique	
	n	%	n	%	n	%
Connaît	94	78.3	5	71.4	40	74.1
Ne connaît pas	26	21.7	2	28.6	14	25.9
Total	120	100	7	100	54	100

$Khi^2=0,38$ $P=0,53$

La distribution de la connaissance des M.M.C est similaire quelque soit le type d'école fréquentée, $P=0,53$.

Tableau IX: Connaissance des méthodes modernes de contraception (MMC) par les hommes enquêtés selon leur niveau d'instruction.

Connaissance des MMC	Niveau d'instruction				
	Sans niveau (n=204)	1 ^{er} Cycle (n=58)	2 ^{ème} Cycle (n=25)	Secondaire (n=37)	Supérieur (n=10)
Connaît	63,2	74,1	80,0	83,7	80,0
Ne connaît pas	36,8	25,9	20,0	12,3	20,0
Total	100	100	100	100	100

*Khi*²=14,7 *P*=0,28

Dans notre étude le niveau d'instruction n'influaient pas sur la connaissance des MMC. Avec un seuil de probabilité *P*=0,28.

Tableau X : Connaissance des méthodes modernes de contraception (MMC) par les hommes enquêtés selon leur religion :

Connaissance des MMC	Fréquentation d'une école			
	Musulmane		Autres*	
	Effectif	%	Effectif	%
Connaît	223	70,8	13	68,4
Ne connaît pas	89	29,2	6	31,6
Total	315	100	19	100

*Khi*²=0,08 *P*=0,77

Autres*: Catholiques, protestants, animistes, sans-religion.

Dans notre étude la pratique religieuse n'influaient pas sur le niveau de connaissance des MMC. Avec un seuil de probabilité *P*=0,77.

Tableau XI : Connaissance des méthodes modernes de contraception (MMC) par les hommes enquêtés selon leur statut matrimonial.

Connaissance des MMC	Statut matrimonial		
	Marié (n=217)	Fiancé - célibataire (n=106)	Divorcé/Veuf/Séparé s/Non déclaré (n=11)
Connaît	71,4	68,8	54,5
Ne connaît pas	28,6	31,2	44,5
Total	100	100	100

$Khi^2=0,10$ $P=0,75$

Les mariés, les fiancés, célibataires, les divorcés ou les veufs avaient une connaissance égale des MMC. $P=0,75$.

B-3-MOYENS D'INFORMATION SUR LES METHODES MODERNES DE CONTRACEPTION :

a/-La Radio :

Tableau XII : Hommes ayant écouté la Radio au moins une fois les six derniers mois précédent L'enquête.

<i>Ayant écouté ou non la Radio au moins une fois les six derniers mois</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
OUI	329	98,6%
NON	5	1,4%
TOTAL :	334	100%

La majorité des hommes interrogés ont affirmé avoir écouté la radio au moins une fois les six derniers mois soit : 98,6% de l'échantillon.

Tableau XIII : Les hommes ayant entendu parlé de MMC à la Radio les six derniers mois précédent notre enquête.

Ayant entendu parlé de MMC à la Radio les six derniers mois	Effectif	Pourcentage
Oui	175	53,2
Non	154	46,8
TOTAL	329	100

Parmi les hommes qui ont écouté la Radio au moins une fois les six derniers mois, ceux qui ont entendu parlé de MMC représentaient : 53,2%.

b/-La Télévision :

Tableau XIV: Hommes ayant regardé la Télévision les six derniers mois, précédent notre enquête.

Ayant regardé la Télévision au moins une fois les six derniers mois	Effectif	Pourcentage
OUI	211	63,2%
NON	123	36,8%
TOTAL	334	100%

Plus de la moitié (63,2%) des hommes de notre échantillon ont déclaré avoir regardé la Télévision au moins une fois les six derniers mois.

Tableau XV : Les hommes ayant entendu parler de MMC à la télévision les six dernier mois précédent notre enquête.

Ayant entendu parler de MMC à la Télévision au moins une fois les six derniers mois	Effectif	Pourcentage
OUI	86	40,6%
NON	125	59,4%
TOTAL	211	100%

Parmi les hommes qui ont regardé la télévision au moins une fois les six derniers mois précédent, selon notre étude, 40,6% déclaraient avoir entendu parler de MMC.

C- ATTITUDE DES HOMMES VIS-A-VIS DES MMC :

Tableau XVI : Attitude des hommes à travers leur implication en matière de Planification familiale (P.F) selon leur âge.

Implication des hommes en matière de PF	Classe d'âge (en années)				
	14-19 (n=27)	20-29 (n=108)	30-44 (n=97)	45-59 (n=69)	60 et plus (n=33)
Impliquées	27,2	46,1	39,9	29,6	8,8
Non impliquées	72,8	53,9	60,1	70,4	91,2
Total	100	100	100	100	100

$Khi^2=0,09$ $P=0,76$

Dans notre étude il ressort que quelque soit la catégorie d'âge, l'implication des hommes en matière de P.F est identique avec $P=0,76$.

Tableau XVII: Attitude des hommes à travers leur Implication en matière de P.F selon leur niveau d'instruction

Implication des hommes en matière de PF	Niveau d'instruction			
	Sans niveau (n=204)	Primaire (n=83)	Secondaire (n=37)	Supérieur (n=10)
Impliqué	22,1	48,4	65,3	76,4
Non impliqué	77,9	51,6	34,7	23,6
Total	100	100	100	100

$Khi^2=0,38$ $P=0,59$

De notre étude il ressort que l'implication des hommes en matière PF croît avec le niveau d'instruction $P=0,59$.

Tableau XVIII : Attitude des hommes à travers leur Implication en matière de P.F selon le type d'école fréquentée.

Implication des hommes en matière de PF	Type d'école fréquentée			
	<i>Classique</i>	<i>Medersa</i>	<i>Coranique</i>	<i>Aucune</i>
	(n=120) %	(n=7) %	(n=54) %	(n=153) %
Impliqué	56,9	38,6	23,9	22,2
Non impliqué	43,1	61,4	76,1	77,8
Total	100	100	100	100

$Khi^2=0,08$

$P=0,78$

La proportion d'hommes impliqués ayant fréquenté une école classique est plus élevée (56,9%) que celle de la medersa (38,6%).

L'école coranique présente une proportion plus faible (25,3%) que celles des autres types d'école. Toutefois ceux n'ayant fréquenté aucune école sont les moins impliqués. Cependant les statistiques trouvent un seuil de probabilité $P=0,78$.

Tableau XIX : Répartition de l'implication des hommes en matière de PF selon leur statut matrimonial.

