

Liste des sigles

A-OMD : Objectifs du millénaire pour le développement

B-FMOS : Faculté de médecine et d'odontostomatologie

C-FAPH : Faculté de pharmacie

D-FSEG : Faculté des sciences économiques et de gestion

E-FSJP : Faculté des sciences juridiques et politiques

F-OMS : Organisation mondiale de la santé

G-PF : Planning familial

H-IST : Infections sexuellement transmissibles

I-VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

J-EDSM : Enquête démographique et de santé du Mali

K-UNFPA : United nations population fund.

L-SSP : Soins de santé primaire

M-IB : Initiative de Bamako

N-AMPPF : Association Malienne pour la protection et la promotion de la famille

O-ONG : Organisation non gouvernementale

P-IVG : Interruption volontaire de grossesse

Sommaire

I-Introduction.....	11
II-Généralités.....	13
III-Objectifs.....	33
IV-Hypothèses.....	33
V-Méthodologie.....	34
VI-Résultats.....	36
VII-Commentaires et discussion.....	45
VIII-Conclusion.....	52
IX-Recommandations.....	52
X-Références.....	53
XI-Annexes.....	56

I- INTRODUCTION

La planification familiale est reconnue depuis longtemps en Afrique au sud du Sahara, comme un moyen essentiel pour maintenir la santé et le bien être des femmes. Les Nations Unies à travers les OMD (objectifs du millénaire pour le développement) 4 et 5 ont mis en exergue l'importance de la planification familiale dans la maîtrise de la croissance, démographique et la réduction des mortalités maternelles et infantiles [1].

Au Mali, le concept de planification familiale (PF) comprend un ensemble de moyens de régulation de la fécondité, d'éducation et de prise en charge d'affections de la sphère génitale, mis à la disposition des individus et des couples afin de contribuer à la réduction de la mortalité et la morbidité maternelle, infantile et juvénile notamment celles liés aux IST-VIH/SIDA aux grossesses non désirées, aux avortements et assurer ainsi le bien-être familial et individuel. Ceci implique la liberté, la responsabilité et le droit à l'information de chaque individu ou couple pour aider à choisir la mesure ou le moyen de régulation de sa fécondité[1].

Au Mali selon EDSM IV et V, une femme court un risque de 1 sur 5 de décès maternel. Selon la même enquête le risque de mortalité infantile varie fortement en fonction de l'intervalle qui sépare deux grossesses consécutives. Ainsi elle nous révèle que lorsque cet intervalle est plus de deux ans le risque de décès diminue de 15 à 20%. Il a été constaté que certaines caractéristiques socio-économiques constituent des barrières à l'utilisation d'une méthode de contraception moderne même si la femme/couple ressent le besoin [1].

Depuis de nombreuses années, le gouvernement du Mali avec l'appui des partenaires au développement ont déployé des actions importantes pour rendre accessibles et disponibles les services de planification familiale. Toutefois, les résultats obtenus ne sont pas satisfaisants. En effet au Mali, la prévalence

contraceptive qui était de 5.9% en 2001 (EDSM III) n'a connu que très peu d'évolution car elle est passée à 6.9% en 2006 (EDSM IV) [1].

Les jeunes, aujourd'hui sont de plus en plus précocement actifs sur le plan sexuel. Si certains pour mieux vivre leur sexualité font recours à des méthodes contraceptives souvent sur conseils de spécialistes, ils sont nombreux à ignorer la question ou qui s'en détournent par pure inconscience au risque de compromettre leur santé. Certes des structures étatiques, privées ou bénévoles existent un peu partout dans le pays, surtout dans les centres urbains qui apportent conseils et soins aux jeunes, mais leur insuffisance et mauvaise fréquentation par ceux-ci demeure le nœud gordien dans la résolution de la problématique de la santé sexuelle des jeunes [2].

Selon certaines études les problèmes de la planification familiale en milieu universitaire au Mali, en ce qui concerne les étudiants sont presque identiques à ceux de la population générale. Conscient de tous les dangers liés à la méconnaissance des méthodes contraceptives entre autres : grossesse non désirée, avortements clandestins et leurs corollaires (hémorragies), pouvant entraîner la mort et conscient de la place qu'occupe la santé de la reproduction pour le développement d'un pays nous sommes proposés d'évaluer la connaissance et la perception des utilisatrices du planning familial au niveau universitaire afin d'attirer l'attention de nos maîtres et celles des autorités pour ensuite faire des recommandations dans l'optique d'améliorer le taux d'utilisation des contraceptifs ; le niveau d'information des étudiants sur la planification familiale, chose qui à son tour leur permettra d'informer, éduquer et de sensibiliser la population.

