

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPÉRIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE

RÉPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi



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

Faculté de pharmacie
FAPH

Année Universitaire 2022/2023

N°...../

THESE

**CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES
DES ETUDIANTS SUR LES CONTRACTIONS
DANS LES UNIVERSITÉS PUBLIQUES DU
DISTRICT DE BAMAKO**

Présentée et soutenue publiquement le / /2023
Devant le jury de la Faculté de pharmacie

Par : Mlle NDONGMO NGUEKE CHORINE SORELLE

Pour obtenir le Grade de Docteur en Pharmacie

(Diplôme D'Etat)

JURY :

PRÉSIDENT :	Pr Seydou DOUMBIA
MEMBRES :	Pr Amadou BOCOUM Dr Issa COULIBALY
CO-DIRECTEUR :	Dr Jean Paul TCHAPEBONG
DIRECTEUR :	Pr Sékou BAH



FACULTE DE PHARMACIE

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE PHARMACIE ANNEE UNIVERSITAIRE 2022-2023

➤ ADMINISTRATION

Doyen : Boubacar TRAORE, Professeur

Vice-doyen : Sékou BAH, Maître de Conférences

Secrétaire principal : Seydou COULIBALY, Administrateur Civil

Agent comptable : Ismaël CISSE, Contrôleur des Finances.

➤ PROFESSEURS HONORAIRES

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Flabou	BOUGOUDOGO	Bactériologie-Virologie
2	Boubacar Sidiki	CISSE	Toxicologie
3	Bakary Mamadou	CISSE	Biochimie
4	Abdoulaye	DABO	Malacologie -Biologie animale
5	Daouda	DIALLO	Chimie Générale et Minérale
6	Mouctar	DIALLO	Parasitologie-mycologie
7	Souleymane	DIALLO	Bactériologie - Virologie
8	Kaourou	DOUCOURE	Physiologie humaine
9	Ousmane	DOUMBIA	Chimie thérapeutique
10	Boukassoum	HAÏDARA	Législation
11	Gaoussou	KANOUTE	Chimie analytique
12	Alou A.	KEÏTA	Galénique
13	Mamadou	KONE	Physiologie
14	Brehima	KOUMARE	Bactériologie/Virologie
15	Abdourahamane S.	MAÏGA	Parasitologie
16	Saïbou	MAÏCA	Législation
17	Elimane	MARIKO	Pharmacologie
18	Mahamadou	TRAORE	Génétique
19	Sékou Fantamadv	TRAORC	Zoologie
20	Yaya	COULIBALY	Législation

➤ **PROFESSEURS DECEDES**

N°	PRENOMS	NOMS	SPECIALITE
1	Mahamadou	CISSE	Biologie
2	Drissa	DIALLO	Pharmacognosie
3	Moussa	HARAMA	Chimie analytique
4	Mamadou	KOUMARE	Pharmacognosie
5	Moussa	SANOGO	Gestion pharmaceutique

➤ **DER: SCIENCES BIOLOGIQUES ET MÉDICALES**

1. PROFESSEUR/DIRECTEUR DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOMS	GRADE	SPECIALITE
1	Mounirou	BABY	Professeur	Hématologie
2	Mahamadou	DIAKITE	Professeur	Immunologie-Génétique
3	Alassane	DICKO	Professeur	Santé Publique
4	Abdoulaye	DJIMDE	Professeur	Parasitologie-Mycologie
5	Amagana	DOLO	Professeur	Parasitologie-Mycologie
6	Aldjouma	GUINDO	Professeur	Hématologie. Chef de DER
7	Akory Ag	IKNANE	Professeur	Santé Publique/Nutrition
8	Kassoum	KAYENTAO	Directeur de recherche	Santé publ./ Bio-statistique
9	Ousmane	KOITA	Professeur	Biologie-Moléculaire
10	Issaka	SAGARA	Directeur de recherche	Bio-statistique
11	Boubacar	TRAORE	Professeur	Parasitologie-Mycologie

2. MAITRE DE CONFERENCES/MAITRE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOMS	GRADE	SPECIALITE
1	Bourèma	KOURIBA	Maître de conférences	Immunologie
2	Almoustapha Issiaka	MAÏGA	Maître de recherche	Bactériologie-Virologie
3	Mahamadou S.	SISSOKO	Maître de recherche	Bio-statistique
4	Ousmane	TOURE	Maître de recherche	Santé Publiq/Santé environ.
5	Djibril Mamadou	COULIBALY	Maître de conférences	Biochimie clinique
6	Djénéba Coumba	DABITAO	Maître de conférences	Biologie-moléculaire
7	Antoine	DARA	Maître de conférences	Biologie-moléculaire
8	Souleymane	DAMA	Maître de conférences	Parasitologie - Mycologie

9	Laurent	DEMBELE	Maître de conférences	Biotechnologie-Microbienne
10	Seydina S. A.	DIAKITE	Maître de conférences	Immunologie
11	Fatou	DIAWARA	Maître de conférences	Epidémiologie
12	Ibrahima	GUINDO	Maître de conférences	Bactériologie Virologie
13	Amadou Birama	NIANGALY	Maître de conférences	Parasitologie – Mycologie
14	Fanta	SANGO	Maître de conférences	Santé publ/Santé commun.
15	Yéya dit Dadio	SARRO	Maître de conférences	Epidémiologie

3. MAITRE ASSISTANT/CHARGE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOMS	GRADE	SPECIALITE
1	Mohamed	AG BARAIKA	Maître-Assistant	Bactériologie-Virologie
2	Charles	ARAMA	Maître-Assistant	Immunologie
3	Boubacar Tiétiè	BISSAN	Maître-Assistant	Biologie clinique
4	Seydou Sassou	COULIBALY	Maître-Assistant	Biochimie Clinique
5	Kléligui Casimir	DEMBELE	Maître-Assistant	Biochimie Clinique
6	Yaya	GOITA	Maître-Assistant	Biochimie Clinique
7	Aminatou	KONE	Maître-Assistant	Biologie moléculaire
8	Birama Apho	LY	Maître-Assistant	Santé publique
9	Dinkorma	OUOLOGUEM	Maître-Assistant	Biologie Cellulaire

4. ASSISTANT/ATTACHE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOMS	GRADE	SPECIALITE
1	Djénéba	COULIBALY	Assistant	Nutrition/Diététique
2	Issa	DIARRA	Assistant	Immunologie
3	Merepen dit Agnès	GUINDO	Assistant	Immunologie
4	Falaye	KEITA	Attaché de Recherche	Santé Publique/Santé Environn.
5	N'Deye Lallah Nina	KOITE	Assistant	Nutrition
6	Djakaridia	TRAORE	Assitant	Hématologie

➤ **DER : SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

1. PROFESSEUR/DIRECTEUR DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	Grade	SPECIALITE
1	Rokia	SANOGO	Professeur	Pharmacognosie Chef de DER

2. MAITRE DE CONFERENCES/MAITRE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	Grade	SPECIALITE
1	Loséni	BENGALY	Maitre de Conférences	Pharmacie hospitalière
2	Mahamane	HAIDARA	Maitre de Conférences	Pharmacognosie

3. MAITRE ASSISTANT/CHARGE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	Grade	SPECIALITE
1	Bakary Moussa	CISSE	Maitre-Assistant	Galénique
2	Issa	COULIBALY	Maitre-Assistant	Gestion
3	Balla Fatogoma	COULIBALY	Maitre-Assistant	Pharmacie hospitalière
4	Adama	DENOU	Maitre-Assistant	Pharmacognosie
5	Hamma Boubacar	MAÏGA	Maitre-Assistant	Galénique
6	Adiaratou	TOGOLA	Maitre-Assistant	pharmacognosie

4. ASSISTANT/ATTACHE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	Grade	SPECIALITE
1	Seydou Lahaye	COULIBALY	Assistant	Gestion pharmaceutique
2	Daouda Lassine	DEMBELE	Assistant	Pharmacognosie
3	Sékou	DOUMBIA	Assistant	Pharmacognosie
4	Assitan	KALOGA	Assistant	Législation
5	Ahmed	MAÏGA	Assistant	Législation
6	Aichata Ben Adam	MARIKO	Assistant	Galénique
7	Aboubacar	SANGHO	Assistant	Législation
8	Bourama	TRAORE	Assistant	Législation
9	Sylvestre	TRAORÉ	Assistant	Gestion pharmaceutique

10	Aminata Tiéba	TRAORE	Assistant	Pharmacie hospitalière
11	Mohamed dit Sarmove	TRAORE	Assistant	Pharmacie hospitalière

➤ **DER : SCIENCES DU MEDICAMENT**

1. PROFESSEUR/DIRECTEUR DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	Grade	SPECIALITE
1	Sékou	BAH	Professeur	Pharmacologie
2	Benoit Yaranga	KOUMARE	Professeur	Chimie Analytique
3	Ababacar I.	MAÏGA	Professeur	Toxicologie

1. MAITRE DE CONFERENCES/MAITRE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	Grade	SPECIALITE
1	Tidiane	DIALLO	Maitre de Conférences	Toxicologie
2	Hamadoun Abba	TOURE	Maitre de Conférences	Bromatologie Chef de DER

2. MAITRE ASSISTANT/CHARGE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	Grade	SPECIALITE
1	Dominique Patomo	ARAMA	Maitre-Assistant	Pharmacie chimique
2	Mody	CISSE	Maitre-Assistant	Chimie thérapeutique
3	Ousmane	DEMBELE	Maitre-Assistant	Chimie thérapeutique
4	Madani	MARIKO	Maitre-Assistant	Chimie Analytique
5	Karim	TRAORE	Maître-Assistant	Pharmacologie

3. ASSISTANT/ATTACHE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	Grade	SPECIALITE
1	Mahamadou	BALLO	Assistant	Pharmacologie
2	Dalave Bernadette	COULIBALY	Assistant	Chimie analytique
3	Blaise	DACKOUO	Assistant	Chimie Analytique
4	Fatoumata	DAOU	Assistant	Pharmacologie
5	Abdourahamane	DIARA	Assistant	Toxicologie
6	Aiguerou dit Abdoulaye	GUINDO	Assistant	Pharmacologie
7	Mohamed El Béchir	NACO	Assistant	Chimie analytique
8	Mahamadou	TANDIA	Assistant	Chimie Analytique
9	Dougoutigui	TANGARA	Assistant	Chimie analytique

➤ **DER : SCIENCES FONDAMENTALES**

1. PROFESSEUR/DIRECTEUR DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	Grade	SPECIALITE
-	-	-	-	-

2. MAITRE DE CONFERENCES/MAITRE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	Grade	SPECIALITE
1	Lassana	DOUMBIA	Maitre de Conférences	Chimie appliquée
2	Abdoulaye	KANTE	Maitre de Conférences	Anatomie
3	Boubacar	YALCOUYE	Maitre de Conférences	Chimie organique

3. MAITRE ASSISTANT/CHARGE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	Grade	SPECIALITE
1	Mamadou Lamine	DIARRA	Maitre-Assistant	Botanique-Biol. Végét Chef de DER
2	Boureima	KELLY	Maître-Assistant	Physiologie médicale

4. ASSISTANT/ATTACHE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	Grade	SPECIALITE
1	Seydou Simbo	DIAKITE	Assistant	Chimie organique
2	Modibo	DIALLO	Assistant	Génétique
3	Moussa	KONE	Assistant	Chimie Organique
4	Massiriba	KONE	Assistant	Biologie Entomologie

➤ **CHARGES DE COURS (VACATAIRES)**

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Cheick Oumar	BAGAYOKO	Informatique
2	Babou	BAH	Anatomie
3	Souleymane	COULIBALY	Psychologie
4	Yacouba M	COULIBALY	Droit commercial

5	Moussa I	DIARRA	Biophysique
6	Satigui	SIDIBÉ	Pharmacie vétérinaire
7	Sidi Boula	SISSOKO	Histologie-embryologie
8	Fana	TANGARA	Mathématiques
9	Djénébou	TRAORE	Sémiologie et Pathologie médicale
10	Mahamadou	TRAORE	Génétique
11	Boubacar	ZIBEÏROU	Physique

Bamako, le 22 juin 2023



P/Le Doyen PO
Le Secrétaire Principal

Seydou COULIBALY
Administrateur Civil



**DEDICACES ET
REMERCIEMENTS**

DÉDICACES

Je dédie ce travail :

À mon père NDONGMO VOUFFO Joseph

Le lion comme on aime bien t'appeler. Je ne sais pas comment te remercier. Tu n'as jamais cessé de nous faire comprendre que seul le travail libère l'homme. Tu es l'artisan de ce chemin parcouru, ton soutien sur tous les plans, ton courage, ta rigueur dans notre éducation ont fait de ta fille ce qu'elle est aujourd'hui. Puisse ce travail être pour toi un motif de satisfaction. Sois assuré de mon affection et de ma sincère reconnaissance. Ta bonté et ta bienveillance ne quitteront jamais mon esprit, que Dieu te donne longue vie.

À ma mère TONGO Dorice Chantal

Brave femme, infatigable, animée d'esprit de travail et persévérance incomparable, tu es pour moi un modèle de courage et de bonté, ce travail est aussi le fruit de ton dur labeur, car au côté de papa tu as su être à la fois une femme et une maman extraordinaire. Puisse le Seigneur te donner encore une longue vie pour que tu puisses goûter au fruit de tant d'années de sacrifice.

À mes frères et sœurs

Ndongmo Tiogo Cédric Denaud, Ndongmo Vouffo Joelle bel-ange, Ndongmo Songho Katy Ornella, Ndongmo Tejiona Ben Arthur, et Ndongmo Tongo Patrick Viani pour tout ce que nous avons partagé et partagerons encore. Pour tout ce que vous m'avez apporté comme conseil, soutien morale, financier et bien d'autres... Que nos liens soient davantage fortifiés pour la bonne marche et le progrès de la famille.

À mon feu grand-père

Tu as été et resteras la source de notre courage et de notre persévérance, tu nous as inculqué le sens de l'honneur, du devoir, de la dignité. Tu n'avais jamais cessé de nous rappeler que les attributs d'un homme sont : la connaissance, la culture et que le plus beau des héritages reste et demeure la bonne éducation. J'espère que ce travail te rendra fier de là-haut.

À mon oncle

Tonton Pascaline VOUFFO j'ai toujours admiré ta droiture, tes principes rigoureux, ton sens profond de la discipline et de la responsabilité. Merci pour tout le soutien qui n'a jamais fait défaut, que ce modeste travail soit l'exaucement des vœux tant formulés en mon endroit Puisse Dieu, le très haut, t'accorder santé, bonheur et longue vie.

À mes grand-mères

Des dames de fer avec des morales en acier. En témoignage de l'attachement, du respect, de l'amour et de l'affection que je porte pour vous, je vous dédie ce travail avec tous mes vœux de joie, de santé et de longévité.

À mon chéri

Dr Dimitri FOHOM, je bénis le jour où je t'ai rencontré, tu as été présent pour moi durant tout mon parcours ainsi qu'à chaque étape de ce travail. Tu as veillé avec moi et tu n'as jamais hésité à m'apporter tes conseils, ta tendresse, ton affection et ton aide quand il le fallait, les mots ne suffiront jamais assez pour t'exprimer ma reconnaissance. Que le Tout-Puissant te bénisse davantage pour ton amour.

REMERCIEMENTS

Au Dieu tout Puissant

Créateur du ciel et de la terre, de l'univers visible et invisible, l'Omniscient, l'Omnipotent, l'Omniprésent pour tous tes bienfaits et tes grâces dans ma vie. Seigneur tu as toujours su me guider, me donner la force de continuer et surtout tu m'as donné l'intelligence et la sagesse de réaliser ce travail. Sois loué à jamais.

À mon maître et Directeur de thèse Pr Sekou BAH

Cher maître, votre pédagogie m'a émerveillé la première fois que j'ai assisté à votre cours. Un amour pour la pharmacologie est né dès la première fois que j'ai suivi votre cours. Vous savez transmettre votre savoir de manière si simple et précise que je ne peux qu'envier être un jour à votre image. J'ai découvert un maître humble, rigoureux, soucieux de la formation et du bien-être de ses étudiants, qui prône le travail bien fait, l'excellence et qui fait très souvent penser au père de famille conseillant ses enfants. Merci pour l'enseignement fourni et longue vie à vous.

À mon encadreur et co-directeur Dr Jean Paul TCHAPEBONG

Mes sincères remerciements pour la qualité et la rigueur de l'encadrement que vous nous avez offert, votre disponibilité, mais surtout pour tous les efforts consentis pour l'aboutissement de ce travail.

À ma terre d'accueil le Mali

Un pays merveilleux, le berceau de la sagesse africaine abritant une population tellement accueillante et bienveillante envers les étrangers. Une solidarité sans nulle autre pareille. Merci pour l'hospitalité, malgré les dures épreuves que le pays traverse cette hospitalité n'a pas changé. Que le Puissant Allah continue de bénir le Mali.

Aux différentes administrations, étudiants des facultés et instituts suivants : FAPH, FMOS, FDP, FDPRI, IUG, FSEG ; cette étude a été effectuée grâce à votre bonne volonté et votre aide indéfectible. Je vous suis tellement reconnaissante pour tout votre soutien. Merci infiniment.

À mes enseignants de la faculté de pharmacie

Tellement compétents, vous nous avez rendus passionnés du médicament par vos enseignements, vous nous avez bien formés, en signe de remerciement je m'engage à rester fidèle à vos enseignements.

À l'Association des Élèves Étudiants Stagiaires Camerounais au Mali (AEESCM)

Grâce à vous j'ai appris à m'intéresser à la chose commune. Vous m'aviez accepté tel que je suis, et m'avez appris la solidarité qui doit régner au sein des ressortissants d'un même pays en terre étrangère. Que cette solidarité prospère toujours de génération en génération.

À mon oncle

Le Ministre MOMO Jean de Dieu, un papa adorable qui sait tant prendre soin des siens, j'ai toujours apprécié l'énergie avec laquelle tu nous inculques les valeurs de chez nous tous en intégrant la culture des autres. Tes apports et tes conseils ont contribué à la personne que je suis aujourd'hui, que Dieu t'accorde santé et prospérité.

À mes tantes

Vous êtes des exemples mêmes de femmes battantes, soucieuses de l'avenir de leur progéniture, vous avez su nous apporter l'amour et la tendresse dont nous avons besoin. Merci pour tous vos conseils, car ils ont eu un impact très positif pour moi. Soyez abondamment bénis.

À mes oncles

Merci pour vos conseils et bénédictions, que ce modeste travail vous donne réconfort et fierté.

À tous mes cousins et cousines : Vous êtes tellement nombreux que je ne saurais citer tout le monde, néanmoins merci pour votre présence dans ma vie et l'apport de chacun de vous au cours de mon parcours.

À la promotion 14 du Numerus Clausus de la FAPH : Vous avez été plus que des camarades pour moi, des frères et sœurs vous l'avez été, tous nos moments de joie, de folies, mais surtout nos moments d'apprentissages au cours de notre formation resteront toujours dans mon esprit, merci pour ce que chacun de vous m'a apporté depuis mon arrivée en terre malienne. Que Dieu puisse fortifier nos Liens.

À mon groupe d'étude : Hermine DIFFO, Romeo ESSOMBA, Deric SIEWE, Tidiani KAMATE, je n'aurai pas rêvé mieux qu'être entouré de personnes aussi déterminées que vous, ensemble on a été braves et avons parcouru le chemin jusqu'au bout, on s'est soutenu et Dieu merci on finira certainement ensemble. Merci pour tout ce soutien

Aux docteurs

Andrea FEUPI, Maurine KEUNE, Richie JONGOUE, Artial NGUELAMIE, Nadia ZOUNA,

Aude NYAMSI, Fabrice KUATE, Gaëlle GANA; je ne retiendrai que du positif de vous, car vous avez énormément contribué à la personne que je suis aujourd'hui. Un grand merci à vous.

À la promotion Madrid

Je suis arrivée à Bamako seule et grâce à vous je me suis sentie dans une famille. Ce n'a pas toujours été la joie, mais j'ai toujours eu votre soutien au moment où j'en avais besoin et pour ça je vous dis merci.

Au docteur : Henri FANSI,

Un formateur, un grand frère et surtout un conseiller de qualité. Je n'oublierai jamais la facilité avec laquelle tu m'as pris sous ton aile et me faire voir la réalité de ce que c'est qu'un pharmacien proprement dit. De toi j'ai appris beaucoup et je sais que j'irai loin grâce à tes conseils pratiques et disciplinaires. Que Dieu te bénisse.

À ma sœur et amie

Trésor FOTOUO, seul Dieu sait pourquoi on est ensemble partout, depuis le Cameroun jusqu'au Mali on s'est toujours soutenus mutuellement et aujourd'hui tu n'es pas seulement une amie, mais un membre de ma famille. Comme on le dit souvent, c'est jusqu'à la gare ma personne. Que Dieu te bénisse pour ta présence dans ma vie. Merci pour tout.

À mes meilleures amies

Mambé FONGANG, Mapa JUDITH, Alexia JOTSA, Miriam DJOUKANG, Eulalie, Nina TONFO, merci pour tous vos conseils et la joie que vous m'avez procurés dans mes moments de tristesse et même mes moments de bonheur. Je vous en serai toujours reconnaissante.

À mes enfants chéris

Christian WAFFEU, Ariane TSAJOU, Patrick NDONGMO, Junior NANFACK, Thalia BEKONO(Poutchou), Gabriel, Valerie, Eva valescia, Benjamin TINA, Djonkouda : d'une manière ou d'une autre, vous m'avez fait grandir et contribuer à la personne que je suis aujourd'hui. Ce travail est aussi la résultante de votre présence autour de moi donc je vous dis merci.