Implication des hommes en matière de PF	Statut matrimonial			
	Marié (n=217)	Fiancé (n=19)	Célibataire (n=87)	Divorcé/Veuf/Séparés/non déclarés (n=11)
Impliqué	32,7	43,7	45,4	36,3
Non Impliqué	67,3	56,3	54,6	63,7
Total	100	100	100	100

$Khi^2=0,05$ $P=0,82$

Dans notre étude, selon que les hommes soient mariés, fiancés, célibataire ou divorcés, ils s'impliquaient de façon similaire dans la pratique de la P.F, avec un seuil de probabilité $P=0,82$.

Tableau XX : Répartition de l'implication des hommes en matière de PF selon leur Religion

Implication des hommes en matière de PF	Religion			
	Musulmane		Autres*	
	Effectif	%	Effectif	%
Impliqués	107	33,9	10	55,2
Non impliqués	208	66,1	9	44,8
Total	315	100	19	100

$Khi^2=2,74$ $P=0,09$

Notre étude a montré qu'il avait pas de prédilection religieuse en matière d'implication des dans la P.F. $P=0,09$.

Tableau XXI : Opinion des hommes sur la prise de décision en matière de PF.

Prise de décisions	Effectifs	Pourcentage
Homme	211	63,1
Femme	28	8,3
Les deux	87	26,2
NSP/sans réponse	8	2,4
Total	334	100

La majorité des hommes ont affirmé que la décision de pratiquer la PF au sein du couple revenait à eux, soit 63,1%

Tableau XXII : Avis des hommes sur leur participation en matière de PF

Avis	Effectif	Pourcentage
Favorable	308	92,3
Non favorable	15	4,5
NSP/sans réponses	11	3,2
Total	334	100

-La plupart des hommes interrogés (92,3%) pensaient qu'il était souhaitable que l'homme participe à la décision de pratiquer la PF.

Tableau XXIII : Avis des hommes sur la promotion de la PF

Avis	Effectif	Pourcentage
Favorable	303	90,8
Non favorable	18	5,4
Indifférent	11	3,2
NSP/sans réponse	2	0,6
Total	334	100

En ce qui concerne l'opinion des hommes sur la promotion de l'implication des hommes dans la planification familiale :

-90,8% des hommes étaient favorables, parmi eux 35,4% pensaient que le bien être de la famille et le développement du pays en était les raisons.

-26,3% étaient favorables parce que selon eux "l'homme serait le responsable de la femme".

-Les principales raisons évoquées par ceux qui étaient d'avis contraire (soit :5,4%) étaient : raisons religieuses :26,8% ;La P.F est l'affaire des femmes. des enquêtés seulement)

D- NIVEAU D'UTILISATION DES MMC :

D-1-Niveau d'utilisation des MMC par les hommes, les raisons d'utilisation et de non utilisation des MMC et les différentes MMC utilisées par les hommes.

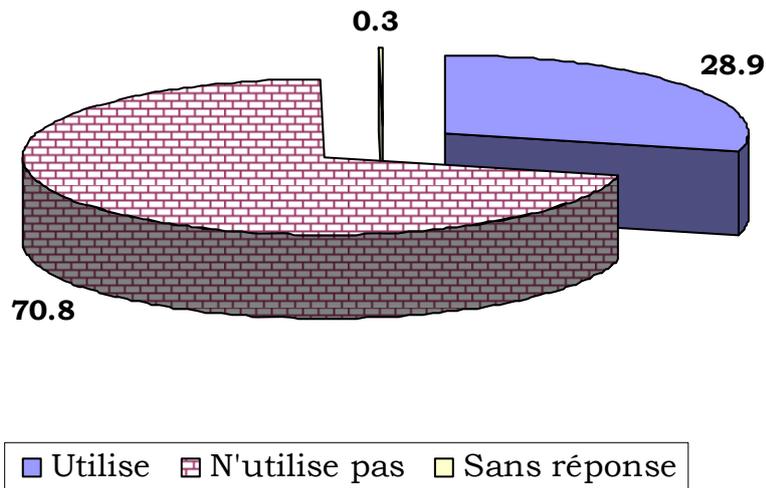


Figure 7 : Utilisation de la contraception par les hommes avec une partenaire.

Seulement 97 hommes sur 334 soit 28,9% affirmaient avoir utilisé une méthode de contraception avec une partenaire contre 236 soit 70,8% qui affirmaient n'avoir jamais utilisé une méthode de contraception avec une partenaire.

Tableau XXIV: Raisons d'utilisations des MMC

Raisons	Effectifs (N=97)	Pourcentage
Santé de la mère	27	8,2
Santé de l'enfant	15	4,6
Raisons économiques	9	2,8
Protection contre IST	73	21,9
A assez d'enfants	3	0,8
Autre (éviter grossesses+ Espacement Naissances)	24	7,2

Les principales raisons évoquées pour l'utilisation des MMC par les enquêtés avec une partenaire étaient surtout par ordre d'importance :

- .La protection contre les IST 21,9%
- .La santé de la mère : 8,2%
- .La santé de l'enfant 4,6%
- . Autres raisons (éviter les grossesses; espacement des naissances) : 7,2%
- .Les raisons économiques seulement dans 2,8% des cas.

-MMC utilisées avec partenaire :

Les méthodes de PF utilisées avec Partenaire :

Au sein de la population masculine enquêtée, les taux d'utilisation des méthodes étaient par ordre de décroissance comme suit:

- Condom (capote) 97 cas sur 334 soit 28,9%
- L'abstinence périodique 18cas sur 334 soit 5,3%,
- Le retrait négligeable seulement dans 1 cas sur 334 soit 0,2%
- La stérilisation masculine (0%) n'a pas été évoquée parmi les méthodes utilisées par les enquêtés.

Tableau XXV : Sources d'approvisionnement en MMC

Source d'approvisionnement	Effectif	Pourcentage
Boutique	49	14,6
Pharmacie	29	8,8
C.S.Com	13	3,8
C.S.Ref	8	2,4
Clinique privée	8	1,9
AMPPF	6	1,1
Pharmacie par terre	2	0,6
Autres sources	1	0,3

Un homme sur deux qui affirmait avoir utilisé une méthode contraceptive, s'approvisionnait dans les boutiques 49/97 (soit 50,5%), contre seulement 13/97 (soit 13,4%) dans les C.S.Com; au niveau des pharmacies dans (29/97 soit 29,89%). La majeure partie des utilisateurs : (U1= 97), n'a pas eu de problèmes d'approvisionnement : 5 cas de problèmes seulement sur 97 soit 5,15% contre 78 sur 97 soit 80,41 % sans problèmes et 14 abstentions/Sans réponse soit 14,43%.