II- GENERALITES :

2-1 Historique de la planification :

Dans le monde :

La notion de PF et les activités qui en découlent existent dans le monde depuis environ une vingtaine d'année.

Les premières actions en faveur des femmes remontent à 1970 à Bucarest où il était question de croissance démographique et de libération de la femme et la première conférence mondiale des nations unies sur les femmes qui s'est tenue à Mexico en 1975, aboutissant à la proclamation de l'année internationale de la femme (1976-1985).

L'idée de PF a été officiellement discutée pour une des premières fois dans le monde en septembre 1978 à ALMA ATA (URSS) lors de la réunion, il a été élaboré un programme mondial de santé d'ici l'an 2000. Cette politique était basée sur les soins de Santé primaires (SSP). La plupart des pays du monde ont adhéré à ce concept de SSP où la santé avait une note pluridisciplinaire, la PF étant la quatrième composante des SSP (soins de santé primaires).

A partir de 1980, on assiste à une succession de rencontres dans différents pays du monde des associations de planification familiale (APF).

Ces APF sont affiliées à une organisation non gouvernementale, la Fédération internationale pour la planification [3].

En Afrique :

En Afrique, la rencontre la plus importante en matière de santé maternelle et infantile et de PF est celle qui s'est tenue à Bamako (Mali) en septembre 1987. Il s'agissait de la 37^{ème} session du comité régional de l'Afrique pour l'initiative de Bamako, rencontre qui a réuni presque tous les ministres africains de la santé. Le thème de cette rencontre était la santé des femmes et des enfants à travers le financement de la gestion des médicaments essentiels en ce qui concerne les communautés.

Bien avant cette date, une série de conférences sur le thème « femmes et enfants » avait eu lieu dans différents pays africains. C'est surtout après la réunion sur l'IB (initiative de Bamako) que les grandes lignes de politiques de PF ont commencé à se dessiner à travers des rencontres organisées dans différents pays africains.

Les années 90 ont été celles de symposiums sur la santé de la reproduction, la santé génésique, la santé sexuelle des individus, des couples et des familles.

Ces différents rencontres montrent l'intérêt régional porté à la SR et à la PF [3].

AU MALI :

Les sociétés traditionnelles ont toujours été fortement pro-natalistes, cela pour des raisons d'ordre sociologique culturel, économique et spirituelle. Une nombreuse progéniture est source à la fois (maximum de bras travailleurs pour augmenter la production) et de bénédiction divine.

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

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

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

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

Une société malienne contemporaine est prise en perte à faux entre les valeurs séculaires (culturelle, morales et religieuses) et les logiques postcoloniales d'une culture de la raison et de la liberté de l'individu selon le modèle d'humanisme progressiste hérité à la fois du colonialisme et de la révolution socialiste des années (1962). [4]

La planification familiale a débuté par la création de façon informelle de l'association Malienne pour la protection et la promotion de la famille (AMPPF), organisation non gouvernementale à but non lucratif en 1971.

Pionnière en matière de santé de la mère et de l'enfant (SM) et de la planification familiale, l'AMPPF œuvre depuis près d'une quarantaine d'année à l'amélioration de la qualité de vie de la famille et des individus en milieu rural et urbain. En 1976, l'AMPPF a adhéré à la fédération internationale pour la planification familiale (IPF) en qualité de membre associé, puis membre à part en 1983.

Jusqu'à présent, l'AMPPF est la plus grande ONG au Mali intervenant dans le domaine de la planification familiale [5]

2-2 Définition des différents concepts de planification familiale utilisés par les programmes:

➤ La santé de la reproduction :

Le Fond des Nations Unies pour la population (UNFPA) a proposé une définition de la santé de la reproduction dans le cadre global des droits qu'à toute personne de jouir de sa sexualité en toute sécurité, tout en protégeant d'autres personnes. Pour le Fond (UNFPA), la santé de la reproduction est définie comme suit : C'est l'état de bien-être physique que mental et social de la personne humaine pour tout ce qui concerne l'appareil génital ses fonctions et son fonctionnement et non seulement l'absence des maladies ou d'infirmité. Elle comprend neuf composantes dont celle relative à la planification familiale

➤ La Perception : C'est une prise de connaissance d'un fait ou d'un évènement du monde extérieur qui a pris naissance dans une série de sensations.