À mes caviars : Trésor FOTOUO, Raïssa JOUNDA, Ingrid TOKO, Ymelda TABAKEM, Léa DONGUE, Tania NGUEPI, Tatiane WATCHOM, Celia TALLA

Les filles grâce à vous, je n'ai pas connu de moments de solitude, encore moins le stress intense. Vous êtes une source de renouvellement d'énergie, d'ondes positives. Beaucoup d'amour pour

vous et merci à chacune de vous.

Au Dr Danielle YOUBI : Ma grande sœur que j'ai trouvé au Mali, tes encouragements, ta bienveillance, ton soutien et tes conseils ont été d'une aide précieuse pour moi. Je suis très heureuse d'avoir appris de toi et merci du fond du cœur d'être la personne que tu es. Que Dieu te garde.

À mes frères : Roussel MEKONTCHOU, Bertin DONGO, Stanislas KENFACK, Vanessa MINKUE, Steve FONKOUA, Joel FOPOSSI, Adams, Zavier DJOUNDA, Morel KEMBOU, Jordan GABOSSA, Himran MOUNDI, Kacharelle YOUOGO, Michelle ADAMA, merci simplement pour votre présence ,mon parcours n'aurais jamais été le même sans vous.

À mes aînés : Dr Marius DJEUKU, Dr Estelle KAMGA, Dr placide FOGANG, Dr John WAANI, Dr diany KOUAMEN , Dr mimosette DIBANGA, Dr faouziya ADAMA, glwadys TIEFANG, Suzie MEGNE, Dr adawiyatou NANA, Dr blanche FEUZEU, merci pour votre présence et vos conseils.

À mes Cadets : Naomie MASSO, Cyrielle SIMO, Jaurès SOPGUI, Audrey NGUIAMDJO, Claude NOUKO, Michelle SIELETCHÉ, Ines PEUJIO, Dimitri, Junior, julie, merci pour tout.

À mes voisins : Mr et Mme HANNANG, Saddam ABDOURAMANE, Fodé KANOUTE, Carlotta DJEUKU, Hamzath COULIBALY, Dimitri NOUNJEU, German KAMDEM, Sidonie ONANA, Franklin NGOTUE, Mayer KEMBOU, Adrian NZEALI, Jordan KANA, KEMTA Franck, Rodrigue DIGOUNBE, Dimitri KITIO, Roussel MEKONTCHOU, Moussa COULIBALY, Lea TSAYEM, La famille KAREMBE : à vos côtés, j'étais en paix merci pour l'entente et les joies partagées. Que Dieu vous bénisse.



**HOMMAGES AUX MEMBRES
DU JURY**

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président du jury

Professeur Seydou DOUMBIA

- Professeur titulaire d'épidémiologie à la faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako (FMOS) ;
- Doyen de la FMOS ;
- Directeur du Centre Universitaire de Recherche Clinique (UCRC) de l'Université des Sciences, des Technique et des Technologies de Bamako (USTTB) au Mali ;
- Président de la Société Malienne d'Epidémiologie (SOMEPI) ;
- Co-président d'organisation et membre du comité scientifique de la 6^e Conférence Africaine d'Epidémiologie (AFEA) et du premier congrès de la SOMEPI.

Cher Maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de thèse. Votre disponibilité malgré vos multiples occupations illustre bien votre générosité. Homme de science remarquable par vos connaissances et vos qualités pratiques ,nous vous prions cher maitre de trouver ici l'expression de notre gratitude et de notre profond respect.

À notre Maître et membre du Juge

MCA Amadou BOCOUM

- Maître de conférences agrégé en gynécologie obstétrique à la FMOS ;
- Praticien hospitalier au service de Gynécologie-Obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Gabriel TOURE ;
- Titulaire d'un diplôme interuniversitaire d'échographie et de cœlioscopie en gynécologie et obstétrique en France ;
- Titulaire d'un diplôme de formation médicale spécialisée approfondie en gynécologie obstétrique de l'université Paris Descartes ;
- Membre et Secrétaire Général Adjoint de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique (SOMAGO).

Cher Maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Nous vous remercions pour l'accueil, les conseils et votre modestie qui nous ont particulièrement marqués et contribués à l'élaboration de ce travail. Nous vous présentons nos sincères remerciements et notre gratitude.

À notre Maître et membre du Jury

Dr Issa COULIBALY

- Maître-assistant en Gestion à la Faculté de Pharmacie ;
- Praticien hospitalier au CHU Pr Bocar Sidy SALL de Kati ;
- Chef de service des examens et concours de la Faculté de Pharmacie ;
- Master en management des établissements de santé ;
- Titulaire d'un PhD en sciences de gestion option gestion des services de santé ;
- Ancien président de l'ordre des pharmaciens dans la région de Koulikoro.

Cher Maître,

Nous sommes honorés de bénéficier de votre présence dans ce jury. Votre soutien et votre expertise ont été d'une importance capitale pour l'amélioration de la qualité de ce travail.

Votre passion pour la recherche et votre dévouement envers l'avancement du savoir ont été d'une grande inspiration pour nous. Trouvez ici cher maître l'expression de notre profonde gratitude.

À notre Maître et Co-directeur

Dr Jean Paul TCHAPEBONG

- Titulaire d'un Master en santé publique option épidémiologie ;
- Membre de la Société Malienne d'épidémiologie ;
- Membre de l'association Climates-Mali ;
- Secrétaire du comité scientifique de la de la 6^e conférence de l'AfEA et du premier congrès de la SOMEPI.

Cher Maître,

En vous, nous avons trouvé rigueur et amour pour le travail bien fait et le sens élevé du devoir. Ce travail est le fruit de votre volonté, de votre disponibilité et surtout de votre savoir-faire. Votre intérêt pour l'excellence fait de vous un homme de classe exceptionnelle, toujours à l'écoute et à l'attention des autres. Les mots me manquent pour vous remercier de votre encadrement. Nous vous prions, chère Maître, d'accepter nos sincères remerciements.

À notre Maître et Directeur de thèse

Pr Sékou BAH

- Professeur titulaire de pharmacologie à la Faculté de Pharmacie (FAPH) ;
- Vice doyen de la FAPH ;
- Chef de service de la Pharmacie Hospitalière du CHU point G ;
- Titulaire d'un PhD en pharmacologie ;
- Titulaire d'un master en santé communautaire internationale ;
- Membre du Comité Technique de Pharmacovigilance.

Cher Maître,

Nous sommes très fiers d'avoir compté parmi vos élèves. Au-delà de votre expertise académique, nous avons été émerveillé par votre richesse intellectuelle, votre bienveillance et votre disponibilité. C'est un honneur et un privilège pour nous que vous ayez acceptés de diriger ce travail. Vos enseignements et vos conseils ont largement contribué à notre formation. Honorable maître, trouvez en ces quelques mots notre reconnaissance pour toutes les connaissances transmises.



TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES

SIGLES ET ABRÉVIATIONS	xvii
LISTE DES TABLEAUX	xix
LISTE DES FIGURES	xx
1 INTRODUCTION	1
2 OBJECTIFS	3
2.1 Objectif général	3
2.2 Objectifs spécifiques	3
3 REVUE DE LA LITTÉRATURE	5
3.1 Généralités	5
3.1.1 Définition des concepts clés.....	5
3.1.2 Historique de la contraception.....	6
3.1.3 Différentes méthodes modernes de contraception.....	7
3.1.4 Efficacité des différentes méthodes contraceptives selon l'indice de Pearl.....	16
3.2 Études antérieures	18
4 MÉTHODOLOGIE	27
4.1 Cadre d'étude	27
4.2 Lieu de l'étude	28
4.3 Type d'étude	28
4.4 Période de l'étude	28
4.5 Populations d'étude	28
4.5.1 Population générale.....	28
4.5.2 Population source.....	28
4.5.3 Population cible.....	28
4.6 Échantillonnage	28
4.6.1 Techniques d'échantillonnage :.....	28
4.6.2 Calcul de la taille de l'échantillon.....	29
4.7 Critères de l'étude	29
4.7.1 Critères d'inclusion.....	29
4.7.2 Critères d'exclusion.....	29
4.8 Technique de collecte des données	29
4.8.1 Variables collectées.....	30
4.8.2 Diagramme de flux.....	31
4.9 Traitement et analyse des données	31
4.10 Diagramme de Gantt	32
4.11 Considérations éthiques	33
5 RÉSULTATS	35
5.1 Caractéristiques sociodémographiques des étudiants enquêtés	35
5.2 Connaissances des étudiants sur les contraceptions dans les différentes facultés et	

instituts des universités publiques du district de Bamako	37
5.3 Attitudes des étudiants vis-à-vis des contraceptions.	41
5.4 Pratique des méthodes de contraception par les étudiants	44
5.5 Étude des facteurs qui influencent l'utilisation des contraceptifs dans les universités publiques du district de Bamako.	48
5.5.1 Connaissances des contraceptions selon les caractéristiques socio démographiques des étudiants. 48	
5.5.2 Attitudes des étudiants selon leurs connaissances de la contraception et leurs caractéristiques socio-démographiques.....	50
5.5.3 Pratiques des hommes selon leurs caractéristiques socio-démographiques, leurs connaissances, et leurs attitudes dans la pratique de la contraception.	53
6 COMMENTAIRES ET DISCUSSION	56
6.1 Limites et difficultés de l'étude	56
6.2 Caractéristiques sociodémographiques	56
6.3 Niveau de connaissances des étudiants sur la contraception	57
6.4 Attitudes des étudiants vis-à-vis de la contraception	58
6.5 Pratiques de la contraception par les étudiants	59
7 CONCLUSION	62
8 RECOMMANDATIONS	64
9 RÉFÉRENCES	65
10 ANNEXES	72



**LISTES DES SIGLES ET
ABREVIATIONS**

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

-	Moins
%	Pourcentage
+	Plus
=	Égale
≤	Inferieur ou égale
>	Supérieur
AEPEs :	Association des Etablissements Privés de l'Enseignement Supérieur
AMPPF :	Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille
ARDECOM :	Association pour la Recherche et le Développement de la Contraception Masculine
BNS :	Besoins Non Satisfaits
CIPD :	Conférence Internationale sur la Population et le Développement
CSCOM :	Centre de Santé Communautaire
CSREF :	Centre de Santé de Référence
DIU :	Dispositif Intra Utérin
EDS :	Enquête Démographique et de Santé
FAPH :	Faculté de Pharmacie
FDPRI :	Facultés de Droit Privé
FDPU :	Faculté de Droit Public
FHG :	Faculté d'histoire et géographie
FLLSL :	Faculté des lettres, des langues et des sciences du langage
FMOS :	Faculté de Médecine et d'odonto-stomatologie
FSEG :	Facultés des sciences économiques et de gestion
FSHSE :	Faculté des Sciences Humaines et des Sciences de l'Éducation
FST :	Faculté des Sciences et Techniques
IEC :	Information Éducation Communication
ISA :	Institut des Sciences Appliquées
ISF :	Indice Synthétique de Fécondité
ISFRA :	Institut Supérieur de Formation et de Recherche Appliquée
IST :	Infections Sexuellement Transmissibles
NTIC :	Nouvelles Technologies d'Informations et Communications
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONU :	Organisation des Nations Unies
PCU :	Pilule Contraceptive d'Urgence
PF :	Planification Familiale
ULSHB :	Université des Lettres et Sciences Humaines de Bamako
USJPB :	Université des Sciences Juridiques et Politiques de Bamako
USSGB :	Université des Sciences Sociales et de Gestion de Bamako
USTTB :	Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako
VIH :	Virus de l'Immunodéficience Humaine



**LISTES DES TABLEAUX ET
DES FIGURES**

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Efficacité des méthodes contraceptives.....	17
Tableau II : Chronogramme de l'étude	32
Tableau III : Effectifs et fréquences des étudiants dans les différentes facultés et instituts des universités d'État du district de Bamako selon leurs Caractéristiques sociodémographiques.	35
Tableau IV : Effectifs et fréquences des étudiants selon leurs connaissances sur les méthodes contraceptives dans les différentes facultés et instituts des universités publiques du district de Bamako.	37
Tableau V : Effectif des étudiants selon leurs attitudes au sujet des méthodes de contraception dans les différentes facultés et instituts des universités publiques du district de Bamako.	41
Tableau VI : Effectifs et pourcentage des étudiants selon leurs pratiques des méthodes contraceptives dans les différentes facultés et instituts des universités publiques du district de Bamako	44
Tableau VII : Facteurs qui influencent la connaissance sur la contraception dans les universités publiques du district de Bamako.	48
Tableau VIII : Étude de l'association entre la Connaissance de la contraception et l'opinion des hommes sur la pratique de la contraception dans les universités publiques du district de Bamako.	50
Tableau IX : Étude des facteurs qui influencent l'implication des hommes dans la pratique de la contraception dans les universités publiques du district de Bamako.....	51
Tableau X : Facteurs qui influencent l'utilisation ancienne ou actuelle d'une méthode de contraception dans les universités publiques du district de Bamako.....	53
Tableau XI : Étude de l'association entre la connaissance de la contraception, l'opinion sur la pratique de la contraception et l'utilisation d'une méthode de contraception dans les universités publiques du district de Bamako.	55

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Dispositif intra-utérin	8
Figure 2 : Préservatif masculin	8
Figure 3 : Préservatif féminin.	8
Figure 5 : Cape cervicale	9
Figure 6 : Spermicide en pommade	9
Figure 7 : Contraceptif combiné (pilules).....	11
Figure 8 : Structure chimique de l'éthynylestradiol	11
Figure 9 : Structure chimique de l'œstradiol	11
Figure 10 : Structure chimique du lévonorgestrel	12
Figure 11 : Structure chimique du désogestrel	12
Figure 12 : Structure chimique du gestodène	12
Figure 13 : Structure chimique de la Norgestimate	12
Figure 14 : Structure chimique du Chlormadinone.....	13
Figure 15 : Structure du drospirénone.....	13
Figure 16 : Structure chimique du Diénogest	13
Figure 17 : Patch contraceptif	14
Figure 18 : Anneau contraceptif	14
Figure 19 : Implant progestatif.....	15
Figure 20 : Progestatif injectable	15



INTRODUCTION

1 INTRODUCTION

La contraception est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme étant « l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter »(1). Au niveau sanitaire, elle permet d'améliorer la santé maternelle par l'espacement de grossesses, de réduire la morbidité et la mortalité infantile(2). En 2019, sur 1,9 milliard de femmes en âge de procréer (15-49 ans) dans le monde, elles sont 1,1 milliard à avoir besoin de planification familiale ; parmi celles-ci, 842 millions utilisent des méthodes de contraception, et 270 millions n'ont pas accès à la contraception dont elles ont besoin (3). En plus, 26 à 53 millions d'avortements sont pratiqués chaque année, car sont pour la plupart des grossesses non désirées(4). Ces problèmes constituent une réelle inquiétude pour la santé publique et l'économie des pays en voie de développement (5).

La population mondiale en 2017 était d'environ 7,5 milliards de personnes et 17 % de celle-ci venait de l'Afrique, qui comptera plus de la moitié de la population globale en 2050 si rien n'est fait (6).

Au Mali, l'introduction des méthodes modernes de contraception a été consécutive à la création de l'Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille (AMPPF) en 1971 et à la réorientation de la politique de santé maternelle et infantile (7). Selon l'Enquête Démographique et Santé VI (EDS VI) au Mali en 2018, la prévalence contraceptive était de 16 % au niveau national, de 22 % dans le District de Bamako et était estimée à 21 % en milieu urbain contre 15 % en milieu rural (8).

Depuis les années 1960, les programmes de planification familiale organisée dans les pays en développement se sont principalement concentrés sur les femmes, avec moins d'attention à la participation des hommes (9). Peu d'études se sont intéressées sur la question de la contribution, les perceptions et les expériences des hommes concernant la contraception, en gardant à l'esprit l'importance de la coopération, l'égalité des sexes et de l'inclusion de tous les acteurs dans la promotion d'une santé sexuelle et reproductive épanouissante pour tous. Ce sujet reste encore sensible au Mali en vertu des convenances sociales, morales et culturelles.

Néanmoins, il y'a eu des efforts visant à améliorer l'équilibre entre les sexes qui se sont accrus à la suite de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) de 1994 (9). Malgré ces efforts, la prévalence contraceptive du Mali reste encore faible peut-être à cause de la non-implication des hommes dans le processus, car 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 (10). Ces différentes observations nous ont conduits à mener l'étude sur les « connaissances, attitudes et pratique des hommes sur les contraceptions ».

Question de recherche

- Quelles sont les connaissances, attitudes et pratiques des hommes sur les contraceptions ?

Hypothèses de recherche

- Les hommes ayant de bonnes connaissances sur les contraceptions sont plus enclins à participer activement à la pratique de la contraception.
- Les hommes qui ont des attitudes positives envers la contraception sont plus susceptibles d'utiliser des méthodes contraceptions.

2 OBJECTIFS

2.1 Objectif général

Étudier les connaissances, attitudes et pratiques des étudiants sur les contraceptions dans les universités publiques du District de Bamako.

2.2 Objectifs spécifiques

- ✓ Décrire les caractéristiques socio-démographiques des étudiants dans les universités publiques du District de Bamako ;
- ✓ Déterminer les connaissances des étudiants dans les universités publiques du District de Bamako sur les contraceptions ;
- ✓ Déterminer les attitudes et pratiques des étudiants dans les universités publiques du District de Bamako sur les contraceptions ;
- ✓ Identifier les facteurs qui influencent la pratique de la contraception chez les étudiants dans les universités publiques du District de Bamako.



REVUE DE LA LITTERATURE

3 REVUE DE LA LITTÉRATURE

3.1 Généralités

3.1.1 Définition des concepts clés

- Connaissances sur les contraceptions : c'est le moyen par lequel les individus apprennent la notion de contraception, les différentes méthodes de contraceptions, leurs risques et avantages, ainsi que la façon de les utiliser, à partir d'une grande variété de sources : amis et famille, les médias électroniques et imprimés, les professionnels de la santé et le matériel éducatif qu'ils distribuent, des institutions telles que écoles et collèges et de nombreuses ressources communautaires. Il s'agit également de savoir le but des contraceptions, le lieu de procuration de ces méthodes de contraceptions et les type de méthodes de contraception (11).
- Attitudes vis-à-vis des contraceptions : les attitudes par rapport aux contraceptions font référence aux opinions, croyances, sentiments et comportements des individus envers les méthodes de contrôle des naissances. Ces attitudes peuvent varier considérablement d'une personne à l'autre en fonction de facteurs tels que la culture, la religion, l'éducation, les normes sociales, l'âge et l'expérience personnelle (12). Certaines personnes ont des attitudes positives envers les contraceptions. Elles considèrent qu'elles sont un moyen efficace pour prévenir les grossesses non désirées, espacer les naissances, et contrôler le nombre d'enfants qu'ils souhaitent avoir. Ces personnes peuvent soutenir activement l'accès à une gamme de méthodes contraceptives et encourager leur utilisation. D'autres peuvent être plus réticentes à l'égard des contraceptions, principalement en raison de raisons culturelles, religieuses ou éducatives. Certaines croyances ou préjugés peuvent conduire à une désapprobation des méthodes contraceptives et à une préférence pour des méthodes naturelles ou l'abstinence (13). Certaines personnes peuvent se montrer indifférentes aux contraceptions, ne considérant pas cet aspect comme étant essentiel dans leur vie ou pour leur bien-être. Elles peuvent ne pas avoir d'opinion forte sur la question et n'accorder que peu d'importance à son utilisation (12).
- Pratiques des contraceptions : la pratique des méthodes contraceptives fait référence à l'utilisation délibérée de techniques, dispositifs ou médicaments spécifiques pour empêcher ou réduire la probabilité de grossesse lors d'activités sexuelles. L'objectif principal de la contraception est de permettre aux individus ou aux couples de contrôler leur fécondité et de prendre des décisions éclairées concernant le moment et le nombre

de leurs grossesses (14). Il sera question de rechercher si les individus utilisent une ou plusieurs méthode(s) de contraception, dans quel but ils les utilisent, le responsable de la décision et frais de la pratique de la contraception dans le couple ainsi que le lieu de procuration des différentes méthodes qu'ils utilisent.

3.1.2 Historique de la contraception

3.1.2.1 Dans le monde

Les premiers à pratiquer la contraception étaient les Mésopotamiens en 17^e siècle avant Jésus-Christ. Leur moyen de contraception était très primitif, consistant à introduire une pierre arrondie dans leur vagin, pour éviter que le sperme atteigne l'utérus (15). Ces méthodes restant valables pour certaines cultures ont simplement évolué au cours des siècles. Selon les différentes civilisations, certains recourent à des méthodes plus radicales telles que l'avortement ou l'homicide de leur enfant. Cela concerne notamment les Grecs et les Romains (15). D'après David SERFATY, la limitation de naissance est présente depuis les époques reculées montrant la constante volonté de l'espèce humaine à échapper à la fatalité de la reproduction naturelle. Cette limitation des naissances pouvait être combattue pour des raisons morales, infanticides ou même religieuses, car la procréation était considérée comme une obligation religieuse (16).

Depuis l'antiquité à nos jours, les choses ont bien évoluées. C'est au XVII^e siècle qu'on a révolutionné le monde avec un préservatif masculin à base d'herbes (16). Le préservatif est devenu non seulement un moyen de prévention de grossesse, mais également une méthode de protection contre les maladies sexuellement transmissibles. Les injections intravaginales sont apparues plus ou moins en parallèle avec des préservatifs. Quant aux contraceptifs plus modernes, il a fallu attendre le XX^e siècle pour la naissance de la pilule, du stérilet ou du patch contraceptifs. En 1930, le premier dispensaire français de contrôle des naissances est créé par le docteur Jean DALSAE (1893-1970) à Suresnes, dans lequel il réalise des consultations sur la contraception (17).