Tableau XXVI : Raisons de non utilisation des MMC par les hommes.

Raisons	Effectif (N=236)	Pourcentage%
Raisons religieuses	24	10,3
Désir d'enfant	23	9,7
Non actif sexuellement	15	6,2
Non informé/Ne sait pas où trouver les Produits.	59	25,1
Effets secondaires	2	0,7
Ne croit pas à l'efficacité	3	1,4
femme non féconde/Non concernée/Pas Nécessaire	67	28,2
Femmes déjà sous méthode traditionnelle	3	1,4
Femmes déjà sous méthode moderne.	8	3,2
N'aime pas la PF	8	3,6
Rend infidèle/maladie/finance	4	1,8
NSP/ Sans aucune raison	20	8,4

Parmi les raisons évoquées pour la non utilisation d'une méthode contraceptive, les plus évoquée sont:

- Pas Nécessaire/Femme non concerné ou non féconde (28,2%)
- Non informé /Ne sait pas où trouver (25,1%)
- Raisons religieuses (10,3%)
- Désir d'avoir des enfants (9,7%)

Nous constatons dans tous les cas que la "non information" des hommes occupe une place prépondérante.

Tableau XXVII : Utilisation d'une MMC par l'homme selon la fréquentation d'une école.

Utilisation des MMC	Fréquentation d'une école			
	Fréquente		Ne fréquente pas	
	Effectif	%	Effectif	%
Utilise	82	45,2	19	12,7
N'utilise pas	99	54,8	134	87,3
Total	181	100	153	100

$Khi^2=42,51$ $P<0,0001$

En ce qui concerne l'utilisation des MMC par les hommes selon la fréquentation d'école : Une proportion élevée d'utilisation des MMC : 82/181 soit 45,2% a été enregistrée parmi ceux qui ont été à l'école, contre 19 seulement/153 soit 12,7% qui n'ont pas été à l'école utilisant les MMC, Il ressort donc un lien évident entre l'utilisation des MMC par l'homme et le fait d'avoir fréquenté une école. Le test statistique est ici très significatif, avec un seuil de probabilité $P=0,0001$.

Tableau XXVIII : Utilisation d'une MMC par les hommes selon leur niveau d'instruction.

Utilisation des MMC	Niveau d'instruction				
	Sans niveau (n=204)	1 ^{er} Cycle (n=58)	2 ^{ème} Cycle (n=25)	Secondaire (n=37)	Supérieur (n=10)
Utilise	15,6	38,5	46,1	70,1	79,9
N'utilise pas	84,4	61,5	53,9	29,9	20,1
Total	100	100	100	100	100

$Khi^2=13,66$ $P=0,0002$

Notre étude a montré que la non utilisation des MMC décroît au fur et à mesure que le niveau d'instruction s'élève. Avec $P=0,0002$.

Tableau XXIX : Utilisation d'une MMC par les hommes selon le statut matrimonial

Utilisation des MMC	Statut matrimonial			
	Marié (n=217)	Fiancé (n=19)	Célibataire (n=87)	Divorcé/Veuf/ Séparés/non déclarés (n=11)
Utilise	19,35	49,8	54,1	36,2
N'utilise pas	80,65	50,2	45,9	63,8
Total	100	100	100	100

*Khi*²=0,32 *P*=0,57

Les célibataires, les fiancés, et les divorcés /séparés/veufs/Non déclaré utilisaient la contraception autant que les autres catégories avec respectivement 54,1%; 49,8%; et 36,2%. En ce qui concerne les mariés, Le taux d'utilisation est en général moins élevé : il est de 22,8% chez les monogames et de 13,9% chez les polygames. Le niveau d'utilisation est donc lié au statut matrimonial. *P*=0,57.

Tableau XXX: Utilisation d'une MMC par les hommes selon la religion :

Utilisation des MMC	Religion			
	Musulmane		Autres*	
	Effectif	%	Effectif	%
Utilise	100	31,7	8	41,9
N'utilise pas	215	68,3	11	58,1
Total	315	100	19	100

*Khi*²=0,88 *P*=0,34

Le niveau d'utilisation au niveau des autres religions (41,9%) semble être identique à celui de la religion musulmane (31,7%), avec un seuil de probabilité *P*=0,34.

Tableau XXXI: Utilisation d'une MMC par les hommes enquêtés selon leur occupation.

Occupation	Utilisation des MMC				Total
	Oui		Non		
	Effectif	%	Effectif	%	
Pêcheurs Agriculteur Eleveur	34	17,2	161	82,8	195(58,3%)
Salarié	23	65,8	12	34,2	35(10,6%)
Artisan commerçant	15	38,1	25	61,9	40(11,9%)
Elève Etudiant	19	59,3	13	40,7	32(9,6%)
Sans emploi	6	43,9	8	56,1	14(4,1%)
Autres	7	39,8	11	60,2	18(5,5%)
Total	104	31,1	230	68,9	334(100%)

Les Salariés et les élèves/étudiants utilisent la contraception plus que les autres catégories avec respectivement: 65,8%; et 59,3%. Par contre, l'utilisation est particulièrement plus faible chez les Éleveurs -Agriculteurs (17,2%).

VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

Notre étude s'est déroulée du 1^{er} juin 2007 au 31 août 2007 sur les connaissances attitudes et pratiques des hommes en ce qui concerne les méthodes modernes de contraception dans la commune rurale de Kalaban-coro.

Nos objectifs en effectuant cette étude étaient : d'évaluer le niveau de connaissance des méthodes modernes de contraception du côté des hommes de la commune rurale de Kalaban-coro, d'identifier l'attitude des hommes de notre zone d'étude vis-à-vis des méthodes modernes contraceptives, d'estimer le niveau d'utilisation de ces méthodes contraceptives par les hommes de la zone d'étude, afin de proposer des mesures adéquates pour augmenter le niveau de prévalence contraceptive.

-Les difficultés rencontrées pendant l'enquête ont été :

.Refus de certains hommes de répondre à certaines questions ;

.Difficultés de communication entre certains hommes et l'enquêteur chaque fois que les deux ne parlaient pas la même langue.

1/Les tranches d'âge :

Notre étude avait révélé que l'âge moyen des hommes enquêtés était de 37,6ans.

Ces résultats sont comparables à ceux de Akpadza K et *al* dans une étude similaire à la notre menée dans la région de Kara (Togo) en 2002 (5) qui avaient obtenu un âge moyen des hommes enquêtés à 28ans. Ces résultats témoignent de la forte jeunesse de la population masculine africaine.