➤ **La planification familiale** : Elle permet aux individus et aux couples d'éviter les grossesses non désirées, de décider du moment des grossesses et du nombre d'enfant voulus [6].

Sur ceux, « hommes et femmes ont le droit d'être informés d'utiliser la méthode de la planification familiale de leur choix ainsi que d'autres méthodes de régulation des naissances qui ne sont pas contraires à la loi, méthodes qui doivent être sûres efficaces abordables et acceptables, ainsi que le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener bien grossesse et accouchement et donnent aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé » [6].

➤ **La régulation des naissances** : C'est l'ensemble des moyens utilisés par les individus et les couples pour que l'arrivée d'un enfant soit attendue programmée, soumise à la décision humaine par opposition au fait du hasard de la venue des enfants dans le foyer. [6].

➤ **L'espace des naissances** : consiste en un écart d'au moins 24 mois entre celles-ci.

Celui-ci a un double rôle : pour la femme, il constitue un repos pour son organisme ; pour le nouveau-né, il favorise un entretien particulier de santé par sa mère.[6].

➤ **Limitation des naissances** : Celle-ci est une opération qui comprend les efforts, déployés par le gouvernement ou la société en général pour remédier aux conséquences économiques et sociales d'un accroissement excessif de la population. La limitation des naissances désigne donc une politique gouvernementale qui décide du nombre des naissances que le couple ne peut pas dépasser au risque de sanction. Elle est souvent qualifiée de résurrectionniste dans la mesure où elle (par l'Etat) s'ingère dans la vie privée des couples. Son but, dit-on vise le bien- être général [6].

➤ **Naissance désirable** : C'est l'ensemble des méthodes et des moyens basés sur la protection de la maternité utilisable aussi bien par la femme et qui

visé à permettre au couple d'avoir des enfants quand ils désirent, de les héberger dans les meilleures conditions sanitaires et sociales [6].

➤ **La Contraception** : C'est l'ensemble des moyens techniques médicaux ou non, mis à la disposition des individus et des couples pour leur permettre d'assurer leur sexualité de façon responsable de manière à éviter les grossesses non désirées, espacer les naissances, avoir le nombre d'enfant désiré au moment voulu [7].

➤ **Le Counseling** : C'est un processus de communication interpersonnelle par lequel le prestataire aide un client à choisir une méthode de contraception qui lui convient. Il est efficace si le prestataire a pu établir et maintenir un dialogue basé sur la confiance. Le counseling est une partie vitale de la planification familiale qui aide les clients à arriver à un choix éclairé concernant leur option en matière de reproduction la méthode choisie en toute sécurité et à utiliser de manière efficace [7].

2-3 Les Problèmes liés à la fécondité chez les adolescents et les jeunes :

L'absence de préparation adéquate :

Ce problème est lié à l'éducation sexuelle qui peu pratiquée tant au niveau familial (tabous, honte, ignorance) qu'au niveau scolaire. Cette défaillance est à l'origine de nombreuses difficultés des jeunes au niveau de leur sexualité.

Les grossesses précoces ou non désirées :

Le risque de mortalité maternelle et infantile est plus élevé chez les jeunes mères de moins de 16 ans parce qu'elles n'ont pas achevé encore leur croissance ni atteint leur maturité physiologique.

L'interruption volontaire de grossesse :

L'IVG n'est pas autorisé dans la législation Malienne. Elle y est cependant pratiquée clandestinement et constitue aujourd'hui l'une des plus importantes causes de morbidité maternelle.

Elle est susceptible d'entraîner une stérilité secondaire voire définitive.

Les IST/SIDA et leur complication :

Les IST/SIDA constituent une menace sérieuse pour la jeunesse au niveau mondial et local. Si par le passé une erreur de jeunesse pouvait occasionner une grossesse non désirée ou une infection sexuellement transmissible avec comme conséquence la stérilité secondaire voire définitive à long terme, de nos jours cette même erreur peut entraîner la mort avec l'avènement du VIH/sida [7].