En 1951, aux États-Unis, le Dr Gregory PINCUS commence à travailler sur les hormones sexuelles et met au point avec son équipe, cinq ans plus tard, une combinaison de progestérone et d'œstrogène de synthèse capable de bloquer l'ovulation : c'est la première pilule, baptisée Enovid®. La pilule est commercialisée pour la première fois en Allemagne Fédérale dès 1956, avant même que la vente ne soit autorisée (en 1960) dans le pays de son invention (17).

Le 1^{er} juin 1999, la pilule du lendemain, Norlevo® fait son apparition en France dans toutes les pharmacies et sans obligation d'ordonnance, car il agit avant la nidation et qu'il ne possède

pas de contre-indication particulière. En 2000, la contraception d'urgence devient accessible aux mineures en pharmacie dans les centres de planification et d'éducation familiale, de façon anonyme, gratuite et sans prescription. Dans certains cas, il est aussi possible de se la procurer par le biais de l'infirmière scolaire (17).

3.1.2.2 *En Afrique (18)*

La régulation des naissances à travers un espacement long entre les naissances a toujours été pratiquée en Afrique. Elle visait surtout la sauvegarde de la santé de la famille, en particulier celle de la mère et de l'enfant. La continence et l'abstinence sont ainsi les plus vieilles méthodes que l'on rencontre dans tous les pays et les continents. En Afrique, elles ont constitué de tout temps la meilleure façon d'espacer les naissances ; elles étaient traditionnellement pratiquées par les couples en vue de garder un grand nombre d'enfants en vie. Depuis plus d'une trentaine d'années, les pays anglophones d'Afrique, à l'exemple du Ghana, du Kenya, du Botswana, etc., ont mis sur pied des programmes ambitieux de planification familiale. Dans certains pays, la mise en œuvre des programmes de PF a pour objectif la réduction du niveau de fécondité en fournissant à la population les méthodes contraceptives d'arrêt des naissances. C'est le cas de la Tunisie, du Maroc, du Rwanda, du Zimbabwe, etc. Mais dans d'autres pays d'Afrique francophone, c'est essentiellement la sauvegarde de la santé de la mère et de l'enfant à travers un espacement long entre les naissances.

3.1.3 Différentes méthodes modernes de contraception

En général, les contraceptifs ont un mécanisme d'action à trois niveaux essentiellement :

- une action centrale : au niveau de l'axe hypothalamo-hypophysaire qui a pour conséquence un blocage de l'ovulation ;
- une action locale : au niveau de l'utérus qui empêche la nidation ;
- une action barrière : qui consiste à détruire les spermatozoïdes ou à entraver leur progression.

3.1.3.1 Méthodes non hormonales

3.1.3.1.1 Méthodes barrières

Ces méthodes font obstacle au passage des spermatozoïdes ou inactivent et/ou détruisent ces derniers avant leur arrivée dans l'utérus.

- Dispositif intra-utérin au cuivre



Figure 1 : *Dispositif intra-utérin (19)*

Il s'agit d'un petit dispositif composé de cuivre et d'une matière plastique souple qui est insérée dans l'utérus par un praticien de la santé. Il modifie la paroi utérine et empêche les spermatozoïdes d'atteindre l'ovule. Il a l'avantage d'avoir un taux d'échec très bas et une longue durée d'utilisation mais il peut causer des risques d'infections pelviennes en cas d'IST et ainsi entraîner une infertilité (20).

- Préservatifs masculins et féminins



Figure 2: *Préservatif masculin(21)*



Figure 3: *Préservatif féminin (22)*

Très ancien, il existe de nos jours sous la forme de latex et constitue une barrière physique imperméable au sperme, aux sécrétions vaginales et au sang. L'utilisation du préservatif masculin nécessite des règles précises : le placer sur le pénis en érection et le dérouler, laisser un espace, entre le gland et le fond du préservatif afin de recueillir le sperme. Quant à l'utilisation du préservatif féminin, il suffit de plier l'anneau rigide en forme de 8 et le

placer ainsi dans le vagin. Utiliser un préservatif pour un rapport sexuel (23).

- Diaphragme et cape cervicale.



Figure 4 : Cape cervicale (24)

Le diaphragme semblable à la cape cervicale est un morceau de caoutchouc ou de silicone introduit par voie vaginale afin de recouvrir l'entrée du col utérin. Pour une efficacité maximale, il est recommandé d'utiliser un agent spermicide à l'intérieur du diaphragme. Ils ne doivent être retirés que 8h après le rapport sexuel et ne doivent pas être utilisés en cas de collapsus (25).

- Spermicides



Figure 5 : Spermicide en pommade (26)

Ce sont des produits chimiques associant un agent tensio-actif à un agent bactéricide. Ils sont placés 10 minutes avant les rapports sexuels dans le vagin. Chaque nouvel acte nécessite l'utilisation d'un autre spermicide, la durée de leur action est de 3 heures. Il est inadéquat de faire une toilette vaginale à l'eau savonneuse surtout dans les 3 heures qui suivent l'acte sexuel. Pendant l'utilisation d'un spermicide, éviter l'utilisation concomitante d'autres ovules. Les spermicides contribuent à la protection contre les IST/SIDA et le cancer du col de l'utérus (27).

3.1.3.1.2 Méthodes naturelles de contraception

- Méthodes de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (17).

Elle est efficace lorsque l'allaitement est fait exclusivement au sein et à tout moment. Elle est d'autant plus efficace lorsque la nourrice fait une aménorrhée pendant les six premiers mois.

Elle ne procure pas à la maman une protection contre les IST/SIDA.

- Le Coït interrompu (technique de retrait) (23).

C'est l'interruption du rapport avant l'éjaculation. Son efficacité est liée à la maîtrise du partenaire, chaque nouveau rapport sexuel nécessite un nettoyage préalable. Elle peut être frustrante pour la femme et l'homme qu'elle oblige à se retirer au moment de l'orgasme. C'est une méthode inadéquate pour les éjaculateurs précoces et les femmes anxieuses qui ne peuvent se détendre de peur que l'homme ne se retire à temps.

- La méthode de température (3).

Elle est basée sur l'hyperthermie provoquée par la progestérone sécrétée par le corps jaune. Elle suppose qu'il n'y a qu'une seule ovulation par cycle et que la courbe thermique doit bien être précise et interprétable. Certaines femmes, telles que celles ayant une ovulation irrégulière, une maladie métabolique ou qui travaillent la nuit ne peuvent l'utiliser.

- La méthode d'OGINO-KNAUS (17).

Elle se base sur la connaissance du cycle et suppose que l'ovulation se passe au 14^e jour après l'apparition des règles. Ainsi quatre (4) jours avant l'ovulation et quatre (4) jours après l'ovulation constitue théoriquement la période féconde.

- La méthode de la glaire cervicale ou méthode de BILLINGS (28).

Elle est basée sur les modifications cycliques de la glaire cervicale. Au voisinage de l'ovulation, elle est abondante, filante et favorable au rapport fécond.

3.1.3.1.3 Stérilisation à visée contraceptive ou méthodes chirurgicales

- La vasectomie (29)

La vasectomie constitue la méthode de contraception chirurgicale appliquée aux hommes. Elle consiste à couper les canaux déférents des testicules. Cette méthode est irréversible et donc nécessite le consentement obligatoire du concerné.

- La ligature des trompes (30)

C'est une intervention permanente d'obturation des trompes au cours de laquelle un petit ressort est logé dans chacune des trompes de Fallope. Ces micro-implants travaillent avec le corps pour former une barrière naturelle qui empêche le sperme de se rendre aux ovules.

3.1.3.2 Méthodes hormonales

C'est un moyen de contraception qui utilise des hormones très proches de celles produites par les ovaires (œstrogènes et progestérone) et qui bloque l'ovulation au niveau des ovaires et/ou provoque des modifications au niveau des trompes, l'endomètre et la glaire

cervicale empêchant la pénétration des spermatozoïdes à travers le col utérin et rendant la nidation de l'œuf fécondé dans l'endomètre impossible. La contraception hormonale se présente sous différentes formes galéniques : comprimé oral (pilule), dispositif transdermique (patch), anneau vaginal, implant sous-cutané, injectable en intramusculaire à longue durée d'action et dispositif intra-utérin (DIU). Les contraceptions orales peuvent être composées soit d'un progestatif seul, soit d'une association œstrogénique (ou contraceptifs combinés). Il existe plusieurs types de contraception hormonale selon la composition et la voie d'administration (31).

3.1.3.2.1 Méthodes œstroprogestatives

- Pilules contraceptives œstroprogestatives

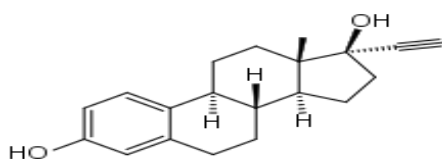


Figure 6 : Contraceptif combiné (32)

Les différents contraceptifs œstroprogestatifs oraux ou contraceptifs oraux combinés se différencient par (32) Bü:

Le type et la dose d'œstrogène :

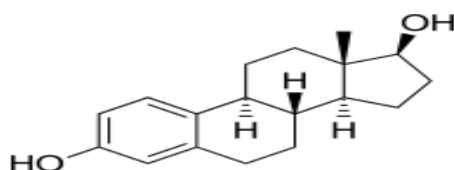
- L'éthynylestradiol à la dose unitaire de 10 à 40µg,
- **Structure chimique :**



Formule brute (33): $C_{20}H_{24}O_2$

Figure 7 : Structure chimique de l'éthynylestradiol (34)

- L'œstradiol à la dose unitaire de 1 à 3 mg
- **Structure chimique :**



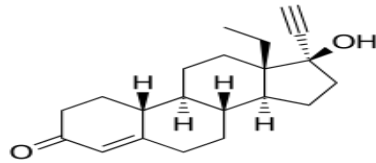
Formule brute (33): $C_{18}H_{24}O_2$

Figure 8 : Structure chimique de l'œstradiol (35)

Le type de progestatif :

2e génération; lévonorgestrel

- **Structure chimique :**

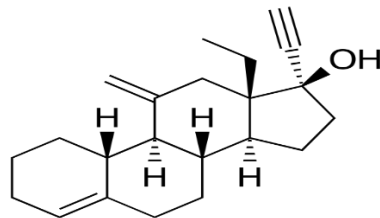


Formule brute (33): C₂₁H₂₈O₂

Figure 9 : Structure chimique du lévonorgestrel (35)

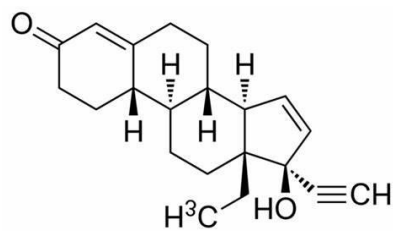
3e génération : désogestrel, gestodène et norgestimate ;

- **Structures chimiques :**



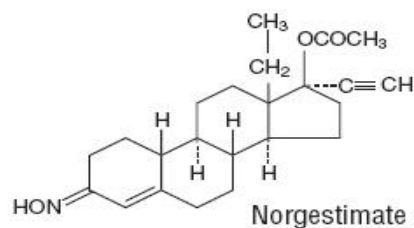
Formule brute (33): C₂₂H₃₀O

Figure 10 : Structure chimique du désogestrel (35)



Formule brute (33): C₂₁H₂₆O₂

Figure 11 : Structure chimique du gestodène (35)

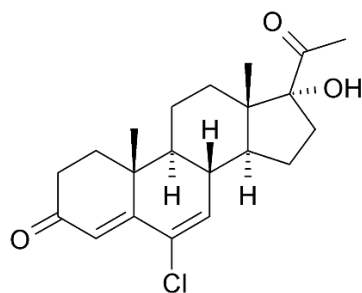


Formule brute (33): C₂₃H₃₁NO₃

Figure 12 : Structure chimique de la Norgestimate (35)

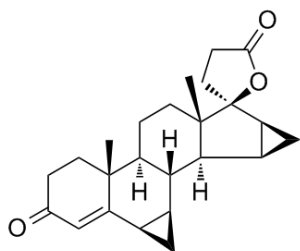
4e génération : chlormadinone, drospirénone et diénogest ;

- **Structures chimiques :**



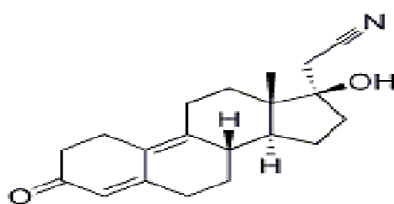
Formule brute (33): C₂₁H₂₇ClO₃

Figure 13_: Structure chimique du Chlormadinone (35)



Formule brute (33): C₂₄H₃₂O₄

Figure 14 : Structure du drospirénone (35)



Formule brute (33): C₂₀H₂₅NO₂

Figure 15 : Structure chimique du Diénogest (35)

Le type d'association : nous retrouvons 4 types pour les pilules oestroprogestatives (18) ;

- Monophasique : œstrogènes et progestatifs sont à dose fixe pendant toute la durée du traitement,
- biphasique : 2 paliers pour la dose d'œstrogène et de progestatif (2 types de comprimés),
- triphasique : 3 paliers pour la dose d'œstrogène et de progestatif (3 types de comprimés),
- multiphasique : plus de 3 paliers pour la dose d'œstrogène et de progestatif (plus de 3 types de comprimés).

Les associations biphasiques, triphasiques et multiphasiques ont été commercialisées dans le but de mimer les concentrations d'hormones d'un cycle menstruel normal et de diminuer les quantités de stéroïdes données aux femmes ; toutefois, aucun avantage clinique ne leur est attribué.

- Patch contraceptif



Figure 16 : Patch contraceptif (35)

C'est un timbre qui se colle sur la peau et qui contient un œstrogène et un progestatif qui traversent la peau et passe progressivement dans la circulation sanguine. Le patch protège pendant 4 semaines. Chaque semaine pendant trois semaines, il faut coller un patch. La quatrième semaine, il ne faut pas mettre de patch : des saignements vont alors apparaître (30).

- Anneau contraceptif (25) :



Figure 17 : Anneau contraceptif (36)

Il est transparent et souple, mesurant environ 54 mm. On l'insère au fond du vagin pour une période de trois semaines, les hormones qu'il contient sont absorbées grâce à la chaleur du vagin. Ensuite, l'anneau est retiré pour une période 7 jours pendant laquelle la femme a ses menstruations.

3.1.3.2.2 Méthodes progestatives

- Pilules contraceptives progestatives (37).

Elles ont certains avantages tels que : atténuent les douleurs menstruelles, diminuent l'abondance des saignements mensuels et par conséquent l'anémie, n'interfèrent pas sur l'allaitement maternel, elles fournissent une protection contre les maladies inflammatoires du pelvis, mais ne protègent pas contre les IST/SIDA.

Cas particulier de la contraception d'urgence (37) : C'est un comprimé microdosé composé d'un progestatif de synthèse pris par voie orale. Elle est surtout indiquée dans les cas de : Rupture ou d'oubli de préservatif, oubli de la COC au-delà du délai maximal acceptable,

expulsion d'un DIU, échec d'un coït interrompu, viol, etc.

Posologie : Elle se prend dans les 72 h suivant un rapport supposé fécondant à risque.

- Dispositif intra-utérin progestatif (38).

C'est une méthode très ancienne. Les DIU sont très variables dans leurs formes et leurs compositions faites de progestérone. Les effets contraceptifs du DIU sont :

- Accélération du péristaltisme tubaire
- Le stérilet en contact avec la muqueuse utérine favorise la libération de la prostaglandine, elle a une action inhibitrice sur le corps jaune et elle est indispensable au développement de l'œuf. En plus du cuivre contenu dans le DIU, il a une action sur la glaire cervicale en le rendant hostile à l'ascension des spermatozoïdes. Il présente également de nombreux inconvénients parmi lesquels la non-protection contre les IST/SIDA.

- Implant progestatif (38).



Figure 18: Implant progestatif (39)

C'est une méthode hormonale de longue durée d'action (5 ans) et efficace. Elle est réversible et utilise un progestatif retard (lévonorgestrel), inséré en sous cutané à la face interne d'un bras diffusant à travers 2 capsules en sil-astic. Son action commence dans les 24 heures après l'insertion. Il n'affecte pas l'allaitement et ne protège pas contre les IST/SIDA.

- Progestatifs injectables (31)



Figure 19 : Progestatif injectable (40)

Leur mécanisme d'action est le suivant : Inhibition partielle de l'ovulation, épaissement de la glaire cervicale, atrophie de l'endomètre. Ils sont très efficaces avec 2 ou 3 mois de durée

d'action. Ils ne protègent malheureusement pas contre les IST/SIDA et ont des effets secondaires (dysménorrhée, spotting).

Contre-indications des contraceptifs hormonaux (41)

- Présence ou antécédents personnels ou familiaux de thrombose veineuse ou artérielle.
- Présence d'un facteur de risque sévère ou de plusieurs facteurs de risque de thrombose veineuse ou artérielle,
- Pathologie oculaire d'origine vasculaire
- Troubles sensoriels aigus, notamment troubles de la vue ou de l'audition ;
- Antécédents de migraine avec signes neurologiques focalisés tels que l'aura ; symptômes primaires de céphalées accompagnés de troubles de la sensation, de la perception ou du mouvement ;
- Troubles moteurs (en particulier parésie) ;
- Crises d'épilepsie répétées, troubles du métabolisme lipidique tumeur maligne hormonodépendante connue ou suspectée (organes génitaux, sein).
- Infection de l'appareil génital (vaginite, cervicite), l'existence de fibrome, de cardiopathie, de polypes endocavitaires, de malformations, sensibilité au cuivre dans le cas des DIU.

Effets secondaires des contraceptifs hormonaux (17)

- Des troubles du cycle comme l'aménorrhée, l'irrégularité des règles, le spotting.
- Le saignement prolongé, métrorragie, dysménorrhée.
- Trouble de l'humeur, acné, maux de tête, modification de l'appétit, nausées, perte de la libido, prise de poids, sécheresse vaginale.

3.1.4 Efficacité des différentes méthodes contraceptives selon l'indice de Pearl (31)

L'efficacité théorique d'une méthode contraceptive se mesure par l'indice de Pearl qui correspond au pourcentage de grossesses « accidentelles » sur un an d'utilisation optimale de la méthode contraceptive concernée. Un indice de Pearl de 2 signifie que 2 femmes sur 100 utilisant la méthode contraceptive analysée pendant un an ont été enceintes dans l'année. L'efficacité pratique est quant à elle calculée sur l'ensemble de l'échantillon, y compris les couples n'ayant pas respecté la méthode concernée, c'est-à-dire oubli de la pilule, usage incorrect du préservatif, etc. L'écart entre l'efficacité théorique et pratique traduit en général une utilisation complexe ou contraignante du moyen contraceptif. Ainsi, l'écart entre l'efficacité théorique et pratique est grand pour la pilule (oublis fréquents), le préservatif (ruptures ou mises en place incorrectes) et les méthodes naturelles (difficultés liées aux

contraintes d'auto-observation). Seuls les préservatifs masculins et féminins protègent des infections sexuellement transmissibles (IST).

Le tableau ci-dessous nous montre l'efficacité pratique des méthodes contraceptives selon l'OMS en 2011.

Tableau I : Efficacité des méthodes contraceptives

Méthodes contraceptives	Indice de Pearl	Efficacité pratique
Pilules Oestroprogestatives	0,3	8
Pilules progestatives	0,3	8
DIU au lévonorgestrel	0,2	0,2
DIU au cuivre	0,6	0,8
Préservatifs masculins	2	15
Préservatifs féminins	5	21
Spermicides	18	29
Diagramme avec spermicides	6	16
Cape cervicale	9-26	16-32
Méthodes naturelles	1-9	20
Implants	0,05	0,05
Injectable progestatif	0,3	3
Patch oestroprogestatif	0,3	8
Anneau vaginal	0,3	8
Vasectomie	0,1	0,15
Stérilisation féminine	0,5	0,5
Pas de méthode	85	85

3.2 Études antérieures

Plusieurs études abordant la contraception dans différents pays à travers le monde ont été menées au cours de cette décennie, même si peu d'entre elles se sont penchées sur la question de l'homme que ce soit en milieu scolaire, étudiantin, en zone rurale ou encore en milieu urbain. Néanmoins, les thèmes suivants ont attiré notre curiosité :

- **Déterminants de l'attitude des hommes face à la pratique de la contraception moderne des femmes en milieu rural burkinabè par André KONDITAMDE (42).**

En 2015, la prévalence contraceptive au Burkina Faso reste faible avec 30,8 % en milieu urbain contre 10,8 % en milieu rural. Une étude qualitative effectuée dans le village de Bogodogo montre par ses résultats l'explication de l'attitude des hommes vis-à-vis des contraceptifs : Certains sont réceptifs à cause des logiques sociales en matière de procréation, des questions de santé, garder sa femme jeune ; d'autres par contre moins réceptifs, car : le désir d'une progéniture nombreuse, les rumeurs, les effets secondaires, ceux qui rattachent la contraception à l'avortement, la débauche sexuelle chez la femme. De nombreux hommes avouent se sentir exclus de la configuration organisationnelle de l'usage des contraceptifs.

- **Connaissances, attitudes et pratiques de planification familiale des hommes dans le nord du Nigeria par Duze Mustapha C (43).**

Au Nigeria, il y a une grande connaissance de la contraception moderne par les femmes et les hommes. L'analyse des effets variables a montré que l'attitude des hommes a un grand impact sur l'usage des contraceptifs par les femmes. Une attitude positive de l'homme face à la contraception donne 8 à 10 fois plus de chance à la femme de pratiquer la contraception moderne en notant que les hommes n'étaient favorables à la contraception que si le personnel de santé faisait allusion à l'espacement des naissances ou aux questions de santé au lieu des avantages économiques que cela pourrait engendrer.