2/Le niveau d'instruction :

Concernant la répartition de notre population d'étude selon le niveau d'instruction, nous avons noté que les hommes sans niveau ou analphabètes étaient les plus représentés soit 29,14%.

Nos résultats sont comparables à ceux de Akpadza K et *al* (5) qui avaient obtenu également un taux d'analphabètes à 28,45%. Ces résultats sont la

traduction du faible taux de scolarisation qui persiste encore dans nos sociétés africaines.

3/La situation matrimoniale :

Dans notre étude nous avons dénombré 226 hommes mariés sur 334 hommes enquêtés soit 67,7%.

Ces résultats sont analogues à ceux de Akpadza K et *al.* (5) qui avaient trouvé que 85,7% des hommes de leur échantillon d'étude étaient mariés. Ces résultats témoignent de l'importance du mariage dans nos sociétés africaines.

4/Le niveau de connaissance des hommes des MMC :

Les résultats de notre étude montrent que sur l'ensemble des 334 hommes enquêtés dans la commune rurale de kalaban-coro, il y a 294 soit 87,9% qui ont entendu parler de MMC. Dans les enquêtes démographiques et de santé la connaissance d'une méthode contraceptive signifie uniquement qu'un répondant se rappelle avoir entendu parlé de la MMC, sans que cela ne signifie forcément que le répondant sache comment utiliser la méthode ou ne comprenne son efficacité ou ses effets secondaires (37).

Dans ce présent rapport, si le répondant connaît le but de l'utilisation des MMC, alors il est considéré comme connaissant celle-ci, c'est ainsi que parmi les hommes 294 (87,9%) ont entendu parler de MMC et 235 (70,3%) ont cité l'espacement des naissances comme but de l'utilisation des MMC. Ce qui signifie que la majorité des hommes enquêtés connaissent le but principal de la PF consigné dans les documents de politiques normes et procédures des services en santé de la reproduction au Mali. Les résultats similaires sont rapportés par l'EDS IV Mali (17) qui trouve que 93,6% des hommes connaissent au moins une méthode de contraception.

Les méthodes les plus connues par les hommes, dans notre présente étude, sont la pilule (66,7%), les préservatifs (60,5%) et les injections (30,8%). L'EDS IV Mali (17) note respectivement 77,1%, 91,5% et 75,2% pour ces différents types de méthode.

La meilleure connaissance de ces trois méthodes par rapport aux autres pourrait s'expliquer par les vastes campagnes de médiatisation dans le cadre de la lutte contre les IST/SIDA au cours de ces dernières années, l'offre plus généralisée de ces trois méthodes dans les centres de Santé (14) et le marketing social sur ces produits.

Concernant les déterminants de la connaissance des MMC, l'étude a montré que le niveau de connaissance était faible dans les tranches d'âge extrêmes (moins de 20 ans et plus de 60 ans) et que les jeunes (moins de 45 ans) connaissent plus les MMC que les moins jeunes (supérieur à 45 ans). Les hommes ayant fréquenté l'école ont une meilleure connaissance des MMC, et ce quelque soit le type d'école fréquentée. Le niveau de connaissance en matière de contraception augmente proportionnellement avec le niveau d'instruction.

La religion et le statut matrimonial n'influencent pas la connaissance des MMC puisqu'il n'y a pas de différence significative ni entre les musulmans et les non musulmans, ni entre les hommes mariés et les célibataires.

5/Attitude des hommes vis-à-vis des MMC :

En ce qui concerne l'attitude des hommes vis-à-vis de la PF, notre étude a montré que, par rapport à la prise de décision en matière de PF dans le couple, 203 hommes, soit 60,7% pensent que c'est à l'homme que revient la décision finale .Cette attitude est contraire aux politiques, normes et procédures en matière de santé de la reproduction, qui stipulent que toute personne est libre de choisir, voire accéder aux services de PF. Cependant, une proportion importante des hommes enquêtés (25,7%) pense que la décision revient aux deux partenaires. L'étude a fait ressortir que 306, soit 91,6% des hommes enquêtés sont favorables à la promotion de l'implication des hommes dans la Planification familiale (P.F).

6/Utilisation des MMC par les hommes :

Par rapport à l'utilisation d'une MMC, notre étude a révélé que sur les 334 hommes enquêtés, seulement 30,6% ont affirmé avoir utilisé ou utilisent une méthode avec leur partenaire. L'écart entre le niveau de connaissance

(70,3%) et le niveau d'utilisation des hommes d'une MMC (30,6%) est à souligner. Malgré les efforts fournis par les services techniques, les ONG et les partenaires, 64,9% des hommes n'utilisaient pas de méthode contraceptive selon notre étude.

La part de l'utilisation du condom parmi les méthodes utilisées par les hommes était de (86%). Ainsi, le taux d'utilisation du condom dans l'ensemble de la population masculine enquêtée (334) était de 27,1%.

L'étude montre également que, parmi les utilisateurs de condom comme moyen de lutte contre les IST, les célibataires représentaient 56,9%.

Les hommes ayant fréquenté l'école utilisaient significativement beaucoup plus les MMC avec $P=0,0001$. Le taux d'utilisation des MMC augmentait donc proportionnellement avec le niveau d'instruction.

Contrairement à l'une des hypothèses de départ, le facteur économique n'était pas prépondérant parmi les raisons citées pour l'utilisation des MMC. Par contre, les MMC étaient surtout utilisées pour la lutte contre les IST (20,7%), la santé de la mère (6,0%), la santé de la mère et de l'enfant (5,8%).

7/-Le niveau d'implication des hommes en matière de PF :

L'étude a aussi montré que les hommes mariés (monogame 42,5% et polygame 19,5%) sont les plus impliqués dans la PF. Ceux-ci entretiennent des rapports beaucoup plus stables avec leur partenaire et cela dans un cadre propice à l'utilisation de la PF.

Parmi les raisons de non implication, deux tiers des enquêtés qui n'accompagnaient pas leur femme au centre de santé pensaient que : « ce n'est pas nécessaire » et 11,7% avaient évoqué la honte et seulement 6,1 % avaient dénoncé le manque d'information.

La plupart des enquêtés (92,3%) se sont déclarés favorables à la participation des hommes à la décision de pratiquer la PF et les raisons essentielles évoquées étaient : la responsabilité de l'homme dans la famille, l'espacement de la naissance, le bienfait de la pratique de la planification familiale (P.F).