2-4 Rappel sur les différentes méthodes de contraception :

La contraception est l'utilisation de l'ensemble des méthodes naturelles ou artificielles mises à la disposition d'un couple ou d'un individu pour empêcher temporairement ou définitivement la conception.

❖ Méthodes naturelles :

L'abstinence périodique :

- S'abstenir pendant un moment du cycle. Comme méthode on a:

Méthode du collier:

-Définition: c'est une méthode qui est basée sur la connaissance de la fertilité du couple. Elle aide la cliente/le couple à prévenir une grossesse non désirée, à l'aide d'un collier de <perles>.

Il est à noter que pour la méthode du collier, la cliente doit avoir un cycle menstruel compris entre 26 et 32 jours.

Il faut que : La cliente soit motivée.

- Mode d'utilisation : Le 1^{er} jour des menstruations, déplacer l'anneau sur la perle rouge ;

- Faire une marque dans le calendrier pour ce jour ;
- Chaque jour, déplacer l'anneau vers la perle suivante ;
- Déplacer toujours l'anneau dans la même direction, de l'extrémité étroite vers l'extrémité plus large ;
- Eviter les rapports sexuels sans protection si l'on ne veut pas tomber enceinte pendant les jours correspondant aux perles blanches, les rapports sexuels sont possibles sans risque de grossesse après les perles blanches.

Si la cliente n'est pas sûre d'avoir déplacé l'anneau :

- Lui dire de vérifier le calendrier pour voir quand est ce que le dernier cycle menstruel a commencé ;
- Puis compter les jours jusqu'au jour où elle s'est rendue compte qu'elle a oublié de déplacer l'anneau ;
- Après avoir compté le nombre de jour, déplacer l'anneau vers la perle correspondante ;
- Dire à la cliente de déplacer l'anneau sur la perle rouge le jour où les règles réapparaissent ;
- S'assurer que la cliente/couple a compris ;
- Expliquer les limites : jour d'abstinence longue, ne protège pas contre les IST/SIDA.

La méthode de température :

La courbe thermique matinale d'une femme présente une phase d'hypothermie qui s'étend des règles à l'ovulation, et une phase d'hyperthermie qui s'étend de l'ovulation aux règles suivantes :

L'ovulation se situe exactement aux derniers jours de la température basse avant le décalage thermique ou au premier et même au deuxième jour de cette montée thermique, lorsque celle-ci s'étale sur plusieurs jours, par rapport à cette ovulation, il existe donc une période féconde dont la durée classique de 7 jours est fondée :

- sur la survie des spermatozoïdes (4 jours)
- sur la survie de l'ovule (12 à 24 heures).
- La période féconde s'étend donc du cinquième au quatrième jour avant l'ovulation (avant le décalage) jusqu'au premier jour ou second jour après elle.
- Elle sépare deux périodes stériles : une après les règles où la stérilité est relative à cause de la survie exceptionnelle mais possible des spermatozoïdes au-delà de 4 jours, l'autre après l'ovulation où la stérilité est absolue et va du deuxième jour de température haute, après le décalage, jusqu'aux règles suivantes. Si le couple veut donc exclure de façon absolue le risque de

grossesse, il ne doit avoir de rapport qu'à partir du second jour du second jour du plateau thermique confirmé.

La méthode de température est efficace (99% de succès) disponible, sans effet secondaire. Mais elle a des contraintes comme l'enregistrement quotidien des signes, une longue période d'abstinence.

La méthode de la glaire cervicale (Méthode de Billings)

La glaire subit des changements avant et après l'ovulation. En effet à l'approche de l'ovulation, la glaire devient abondante et filante et cela s'accroît jusqu'à l'ovulation. Après l'ovulation la glaire s'épaissit et devient pâteuse.

La femme en examinant sa glaire tous les jours peut détecter ces changements et ainsi connaître à peu près son jour d'ovulation. Pour ne pas avoir d'enfant, elle doit s'abstenir des rapports jusqu'après l'ovulation qui est la phase de glaire pâteuse.

Méthode efficace sans effet secondaire, elle a des contraintes comme observation quotidienne de la glaire et une longue période d'abstinence.