- **Influence de l'homme sur les besoins non satisfaits en matière de planification familiale (bns/pf) chez les femmes en union au Bénin par les auteurs : AFFO Alfonse, Djogbenou Robert, Avakoudjo Josué, Saizonou Jacques, Acotcheou Pacome, Dansou Justine et Degbey Cyriaque (44).**

Les données ayant servi aux analyses proviennent de la 4^e édition de l'Enquête démographique et de santé (EDS) réalisée au Bénin en 2011-2012. les résultats montraient que la probabilité pour la femme d'exprimer les BNS en PF diminue avec l'âge de son conjoint comparativement aux femmes dont le conjoint est âgé de moins de 30 ans, le niveau d'instruction du conjoint a également un effet significatif sur les BNS, les femmes dont les conjoints n'ont aucun niveau

d'instruction jouent également ; les femmes dont le conjoint approuve la PF court 0,8 fois moins de risque d'avoir.

- **Les perceptions et les attitudes des hommes musulmans à l'égard de la planification familiale : une étude qualitative dans les comtés de Wajir et de Lamu au Kenya par Abdi Batula, Okal Jerry, Serour Gamal et Temmerman Marleen (45).**

Les données ont été recueillies entre juillet et octobre 2018 pour explorer les connaissances des participants de Wajir et Lamu sur l'utilisation des contraceptifs. 36 % de la population n'avait pas d'éducation et 43 % avaient fait des études secondaires ou supérieures. À Wajir et Lamu, les participants croyaient que la PF est un concept étranger ou occidental qui contredisait leurs croyances socioculturelles et religieuses, une arme utilisée pour réduire la population et les décimer. L'un d'eux affirma :_« *Nous pensons que la planification familiale n'est pas une bonne chose. Pourquoi devrait-on rivaliser avec Dieu ? Dieu a dit que nous devrions remplir le monde, puis certains pays occidentaux viennent à nous et nous font désobéir à cela.* »

- **Contraception : connaissances, intérêt et implication des hommes par Sophie CUVELIER (46).**

L'étude réalisée à Paris est une enquête quantitative descriptive basée sur les résultats d'un questionnaire anonyme. Parmi les 90 % des hommes qui se sentent concernés par la contraception, 93,2 % ont répondu avoir un rôle important dans la contraception, 57,8 % sont prêt à assumer totalement la contraception dans le couple. Depuis janvier 2017, les services de PF avec le développement des mouvements comme l'ARDECOM (association pour la recherche et le développement de la contraception masculine) ont organisé des journées de consultations groupées adressées aux hommes, car 7 % des hommes n'ont aucune forme de participation en matière de contraception.

- **Garantir les droits de l'homme lors de la fourniture d'information et de services en matière de contraception : orientation et recommandation par l'OMS (47).**

Selon une estimation plus récente, 222 millions de femmes sont privées des moyens de contraception modernes dont elles ont besoin. Les droits de l'homme incluent la non-discrimination, le droit à la vie, à la suivie et au développement, le droit au niveau de santé le plus élevé possible et le droit à l'éducation et à l'information. Les données disponibles montrent que le respect, la protection et l'exercice des droits de l'homme favorisent l'obtention de résultats positifs sur la santé sexuelle.

- **Connaissances, attitudes et pratiques des hommes par rapport à la planification familiale en commune IV du district de Bamako par Modibo DIARRA (27).**

En matière de contraception et de PF, le Mali connaît un retard considérable comparé à beaucoup d'autres pays africains avec un faible taux de prévalence contraceptive. Une étude transversale et descriptive a été effectuée dans cette commune par interview individuel montrant que 67,1 % des hommes ne participent au choix de la méthode contraceptive utilisée par leur partenaire, même si 100 % de ces hommes avaient déjà entendu parler des méthodes de contraception, ceci expliqué par les sociétés traditionnelles fortement pronatalistes existantes au Mali ainsi que leurs cultures et religion.

- **Perception et pratiques communautaires liées à la contraception en commune II du district de Bamako par Sidibé Richard (48).**

L'Afrique subsaharienne a le taux de fertilité le plus élevé au monde avec en moyenne 5,5 naissances par femme avec un taux de contraception au Mali de 14,1 %. D'après l'étude transversale, prospective multicentrique qui a été réalisée dans cette commune, le résultat montre que 10 % des participants n'avaient pas connaissance d'une méthode moderne de contraception et seulement 3 % connaissaient le DIU. Les raisons d'abandon ou de changement de méthodes étaient causées par le désir d'enfants, les effets secondaires ou encore l'échec d'une méthode. Le résultat a permis de noter que l'un des obstacles à l'utilisation des contraceptifs était le refus du mari ou le manque d'information.

- **Choix et efficacité des méthodes de contraception : une réduction des besoins non satisfaits en planification familiale par Adankanhounde Thierry Mahougnon (27).**

Une méthode sera jugée théoriquement efficace si au cours de son utilisation aucune grossesse ne survient involontairement et qu'à terme de son utilisation, la femme retrouve immédiatement sa fertilité, sauf dans le cas des méthodes irréversibles. Les résultats du tableau obtenu par l'étude qualitative au Bénin montrent que, quelle que soit la méthode de contraception utilisée, le taux d'échec n'est pas élevé. Il oscille entre 0,1 % et 6 %. Le rôle du partenaire devrait être prépondérant avant et après le choix. Prata et al (2017) confirment que le soutien du mari ou du partenaire peut influencer l'utilisation des contraceptifs modernes chez les femmes.

- **Facteurs limitant l'accessibilité au service de planification familiale par les femmes de l'aire de santé de Kawama à Lubumbashi, République démocratique du Congo, par les auteurs : Nyange, Mamie B, Tambwe Pierre N, Numbi Faustin N et Mbutshu Hendrick L (4).**

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive réalisée dans l'aire de santé de Kawama dans la zone de santé de Ruashi à Lubumbashi en 2021. La majorité des femmes (55,5 %) perçoivent la PF comme un espacement de naissance, et 39,1 % des femmes la considèrent comme moyen d'éviter les grossesses. En revanche, le manque d'information et l'absence de la pancarte d'orientation vers les services de PF figurent comme les facteurs limitants l'utilisation de service de planification familiale (41,1 %) ainsi que la peur des effets secondaires des produits de contraception dans 21,1 % des cas. L'utilisation des services de PF diffère selon le niveau d'instruction, les activités professionnelles et les lieux de résidence des femmes.

- **Préférences des femmes âgées de 14 à 45 ans en matière de contraception dans la commune urbaine de Koulikoro par Mounkoro Dena Juliette (49).**

Il s'agissait d'étude prospective mixte c'est-à-dire avec un volet quantitatif et un volet qualitatif. Cette étude a montré que le choix des femmes en matière de contraception dans la commune urbaine de Koulikoro est le jadelle, soit 40,2 % de l'échantillon. La première raison du choix préféré des femmes en matière de contraception qui est le jadelle est la longue durée. Au sein de l'échantillon, 55,6 % des femmes étaient orientés soit par leur partenaire, parent, voisine, automédication, amie, explique dans bien de cas leur mauvais choix, car la méthode choisie n'est pas souvent celle convenable et dont l'usage et les exigences échappent.

- **Connaissance et utilisation des méthodes contraceptives en milieu rural sereer au Sénégal Ndiaye CAT, Delauney Valérie et Adjmagbo Agnès (50).**

Une étude rétrospective a été réalisée au Sénégal montrant que les hommes ont une plus grande expérience de la contraception que les femmes (16 % contre 4 %). L'utilisation étant axée sur les méthodes modernes, en particulier sur le condom. L'expérience contraceptive est plus importante pour les célibataires, surtout pour les hommes pour lesquels 29 % ont déjà utilisé le condom. Les autres méthodes sont très peu déclarées. La seconde méthode est l'abstinence 6 périodique qui concerne 3 % des hommes célibataires et 2,5 % des hommes mariés. Le condom est la méthode la plus fréquemment citée par les femmes célibataires (4 %).

- **Histoire et actualité des représentations et pratiques de contraception masculine par Desjeux Cyril (51).**

Bien que la contraception soit pensée comme « une affaire de femme », certains hommes se sentent concernés par la maîtrise de la fécondité ou ont des pratiques contraceptives. L'abstinence, le coït interrompu, la vasectomie et le préservatif sont les 4 méthodes masculines de contraception. Pour certains hommes, la contraception masculine remet en question trois dimensions de leur virilité : « Les nanas s'emmerdent à prendre une pilule et les mecs non.

Pourquoi on ne pourrait pas alterner par exemple pour qu'il y ait un partage dans la responsabilité contraceptive ? ».

- **Contraception : où sont les hommes : essai d'une responsabilité partagée, l'exemple de thomas Boulou par STEVELINCK Laurence (52).**

Depuis la nuit des temps, la contraception a toujours été perçue comme une affaire de femmes, cette enquête menée en Belgique n'ira visiblement pas dans le sens contraire. Selon cette étude, 68 % des femmes et 33 % des hommes déclarent utiliser un moyen de contraception. Près d'une femme sur 2 se dit seule à décider de la contraception du couple alors que plus de la moitié des hommes affirme que la décision est conjointe pourtant on le voit que ce soit techniquement, financièrement ou mentalement la contraception est majoritairement en charge des femmes.

- **L'apport de l'approche qualitative dans l'analyse de la responsabilité contraceptive par Ngo Mayack J (53).**

Le présent article s'appuie sur une enquête strictement qualitative, portant sur le recours à la pilule contraceptive d'urgence (PCU) dans la ville de Yaoundé (Cameroun). Les résultats montrent que la pratique contraceptive de la femme est associée à l'attitude du partenaire masculin vis-à-vis de la planification familiale. La femme dont le partenaire est favorable à la contraception a plus de chances de recourir à une méthode moderne, comparativement à celle dont le partenaire est défavorable. La contribution financière des hommes à l'achat des contraceptifs était majoritairement leur forme d'implication.

- **Niveaux, tendances et facteurs explicatifs de la non-utilisation de la contraception moderne par les femmes exposées au risque de grossesse non désirée en guinée entre 1999 et 2018 par Facoy Zebroie (54).**

L'ONU reconnaît que « chaque dollar dépensé dans la planification familiale permet d'économiser entre 2 et 6 dollars et de les investir dans des interventions visant à atteindre les autres objectifs de développement ». La prévalence contraceptive en guinée est de 11 %, un taux reste faible malgré l'évolution des méthodes contraceptives. Ce faible taux a été expliqué par le fait de la mauvaise connaissance des participants en contraceptifs modernes, la non-approbation du PF par le conjoint, et entre autres le niveau de participation de la femme à la prise de décision importante dans le ménage.

- **L'impact de la pandémie de COVID-19 sur l'activité sexuelle et les pratiques sexuelles des célibataires et des personnes en couple dans une population germanophone par Hille Z, Oezdemir U.C, Beier K.M et Hatzler L (55).**

Les sujets ont été soumis à un questionnaire en ligne de nature transversale. L'étude souligne une forte corrélation entre les variables sociosexuelles et l'attraction physique pour leur partenaire par rapport au nombre d'activités sexuelles nouvellement pratiquées pendant le confinement. Les données confirment les résultats précédents d'effets potentiellement négatifs de la pandémie de COVID-19 et des mesures de distanciation physique sur les habitudes sexuelles des célibataires et des personnes en couple.

- **La contraception et la religion musulmane en Algérie : le cas du Tlemcenois par Mustapha Guenaou (56).**

Les entretiens ont été menés, durant une période de l'enquête de terrain (juin 2017 – janvier 2018). L'étude montre que les femmes de la tranche (11-15 ans de mariage) et de la tranche (6-10 ans de mariage) engagent plus leur partenaire respectif dans l'usage du préservatif afin d'éviter la pilule, source de quelques problèmes, déséquilibres ou soucis, étroitement liés à leur santé. Cette étude montre que la contraception dépend de l'état de la conscience de l'être humain pour se libérer de certains paramètres sociétaux, humains et moraux afin d'en assurer, aux membres de sa société, une stabilité sociale, économique, religieuse, morale et psychologique.

- **Association des hommes exposés aux programmes de planification familiale et discussion rapportée avec le partenaire et l'utilisation de la planification familiale; le cas du Sénégal urbain par : Abdou G, Speizer Ilene S, Corroon M, Calhoun LM et Guilkey DK (57).**

Cette étude utilise les données de deux enquêtes transversales auprès d'hommes dans quatre sites urbains du Sénégal (Dakar, Pikine, Guédiawaye, Mbao). Les modèles multivariés démontrent que les chefs religieux qui parlent favorablement de la planification familiale, voient les messages de PF à la télévision, entendent des messages de PF à la radio et sont exposés à des activités de sensibilisation communautaire axées sur la PF (par exemple, des dialogues religieux de maison à maison et communautaires) sont associés à l'utilisation de la planification familiale moderne et à la discussion de la planification familiale avec des partenaires parmi les hommes dans les quatre sites urbains du Sénégal.

- **Connaissances, perceptions et préoccupations en matière de contraception chez les hommes en Ouganda par : Thummalachetty N, Mathurs S, Mullinax M et Decosta K (13).**

Selon l'étude transversale menée à Ouganda, les hommes ont déclaré avoir reçu des informations sur la contraception de la part de leurs pairs, de fournisseurs de soins de santé, les informations de seconde main provenaient des partenaires. Les préoccupations des hommes au sujet de diverses méthodes contraceptives étaient largement associées à l'incapacité de la méthode à fonctionner correctement, aux effets néfastes sur la santé des femmes et aux effets néfastes graves sur la santé des enfants. Le statut du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) du propre chef ou du partenaire n'a pas eu d'incidence sur les connaissances en matière de contraceptifs.

- **Discordance conjugale sur les rapports de communication contraceptive, d'utilisation de contraceptifs et de taille idéale de la famille dans les zones rurales de l'Inde; une étude transversale par : Shakya HB, Dasgupta A, Ghule M, Battala M, et Saggurtie (58).**

Dans le cadre d'un essai contrôlé randomisé de PF axé sur les hommes, l'autonomisation des femmes était plus élevée dans les couples où les deux ont déclaré une communication ou une utilisation de la contraception ou dans les couples dans lesquels seules les épouses ont déclaré une communication ou une utilisation de la contraception. Il y avait des caractéristiques au niveau du couple qui prédisait que les maris signalaient soit l'utilisation de la contraception, soit la communication contraception alors que leurs femmes ne le faisaient pas : l'éducation du mari, la familiarité du mari avec la contraception et le nombre d'enfants.

- **Connaissances, attitudes et pratiques des jeunes filles de 15- 24 ans dans les communes V et VI de Bamako en matière de contraception par Dibo Djeneba (59).**

En Afrique subsaharienne, 175 millions de personnes, soit 20% de la population totale, sont âgées entre 15 et 24 ans. L'étude est transversale et prospective en 2016. Par rapport à la discussion sur la contraception, 52,16% des jeunes interrogés avaient répondu « Oui » pour avoir déjà discuté de contraception avec leur partenaire tandis qu'une majorité (47,84%) était sans opinion. La meilleure des méthodes contraceptives pour les jeunes de notre étude était la pilule suivie de l'injectable soit 30,98% et 22,35%. Seulement une seule structure utilisait la méthode permanente (la vasectomie et la ligature des trompes) avec 6,25%, 96,88%. Des femmes utilisatrices des méthodes contraceptives ont donné comme raison l'espacement des naissances et la majorité des structures ont répondu non à l'existence du Guide thérapeutique

national.

- **Obstacles socioculturels liés à l'utilisation de la contraception moderne en Côte d'Ivoire par : Coulibaly Madikiny, Doucouré Daouda, Kouamé Jerome, et Ayékoé Ignace A (12).**

Le type d'étude était qualitatif, descriptif et avait montré par interview individuel ce qui expliquait le frein à l'utilisation des contraceptifs : le manque d'information fiable et adéquate, les fausses idées sur la contraception, la crainte des effets secondaires, l'analphabétisme, le pouvoir décisionnel de l'homme, les interdictions religieuses et les contradictions socioculturelles. Pour contourner ces obstacles, les femmes utilisaient secrètement les contraceptifs, s'exposant ainsi à des risques sociaux.

- **Contraception de longue durée d'action au centre hospitalier universitaire de la mère et de l'enfant de N'Djamena : épidémiologie et effets secondaires par Foumsou LHAGADANG du journal de SAGO (60).**

Dans le monde, la prévalence contraceptive en 2017 était de 63%, n'atteignait que 22% en Afrique et au Tchad la prévalence contraceptive moderne est de 5%. L'étude prospective descriptive de quatre ans allant du 1er janvier 2016 au 31 décembre 2019 au Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant de N'Djamena montrait que la prévalence des méthodes contraceptives à longue durée d'action était de 7,01%; la méthode contraceptive à longue durée la plus utilisée était le Jadelle® (81,3%), les troubles du cycle et le désir de grossesse étaient les principaux motifs d'abandon de ces méthodes.

- **Utilisation de méthodes contraceptives masculines dans le monde entier par Rossy John et Hardee Karen (9).**

La part et la prévalence des méthodes masculines varient considérablement selon la géographie et selon les quatre méthodes : les préservatifs, le sevrage, le rythme et la stérilisation masculine représentent un quart de toute l'utilisation de contraceptifs dans le monde. La tendance temporelle globale depuis les années 1980 a été stable à un quart de toutes les utilisations impliquant des hommes. Les méthodes réservées aux femmes continuent de dominer. Dans les enquêtes, les hommes déclarent moins d'utilisation totale, mais plus d'utilisation de préservatifs.



METHODOLOGIE

4 MÉTHODOLOGIE

4.1 Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée dans la ville de Bamako, capitale économique et politique du Mali. Elle est située sur les rives du fleuve Niger, dans le sud-ouest du Mali en Afrique occidentale. Elle a une superficie de 267 km², avec une croissance démographique très forte de 5 à 6 % par an pour une agglomération dépassant aujourd'hui les trois millions (3 007 122 habitants environ) (61). Dans une transition démographique encore inachevée, cela donne une fécondité urbaine moins élevée qu'en milieu rural et une population particulièrement jeune (61). La ville est érigée en District et divisée en six (6) communes dirigées par les maires élus (58). Elle comporte quatre grandes universités publiques (USTTB, USSGB, ULSHB, USJPB constitués de 12 facultés) abritant environ plus de 80 000 étudiants à nos jours venant de plusieurs origines et pays différents (62). Elle comporte également une cinquantaine d'écoles et universités privées reconnues par l'État d'après l'Association des établissements privés de l'enseignement supérieur (AEPES) en 2016 (63).

Tableau II: Facultés et instituts des différentes universités publiques du district de Bamako.

Universités publiques	Facultés et instituts
USTTB : Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako	-FST: la faculté des sciences et techniques -FAPH : la faculté de pharmacie -FMOS : la faculté de médecine et d'odontostomatologie -ISA : Institut des sciences appliquées
USSGB : Université des Sciences Sociales et de Gestion de Bamako	-FSEG : facultés des sciences économiques et de gestion -FHG : la faculté d'histoire et géographie -IUG : Institut universitaire de gestion
ULSHB : Université des Lettres et Sciences Humaines de Bamako	- FLLSL : Faculté des lettres, des langues et des sciences du langage -FSHSE : la Faculté des sciences humaines et des sciences de l'éducation -IUT : Institut universitaire de technologie
USJPB : Université des Sciences Juridiques et Politiques de Bamako	- FDPRI : facultés de droit privé - FDPU : la faculté de droit public -ISFRA : Institut supérieur de formation et

4.2 Lieu de l'étude

Notre étude s'est déroulée au sein des facultés et instituts des universités publiques de Bamako.

4.3 Type d'étude

Il s'agissait d'une étude quantitative transversale.

4.4 Période de l'étude

L'étude s'est déroulée sur une période de 12 mois allant du 30 avril 2022 au 31 mars 2023.

4.5 Populations d'étude

4.5.1 Population générale

Notre étude s'est portée sur les hommes du district de Bamako.

4.5.2 Population source

Elle a concerné les étudiants de sexe masculin du district de Bamako.

4.5.3 Population cible

Les étudiants des différentes facultés et instituts sélectionnés des universités publiques du district de Bamako.

4.6 Échantillonnage

4.6.1 Techniques d'échantillonnage :

- Nous avons utilisé un échantillonnage raisonné (échantillonnage non probabiliste) des universités. Le choix des universités a été fait de façon raisonnée. Nous avons choisi 75% des universités publiques à savoir : l'USTTB, USJPB, et l'USSGB. Ce choix a été motivé par le besoin de faire ressortir le mixage des connaissances des différentes universités, car l'une d'entre elles détient les facultés du domaine de la santé et les autres le domaine juridique, technique et le domaine de la gestion.

- Le choix des facultés, nous avons utilisé un échantillonnage probabiliste. Les numéros étaient attribués à chaque faculté et grande école des universités. La sélection était faite de façon aléatoire générée par le logiciel Excel en utilisant la formule =ALEA. BORNE (min ; max) à partir de la liste des numéros des facultés des universités choisies. Il est noté que si un numéro apparaissait plus d'une fois il n'était considéré qu'une seule fois.

Les facultés suivantes ont été retenues : FAPH, FMOS, IUG, FDP, FDPRI.

- Choix des étudiants et des niveaux au sein de chaque faculté et institut sélectionné : La

répartition des fiches d'enquêtes a été faite de façon proportionnelle au sein des facultés du domaine médical à chaque niveau d'étude, mais de façon aléatoire dans les facultés juridiques et de gestions, en fonction des étudiants présents pendant les enquêtes.

4.6.2 Calcul de la taille de l'échantillon

N'ayant pas une prévalence d'une étude antérieure, nous avons utilisé la formule de SLOVIN pour calculer la taille de l'échantillon attribué à chaque faculté et grande école.

La taille de l'échantillon selon SLOVIN est $n = N / (1 + N * e^2)$ avec :

- n= taille de l'échantillon
- N = taille de la population
- e = marge d'erreur

Notre population était estimée ici à $N=37585$ et nous avons pris comme marge d'erreur $e=5\%$ et nous avons trouvé $n= 395$. En ajoutant 10% comme des fiches d'enquêtes mal ou moins remplies donc on a trouvé $n= 435$ étudiants.