Une proportion élevée des enquêtés était favorable à la promotion de l'implication des hommes en matière de P.F (90,8%). Les raisons évoquées

Connaissances, attitudes, pratiques des hommes par rapport aux méthodes modernes de contraception dans la commune rurale de kalaban-coro

étaient principalement : le bien-être de la famille (35,1%), l'homme est responsable de la famille (26%), et permet de réduire les dépenses (8,5%). La proposition la plus citée pour la promotion de leur implication est la réalisation des séances d'I.E.C (84,5%).

VII-CONCLUSION :

Le rythme élevé de la croissance de la population, constitue un véritable problème de développement dans notre pays. Cette étude sur les connaissances, attitudes et pratiques des hommes concernant les méthodes modernes de contraception (M.M.C) nous a permis d'aboutir à aux conclusions suivantes :

- La majorité des hommes enquêtés déclarait avoir entendu parlé de méthodes modernes de contraception, soit : 87,9%, donc avait une certaine connaissance sur les méthodes modernes de contraception (M.M.C).
- Seulement près d'un tiers des hommes enquêtés approuvait l'utilisation des méthodes modernes de contraception et était impliqué dans la Planification familiale. L'implication des hommes dépendait principalement du niveau l'instruction, de l'âge et du statut matrimonial.
- En dépit du niveau de connaissance acceptable des hommes par rapport à la Planification Familiale, l'utilisation des méthodes contraceptives modernes restait encore faible dans la commune rurale de Kalaban-coro.
- Les hommes de 14 à 45 ans utilisaient plus les MMC que les hommes âgés ; les hommes instruits plus que ceux qui ne le sont pas.

VIII-RECOMMANDATIONS :

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

1/ A l'endroit du personnel de santé

- . Renforcer la communication pour un changement de comportement (C.C.C) ciblée en faveur des groupes d'hommes influents.
- . Offrir l'ensemble des méthodes contraceptives plutôt que de se limiter aux pilules, condoms et injectables.

2/ A l'endroit de la communauté :

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

3/ A l'endroit des autorités sanitaires :

- . Renforcer l'information en matière de P.F dirigée vers les hommes surtout des tranches d'âge faiblement impliquées, tout en associant davantage les associations de santé communautaire, les organisations féminines et les ONG.
- . Mettre en place des centres de PF pour hommes.
- . Assurer le suivi à travers la supervision, le monitoring et l'évaluation périodique des activités de planification familiale.

4/ A l'endroit des autorités politiques :

- . Formuler une politique prenant en compte l'implication du couple en matière de PF.
- . Introduire la PF dans les curricula de formation de base.
- . Utiliser des stratégies appropriées pour améliorer l'utilisation des méthodes contraceptives au niveau des zones rurales.
- . Concerter les hommes avant de prendre toute décision les concernant.

Connaissances, attitudes, pratiques des hommes par rapport aux méthodes modernes de contraception dans la commune rurale de kalaban-coro

- . Veiller à la mise à disposition des produits contraceptifs en milieu rural de la même manière qu'en zone urbaine conformément au cadre stratégique de lutte contre la pauvreté.
- . Promouvoir les radios de proximités et l'I.E.C ciblée aux leaders (chefs de village, imams et autres groupes influents).

IX REFERENCES

1- A. BLACK, T. O'GRADY, H. PYMAR,

Consensus Canadien sur la contraception – Chapitre 5 - N° 143 – Deuxième partie de trois, Mars 2004

2- A. BLACK

Consensus canadien sur la contraception- Chapitre 7 No 143, deuxième partie de trois, Mars 2004

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

Consensus Canadien sur la contraception – N° 143 – Deuxième partie de trois, Mars 2004

4- A. CAMPANA

Cours pour les étudiants de médecine - Family planning -
Guidelines, reviews Document électronique consulté le
http://www.gfmer.ch/Cours/Index_cours4e_annee.html

5-Akpadza K, Tchgafou M, Kambatibe N, et al. Connaissances, attitudes, et pratiques des hommes des méthodes modernes de contraception dans la région de Kara (Togo). *Journal de la SAGO*, 2002, Vol. 1, n°1, 31-34

6-Alima Sidibé. Etude des connaissances, des attitudes et des pratiques des adolescents en milieu scolaire sur la contraception.
Thèse de Médecine, Bamako 2006

7- ANDERSSON K, ODLIND V, RYBO G.

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

8- BARNEA ER.

« Embryo maternal dialogue: from pregnancy recognition to proliferation control », *Early Pregnancy*, vol. 5, 2001, p. 65-6.

9- Bilodeau A.; Forget G.; Tetrault J. L'auto efficacité relative à la contraception chez les adolescents: validation de la version française de l'échelle de mesure de Levinson. *Revue canadienne de santé publique* 1994 ; 85, 2 : 115-20.

10- Boubacar M. Etude épidémiologique du planning familial : Enquête auprès de 206 utilisatrices au centre de santé de référence de la commune I du District de Bamako d'Avril à Juin 2003. Thèse médecine, Bamako 2003, n°183.

11- C.A. FORTIN, E.GUILBERT,

Consensus canadien sur la contraception- Chapitre 10 No 143, troisième partie de trois, Avril 2004

12- CHENG CY, MO M, GRIMA J, SASO L, TITA B, MRUK D ET COLL.

« Indazole carboxylic acids in male contraception », *Contraception*, vol. 65, 2002, 265p

13- CREEATSAS G, GUERRERO E, GUILBERT E, DROUIN J, SERFATY D, LEMIEUX L et coll.

«A multinational evaluation of the efficacy, safety and acceptability of the Protectaid contraceptive sponge », *Eur J Contracept Reprod Health Care*, vol. 6, n° 3, 2001, p. 172-82.

14- D. FRANCOEUR, L. HANVEY, R. MILLER, H. PYMAR

Consensus Canadien sur la contraception Chapitre 8, N°143, Troisième partie de trois, Avril 2003

15- DIEBEN TO, ROUMEN FJ, APTER D.

« Efficacy, cycle control, and user acceptability of a novel combined contraceptive vaginal ring », *Obstet Gynecol*, vol. 100, n° 3, 2002, p. 585-93.

16- DUNSON DB, SINAI I, COLOMBO B.

« The relationship between cervical secretions and the daily probabilities of pregnancy: effectiveness of the two-day algorithm », *Hum Reprod*, vol. 16, 2001, p. 2278-82.

17-Enquête Démographique de la Santé (EDSM IV).

Bamako 2006, P63

18- FAMILY HEALTH INTERNATIONAL

Document électronique- consulté le

<http://www.fhi.org/docs/site/fr/fpfaqf/fpfqfr11.html>

19-Fédération internationale pour la planification familiale. L'islam et la planification familiale, Rabat 1971.