Le Bio-Self :

Le Bio-Self se présente sous la forme d'un thermomètre électronique combiné à un microprocesseur. C'est une tentative pour mixer la méthode des températures et la méthode du collier. L'appareil enregistre les températures quotidiennes, les compare avec son programme de base élaboré à partir de plusieurs centaines de milliers de courbes thermiques et s'adapte aux caractéristiques de l'utilisatrice.

Il mémorise également les six derniers cycles pour affiner faire partie des méthodes d'abstinence périodique et présente les mêmes avantages et inconvénients.

Il faut noter le coût élevé de l'appareil qui n'apporte guère plus de sécurité que la méthode des températures traditionnellement utilisées.

L'abstinence complète :

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

Le coït interrompu :

C'est le retrait du pénis du vagin avant l'éjaculation.

Le coït obstructif : méthode dangereuse consistant à «serrer la base de la verge, penser à autre chose, et retenir sa respiration» risque d'aboutir à une éjaculation dans la vessie, cause secondaire de stérilité. Cette méthode n'est pas très efficace car difficile à observer. Son taux d'échec est de l'ordre de 15 à 20%.

La méthode d'allaitement maternel et de l'aménorrhée (M.A.M.A) :

C'est une méthode qui consiste à allaiter l'enfant au sein pendant au moins les six (6) premiers mois ; cela entraîne un retard de retour de couche et donc une période d'anovulation. Efficace si l'allaitement est prolongé, exclusif pendant les premiers six (6) mois du post-partum et s'il y a pas de retour de couche, c'est une méthode semblable à d'autres méthodes par blocage de l'ovulation.

Elle est efficace, disponible, renforce le lien mère enfant, nutritive et assure une protection du nourrisson par les anticorps contenus dans le lait maternel.

L'efficacité contraceptive diminue si une des conditions n'est pas respectée.

❖ Les méthodes traditionnelles :

Ces méthodes reposent sur le vécu socio culturel des peuples, on peut citer ;

Le tafo :

Cordelette avec des nœuds, attachée autour du bassin de la femme dont le pouvoir repose sur la psychologie et aussi sur le vécu socioculturel (par exemple perd de son efficacité en cas de rapport avec un autre homme que son mari).

La toile d'araignée :

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

Le miel et le jus de citron :

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

Les solutions à boire :

Il peut s'agir d'écorces d'arbre ou de plante, de graines à avaler, ou de 'nassi' solution préparée par les marabouts et charlatans. Aucune étude scientifique n'a été faite sur l'efficacité de ces méthodes traditionnelles. Il semble qu'elles peuvent être à la base d'infection à répétition et même créer d'autres problèmes chez la femme tels que l'infertilité, des algies pelviennes.

❖ Les méthodes modernes

Les contraceptifs hormonaux :

Les contraceptifs oraux ou pilules contraceptives :

- Les contraceptifs oraux combinés ou COC :

Les COC ou pilules contraceptives sont des comprimés composés de deux hormones synthétiques ; œstrogène et progestérone, très semblables à ceux que l'on retrouve dans le corps de la femme.

Ils se présentent sous forme de plaquettes de 28 comprimés dont les 7 derniers contiennent du fer.

Avantages :

- Très efficace ; taux d'efficacité élevé (98-99%) ;
- Efficace immédiatement
- L'examen gynécologique n'est pas nécessaire
- N'interfère pas avec les rapports sexuels
- Peu d'effets secondaires
- Peut être fourni par un personnel non médical
- Diminue la quantité des règles et leur durée
- Diminue les crampes des menstrues
- Diminue le risque d'anémie,

- Protège contre les cancers des ovaires et de l'endomètre
- Diminue les maladies bénignes des seins et les kystes ovariens
- Préviend les grossesses extra utérines
- Méthode réversible ;
- Préviend certaines affections (kystes ovariens, dysménorrhée...)
- Régularise le cycle

Inconvénients et précautions :

- Ne protège pas contre les IST et VIH/SIDA
- Diminue la production du lait
- Doivent être pris tous les jours
- L'oubli augmente l'échec
- Peut entraîner la nausée, vertiges, céphalées...,
- Leur efficacité peut être réduite par certains médicaments (rifampicine, antimycosiques, anticonvulsivants) ;

Effets secondaires :

- Nausées, vertiges, seins légèrement sensibles et des maux de tête légers ainsi que de légers saignements sont courants.
- Céphalées
- Hypertension artérielle
- Aménorrhée
- Peut entraîner un retard dans le retour de la fécondité
- Acné

Convient aux :

- Femmes en âge de procréer ;
- Mères allaitantes (6 mois post partum ou plus) ;
- Femmes en post partum qui n'allaitent pas peuvent commencer 6 semaines après l'accouchement ;
- Femmes après avortement, femmes avec crampes menstruelles ;
- Femmes avec antécédents de grossesse extra utérine.