4.7 Critères de l'étude

4.7.1 Critères d'inclusion

Le critère d'inclusion de notre étude était :

Tous les étudiants de sexe masculin appartenant à une des facultés ou institut sélectionnés, présents au moment de l'enquête et ayant accepté de participer à l'étude ;

4.7.2 Critères d'exclusion

Seront exclus de l'étude, tous les étudiants n'ayant répondu à moins 70% du questionnaire de l'enquête.

4.8 Technique de collecte des données

Les données ont été collectées à l'aide d'une fiche d'enquête individuelle octroyée à chaque étudiant de sexe masculin, et ceci dans le strict anonymat. L'administration des facultés était préalablement prévenue par le biais d'une demande d'autorisation d'enquête qui avait été signée et approuvée par la faculté de pharmacie, de même nous nous sommes rapprochés des différents responsables de classe afin d'obtenir leur aide dans la mobilisation et l'ordre dans leur classe pour le bon déroulement de l'enquête. Avant toute chose, nous avons expliqué de façon explicite aux étudiants comment ils devraient remplir la fiche, nous avons expliqué aussi les termes difficiles pour permettre aux étudiants de comprendre le sujet afin de mieux répondre aux questions de la fiche d'enquête. Chaque étudiant cochant la case qui correspondait à son choix. Le nombre de fiches en fonction des niveaux de chaque faculté était reparti au hasard en

fonction des étudiants présents au moment de l'enquête ; après remplissage, les responsables de classe se chargeaient de ramasser les fiches d'enquête et nous les remettaient le même jour.

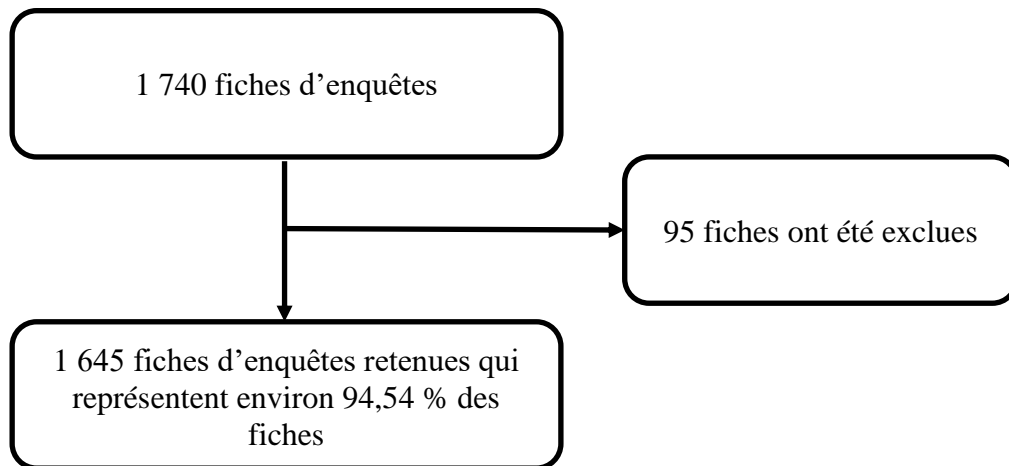
4.8.1 Variables collectées

- La variable dépendante est : l'utilisation des contraceptions.
- Les variables indépendantes sont :

Les niveaux de connaissances, attitudes et pratiques des hommes sur la contraception.

- Identification de l'enquêté ;
 - Lieu de l'enquête ;
 - Statut matrimonial ;
 - Niveau d'instruction ;
 - Vie familiale.
- Connaissances ont été appréciées à travers :
 - Source d'information ;
 - But de la contraception ;
 - Méthodes de contraception connues ;
 - Moyen de procuration ;
 - Types de méthodes connus.
- Attitudes ont été appréciées par :
 - Choix dû pour ou contre la pratique contraceptive ;
 - Prise de décision de la pratique contraceptive ;
 - Avis des hommes sur la pratique contraceptive ;
 - Avis des hommes sur la promotion de leur implication dans la pratique contraceptive.
- Pratiques ont été appréciées par :
 - Méthodes contraceptives utilisées par les étudiants ;
 - Imputation des frais de la planification familiale ;
 - Lieu de procuration ;
 - Suggestion de l'idée de contraception ;
 - Décision de l'arrêt.

4.8.2 Diagramme de flux



4.9 Traitement et analyse des données

Les données ont été saisies sur Excel, traitées et analysées avec SPSS version 25.0. Les variables quantitatives ont été présentées par la moyenne plus ou moins d'écart-type avec des extrémités. Les variables qualitatives ont été présentées par des effectifs et les pourcentages avec un intervalle de confiance à 95 % pour montrer le degré de confiance des pourcentages qui a été calculé avec l'application EpiTools. Une étude bivariée a été effectuée entre les variables dépendantes et les variables indépendantes pour obtenir des associations en caractères. Le test de khi de Pearson et/ou le test de Fisher (Test d'indépendance) ont été utilisés pour la comparaison des variables avec un seuil de significativité de 5 %. Les résultats ont été donnés sous forme de tableaux.

4.10 Diagramme de Gantt

Tableau III: Chronogramme de l'étude

Périodes Activités	avr-22				mai-22				juin-22				juil-22				août-22				sept-22				oct-22				nov-22				déc-22				janv-23				févr-23				mars-23			
	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4				
PRISE DE CONTACT																																																
REVUE DE LA LITTÉRATURE																																																
PROTOCOLE																																																
ENQUÊTE ET SAISIE DES DONNÉES																																																
ANALYSE DES DONNES																																																
RÉDACTION DU RAPPORT																																																
SOUTENANCE																																																

S= Semaine

4.11 Considérations éthiques

Le protocole a été soumis, lu, et approuvé par le Décanat de la faculté de pharmacie, ensuite une autorisation d'enquête nous a été délivrée. Avant la collecte des données, nous avons à chaque fois pris le soin d'expliquer clairement aux étudiants, les motivations et les objectifs de notre étude leur laissant le choix de participer ou non. Leur consentement écrit a d'abord été obtenu en cochant la case « oui » avant que leur inclusion dans notre étude n'ait été effective. Nous avons rassuré les étudiants sur la confidentialité des données lors de l'analyse de celles-ci. Ces données ne devaient pas être publiées dans un article, lors des congrès et de conférences internationales.



RESULTATS

5 RÉSULTATS

Nous avons collecté 1740 fiches d'enquêtes pour lesquelles 1645 répondaient à nos critères d'inclusion. Soit un taux de réponse de 94,54 %.

5.1 Caractéristiques sociodémographiques des étudiants enquêtés

Tableau IV : Caractéristiques sociodémographiques des étudiants.

	Effectifs	Pourcentages (%)	IC à 95 %
Groupe des âges			
16-22	547	36,1	[33,7-38,5]
22-28	878	57,9	[55,4-60,3]
28-40	92	6,1	[5-7,4]
Moyenne des âges (ans)	22,7 ± 2,919 (16 et 40)		
Facultés d'études			
FMOS/FAPH	421	25,6	[23,5-27,8]
IUG/FSEG	422	25,7	[23,6-27,8]
FST/ISA	290	17,6	[15,9-19,5]
FDPRI/ FDPU	512	31,2	[28,9-33,4]
Niveau d'instruction			
1ère année	582	35,4	[33,1-37,7]
2e année	360	21,9	[20,0-23,9]
3e année	375	22,8	[20,8-24,9]
4e année	154	9,4	[8,0-10,9]
5e année	76	4,6	[3,7-5,7]
6e année	70	4,3	[3,4-5,3]
7e année	28	1,7	[1,2-2,4]

- La tranche d'âge la plus représentée était [22-28[avec 57,9% [IC à 95% 55,4-60,3]. L'âge moyen de notre étude était de 22,7 ± 2,92 avec des extrêmes de 16 et 40 ans.
- La FDPRI/ FDPU abritait le plus grand nombre d'étudiants de notre échantillon soit 31,2% [IC à 95% 28,9-33,4].
- Les étudiants de niveau 1 étaient les plus représentés avec 35,4 % [IC à 95% 33,1-37,7] de l'effectif total des enquêtés.

Tableau IV (suite) : Caractéristiques sociodémographiques des étudiants.

	Effectifs	Pourcentages(%)	IC à 95 %
Religion			
Musulmane	1433	87,3	[85,6-88,8]
Chrétienne	182	11,1	[9,7-12,7]
Animiste	8	0,5	[0,2-1,0]
Sans religion	14	0,9	[0,5-1,4]
Bouddhiste	4	0,2	[0,1-0,6]
Statut matrimonial			
Célibataire	1500	91,2	[89,7-92,5]
Marié monogame	64	3,9	[3,1-4,9]
Marié polygame	73	4,4	[3,5-5,5]
Divorcé	6	0,4	[0,2-0,8]
Veuf	2	0,1	[0,0-0,4]
Nombre idéal d'enfants			
≤5	706	58,3	[55,5-61,1]
5 à 10	385	31,8	[29,3-34,5]
10 à 15	67	5,5	[4,4-7,0]
15 à 20	38	3,1	[2,3-4,3]
>20	14	1,2	[0,7-1,9]

- La majorité des enquêtés étaient de religion musulmane, soit 87,3 % [IC à 95% 85,6-88,8].
- La majorité des enquêtés de notre étude était des célibataires soit 91,2 % [IC à 95% 89,7-92,5] et plus de la moitié (58,3 %) [IC à 95% 55,5-61,1] d'entre eux souhaitaient avoir au plus 5 enfants.

5.2 Connaissances des étudiants sur les contraceptions dans les différentes facultés et instituts des universités publiques du district de Bamako

Tableau V : Connaissances des étudiants sur les contraceptions.

	Effectifs	Pourcentages(%)	IC à 95 %
Avez-vous entendu parler de méthodes de contraception			
Oui	1448	88	[86,4-89,5]
Non	197	12	[10,5-13,6]
Types de méthodes de contraception connus			
Méthodes modernes	855	52	[49,6-54,4]
Méthodes traditionnelles	76	4,6	[3,7-5,7]
Les deux	521	31,7	[29,5-34]
Pas de réponses	193	11,7	[10, 313,4]
Moyen de connaissances			
À l'école	741	45	[42,7-47,5]
Par un ami(e) /école	189	11,5	[10-13,1]
Par un membre de ma famille/ école/amie	73	4,4	[3,5-5,5]
À la radio/ école	81	4,9	[4-6,1]
À la télévision/ école/internet	201	12,2	[10,7-13,9]
Ecole/dans un centre de santé	119	7,2	[6,1-8,6]
Ecole /ami /télévision/ lors d'une campagne de sensibilisation	46	2,8	[2,1-3,7]
Ecole /dans un centre de santé / dans une campagne de sensibilisation /internet	23	1,4	[0,9-2,1]
Ecole /ami / par un membre de la famille / radio /télévision / dans un centre de santé / dans une campagne de sensibilisation	5	0,3	[0,1-0,7]
Pas de réponses	167	10,2	[8,8-11,7]

Parmi les étudiants enquêtés, 88 % [IC à 95% 86,4-89,5] avaient déjà entendu parler de contraception et 52 % [IC à 95% 49,6-54,4] d'entre eux connaissaient seulement les méthodes de contraception modernes. L'école était le moyen de connaissance de la

contraception dans 89,9 % des cas.

Tableau V (suite) : Connaissances des étudiants sur les contraceptions.

	Effectifs	Pourcentages (%)	IC à 95 %
But des méthodes de contraception			
Espacement des naissances	801	48,7	[46,3-51,1]
Lutte contre les IST	233	14,2	[12,6-15,9]
Espacement des naissances/ Limitation de naissance	216	13,1	[11,6-14,8]
Espacement des naissances/ Limitation de naissance /Lutte contre les IST	73	4,4	[3,5-5,5]
Espacement des naissances/ Limitation de naissance /Lutte contre les IST / Arrêt de la procréation	57	3,5	[2,7-4,5]
Contre les grossesses indésirées	5	0,3	[0,1-0,7]
Pas de réponses	260	15,8	[14,1-17,6]
Méthodes modernes citées			
Préservatif	143	8,7	[7,4-10,2]
Pilule / préservatif	559	34	[31,7-36,3]
Pilule /injectables / implant	378	23	[21-25,1]
Pilule/implants / préservatif	152	9,2	[7,9-10,7]
Pilule / DIU /injectable / implant /diaphragme/ préservatif	65	4	[3,1-5,0]
Pilule / DIU/ injectable / implant / Préservatifs / spermicides	15	0,9	[0,6-1,5]
Pilule/ DIU / injectable / implant / Préservatifs / stérilisation féminine	4	0,2	[0,1-0,6]
Tous	12	0,7	[0,4-1,3]
Ne sait pas	317	8	[7,4-21,2]

Dans notre étude, 69,7 % avaient évoqué l'espace de naissance comme but de la contraception et 83,3 % des enquêtés connaissaient au moins deux méthodes de contraception. Parmi les étudiants, 34 % [IC à 95% 31,7-36,3]connaissaient à la fois la pilule et le préservatif.

Tableau V (fin) : Connaissances des étudiants sur les contraceptions.

	Effectifs	Pourcentages (%)	IC à 95 %
Lieu de procuration des méthodes modernes de contraception			
Pharmacie	295	17,9	[18,8-23,1]
CsCom / Pharmacie	341	20,7	[22-26,4]
CsCom / Pharmacie /Hôpital	239	14,5	[15-18,9]
CsCom / Pharmacie /Hôpital /CSRef	115	7	[6,8-9,7]
CsCom / Pharmacie /Hôpital /Clinique privée	53	3,2	[2,9-4,9]
Pharmacie /Hôpital / Clinique privée/ Boutique	274	16,7	[17,4-21,5]
Pharmacie / Boutique	17	1	[0,8-1,9]
Tous	80	4,9	[4,6-7,0]
Méthodes traditionnelles citées			
Abstinence	5	12	[5,2-25]
Gris-gris	4	9,5	[3,8-22,1]
MAMA	3	7,1	[2,5-19]
Méthode de retrait	13	31	[19,1-46]
Plantes médicinales	9	21,4	[11,7-35,9]
Spermicides naturels	8	19	[10-33,3]
Lieu de procuration des méthodes traditionnelles			
Champs	2	4,8	[1,3-15,8]
Marché	3	7	[2,5-19]
Tradipraticiens	14	33,3	[21-48,4]
Vendeuses de médicaments traditionnels	2	4,8	[1,3-15,8]
Vieux du village	5	12	[5,2-25]
Pas de réponse	16	38,1	[25-53,2]

Il ressort de notre étude que la pharmacie/CsCom étaient les moyens de procuration citées par les étudiants dans 20,7 % [IC à 95% 22-26,4] des cas.

5.3 Attitudes des étudiants vis-à-vis des contraceptions.

Tableau VI: Répartition des étudiants selon leurs attitudes au sujet de la contraception.

	Effectifs	Pourcentages(%)	IC à 95 %
Êtes-vous pour la contraception ?			
Oui	1013	61,6	[59,2-63,9]
Non	632	38,4	[36,1-40,8]
Pourquoi oui pour la contraception			
Pour la santé de la mère	257	25,4	[22,8-28,1]
Pour des raisons économiques	265	26,2	[23,5-29,0]
Pour éviter les IST	61	6	[4,7-7,7]
Pour éviter les grossesses	185	18,2	[16,0-20,8]
C'est important	7	0,7	[0,3-1,4]
Pour espacer les naissances	136	13,4	[11,5-15,7]
Pas de réponse	102	10,1	[8,4-12,1]
Pourquoi non à la contraception			
Pour des raisons religieuses	27	26	[18,5-35,1]
Les effets secondaires	45	43,3	[34,2-52,9]
Le vagabondage	32	30,8	[22,7-40,2]
Sexuel			

Notre étude a rapporté que 61,6 % [IC à 95% 59,2-63,9] de nos enquêtés étaient favorable à la contraception pour des raisons économiques dans 26,2 % [IC à 95% 23,5-29,0] des cas. Les effets secondaires étaient la principale raison du refus de la contraception chez 43,3% [IC à 95% 34,2-52,9] des étudiants.

Tableau VI (suite 1) : Répartition des étudiants selon leurs attitudes au sujet de la contraception.

	Effectifs	Pourcentages(%)	IC à 95 %
Déjà discuté de contraception avec sa partenaire			
Oui	510	31	[28,8-33,3]
Non	1135	69	[66,7-71,2]
Déjà accompagné sa partenaire dans un centre de santé			
Oui	235	14,3	[12,7-16,1]
Non	1410	85,7	[83,9-87,3]
Raison de non-accompagnement de sa partenaire			
Je n'ai pas de partenaire	437	31	[28,6-33,5]
La relation n'est pas sérieuse	60	4,3	[3,3-5,4]
Je n'ai pas envie	52	3,7	[2,8-4,8]
Ce n'est pas nécessaire	26	1,8	[1,3-2,7]
Elle ne me l'a jamais proposé	37	2,6	[1,9-3,6]
C'est une affaire de femme	22	1,6	[1-2,4]
Pas de réponse	776	55	[52,4-57,6]
Déjà participé au choix d'une méthode			
Oui	413	25,1	[23,1-27,3]
Non	1232	74,9	[72,7-76,9]
responsable de la décision de la contraception dans le couple			
Homme	213	14,3	[12,7-16,2]
Femme	92	6,2	[5,1-7,5]
Les deux	1180	79,5	[77,3-81,4]

Dans notre étude, 69 % [IC à 95% 66,7-71,2] des étudiants n'avaient jamais discuté de la contraception avec leurs partenaires, 85,7 % [IC à 95% 83,9-87,3] n'avaient jamais accompagné leurs partenaires dans un centre de santé, en effet parmi eux 31 % [IC à 95% 28,6-33,5] n'avaient pas de partenaire. Les étudiants pensaient dans 79,5 % [IC à 95% 77,3-81,4] des cas que la décision de la contraception dans un couple revenait aux deux conjoints.

Tableau VI (suite 2) : Répartition des étudiants selon leurs attitudes au sujet de la contraception.

	Effectifs	Pourcentages (%)	IC à 95 %
Promotion de l'implication de l'homme dans la contraception			
Favorable	1054	64,1	[61,7-66,4]
Défavorable	184	11,2	[9,8-12,8]
Ne sait pas	407	24,7	[22,7-26,9]
Pourquoi êtes-vous pour l'implication de l'homme dans la contraception			
Parce que l'homme est le chef de la Famille	243	29,6	[26,5-32,8]
La décision les concerne tous les 2	349	42,5	[39,1-45,9]
C'est mieux géré avec l'aide de l'homme	102	12,4	[10,3-14,8]
C'est l'homme qui décide	128	15,5	[13,3-18,2]
La proposition pour l'implication des hommes dans la contraception			
Séances IEC	859	78,2	[75,6-80,5]
Création de centres de P.F pour hommes	209	19	[16,8-21,4]
Autres	31	2,8	[2-4]

Dans notre étude, 64,1 % [61,7-66,4] des étudiants étaient favorable à la promotion de l'implication des hommes dans la contraception parce que pour eux cette décision concernait les deux conjoints dans 42,5 % [39,1-45,9] des cas. Ils proposaient d'ailleurs des séances IEC dans 78,2 % [75,6-80,5] des cas pour promouvoir leur implication à la pratique de la contraception.

5.4 Pratique des méthodes de contraception par les étudiants

Tableau VII : Répartition des étudiants selon leurs pratiques de la contraception.

	Effectifs	Pourcentages(%)	IC à 95 %
Utilisation actuelle ou passée d'une méthode de contraception			
Oui	778	47,3	[44,9-49,7]
Non	867	52,7	[50,3-55,1]
Raisons d'utilisation des contraceptifs			
Santé de la mère	142	18,25	[15,7-21,1]
Santé des enfants	57	7,3	[5,7-9,4]
Raisons économiques	85	11	[8,9-13,3]
Protection contre les IST	225	29	[25,8-32,2]
Éviter une grossesse	127	16,2	[13,9-19,1]
Autre	142	18,25	[15,7-21,1]
Raisons de la non-utilisation des contraceptifs			
Raisons religieuses	360	41,5	[38,3-44,8]
Désir d'enfant	44	5,1	[3,8-6,7]
Pas sexuellement actif	178	20,5	[18-23,3]
Ne sait pas où trouver	23	2,6	[1,8-3,9]
Non informé	45	5,2	[3,9-6,9]
Effets secondaires	49	5,6	[4,3-7,4]
Ne crois pas à l'efficacité	11	1,3	[0,7-2,3]
Le vagabondage sexuel	28	3,2	[2,2-4,6]
Ma conjointe est contre	4	0,5	[0,2-1,2]
Ce n'est pas bon pour la santé	17	2	[1,2-3,1]
Les méthodes sont difficiles à utiliser	3	0,3	[0,1-1]
Les méthodes réduisent le désir sexuel	10	1,2	[0,6-2,1]
Pas de centre de P.F réservé aux hommes	5	0,6	[0,2-1,3]
Autres	28	3,2	[2,2-4,6]
Ne sait pas	62	7,2	[5,6-9,1]

Dans notre étude, 52,7 % [IC à 95% 50,3-55,1] de nos enquêtés n'utilisaient aucune méthode de contraception à cause de la religion dans 41,5 % [IC à 95% 25,8-32,2] des cas. La protection contre les IST était le principal but d'utilisation dans 29 % [IC à 95% 38,3-44,8] des cas.

Tableau VII (Suite 1) : Répartition des étudiants selon leurs pratiques de la contraception.