20- Fondation Genevoise pour la Formation et la Recherche Médicales.

Planification familiale

21-Groupe planification familiale Leadership en faveur du repositionnement de la planification familiale au Mali (Mars 2008)

22-GUILLEBAUD J.

Contraception: your questions answered, 3e éd. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1999, p. 23–37, 39–43.

23- HATCHER R, TRUSSELL. J, STEWART F, CATES W, STEWART G, GUEST F et coll. *Contraceptive technology*, 17e éd., New York, Ardent Media Inc, 1998. 297p

24- HOOTON TM, SCHOLE S D, HUGHES JP, WINTER C, ROBERTS PL, STAPLETON AL et coll.

« A prospective study of risk factors for symptomatic urinary tract infection in young women », *New Engl J Med*, vol. 335, 1996, p. 468–74.

25- HOFFMAN T, TAHA T, MARTINSON F.

« Adverse health event occurring during an n-9 gel pilot study: Malawi », *13th International AIDS Conference*, du 9 au 14 juillet 2000, Durban, Afrique du Sud, n° de résumé TuPpC1171

26-International Développement Research. *Planning traditionnel au Mali. Education sexuelle en Afrique tropicale 1973 ; P54*

27-Jean Claude L. *Pour une éthique de la procréation ; Paris, édition du Cerf 1998 ; 2 :31*

28- KAUNITZ AM, GARCEAU RJ, CROMIE MA.

« Comparative safety, efficacy, and cycle control of Lunelle monthly contraceptive injection and Ortho-Novum 7/7/7 oral contraceptive », *Contraception*, vol. 60, n° 4, 1999, p. 179-87.

29- Larousse médical 1995

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

« Anti-nidatory effect of vaginally administered fumagillin in the rhesus monkey », *Contraception*, vol. 62, 2000, 155p

31-L'allaitement maternel.

<http://www.FHI.org/fr/Topics/Breastfeeding.htm>

32-La contraception.

<http://www.contraceptions.org/html/index.>

33-Les contraceptifs injectables.

<http://search.fhi.org/sitesearch.asp?query=injectables+progestatif>

34-Ministère de l'économie des finances et plan Sénégal. *Enquête sur la planification familiale en milieu urbain. Dakar Sénégal 1994.*

Connaissances, attitudes, pratiques des hommes par rapport aux méthodes modernes de contraception dans la commune rurale de kalaban-coro

35-Ministère de la santé publique et des affaires sociales.

Projet de développement sanitaire. Stratégie nationale en planification familiale et en IEC. Bamako Mali.

36-Ministère de la santé des personnes âgées et de la solidarité

DNSP/DSFC. Rapport d'analyse des données statistiques de SMI/planification familiale 1991. Bamako Mali, juin 1993.

37-Ministère de la santé publique des affaires sociales et de la promotion féminine (Mali). Déclaration nationale de politique de population.

Bamako Mali Août 1991.

38-Network en français. Family health international, planification familiale et IST : 2001 ; 20, (4) : 1-35.

39- Nian M. Approche épidémiologique de la grossesse chez l'adolescente à l'hôpital régional de Kayes. Thèse méd, Bamako 2000. (00M99)

40- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive use, 2e éd. Genève, OMS, 2001.

41-PLAN DE DEVELOPPEMENT ECONOMIQUE SOCIAL ET CULTUREL (PDESC) .Commune Rurale de Kalaban-coro Mai 2005.

42- PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE,

Loi N°02 44 du 24 Juin 2002 relative à la santé de la reproduction, Article 14

43-Présidence de la République du Mali.

Loi n° 02-044 du 24 juin 2002 relative à la Santé de la Reproduction WQ

44-Présidence de la République du Mali.

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

45- POPULATION INFORMATION PROGRAM.

Vasectomy: safe and simple. Population Reports, Series D, No. 4, Baltimore, Johns Hopkins University, novembre / décembre 1983.

46-Population Référence Bureau.

La planification familiale sauve des vies. Washington (US) 1991.

47-Population Reports. Santé reproductive : La participation des hommes vue sous un autre angle. Série j N°46

48- R. MILLER- L. HANVEY

Consensus Canadien sur la contraception- Chapitre 9 - No 143, troisième
partie de trois, Avril 2004

49-Rouamba Amadou. La planification familiale.
Bamako Mali AMPPF 1986.

50-Sango. S. Contribution à l'étude de la planification familiale dans la
commune IV du district de Bamako.
Thèse Médecine, Bamako 1996, N°32.

**51-SCHEMA DIRECTEUR D'URBANISME DE LA COMMUNE DE
KALABAN-CORO ET ENVIRONS.** RACE 2006.

52- S. DUNN, E. GUILBERT

Consensus Canadien sur la contraception- No 143, première partie de trois,
Février 2004

53-Serfaty D. la contraception. Doin éditeur, Paris. 1986.

**54- 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 », *Obstet Gynecol*, vol. 98, 2001, p. 799-
805.

55-Traoré.B ; Konaté. M. K ; Startorton. C.

Enquête démographique de la santé (EDS I) au Mali 1987.

56- TRUSSELL J, RODRIGUEZ G, ELLERTSON C. « New estimates of the
effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception »,
Contraception, vol. 57, 1998, p. 363-9.

57- T.ROWE,

Consensus canadien sur la contraception – Chapitre 12 No 143, troisième
partie de trois, avril 2004

X-ANNEXES :

QUESTIONNAIRE DE THESE DE MEDECINE :

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES HOMMES DES METHODES MODERNES DE CONTRACEPTION DANS LA COMMUNE RURALE DE KALABAN-CORO

Date: _____ N° d'identification de l'enquêté: _____
Village/Quartier: _____ Langue de l'interview : _____

Mots d'introduction : Bonjour, nous menons une enquête pour le ministère de la santé dans le but d'améliorer l'état de la santé reproductive de notre population. Nous voudrions votre autorisation pour un entretien, Merci !