	Effectifs	Pourcentages(%)	IC à 95 %
Méthodes utilisées avec sa partenaire			
Préservatifs	473	60,8	[57,3-64,2]
Préservatifs + pilules	11	1,4	[0,8-2,5]
Préservatifs + injectables	10	1,3	[0,7-2,3]
Préservatifs + DIU	57	7,3	[5,7-9,4]
Préservatifs + implants	7	0,9	[0,4-1,8]
Préservatifs + spermicides	13	1,7	[1-2,8]
Préservatifs + pilules + injectables	3	0,4	[0,1-1,1]
Préservatifs + pilules + implants	25	3,2	[2,2-4,7]
Préservatifs + pilules + DIU	8	1	[0,5-2]
Autres	171	22	[19,2-25]
Procuration des méthodes de contraception utilisées			
C.S.Com	125	16,1	[13,7-18,8]
Pharmacie	357	45,9	[42,4-49,4]
Hôpital	110	14,1	[11,9-16,8]
C.S.Ref	23	3	[2-4,4]
Clinique privée	47	6	[4,6-7,9]
AMPPF	6	0,8	[0,4-1,7]
Boutique	20	2,6	[1,7-3,9]
Vendeurs ambulants	9	1,2	[0,6-2,2]
Autres	81	10,3	[8,5-12,8]
La partenaire utilise-t-elle une méthode contraceptive?			
Oui	219	21,5	[19,1-24,1]
Non	300	29,4	[26,7-32,3]
Pas de partenaire	500	49,1	[46-52,1]

Dans notre étude, 78 % des étudiants utilisaient le préservatif avec leur partenaire et 45,9 % [IC à 95% 42,4-49,4] d'entre eux avait pour lieu de procuration la pharmacie.

Tableau VII (Suite 2) : Répartition des étudiants selon leurs pratiques de la contraception.

	Effectifs	Pourcentages(%)	IC à 95 %
Méthodes utilisées par la partenaire			
Pilule	194	43,5	[39-48,1]
DIU	16	3,6	[2,2-5,7]
Injectable	55	12,3	[9,6-15,7]
Implant	44	9,9	[7,4-13]
Diaphragme	4	0,9	[0,3-2,3]
Spermicide	7	1,6	[0,8-3,2]
Préservatif féminin	35	7,8	[5,7-10,7]
Stérilisation féminine	2	0,4	[0,1-1,6]
Ne sait pas/PF, mais non spécifié	55	12,3	[9,6-15,7]
Autres	34	7,6	[5,5-10,5]
Raisons d'utilisation des méthodes contraceptives par la partenaire			
Pour éviter une grossesse	130	59,4	[52,7-65,7]
Pour espacer les naissances	18	8,2	[5,3-12,6]
Autres	71	32,4	[26,6-38,9]
Suggestion de l'idée d'utilisation de la contraception			
Moi	212	27,2	[24,2-30,5]
Ma partenaire	280	36	[32,7-39,4]
Nous deux	222	28,6	[25,5-31,8]
Autres	64	8,2	[6,5-10,4]

Les étudiants (21,5 %) [IC à 95% 39-48,1] ont déclaré que leurs partenaires utilisaient la pilule comme méthode de contraception dans 43,5 % [IC à 95% 52,7-65,7] des cas pour éviter une grossesse dans 59,4 % des cas. Ils affirmaient également que leurs partenaires étaient celles qui suggéraient l'idée d'utiliser une contraception dans 36 % [IC à 95% 32,7-39,4] des cas.

Tableau VII (fin) : Répartition des étudiants selon leurs pratiques de la contraception.

	Effectifs	Pourcentages(%)	IC à 95 %
Prise de décision d'utilisation de méthodes contraceptive			
Moi	300	38,5	[35,2-42]
Ma partenaire	93	12	[9,9-14,4]
Décision commune	91	11,7	[9,6-14,1]
Autres	294	37,8	[34,5-41,2]
Prise en charge des frais de la contraception dans le couple			
Moi	349	44,8	[41,4-48,4]
Ma partenaire	98	12,6	[10,4-15,1]
Les deux	149	19,2	[16,5-22,1]
Autres	182	23,4	[20,6-26,5]
Décision de l'arrêt de l'utilisation d'une méthode contraceptive dans le couple			
Moi	263	33,8	[30,6-37,2]
Ma partenaire	82	10,5	[8,6-12,9]
Les deux	338	43,4	[40-47]
Autres	95	12,1	[10,1-14,7]
Approbation de l'homme si la partenaire veut utiliser une méthode de contraception			
Approuve	732	44,5	[42,1-46,9]
Désapprouve	235	14,3	[12,7-16,1]
Indiffèrent	176	10,7	[9,3-12,3]
Autres	502	30,5	[28,3-32,8]

L'étude nous a révélé que la décision de pratiquer la contraception dans le couple était prise par l'homme dans 38,5 % [IC à 95% 35,2-42] des cas, 44,8 % [IC à 95% 41,4-48,4] prenaient en charge les frais de la contraception, les deux conjoints dans 43,4 % [IC à 95% 40-47] des cas décidaient de l'arrêt de la prise des contraceptifs. 44,5 % [IC à 95% 42,1-46,9] des étudiants approuvaient l'utilisation de la contraception par leur partenaire.

5.5 Étude des facteurs qui influencent l'utilisation des contraceptifs dans les universités publiques du district de Bamako.

5.5.1 Connaissances des contraceptions selon les caractéristiques socio démographiques des étudiants.

Tableau VIII : Facteurs qui influencent la connaissance des étudiants sur les contraceptions .

Variables	Connaissance sur la contraception		P-valeur
	Oui (%)	Non (%)	
Tranche d'âge (ans) (n = 1499)			
16-22	465(86,3)	73(13,6)	0,014
22-28	794 (91,3)	76 (8,7)	
28-40	83 (91,2)	8 (8,8)	
Lieu de l'enquête (n= 1624)			
FMOS/FAPH	412(98,1)	8(1,9)	< 10 ⁻³
IUG/FSEG	358(86,1)	58(13,9)	
FST/ISA	242(84,9)	43(15,1)	
FDPRI/ FDPV	435(86,5)	68(13,5)	
Niveau d'instruction (n = 1625)			
1 ère année	461(80,3)	113(19,7)	< 10 ⁻³
2e année	320 (90,9)	32(9,1)	
3e année	348 (93,3)	25(6,7)	
4e année	149(97,4)	4(2,6)	
5e année	74(97,4)	2(2,6)	
6e année	69 (100)	0(0)	
7e année	27(96,4)	1(3,6)	

- La tranche d'âge ayant le plus entendu parler des contraceptifs était celle allant de 22 à 28 ans, soit 91,3 %. La tranche d'âge avait une influence positive sur la connaissance de la contraception avec un $p = 0,014$.
- La FMOS/FAPH avait le taux le plus élevé (98,1 %) d'étudiants ayant déjà entendu parler de méthodes de contraception. Le lieu des études des enquêtés avait un impact favorable à la connaissance sur la contraception en milieu universitaire ($p < 10^{-3}$).
- Le niveau d'instruction influençait la connaissance sur les contraceptifs avec une probabilité $p < 10^{-3}$.

Tableau VIII (Suite) : Facteurs qui influencent la connaissance sur la contraception dans les facultés et instituts des universités publiques du district de Bamako.

Variables	Connaissances sur la contraception		P-valeur
	Oui (%)	Non (%)	
Religion (n = 1621)			
Musulmane	1264(89,2)	153(10,8)	0,587
Chrétienne	157 (87,2)	23(12,8)	
Animiste	6(85,7)	1(14,3)	
Sans religion	13(100)	0(0,0)	
Bouddhiste	4(100)	0(0)	
Statut matrimonial(n = 1625)			
Marié monogame	62(96,9)	2(3,1)	0,199
Marié polygame	67 (93,1)	5(6,9)	
Célibataire	1312(88,4)	169(11,4)	
Divorcé	5 (83,3)	1(16,7)	
Veuf	2(100)	0(0)	

- La connaissance de la contraception n'est pas corrélée avec la religion pratiquée par les enquêtés ($p = 0,587$).
- Notre étude nous a montré que, quel que soit le statut matrimonial de nos enquêtés, la connaissance des méthodes de contraception étaient similaires avec $p = 0,199$.

5.5.2 Attitudes des étudiants selon leurs connaissances de la contraception et leurs caractéristiques socio-démographiques.

Tableau IX : Étude de l'association entre la Connaissance de la contraception et l'opinion des étudiants sur la pratique de la contraception.

Avez-vous entendu parler méthodes de contraception ? (n = 1625)	Êtes-vous pour la pratique de la contraception?		OR (IC a 95%)	p-valeur
	Oui (%)	Non (%)		
Oui	953(65,8)	495(34,2)		
Non	54(30,5)	123(69,5)	2,16 (1,72 à 2,7)	< 10 ⁻³
Total	1007 (62,0)	618(38,0)		

Les étudiants ayant entendu parler de la contraception avaient 2,16 plus de chance d'être favorable à la pratique contraceptive.

Tableau X : Étude des facteurs qui influencent l'implication des étudiants dans la pratique de la contraception.

Variables	Implication des hommes dans la pratique de la contraception			P-valeur
	Oui (%)	Non (%)	Indifférent (%)	
Tranche d'âge (ans) (n = 1517)				
16-22	337(61,6)	63(11,5)	147(26,9)	0,175
22-28	585(66,6)	93(10,6)	200(22,8)	
28-40	66 (71,7)	10 (10,9)	16(17,4)	
Niveau d'instruction (n = 1645)				
1 ère année	329(56,5)	77(13,2)	176(30,2)	< 10 ⁻³
2e année	229(63,6)	44(12,2)	87(24,2)	
3e année	242(64,5)	36(9,6)	97(25,9)	
4e année	105(68,2)	19(12,3)	30(19,5)	
5e année	66(86,8)	3(3,9)	6(9,6)	
6e année	61(87,1)	3(4,3)	6(8,6)	
7e année	22(78,6)	2(7,1)	4(14,3)	
Statut matrimonial (n = 1645)				
Marié monogame	45(70,3)	11(17,2)	8(12,5)	0,039
Marié polygame	51(69,9)	11(15,1)	11(15,1)	
Célibataire	954(63,6)	160(10,7)	386(25,7)	
Divorcé	4(66,7)	1(16,7)	1(16,7)	
Veuf	0(0)	1(50)	1(50)	
Lieu de l'étude (n = 1644)				
FMOS/FAPH	308(73,2)	23(5,5)	90(21,4)	< 10 ⁻³
IUG/FSEG	268(63,5)	47(11,1)	107(25,4)	
FST/ISA	186(64,1)	37(12,8)	67(23,1)	
FDPRI/ FDPUI	291(56,9)	77(15,1)	143(28)	

- L'âge n'influçait pas l'implication des étudiants à la pratique de la contraception avec $p = 0,175$.
- Nous avons trouvé un lien statistiquement significatif entre le niveau d'instruction et l'implication de l'homme à la pratique de la contraception.
- Le statut matrimonial est un facteur favorisant la participation des hommes dans la planification familiale avec $P = 0,039$.

- La FMOS/FAPH avait le taux le plus élevé dans l'implication des hommes vis-à-vis de la pratique de la contraception, soit 73,2 %. Il y'a un lien entre la faculté de l'étudiant et son implication à la pratique de la contraception.

5.5.3 Pratiques des hommes selon leurs caractéristiques socio-démographiques, leurs connaissances, et leurs attitudes dans la pratique de la contraception.

Tableau XI : Facteurs qui influencent l'utilisation ancienne ou actuelle d'une méthode de contraception.

Variables	Avez-vous déjà utilisé ou utilisez-vous actuellement une méthode de contraception ?		P-valeur
	Oui (%)	Non (%)	
Tranche d'âge (ans) (n = 1517)			
16-22	136 (24,9)	411(75,1)	< 10 ⁻³
22-28	288(32,8)	590(67,2)	
28-40	44(47,8)	48(52,2)	
Lieu de l'enquête (n = 1644)			
FMOS/FAPH	169(40,1)	252(59,9)	< 10 ⁻³
IUG/FSEG	99(23,5)	323(76,5)	
FST/ISA	118(40,7)	172(59,3)	
FDPRI/ FDPUP	106(20,7)	405(79,3)	
Statut matrimonial (n = 1645)			
Marié monogame	37(57,8)	27(42,2)	< 10 ⁻³
Marié polygame	31 (42,5)	42(57,5)	
Célibataire	421(28,1)	1079(71,9)	
Divorcé	3(50)	3(50)	
Veuf	1(50)	1(50)	

- Dans notre étude l'âge avait un lien significatif avec la pratique de la contraception. Le taux d'utilisation croissait avec l'âge.
- L'utilisation des contraceptifs était influencée par la faculté de l'enquête.
- Les Célibataires de notre étude étaient les plus nombreux à ne pas utiliser les méthodes contraceptives avec un taux de 71,9 %. Il y'avait un lien entre le statut matrimonial et la pratique de la contraception.

Tableau IX (Suite) : Facteurs qui influencent l'utilisation ancienne ou actuelle d'une méthode de contraception.

Variables	Avez-vous déjà utilisé ou utilisez-vous actuellement une méthode de contraception ?		P-valeur
	Oui (%)	Non (%)	
Niveau d'instruction (n = 1645)			
1 ère année	147(25,3)	435(74,7)	
2e année	97 (26,9)	263(73,1)	
3e année	89 (23,7)	286(76,3)	
4e année	69(44,8)	85(55,2)	< 10 ⁻³
5e année	38(50)	38(50)	
6e année	38 (54,3)	32(45,7)	
7e année	15(53,6)	13(46,4)	
Nombre d'enfants idéal (n = 1645)			
≤5	221(31,3)	485(68,7)	
5 à 10	143 (37,1)	242(62,9)	
10 à 15	35(52,2)	32(47,8)	< 10 ⁻³
15 à 20	5(13,2)	33(86,8)	
>20	4(28,6)	10(71,4)	
Religion de l' enquêté (n = 1641)			
Musulmane	402(28,1)	1031(71,9)	
Chrétienne	78(42,9)	104(57,1)	
Animiste	3(37)	6(63)	< 10 ⁻³
Sans religion	8(57,1)	6(42,9)	
Bouddhiste	2(50)	2(50)	

- Les niveaux 6 et 7 avaient le plus grand taux d'utilisation des contraceptifs avec respectivement 54,3 et 53,6. Avec un P=0,000 il existait un lien entre le niveau d'instruction et la pratique de la contraception.
- Nous avons trouvé un lien statistiquement significatif entre le nombre idéal d'enfants souhaité par les étudiants et l'utilisation des contraceptifs. Les étudiants désirant un nombre d'enfants compris entre 15 et 20 étaient les plus nombreux à ne pas pratiquer la contraception dans 86,8 % des cas, suivis de ceux qui souhaitaient plus de 20 enfants avec 71,4 %.

- La religion pratiquée avait un impact sur l'utilisation des contraceptifs par les étudiants. Les musulmans étaient les plus nombreux à ne pas utiliser les contraceptifs.

Tableau XII : Étude de l'association entre la connaissance de la contraception, l'opinion sur la pratique de la contraception et l'utilisation d'une méthode de contraception.

Variables	Avez-vous déjà utilisé ou utilisez-vous actuellement une méthode de contraception ?		OR (IC à 95%)	P-valeur
	Oui (%)	Non (%)		
Êtes-vous pour la pratique de la contraception? (n = 1645)				
Oui	394(38,9)	619(61,1)	2,48	< 10 ⁻³
Non	99(15,7)	533(84,3)	(2,04 à 3,02)	
Avez-vous entendu parler de méthodes de contraception ? (n = 1625)				
Oui	471(32,5)	977(67,5)	3,39	< 10 ⁻³
Non	17(9,6)	160(90,4)	(2,15 à 5,36)	

- Les étudiants qui étaient favorables à la contraception dans notre étude avaient 2,48 fois plus de chance d'avoir utilisé ou utilisaient les contraceptifs .
- Dans notre étude, les étudiants qui avaient entendu parler de contraception avaient 3,39 fois plus de chance d'avoir utilisé ou utilisaient les contraceptifs.

6 COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6.1 Limites et difficultés de l'étude

Notre étude s'est déroulée du 30 avril 2022 au 31 mars 2023 et nous nous sommes heurtés à plusieurs difficultés, notamment au niveau des enquêtes :

- L'absence des cours dans certaines facultés et la proximité entre les facultés ont perturbé l'enquête, car il était possible de trouver des étudiants d'autres facultés sur place au sein d'une même faculté. Par conséquent, à la Faculté de Droit Privé (FDPRI), nous avons enquêté auprès d'étudiants provenant également de la Faculté des Sciences Économiques et de Gestion (FSEG). De même, au niveau de l'Institut Universitaire de Gestion (IUG), nous avons également distribué des questionnaires aux étudiants de la Faculté des Sciences et Techniques (FST) ainsi qu'à ceux de l'Institut des Sciences Appliquées (ISA).
- Nous avons dû changer la technique de collecte des données au sein de certaines facultés, car nous nous sommes rendu compte que malgré les explications données dans les salles, les fiches n'étaient pas correctement remplies par manque de compréhension. On a donc adopté la méthode des focus groupes, on réunissait 5 à 8 étudiants pour mieux les expliquer de quoi il était question avant qu'ils ne remplissent la fiche.
- Refus de certains hommes de répondre aux questions qu'ils jugeaient un peu trop intimes. Beaucoup remettaient leurs fiches après avoir pris connaissance du sujet, d'ailleurs nous ne pouvons pas garantir que certains répondants se soient livrés à des omissions volontaires ou même à de fausses déclarations notamment en ce qui concerne la sexualité.

6.2 Caractéristiques sociodémographiques

- Âge, religion et ethnie

Notre étude a révélé que l'âge moyen des étudiants enquêtés était de $22,7 \pm 2,9$ ans et la tranche [22-28] ans était la plus représentée (57,9%)(voir tableau IV). Ce résultat est différent de l'étude de DIARRA M. (64) menée en commune IV du District de Bamako en 2019 qui avait obtenu un âge moyen des hommes enquêtés à 39,5 avec la tranche d'âge allant de 28 à 37 ans. La différence observée peut s'expliquer par le fait que notre étude a porté uniquement sur des étudiants.

Les musulmans représentaient 87,3 % des étudiants enquêtés (voir tableau IV suite), ce résultat est semblable à celui de DIARRA M. (64) et de DJOSSOU R. (65) qui avaient trouvé respectivement 86,6 % et 86,3 % ce qui témoigne une forte pratique de la religion musulmane

dans la population malienne avec un taux musulman de 94,4 % chez les hommes trouvés par l'EDSM VI en 2018 (8). Les bambaras étaient les plus représentés soit 29,2% (voir tableau IV suite).

- Niveau d'instruction

Le niveau 1 était le plus représenté avec 35,5 % suivi du niveau 3 qui représentait 22,8 % (voir tableau IV). Ceci peut s'expliquer par le fait qu'en générale le niveau 1 accueille de milliers de bacheliers chaque année dans nos différentes facultés.

- Statut matrimonial

Dans notre étude, la majorité de nos enquêtés était des célibataires avec 91,2 % (voir tableau IV fin). Ce résultat est différent de celui de DIARRA M. (64) qui a trouvé 73,4 % et celui de TOUNKARA M. (10) en 2008 qui trouvait 74,3 % de mariés. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que nos enquêtés étaient des étudiants et la plupart était du niveau 1.

6.3 Niveau de connaissances des étudiants sur la contraception

Au cours de notre enquête, sur les 1645 hommes enquêtés dans les facultés publiques du district de Bamako, 88 % des étudiants affirmaient avoir entendu parler de la contraception (voir tableau V), ce résultat est inférieur à celui de DIARRA M. (64) qui avait trouvé 100 %. Cette différence pourrait être due à la grande taille de notre échantillon.

Dans notre étude, 69,7 % des étudiants ont évoqué l'espacement des naissances comme but d'utilisation de la contraception (voir tableau V suite). Ce résultat est inférieur à celui de KOITA H. (66) qui avait trouvé 82,8 % et semblable à celui de TOUNKARA M. (10) qui avait trouvé 70,3 %. Ceci s'expliquerait par le fait que la majorité de nos enquêtés était célibataire et donc selon leur situation ils évoquaient plutôt la lutte contre les IST.

Nous avons constaté que 92 % des étudiants connaissaient au moins une méthode de contraception (voir tableau V suite). Les résultats proches sont rapportés par l'EDS VI Mali (8) qui avait trouvé que 96 % des étudiants connaissaient au moins une méthode de contraception. Cela pourrait être expliqué par la sensibilisation sur le sujet via des enseignements et l'ampleur que prennent les NTIC (Nouvelles Technologies d'Informations et de Communication) dans le système éducatif actuel dans nos différentes facultés.

Les méthodes les plus connues par les étudiants de notre étude étaient les pilules (72 %), le préservatif masculin (condom) avec 57 % (voir tableau V suite). Ces résultats sont comparables à ceux de TOUNKARA M. (10) qui avait trouvé respectivement 72,4 % pour les pilules et 68,2 % pour le préservatif masculin. La meilleure connaissance de ces deux méthodes par rapport aux autres pourrait s'expliquer par la facilité d'utilisation, leurs coûts et surtout

leurs accès faciles aux usagers.

Les principales sources d'information étaient l'école dans 89,9 % et les campagnes de santé dans 22,8 % des cas (voir tableau V). Ces résultats sont différents de ceux de DIARRA M. (64) qui avait trouvé que la source d'information la plus citée était la radio et la télévision dans 57,6 % et des résultats de DJOSSOU R. (65) qui avait trouvé que la radio était la plus citée dans 41,9 % des cas. Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que les étudiants passent la majeure partie de leur temps à l'école.

Tous nos enquêtés ont cité la pharmacie comme source de procurement des contraceptions suivies des CSCom dans 58,6 % des cas (voir tableau V fin). Ce résultat est supérieur à celui de DIARRA M. (64) retrouvait la pharmacie avec 47 % des cas. Ceci pourrait s'expliquer par la diversification de niveau social et d'instruction (certains n'étaient pas instruits) dans l'échantillon de DIARRA M. contrairement à la nôtre qui était juste constituée d'étudiants.

Dans notre étude, l'âge, le niveau d'étude et le lieu de l'enquête avaient une influence sur la connaissance de la contraception. Par contre, il n'y'avait pas de corrélation entre le statut matrimonial, la religion et la connaissance de la contraception (voir tableau VIII).

6.4 Attitudes des étudiants vis-à-vis de la contraception

Dans notre étude, 61,6 % des étudiants étaient favorables à la contraception pour des raisons économiques évoquées dans 26,2 % des cas comme principale raison de leur adhésion (voir tableau VI). Ceci pouvait s'expliquer par le fait que beaucoup d'étudiants affirmait ne pas avoir les moyens de subvenir aux besoins d'un enfant si jamais cela arrivait.

Les effets secondaires seraient la raison principale des étudiants non favorables avec 43,3 % (voir tableau VI), la plupart de nos enquêtés affirmaient que les contraceptifs rendent les hommes (préservatifs) stériles et causent beaucoup de problèmes de santé aux femmes lorsqu'elles veulent concevoir.

Dans notre étude, 31 % des étudiants avaient discuté de la contraception avec leurs partenaires , 14,3 % avaient accompagné leurs partenaires au centre de santé pour une contraception , 25,1 % des étudiants avaient participé au choix de la méthode (voir tableau VI suite). Ces résultats sont inférieurs à ceux de DIARRA M. (64) qui trouvait que 51,9 % des étudiants avaient discuté de la contraception avec leur partenaire, 29,7 % avaient déjà accompagné leur partenaire au centre de santé et 32,9 % des étudiants avait déjà participé au choix d'une méthode (voir tableau VI suite). Nos résultats pourraient s'expliquer par le fait que plusieurs étudiants en couple de notre étude affirmaient ne pas être dans des relations assez sérieuses pour s'investir autant.

Plus de la moitié, soit 64,1 % des étudiants pensaient qu'il était souhaitable qu'un homme puisse s'impliquer dans la pratique de la contraception avec pour raison principale l'égalité des deux époux dans le couple dans 42,5 % des cas (voir tableau VI fin). Ces résultats pourraient être la conséquence du fait que nos enquêtés étaient tous instruits et n'ignoraient pas la notion de droit de la femme d'une part, et l'égalité de sexe d'autre part.

Les étudiants ont affirmé dans 79,5 % que la prise de décision de pratique contraceptive doit se faire par les deux conjoints (voir tableau VI fin). Cette attitude est conforme aux politiques, normes et procédures en matière de santé de la reproduction, qui stipule que toute personne est libre de choisir, voire accéder aux services de contraception.

Nous avons trouvé qu'il existe un lien significatif entre la connaissance de la contraception, la faculté de l'enquêté, le niveau d'étude, le statut matrimonial et l'attitude des hommes vis-à-vis du souhait de participation à la pratique contraceptive (voir tableaux IX et X). Cependant, il n'y avait pas de corrélation entre la tranche d'âge et le souhait de participation à la planification (voir tableau IX).

6.5 Pratiques de la contraception par les étudiants

Notre étude a révélé que 47,3 % ont utilisé ou utilisaient une méthode avec leur partenaire pour lutter contre les IST dans 29 % des cas (voir tableau VII). Ce résultat est inférieur à celui de KOITA H. (66) qui avait trouvé 73,2 % l'utilisait pour la santé de la mère dans 24,7 % des cas. Ceci peut s'expliquer par le fait que beaucoup de nos enquêtés n'avaient pas de partenaires et n'était donc pas sexuellement actif.

Malgré les efforts fournis par les services techniques, les Organisations Non Gouvernementales et les partenaires, 52,7 % des étudiants n'utilisaient pas de méthode contraceptive avec leur partenaire et donnait pour principale raison la religion dans 41,5 % des cas (voir tableau VII). Le préservatif était la méthode la plus utilisée par 78 % des hommes ayant affirmé utiliser une méthode (voir tab VII suite). Ce résultat est comparable à celui de TOUNKARA M. (10) qui avait trouvé 86 %. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que le préservatif est jusqu'ici la méthode contraceptive masculine la plus utilisée.

Notre étude a rapporté que la femme était celle qui suggérait l'idée de la contraception dans 36% des cas mais c'est l'homme qui décidait de son utilisation dans 38,5% des cas. Ce résultat nous montre la place de chef de famille qu'occupe l'homme au sein de la famille au Mali.

Moins de la moitié (44,5%) des étudiants approuvait la pratique de la contraception par leurs partenaires si jamais elles le faisaient. Ceci peut être dû au fait qu'ils avaient peur que cela se fasse dans leurs dos et que cela puisse entraîner un vagabondage sexuel des femmes.

Dans notre étude, le taux d'utilisation des méthodes contraceptives augmentait avec l'âge, le niveau d'instruction, et baissait avec le nombre d'enfants idéal souhaité par les hommes avec des probabilités inférieures à 10^{-3} (voir tableaux XI et XII). Ces observations pourraient s'expliquer par le fait que plus on avance à l'école plus on acquiert des connaissances approfondies par rapport à certains sujets, notamment la contraception et donc on réagit plus favorablement. Souhaiter avoir beaucoup d'enfants pouvait pousser les hommes à ne pas utiliser les contraceptifs.



CONCLUSION

7 CONCLUSION

Au terme de ce travail, nous avons trouvé qu'en milieu étudiant, les étudiants qui avaient une bonne connaissance sur les contraceptifs étaient plus favorables à la pratique contraceptive. Cependant l'utilisation des contraceptifs restait encore faible et ceci était corrélé avec la religion, le statut matrimonial, le niveau d'instruction et la faculté de l'étudiant. Les raisons de refus de la pratique contraceptive étaient principalement la religion et les effets secondaires. La majorité de nos enquêtes étaient favorables à la pratique de la contraception, mais peu d'entre eux approuvaient l'utilisation des contraceptifs par leurs partenaires.

L'inégalité de genre peut entraver l'augmentation de la prévalence contraceptive. Cependant, tirer parti des séances d'information et d'éducation destinées aux hommes constituerait un atout majeur. Si les hommes comprennent l'importance de la contraception et ses avantages, ils pourront apporter une contribution significative en tant que chefs de famille pour améliorer la santé de la reproduction. L'écart existant entre le nombre d'hommes favorable à la pratique contraceptive et le pourcentage d'utilisation est grande, il serait peut-être nécessaire de faire une étude visant à analyser l'impact qu'a la femme sur l'implication de l'homme dans la pratique contraceptive.



RECOMMANDATIONS

8 RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude, nous pouvons formuler ces quelques suggestions :

1- Aux autorités politiques et aux ONG

- ✓ Initier des stratégies novatrices de communication en développant des programmes sur la contraception adapté aux étudiants en fournissant des informations complètes sur les méthodes de contraceptions à travers des pères éducateurs ;
- ✓ Renforcer davantage des campagnes d'informations et de sensibilisation sur la contraception au sein des établissements publics et privés.

2- À l'endroit du Ministère de la Santé

- ✓ Plaidoyer pour l'augmentation et la diversification des financements des contraceptifs afin de faciliter l'accès et le coût pour les étudiants;
- ✓ Accentuer une communication sur la contraception qui sera centrée sur la contraception de la gente masculine.

3- À l'endroit des étudiants

- ✓ Renforcer la communication sur la contraception au sein des couples;
- ✓ S'informer sur les méthodes de contraception afin d'en adapter une ou plusieurs selon ses propres réalités pour avoir une sexualité épanouie et responsable.

9 RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. World Health Organization. Contraception [Internet]. 2017 [cité 5 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/health-topics/contraception>
2. Organisation mondiale de la santé. Santé maternelle [Internet]. [cité 5 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/health-topics/maternal-health>
3. Organisation Mondiale de la Santé. Planification familiale/Contraception [Internet]. 2019 [cité 13 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
4. Nyange MB, Tambwe PN, Numbi FN, Mbutshu HL. Facteurs limitant l'accessibilité au service de planification familiale par les femmes de l'aire de santé de Kawama à Lubumbashi. République Démocratique du Congo. 03-04-2021. :6.
5. magazine LP. Le Point. 2012 [cité 20 août 2022]. L'accès à la contraception est une clé du développement, selon l'ONU. Disponible sur: https://www.lepoint.fr/societe/l-acces-a-la-contraception-est-une-cle-du-developpement-selon-l-onu-15-11-2012-1529430_23.php
6. Bakyono R, Tapsoba LDG, Lépine A, Berthé A, Ilboudo PG, Diallo CO, et al. Utilisation des contraceptifs par les femmes rurales mariées ou en concubinage au Burkina Faso: une analyse qualitative de l'utilisation d'un bon gratuit. *Pan Afr Med J.* 18 sept 2020;37:72.
7. Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille. AMPPF [Internet]. 2021 [cité 3 août 2023]. Disponible sur: <https://amppfmali.org/amppf-2/>
8. Enquête Démographique Mali 2018 [Internet]. [cité 13 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR358/FR358.pdf>
9. Ross J, Hardee K. use of male methods of contraception worldwide. *Journal of Biosocial Science.* sept 2017;49(5):648-63.
10. Tounkara M. Connaissances, attitudes, pratiques des hommes par rapport aux méthodes modernes de contraception dans la commune rurale de kalaban-coro [Internet]. [cité 29 juin 2022]. Disponible sur: <http://www.keneya.net/fmpos/theses/2008/med/pdf/08M578.pdf>
11. Mbacké Leye MM, Faye A, Diongue M, Wone I, Seck I, Ndiaye P, et al. Déterminants de l'utilisation de la contraception moderne dans le district sanitaire de Mbacké (Sénégal). *Santé Publique.* 2015;27(1):107-16.
12. Coulibaly M, Doukouré D, Kouamé J, Ayékoé IA, Mélédje-Koumi MD, Malik S, et al. Obstacles socioculturels liés à l'utilisation de la contraception moderne en Côte d'Ivoire. *Santé Publique.* 2020;32(4):389-97.
13. Thummalachetty N, Mathur S, Mullinax M, DeCosta K, Nakyanjo N, Lutalo T, et al. Contraceptive knowledge, perceptions, and concerns among men in Uganda. *BMC Public Health.* 10 oct 2017;17:792.
14. van Wersch A, Eberhardt J, Stringer F. Facteurs culturels psychosociaux façonnant les

- attitudes envers la pilule contraceptive masculine. In: La contraception masculine [Internet]. Paris: Springer Paris; 2013 [cité 8 avr 2023]. p. 165-78. Disponible sur: http://link.springer.com/10.1007/978-2-8178-0346-3_11
15. Alsaco B. Histoire de la contraception | [Internet]. 2018 [cité 25 août 2022]. Disponible sur: <https://www.alsa-co.fr/histoire-de-la-contraception/>
 16. Serfaty D. Contraception. Elsevier Masson; 2011. 590 p.
 17. Sami Yassine K. L'historique des méthodes de contraception à travers l'âge et le monde: la contraception en France au XXIème siècle, rôle du pharmacien d'officine. :146.
 18. Evina A, Ngo K, Planification familiale et contraception [Internet]. [cité 7 juin 2023]. Disponible sur: https://bibliotheque.auf.org/doc_num.php?explnum_id=744
 19. Pregna International [Internet]. 2010 [cité 2 juill 2023]. Dispositif intra-utérin copper-T Silverline Cu-380 AG. Disponible sur: <https://www.medicalexpo.fr/prod/pregna-international/product-69730-462264.html>
 20. Valerie C.contraception_de_la_consultation_initiale_au_suivi_medical.juillet 2020-HAS [Internet]. [cité 24 juin 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-06/contraception_de_la_consultation_initiale_au_suivi_medical.pdf
 21. MaContraception.fr [Internet]. [cité 29 juin 2023]. préservatif masculin. Disponible sur: <https://www.macontraception.fr/types/preservatif-masculin/attachment/preservatif-masculin>
 22. Medisite R. Le préservatif féminin [Internet]. [cité 29 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.medisite.fr/contraception-le-preservatif-feminin.5405.373055.html>
 23. OMS. Guide de la planification familiale [Internet]. [cité 17 août 2022]. Disponible sur: <https://fphandbook.org/sites/default/files/fr001-guidetofpforchws.pdf>
 24. Doctissimo [Internet]. 2018 [cité 29 juin 2023]. Contraception : le diaphragme et la cape cervicale. Disponible sur: <https://www.doctissimo.fr/html/dossiers/contraception/articles/efficacite-contraceptif/diaphragme-cape-cervicale.htm>
 25. Aly Abbara. Contraception : classification des methodes contraceptives. 02/072021.
 26. Mahamadoca. Ahla Banouta Blog : L'obstétricien et gynécologue a découvert la compatibilité du groupe sanguin et de la fertilité des femmes [Internet]. Ahla Banouta Blog. 2011 [cité 29 juin 2023]. Disponible sur: https://ahlabanoota.blogspot.com/2011/02/blog-post_6266.html
 27. Adankanhoude TM. Choix et efficacité des méthodes de contraception : une réduction des besoins non satisfaits en planification familiale. Revue Internationale du Marketing et Management Stratégique [Internet]. 2019 [cité 3 mai 2022];1(1). Disponible sur: <http://www.revue-rimms.org/index.php/home/article/view/47>
 28. awordmerchant.com [Internet]. 2022 [cité 7 déc 2022]. Qu'est-ce qu'une méthode

- contraceptive? »Sa définition et sa signification - Santé 2022. Disponible sur: <https://fr.awordmerchant.com/m-todo-anticonceptivo>
29. Eric D. Contraception chez l'homme. 2013;3.
30. olivier M. guide complet sur la ligature des trompes [internet]. docteur olivier marpeau. 2022 [cité 24 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.docteurmarpeau.com/guide-complet-sur-la-ligature-des-trompes/>
31. G.Aulagner, B.Demoré, A.Dupuis, P.Fagnoni, C.Fernandez, S.Limat. Pharmacie Clinique Et Thérapeutique (2019).pdf. 5^e éd. Elsevier Masson; 2018. 344 p.
32. admin_sapr. Fitness Life Style Health Club. 2018 [cité 29 juin 2023]. Types de pilules contraceptives combinées. Disponible sur: <https://fr.fitnesslifestylehealthclub.com/sante/types-de-pilules-contraceptives-combinees.html>
33. Bakyono R. Tapsoba LD. Lepine A et al .Utilisations des contraceptifs par les femmes rurales mariés ou en concubinage au Burkina Faso.PAMF,2020; 37:72,published online 2020,Sept.2018. [Internet]. [cité 24 août 2022]. Disponible sur: http://univ.ency-education.com/uploads/1/3/1/0/13102001/gyneco5an_contraception-orale-cours.pdf
34. Beaulieu P. Lambert C. Précis de pharmacologie: du fondamental à la clinique. Québec: les presses de l'université de Montréal, 210.880p [Internet]. [cité 24 juin 2023]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43240/924256284X.pdf>
35. Dans quels cas préférer un patch contraceptif à la plus traditionnelle pilule contraceptive ? - Blog Pharmacie en ligne Illicopharma [Internet]. [cité 29 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.illicopharma.com/blog/quels-cas-preferer-patch-contraceptif-traditionnelle-pilule-contraceptive/>
36. SOS Grossesse [Internet]. [cité 29 juin 2023]. Anneau contraceptif | Méthodes hormonales | Prévention et contraception. Disponible sur: <https://www.sosgrossesse.ca/fr/prevention-et-contraception/methodes-hormonales/anneau-contraceptif>
37. Methodes de planification familiale [Internet]. [cité 24 août 2022]. Disponible sur: <https://fp handbook.org/sites/default/files/chapter7fre.pdf>
38. Contraception : classification et description des méthodes contraceptives hormonales [Internet]. [cité 24 août 2022]. Disponible sur: https://www.aly-abbara.com/livre_gyn_obs/termes/contraception_hormonale.html
39. Implantable Contraceptive [Internet]. [cité 29 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.bcm.edu/community/healthcare-outreach/teen-health-clinic/teen-health-clinic-services/birth-control/implantable-contraceptive>
40. Farma Store [Internet]. [cité 29 juin 2023]. Jadelle 75 Mg Levonorgestrel Implante Subdermico (Implanon). Disponible sur: <https://farmastore.com.ve/inicio/143-jadelle-75-mg-levonorgestrel-implante-subdermico-implanon.html>
41. Frances E. Casey. Édition professionnelle du Manuel MSD. [cité 24 juin 2023].

Contraceptifs oraux - Gynécologie et obstétrique. Disponible sur:
<https://www.msmanuals.com/fr/professional/gyn%C3%A9cologie-et-obst%C3%A9trique/planning-familial/contraceptifs-oraux>

42. 2-André K.contraception-moderne-des-femmes_attitudes-des-hommes.05 jun 2018;20:98_ [Internet]. [cité 22 juin 2022]. Disponible sur: http://www.ifris-bf.org/wp-content/uploads/2018/12/2-KONDITAMDE_-contraception-moderne-des-femmes_attitudes-des-hommes.pdf
43. Duze MC, Mohammed IZ. Male knowledge, attitudes, and family planning practices in northern Nigeria. *Afr J Reprod Health*. déc 2006;10(3):53-65.
44. Affo A, Djogbenou R, Avakoudjo J, Degbey C, SAIZONOU J, Acotcheou P, et al. Influence de l'homme sur les Besoins non satisfaits en matière de planification familiale (BNS/PF) chez les femmes en union au Bénin. *International Journal of Innovation and Applied Studies*. 22 nov 2019;27:654-72.
45. Abdi B, Okal J, Serour G, Temmerman M. Muslim men's perceptions and attitudes on family planning: a qualitative study in Wajir and Lamu counties in Kenya. *Sex Reprod Health Matters*. déc 2021;29(1):1893890.
46. Sophie-CUVELIER.Contraception, intérêt et implication des hommes [Internet]. [cité 1 mai 2022]. Disponible sur: <http://cosf59.fr/wp-content/uploads/2020/06/Sophie-CUVELIER.pdf>
47. Organisation mondiale de la Santé. Lignes directrices unifiées relatives à la santé et aux droits en matière de sexualité et de reproduction des femmes vivant avec le VIH [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2018 [cité 1 mai 2022]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/312286>
48. Sidibé R. Perception, et pratiques communautaires liées à la contraception en commune II du district de Bamako [Internet] [Thesis]. USTTB; 2021 [cité 16 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/4251>
49. Mounkoro MDJ. préférences des femmes âgées de 14 a 45 ans en matière de contraception dans la commune urbaine de koulikoro. :98.
50. Ndiaye CAT, Delaunay V, Adjamagbo A. Connaissance et utilisation des méthodes contraceptives en milieu rural Sereer au Sénégal. :12.
51. Desjeux C. Practises and representations of the masculine contraception ;: an approach on the historical background and the current issues. *Autrepart*. 28 déc 2009;52(4):49-63.
52. Laurence S. Contraception : où sont les hommes ? Essai sur une responsabilité partagée L'exemple de Thomas Bouloù [Internet]. 2018 [cité 4 mai 2022]. Disponible sur: https://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:AcZaT-IZYncJ:scholar.google.com/+role+et+experience+des+hommes+en+matiere+de+contraception&hl=fr&as_sdt=0,5&as_ylo=2017&as_yhi=2022
53. Ngo Mayack J. L'apport de l'approche qualitative dans l'analyse de la responsabilité contraceptive. *cqd*. 2019;48(1):11-26.

54. Facoy Z. Niveaux, tendances et facteurs explicatifs de la non-utilisation de la contraception moderne par les femmes exposées au risque [Internet]. 2018 [cité 4 mai 2022]. Disponible sur: https://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:gHJ7bwg73r4J:scholar.google.com/+role+et+experience+des+hommes+en+matiere+de+contraception&hl=fr&as_sdt=0,5&as_ylo=2017&as_yhi=2022
55. Hille Z, Oezdemir UC, Beier KM, Hatzler L. L'impact de la pandémie de COVID-19 sur l'activité sexuelle et les pratiques sexuelles des célibataires et des personnes en couple dans une population germanophone. *Sexologies*. 1 janv 2021;30(1):22-33.
56. Mustapha G. La contraception et la religion musulmane en Algérie : le cas du Tlemcenais. *Anthropologie Sociale et Culturelle - Oran (Algérie)*. 4 oct 2021: 38 [Internet]. [cité 16 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.asjp.cerist.dz/en/downArticle/559/18/1/176857>
57. Speizer IS, Corroon M, Calhoun LM, Gueye A, Guilkey DK. Association of men's exposure to family planning programming and reported discussion with partner and family planning use: The case of urban Senegal. *PLoS One*. 2018;13(9):e0204049.
58. Shakya HB, Dasgupta A, Ghule M, Battala M, Saggurti N, Donta B, et al. Spousal discordance on reports of contraceptive communication, contraceptive use, and ideal family size in rural India: a cross-sectional study. *BMC Womens Health*. 4 sept 2018;18(1):147.
59. Dibo D. Connaissances, Attitudes et Pratiques des jeunes filles de 15- 24 ans dans les communes V et VI de Bamako en matière de contraception [Internet] [Thesis]. USTTB; 2016 [cité 16 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/5302>
60. contraception de longue durée d'action au centre hospitalier universitaire de la mère et de l'enfant de N'Djamena : épidémiologie et effets secondaires | journal de la sago (Gynécologie – Obstétrique et Santé de la Reproduction) [Internet]. [cité 16 mai 2022]. Disponible sur: <http://jsago.org/index.php/jsago/article/view/85>
61. Baye C. Universités et grandes écoles au Mali : formation des cadres adaptée au besoin du marché de l'emploi [Internet]. 2013 [cité 6 juill 2022]. Disponible sur: <https://maliactu.net/universites-et-grandes-ecoles-au-mali-formation-des-cadres-adaptee-au-besoin-du-marche-de-lemploi/>
62. Bara D. Listes des écoles et universités privées agréées par le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche | Entrepreneuriat, Bourses, métier, Emploi, Formation, Orientation, Concours, diplôme, Recrutement, Info Etudes [Internet]. 2017 [cité 10 juill 2022]. Disponible sur: <https://infoetudes.com/listes-ecoles-universites-privées-agrees-ministere-de-lenseignement-superieur-de-recherche/>
63. Mali : Association des établissements privés de l'enseignement supérieur : La crédibilité des diplômes des établissements privés était au centre des débats [Internet]. [cité 10 juill 2022]. Disponible sur: <https://maliactu.net/mali-association-des-etablissements-privés-de-lenseignement-superieur-la-credibilite-des-diplomes-des-etablissements-privés-était-au-centre-des-debats/>

64. Maiga PA. connaissances attitudes et pratiques des hommes par rapport a la planification familiale en commune iv du district de bamako en 2019. :108.
65. Tiétiè MB. Connaissances, attitudes et pratiques de la contraception des élèves du Lycée Askia Mohamed de Bamako. :99.
66. Koita H. connaissances attitudes et pratiques des hommes sur la planification familiale en commune ii du district de bamako. 2014;115:79-82.