I. Caractéristiques socio-économiques de l'enquêté :

- I- 1/ Age de l'enquêté : _____ ans
I- 2/ Ethnie de l'enquêté: /_____/
1. Bambara ; 2. Malinké ; 3. Peuhl ; 4. Sarakolé/Soninké/Marca ; 5. Sorai ; 6. Dogon
7. Tamacheck ; 8. Senoufo/Minianka ; 9. Bobo ; 10. Autres ethnies (à préciser)
11. Etranger.
I- 3/ Quelle est votre religion ? /____/ 1= Musulmane ; 2=Catholique ; 3=Protestante ;
4=Animiste ; 5. Sans religion ; 6. Autres _____
I- 4/ Avez-vous été à l'école ? 1. Oui ; 2. Non /____/
I- 5/ Si oui, quel type d'école avez-vous fréquenté ?
1. Classique ; 2. Medersa ; 3. Coranique /____/
I- 6/ Si oui quel est votre niveau d'instruction ?
1. 1^{er} cycle ; 2. 2^{ème} cycle ; 3. Secondaire ; 4. Supérieur /____/
I- 7/ Avez-vous été alphabétisé dans une langue locale ? /____/ 1= Oui ; 2. Non
I- 8/ Quelle est votre occupation principale actuellement ? /____/
1. Eleveur ; 2. Agriculteur ; 3. Salarier ; 4. Artisan ; 5. Commerçant ; 6. Elève
7. Etudiant ; 8. Sans-emploi ; 9. Autre (préciser) _____
I- 9/ Quel est votre statut matrimonial actuel ? /____/
1. Marié monogame ; 2. Marié polygame ; 3. Fiancé ; 4. Célibataire ; 5. Divorcé ;
6. Séparé ; 7. Veuf ; 8. Autres (précisez) _____
I-10/ Combien d'enfants vivants avez-vous? Total: /____/ Garçons: /____/ Filles: /____/
I-11/ Quel est l'intervalle de temps moyen entre vos naissances ? /____/
(Intervalle inter génésique)
I-12/ Combien d'enfants avez-vous perdu ? Total: /____/ Garçons: /____/ Filles: /____/
I-13/ Quel est votre nombre idéal d'enfant ? Total: /____/ Garçons: /____/ Filles: /____/

II. Niveau de connaissance des hommes des méthodes modernes de contraception

- II-1/ Avez-vous entendu parler de méthodes moderne de contraception ? /____/ 1. Oui; 2. Non
II- 2/ Si oui, quel est le but ?
1. Espacement des naissances /____/ 4. Limitation des naissances /____/
2. Lutte contre les IST /____/ 5. Lutte contre la stérilité /____/
3. Arrêt de la procréation /____/
6. Autre :(préciser) _____
II-3/ Si oui, citez les méthodes modernes de contraception que vous connaissez.
(Cocher les méthodes citées spontanément)
Pilule /____/ DIU (stérilet, anneau) /____/
Injectables /____/ Implant /____/
Diaphragme /____/ Spermicides /____/
Condom (capote) /____/ Stérilisation féminine /____/
Stérilisation masculine /____/ Ne sait pas /____/
II- 4/ Si oui où est ce qu'on peut se procurer de ces méthodes contraceptives ?
1. C.S.Com /____/
2. Pharmacie /____/
3. Hôpital /____/
4. C.S.Ref /____/
5. Clinique privée /____/
6. AMPPF /____/

Connaissances, attitudes, pratiques des hommes par rapport aux méthodes modernes de contraception dans la commune rurale de kalaban-coro

7. Boutique /___/
8. Pharmacie par terre /___/
9. Autres _____ (à préciser)

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

III-1/êtes-vous pour, la pratique de la planification familiale ?/___/ 1. Oui ; 2.Non

III-2/Si oui pourquoi: _____

III-3/Si non pourquoi : _____

III-4/Avez-vous déjà discuté de ce sujet avec votre partenaire ? /___/1Oui ; 2. Non

III-5/Avez-vous déjà accompagné votre partenaire au centre de santé pour le choix

Et/ou utilisation d'une méthode contraceptive ? 1. Oui ; 2. Non /___/

III-6/Si non, pourquoi ?

III-7/Avez -vous participé au choix de la méthode ? /___/ 1.Oui ; 2.Non

III-8/Selon vous, normalement qui devrait prendre la décision en matière de planification familiale dans le couple ?

1. L'homme ; 2.La femme ; 3.Les deux /___/

III-9/Pensez-vous qu'il soit souhaitable qu'un homme participe à la décision de pratiquer La planification familiale dans le couple ? /___/ 1. Oui ; 2.Non ; 3.Ne sait pas

III-10/Si oui pourquoi ?

III-11/Si non, pourquoi ?

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

1. Oui ; 2.Non ; 3.Indifférent (aller à IV-8) /___/

III-13/Si oui pourquoi ?

III-14/Si non pourquoi ?

III-15/Que proposez-vous pour promouvoir l'implication des hommes dans la P.F ?
(Plusieurs réponses possibles)

1. Séances IEC /___/

2. Création de centres de P.F pour hommes /___/

3. Autres (préciser) _____

IV .Pratique des méthodes modernes de contraception par les hommes

IV- 1/Avez-vous déjà utilisé ou utilisez-vous actuellement une méthode moderne de contraception avec une partenaire ? /___/ 1=Oui ; 2. Non

IV- 2/Si Oui, pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles)

Santé de la mère /___/ Santé des enfants /___/

Raisons économiques /___/ Protection contre les IST /___/

A assez d'enfants /___/ Autre _____ (préciser)

IV-3/Si Oui, quelle(s) méthode(s) avez-vous utilisé avec cette partenaire ?

Condom (capote) /___/ Stérilisation masculine /___/

Stérilisation féminine /___/ Pilule /___/

DIU /___/ Implant /___/

Spermicide /___/ injectables /___/

Diaphragme /___/ Autres _____

IV-4/Si oui où est ce que vous vous procurez de ces méthodes contraceptives ?

C.S.Com /___/ Pharmacie /___/

Hôpital /___/ C.S.Ref /___/ Clinique privée /___/

AMPPF /___/ Boutique /___/

Connaissances, attitudes, pratiques des hommes par rapport aux méthodes modernes de contraception dans la commune rurale de kalaban-coro

Pharmacie par terre /___/ Autres _____

IV-5/Si c'est au centre de santé avez-vous été satisfait de l'accueil ? /___/ 1. Oui ; 2. Non

IV-6/Avez-vous déjà eu des problèmes d'approvisionnement ? /___/ 1. Oui ; 2. Non

IV-7/Si non, pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles, question à poser pour le non

A la question II- 4)

1. Raisons religieuses /___/
2. Désir d'enfant /___/
3. Pas sexuellement actif /___/
4. Ne sait pas ou trouver /___/
5. Non informé /___/
6. Effets secondaires /___/
7. Ne croit pas à l'efficacité /___/
8. La contraception favorise le vagabondage sexuel /___/
9. ma conjointe est contre l'espacement des naissances /___/
10. ce n'est pas bon pour la santé /___/
11. Les méthodes sont difficiles à utiliser /___/
12. Les méthodes réduisent le désir sexuel /___/
13. les méthodes coûtent cher /___/
14. Il n'y a pas de centre de P.F réservé aux hommes /___/
15. Autres (à préciser) _____
16. Ne sait pas /___/

IV-8/Votre partenaire a-t-elle déjà utilisé ou utilise-t-elle actuellement une méthode Moderne de contraception ? 1. Oui ; 2. Non ; 3.Pas de partenaire /___/

IV-9/Si oui, Laquelle ?