ANNEXES

10 ANNEXES

Fiche d'enquête

QUESTIONNAIRE DE THÈSE DE PHARMACIE : CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES HOMMES SUR LA CONTRACEPTION DANS LES UNIVERSITÉS PUBLIQUES DU DISTRICT DE BAMAKO

Consentement :

Ce projet d'étude de recherche intitulé « Connaissances, attitudes et pratiques des hommes des sur la contraception dans les universités publiques du district de Bamako » a pour objectifs d'améliorer la santé reproductive en milieu étudiantin.

Nous participons librement après avoir pris connaissance du formulaire et nous comprenons le but, la nature, les avantages et les inconvénients de ce projet.

Consentez-vous ? 1. oui /_____/ 2. Non /_____/

I- CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTE :

I-1/ Lieu de l'enquêté : 1. FAPH /_____/ 2. FMOS /_____/ 3. IUT /_____/ 4. FDPUR/_____/ 5. FDPRI /_____/

I-2/Âge de l'enquêté : _____ans

I-3/Quelle est votre filière ? _____?

I-4/Quel est votre niveau d'instruction ? 1. 1er année /_____/ ; 2. 2e année /_____/ ; 3. 3e année /_____/ ; 4. 4e année /_____/ ; 5. 5e année /_____/ ; 6. 6e année /_____/ ; 7. 7e année /_____/

I-5/Ethnie de l'enquêté : 1. Bambara /_____/ ; 2. Malinké /_____/ ; 3. Peuhl /_____/ ; 4. Sarakolé/Soninké/Marca /_____/ ; 5. Sorai /_____/ ; 6. Dogon /_____/ 7. Tamacheck /_____/ ; 8. Sénoufo/Minianka /_____/ ; 9. Bobo /_____/ ; 10. Autres ethnies (à préciser) _____ 11. Étranger /_____/.

I-6/Quelle est votre religion ? 1=Musulmane/_____/ ; 2=Catholique/_____/ ; 3=Protestante/_____/ ; 4=Animiste/_____/ ; 5. Sans religion/_____/ ; 6. Autre _____

I-7/Quel est votre statut matrimonial actuel ? 1. Marié/_____/ ; 2. Fiancé/_____/ ; 3. Célibataire/_____/ ; 4. Divorcé/_____/ ; 5. Veuf/_____/.

I-8/Si vous êtes marié, vivez-vous avec votre femme ? 1. Oui /_____/ ; 2. Non /_____/

I-9/Combien de partenaires sexuelles, avez-vous ? 1. Zero /_____/ ; 2. Un /_____/ ; 3. Deux /_____/ ; 4. Trois /_____/ ; 5. Quatre /_____/ ; 6. Supérieur à 4 /_____/.

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 perdus ? Total:/___/ Garçons:/___/ Filles:/___/

I-13/Quel est votre nombre idéal d'enfants ? Total:/___/ Garçons:/___/ Filles:/___/

II- NIVEAU DE CONNAISSANCE DES ÉTUDIANTS DES MÉTHODES DE CONTRACEPTION

II-1/Avez-vous entendu parler de méthodes de contraception ? 1.Oui /___/; 2.Non /___/.

II-2/ Si oui quels types de méthodes de contraception ? 1.Méthodes modernes /___/ ; 2.Méthodes traditionnelles /___/ ; 3.Les deux /___/.

II-3/Si oui par quel moyen ? 1.à l' cole /___/ 2.Par un ami(e) /___/ 3.Par un membre de ma famille /___/ 4.  la radio /___/ 5.  la télé /___/ 6.Dans un centre de santé /___/ 7.Lors d'une campagne de sensibilisation /___/ 8.Autre _____ (  préciser)

II-4/Si oui, quel est le but ? 1. Espacement des naissances /___/ 2. Limitation des naissances /___/ 3. Lutte contre les IST /___/ 4. Lutte contre la stérilité /___/ 5. Arrêt de la procréation /___/ 6. Autre :(préciser) _____

II-5/Si oui, citez les méthodes modernes de contraception que vous connaissez. (Cocher les méthodes citées spontanément) 1. Pilule /___/ 2. DIU (stérilet, anneau) /___/ 3. Injectables /___/ 4. Implant /___/ 5. Diaphragme /___/ 6. Spermicides /___/ 7. Préservatif (capote) /___/ 8. Stérilisation féminine /___/ 9. Stérilisation masculine /___/ 10. Ne sait pas /___/

II-6/Citez les méthodes traditionnelles que vous connaissez (si vous l'avez coché à la question II-2) : _____

II-7/Si oui où est-ce qu'on peut se procurer les méthodes modernes contraceptives ? 1. CSCom /___/ 2. Pharmacie /___/ 3. Hôpital /___/ 4. CSRef /___/ 5. Clinique privée /___/ 6. AMPPF /___/7. Boutique /___/ 8. Vendeurs ambulants /___/ 9. Autre _____ (  préciser)

II-8/O  est ce qu'on peut se procurer des méthodes traditionnelles de contraception ?

III- ATTITUDES DES HOMMES VIS-À-VIS DE LA PRATIQUE DE LA CONTRACEPTION

III-1/Êtes-vous pour la contraception? 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 la pratique de la contraception 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 contraception 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 pratique de la contraception? 1. Oui /____/ ; 2.Non /____/ ; 3.Indifférent (aller à IV-7) /____/

III-13/Si oui pourquoi ?

III-14/Si non pourquoi ?

III-15/Que proposez-vous pour promouvoir l'implication des hommes dans la pratique de la contraception? (Plusieurs réponses possibles) 1. Séances IEC (information, éducation, communication) /____/ 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 de contraception avec une partenaire ? 1=Oui/___/ ; 2. Non/___/

IV-2/Si oui, pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles) 1. Santé de la mère /___/ 2. Santé des enfants /___/ 3. Raisons économiques /___/ 4. Protection contre les IST /___/ 5. Éviter une grossesse /___/ 6. Autre _____ (préciser)

IV-3/Si non, pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles) 1. Raisons religieuses /___/ 2. Désir d'enfant /___/ 3. Pas sexuellement actif /___/ 4. Ne sait pas où 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-4/Si oui, quelle(s) méthode(s) avez-vous utilisée(s) avec cette partenaire ? 1. Préservatifs (capote)/___/ 2. Stérilisation masculine /___/ 3. Stérilisation féminine /___/ 4. Pilule /___/ 5. DIU /___/ 6. Implant /___/ 7. Spermicide /___/ 8. Injectables /___/ 9. Diaphragme /___/ 10. Autres _____

IV-5/Si oui où est ce que vous vous procurez de ces méthodes contraceptives ? 1. C.S.Com /___/ 2. Pharmacie /___/ 3. Hôpital /___/ 4. C.S.Ref /___/ 5. Clinique privée /___/ 6. AMPPF /___/ 7. Boutique /___/ 8. Vendeurs ambulants /___/ 9. Autres _____

IV-6/Votre partenaire a-t-elle déjà utilisé ou utilise-t-elle actuellement une méthode de contraception ? 1. Oui ; 2. Non ; 3.Pas de partenaire /___/

IV-7/Si oui, Laquelle ? 1. Pilule /___/ 2. DIU /___/ 3. Injectable /___/ 4. Implant /___/ 5. Diaphragme /___/ 6. Spermicides /___/ 7. Préservatif féminin /___/ 8. Stérilisation féminine /___/ 9. Ne sait pas/contraception, mais non spécifié /___/ 10. Autre : _____ (préciser toute autre méthode citée par l'enquêteur)

IV-9/Si, oui pourquoi ?

IV-10/Si, non pourquoi ?

IV-11/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-12/Si vous ou votre partenaire avez déjà utilisé une méthode de contraception qui en a pris la décision ? / ____ / 1=Moi ; 2=Ma partenaire 4=Décision commune
Autres _____

IV-13/Qui a pris en charge les frais de la pratique de la contraception 1. Moi/ ____ / ; 2. Ma partenaire/ ____ / ; 3.Les deux/ ____ / ; 4.Autres _____

IV-14/Qui décide (ou va décider) de l'arrêt de la prise de contraceptif ? 1. Moi/ ____ / ; 2. Ma partenaire/ ____ / ; 3. Les deux / ____ / ; 4.Autres _____

IV-15/Si votre partenaire décidait de la pratique de la contraception, quelle serait votre réaction ? (Si la réponse est non à la question III-9) 1. Approuve/ ____ / ; 2. Désapprouve/ ____ / ; 3. Indifférent / ____ /

Résultats attendus

À la fin de cette étude, il sera question :

- De recueillir des données locales sur la contraception.
- Sensibiliser les hommes afin qu'ils réalisent combien leur implication en matière de contraception peut considérablement accroître la prévalence contraceptive.
- Réduire le nombre de grossesses indésirées, améliorer la santé maternelle et infantile.
- Mettre sur pied des programmes de sensibilisation et de planification familiale destinés aux hommes pour stimuler leurs intérêts et engagements.
- De renforcer la communication et la promotion de l'implication de l'homme aux praticiens de la santé, en tant qu'acteur en matière de planification familiale

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : Ndongmo Ngueke

Prénom : Chorine Sorelle

Titre de la thèse : Connaissances, attitudes et pratiques des hommes sur les contraceptions dans les universités publiques du district de Bamako.

Année Universitaire: 2022-2023

Ville de soutenance : Bamako (Mali)

Pays d'origine : Cameroun

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Pharmacie

Secteur d'intérêt : Santé Publique et Gynécologie Obstétrique.

RESUME

Introduction : La contraception, sujet tabou chez les hommes, permet d'améliorer la santé maternelle. L'objectif de l'étude était d'évaluer les connaissances, les attitudes et les pratiques des hommes dans les universités publiques du District de Bamako sur les contraceptions.

Matériels et méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale réalisée après un échantillonnage raisonné des universités publiques comportant les facultés du domaine de la santé, le domaine juridique, technique et de la gestion. Les étudiants présents le jour du passage unique et ayant donné leur consentement ont rempli une fiche d'enquête anonyme. Le logiciel SPSS 25.0 a été utilisé, et le test de Khi-deux de Pearson avec un seuil de significativité de 5%.

Résultats : Au total 1645 fiches ont été analysées, les 22 à 28 ans, et les FDPRI/FDPU, représentaient respectivement 57,9% [IC à 95% 55,4-60,3], et 31,2% [IC à 95% 28,9-33,4]. Les étudiants déclaraient avoir entendus parler des méthodes de contraception (88 % [IC à 95% 86,4-89,5]), l'école seul était le moyen de la connaissance (45,0 % [IC à 95% 42,7-47,5]). L'espace de naissance évoqué comme but de la contraception (48,7 % [IC à 95% 46,3-51,1]), la pilule et le préservatif étaient les plus connus (34 % [IC à 95% 31,7-36,3]). Les enquêtés étaient pour la contraception (61,6 % [IC à 95% 59,2-63,9]), avec pour raisons les moyens économiques (26,2 % [IC à 95% 23,5-29,0]). Et moins favorables à la pratique d'une utilisation d'une méthode (52,7 % [IC à 95% 50,3-55,1]) pour des raisons religieuses. Les hommes ayant entendu parler de la contraception étaient favorables à la pratique d'une méthode (OR=2,16 [IC à 95% 1,72-2,7], P<0,000).

Conclusion : Une meilleure sensibilisation sur les méthodes de contraception chez les hommes est nécessaire pour qu'ils comprennent son importance et ses avantages.

Mots clés : CAP, contraception, étudiants, universités, Bamako

DATA SHEET

Name: Ndongmo Ngueke

First name: Chorine Sorelle

Thesis title: Knowledge, attitudes and practices of men on contraception in public universities in the district of Bamako.

Academic year: 2022-2023

City of defense: Bamako (Mali)

Country of origin: Cameroon

Depository: Faculty of Pharmacy Library

Area of interest: Public Health and Obstetrics & Gynecology.

SUMMARY

Introduction: Contraception, a taboo subject among men, can improve maternal health. The aim of the study was to assess the knowledge, attitudes and practices of men in public universities in the District of Bamako regarding contraception.

Materials and methods: This was a cross-sectional study carried out after purposive sampling of public universities including health, legal, technical and management faculties. Students present on the day of the single visit and having given their consent completed an anonymous survey form. SPSS 25.0 software was used, and Pearson's Chi-square test with a significance level of 5%.

Results: A total of 1,645 records were analyzed, with 22- to 28-year-olds and FDPRI/FDPUs accounting for 57.9% [95% CI 55.4-60.3] and 31.2% [95% CI 28.9-33.4] respectively. Students said they had heard of contraception (88% [95% CI 86.4-89.5]), and school alone was the means of knowledge (45.0% [95% CI 42.7-47.5]). Birth spacing was mentioned as a contraceptive goal (48.7% [95% CI 46.3-51.1]), and the pill and condom were the most widely known (34% [95% CI 31.7-36.3]). Respondents were in favor of contraception (61.6% [95% CI 59.2-63.9]), with economic means the main reason (26.2% [95% CI 23.5-29.0]). And less favorable to the practice of using a method (52.7% [95% CI 50.3-55.1]) for religious reasons. Men who had heard of contraception were more likely to use a method (OR=2.16 [95% CI 1.72-2.7], P<0.000).


Conclusion: Greater awareness of contraceptive methods among men is needed so that they understand its importance and benefits.

Key words: CAP, contraception, students, universities, Bamako

TITRE : Lettre d'introduction à la FDPRI délivré par le décanat de la FAPH

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple-Un But-Une Foi



U.S.T.F.B
Secrétariat du Doyen

FACULTE DE PHARMACIE

Bamako, le 31 janvier 2023

LE DOYEN
A

Monsieur le Doyen de la Faculté
de Droit Privé.

BAMAKO

Lettre N°2023/ 013 /FAPH-DECANAT


Objet : demande d'introduction

Dans le cadre de la réalisation de sa thèse intitulée «CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES HOMMES SUR LA CONTRACEPTION FEMININE DANS LES UNIVERSITES PUBLIQUES DU DISTRICT DE BAMAKO», je viens par la présente vous introduire la thèse de Mle. NDONGMO NGUEKE Chorine Soreille, étudiant en 6^{ème} année pharmacie à effectuer sa thèse de Pharmacie dans vos structures pour les besoins de ses enquêtes.

Directeur de Thèse : Pr Sékou BAI

Veuillez recevoir, Monsieur, l'expression de ma très haute considération.

P/Le Doyen P:O
Le vice-doyen
Pr Sékou BAI




BP : 1805 - ☎ : (223) 20 21 18 19 / 20 21 14 - 17 Email : contact@univsci-tech-formation-recherche-mali.org

TITRE : Lettre d'introduction à la FDU délivré par le décanat de la FAPH

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple-Un But-Une Foi


U.S.T.T-B
Secrétariat du Doyen

FACULTE DE PHARMACIE

Bamako, le 31 janvier 2023

LE DOYEN
A

Monsieur le Doyen de la Faculté
de Droit Public.

BAMAKO


Lettre N°2023/ *012* /FAPH-DECANAT


Objet : demande d'introduction

Dans le cadre de la réalisation de sa thèse intitulée «**CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES HOMMES SUR LA CONTRACEPTION FEMININE DANS LES UNIVERSITES PUBLIQUES DU DISTRICT DE BAMAKO**», je viens par la présente vous introduire la thèse de **Mle. NDONGMO NGUEKE Chorine Sorelle**, étudiant en 6^{ème} année pharmacie à effectuer sa thèse de Pharmacie dans vos structures pour les besoins de ses enquêtes.

Directeur de Thèse : Pr Sékou BAH

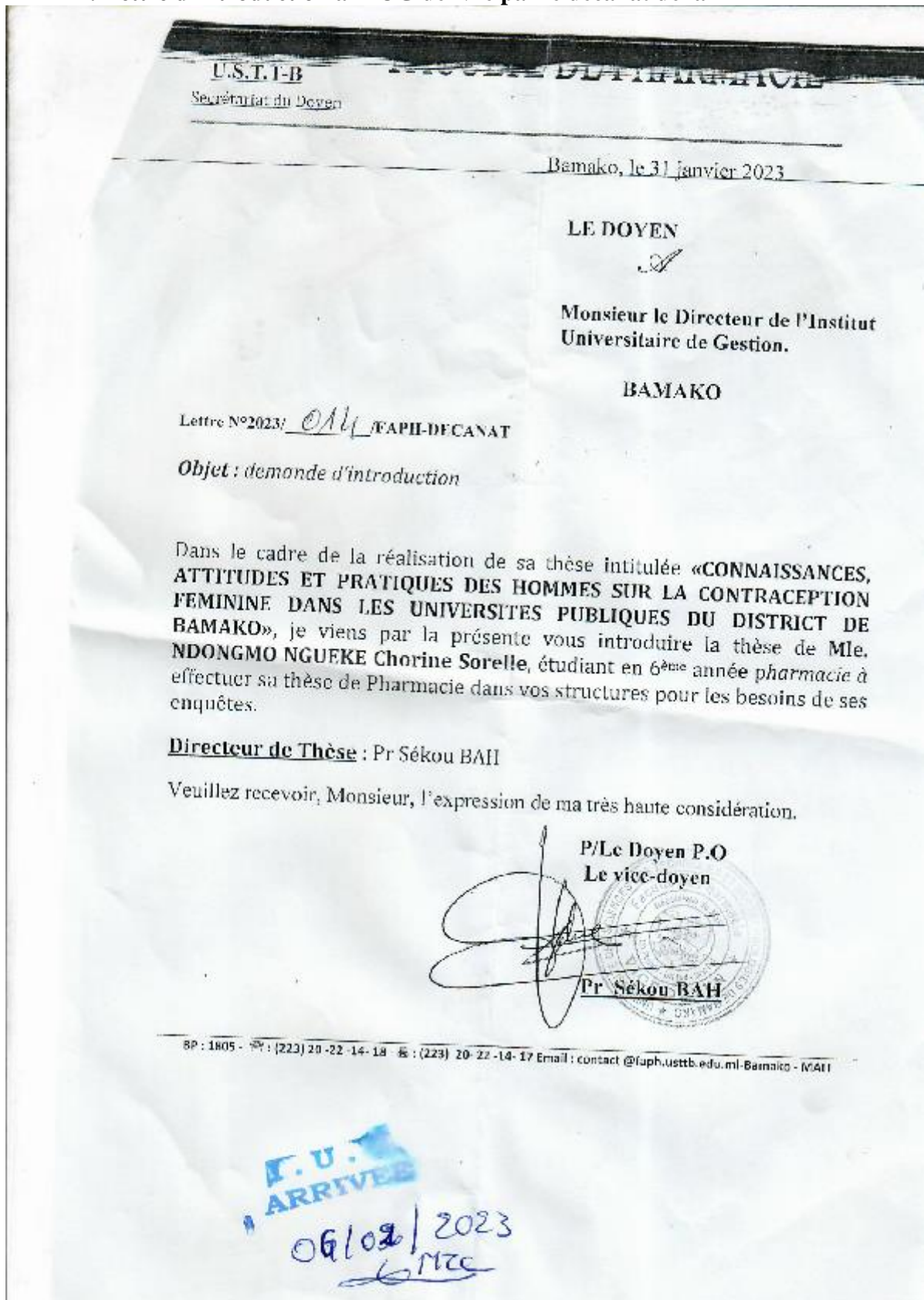
Veuillez recevoir, Monsieur, l'expression de ma très haute considération.


P/Le Doyen P.O
Le vice-doyen
Pr Sékou BAH


VICE DOYEN
Pr Sékou BAH
Moussa Ndiaye

BP : 1305 - ☎ : (223) 20-22-14-18 - ✉ : (223) 20-22-14-17 Lmail : contact@faph.usttb.edu.ml-Bamako - MALI

TITRE : Lettre d'introduction à l'IUG délivré par le décanat de la FAPH



TITRE : Quelques images obtenues lors du déroulement de notre enquête.



Auteur : Chorine NDONGMO date : 10/02/2023 Lieu : Faculté de droit publique



Auteur : Jean Paul TCHAPEBONG date : 10/02/2023 Lieu : Faculté de droit publique



Auteur : Jean Paul TCHAPEBONG date : 10/02/2023

Lieu : Faculté de droit publique



Auteur : Chorine NDONGMO

date : 22/02/2023

Lieu : FST



Auteur : Benjamin TINA

date : 10/02/2023

Lieu : Faculté de droit publique



Auteur : Benjamin TINA

date : 11/02/2023

Lieu : Faculté de droit publique

SERMENT DE GALIEN

En présence des Maîtres de la Faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples.

D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur

Témoigner ma reconnaissance en restant fidèle aux principes qui m'ont été enseignés et d'actualiser mes connaissances ;

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

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

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

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

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

Je le jure.