1. Pilule /___/
2. DIU /___/
3. Injectable /___/
4. Implant /___/
5. Diaphragme /___/
6. Spermicides /___/
7. Condom féminin /___/
8. Stérilisation féminine /___/
9. Ne sait pas/PF mais non spécifié /___/
10. Autre : _____(préciser toute autre méthode citée par l'enquêteur)

IV-10/Si, oui pourquoi ?

IV-11/Si, non pourquoi ?

IV-12/Si vous ou votre partenaire avez déjà utilisé une méthode contraceptive qui en a Suggéré l'idée ? 1. Moi ; 2. Ma partenaire /___/ ; 3. Autres _____

IV-13/Si vous ou votre partenaire avez déjà utilisé une méthode moderne de contraception qui en a pris la décision ? /___/ 1=Moi ; 2=Ma partenaire
4=Décision commune Autres _____

IV-14/Qui a pris en charge les frais de P.F /___/

1. Moi ; 2. Ma partenaire ; 3.Les deux ; 4.Autres _____

IV-15/Qui décide (ou va décider) de l'arrêt de la prise de contraceptif ?

1. Moi ; 2. Ma partenaire ; 3. Les deux /___/ ; 4.Autres _____

IV-16/Si votre partenaire décidait de pratiquer la planification familiale, quelle serait Votre réaction ? (Si la réponse est non aux questions II-4 et II-11)

1. Approuve ; 2. Désapprouve ; 3. Indifférent /___/

V-/ EXPOSITION AUX MASS-MEDIA

V-A/La Radio

a-/ Avez – vous écouté la radio au moins une fois pendant les six derniers mois ?

1. Oui ; 2. Non /___/

b-/ Combien de fois par mois écoutez – vous la radio ?/___//mois

c-/ Où écoutez – vous la radio ? (Plusieurs réponses possible)/_____

Connaissances, attitudes, pratiques des hommes par rapport aux méthodes modernes de contraception dans la commune rurale de kalaban-coro

d-/Avez-vous entendu parlé de méthodes modernes de contraception à la radio ces six derniers mois ? 1. Oui ; 2. Non /___/

e-/Dans quelles types d'émission radiophonique, avez-vous entendu parler de méthodes modernes de contraception (spécifier le nom)

1-Les informations/actualités

1- Spots publicitaires /___/

2- Emission sur la santé /___/_____

3- Emission au sujet des jeunes /___/_____

4- Emission au sujet des femmes /___/_____

5- Variété/Chansons/___/

6- Emission « 8-10 » /___/_____

7- Autre (spécifier /___/_____)

8- Ne sais pas /___/

f-/ Quel était le message principal de l'émission ?

PF : Planning familial

1- La P.F est bon pour la santé de la mère. /___/

2- La P.F est bon pour la santé des enfants /___/

3- La P.F est bon pour la santé de la mère et l'enfant /___/

4- La P.F est bon pour l'économie familiale /___/

5- La P.F est bon pour le développement de la société /___/

6- Il faut être responsable de votre vie sexuelle /___/

7- Il est dangereux d'avoir une grossesse avant mariage dans l'adolescence /___/

8- Autre message (spécifier _____)

9- Ne sait pas

g-/Etiez – vous d'accord avec le message ? /___/ 1-Oui; 2=Non ; 3=Ne sait pas

V-B/- La Télévision :

a/-Avez – vous regardé la télévision au moins une foi pendant les derniers mois ?

1. Oui ; 2. Non /___/

b-/ (Si oui) Combien de foi par mois regardez-vous la télévision ? /___/ /mois

c-/Où regardez-vous la télévision ? /_____/

d-/Avez-vous entendu parlé de méthodes modernes de contraception à la télévision au cours des six derniers mois ? 1 : Oui ; 2 : Non /___/

e-/Dans quels types d'émission télévisée, avez-vous entendu parlé de méthodes modernes de contraception ? (Spécifier le nom)

1- Spots publicitaires /___/

2- Les informations/actualisés /___/

3- Emission sur la santé /___/_____

4- Emission sur le sujet des jeunes /___/_____

5- Emission sur le sujet des femmes /___/_____

6- Variétés / Chansons /___/

7- Emission « 8-10 » /___/_____

8- Autres (spécifier /___/_____)

9- Ne sais pas /___/

f-/ Quel était le message principal de l'émission

PF : Planning familial)

1-La P.F est bon pour la santé de la mère.

2-La P.F est bon pour la santé des enfants

3-La P.F est bon pour la santé de la mère et l'enfant /___/

4-La P.F est bon pour l'économie familiale

5-La P.F est bon pour le développement de la société

6-Il faut être responsable de votre vie sexuelle

7-Il est dangereux d'avoir une grossesse avant mariage dans l'adolescence

8-Autre message (spécifier _____)

9-Ne sait pas

g-/Etiez – vous d'accord avec le message ? 1 : Oui ; 2 : Non /___/

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : TOUNKARA

Prénom : Maurice

Titre de la thèse : Connaissances, attitudes et pratiques des hommes par rapport aux méthodes modernes de contraception dans la commune rurale de Kalaban-coro.

Année Universitaire: 2007 – 2008

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto- Stomatologie du Mali

Secteur d'intérêt : Santé Publique et Gynécologie Obstétrique.

RESUME

Notre étude transversale descriptive s'est déroulée dans la commune rurale de Kalaban-coro, commune incluse dans le cercle de Kati donc faisant parti de la deuxième région du Mali (Région de Koulikoro).L'étude a été effectuée du 1^{er} juin 2007 au 31 août 2007.

L'objectif consistait à étudier les connaissances, attitudes et pratiques des hommes concernant les méthodes modernes de contraception (MMC).

La majorité des hommes soit 87,9% déclaraient connaître au moins une « MMC », par contre seulement 30,32% étaient impliqués dans la pratique de la planification familiale (P.F).

Quant à la pratique de la P.F, une grande partie de notre échantillon soit 70,8% déclaraient qu'ils n'utilisaient pas de méthodes modernes contraceptives. Les raisons avancées pour la non utilisation étaient principalement le manque d'information, et les raisons d'ordre religieux.

Mots Clefs : Connaissances ; Attitudes ; Pratiques ; hommes ; Méthodes modernes de contraception.

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 !