- Les contraceptifs oraux progestatifs ou COP :

Définition :

Les COP sont des contraceptifs oraux qui contiennent uniquement des progestatifs à faible dose.

Avantages :

- Très efficaces si la prise est correcte ;
- Le retour à la fécondité est immédiat ;
- N'influencent pas la lactation ;
- Diminuent les risques de maladies inflammatoires du pelvis ;
- Donnent une protection relative contre le cancer de l'endomètre.
- N'interfèrent pas avec les rapports sexuels

Inconvénients et précautions :

- Les COP ne protègent pas contre les IST/SIDA ;

Effets secondaires :

- Prise de poids ;
- Aménorrhée ;
- Saignements irréguliers.

Contraceptifs injectables :

Le contraceptif injectable est un produit progestatif de synthèse qui, libère lentement empêche la survenue de la grossesse.

Avantage :

- Très efficace (>99,7%) ;
- Action prolongée, longue durée d'action ;
- Méthode peu contraignante, pratique, discrète ;
- Ne gêne pas la lactation ;
- Peut diminuer l'anémie ;
- Peut protéger partiellement contre le cancer de l'endomètre, l'endométriose et les kystes de l'ovaire ;
- Fournit une protection relative contre les maladies inflammatoires du pelvis ;

- Diminue les risques de grossesse ectopique. Inconvénients et précautions :
- Pas de protection contre les IST et SIDA
- Retour parfois lent à la fertilité (6 à 10 mois, et même parfois davantage, jusqu'à 18 mois) ;

Effets secondaires :

- spotting ou, rarement, hémorragie génitale importante ;
- Aménorrhée ;
- Gain pondéral modéré ;
- Maux de tête ;
- Légère sensibilité des seins ;
- Changement d'humeur, dépression ;
- Acné (rarement) ;
- Diminution de la libido.

Le jadell :

C'est un contraceptif contenant un progestatif retard diffusé à travers 2 capsules insérées en sous-cutané à la face interne du bras de l'utilisatrice.

Avantage :

- Aussi efficace que la ligature des trompes (99 à 99,8% d'efficacité), même chez des femmes de poids élevé ;
- Son action est immédiate (elle commence 24h après l'insertion) ;
- Actif dans l'organisme pendant :
 - o 7 ans pour les femmes de moins de 70kg,
 - o 5 ans pour les femmes de 70 à 79kg,
 - o 4 ans pour les femmes de plus de 80kg.

Toutefois les capsules peuvent être retirées à tout moment.

- N'interfère pas avec les rapports sexuels (n'agit pas) ;
- N'affecte pas l'allaitement ;
- Les capsules ne gênent pas et sont à peine visibles sous la peau ;

- Cette méthode n'exige pas un effort de mémoire, sauf pour la date de rendez-vous ;
- Le jadell peut prévenir l'anémie en diminuant le flux menstruel ;
- Il a peu d'effets secondaires, à part les irrégularités du cycle menstruel et le Spotting.

Inconvénients et précautions :

- La pose ou le retrait des capsules nécessite un personnel qualifié ;
- Le jadell ne protège pas contre les IST/SIDA ;
- La pose et le retrait nécessitent une procédure chirurgicale mineure
- Les capsules peuvent être visibles sous la peau ;
- Il existe quelques risques mineurs liés à l'opération : saignement, hématome, infection locale ;
- L'utilisatrice ne peut pas arrêter la méthode d'elle-même.

Effets secondaires :

Effets secondaires fréquents : trouble du cycle :

- spotting,
- Saignements prolongés,
- Aménorrhée, ou une combinaison de ces troubles.

Effets secondaires peu courants :

- Céphalées ;
- Prise de poids et modification de l'appétit ;
- Troubles de l'humeur (nervosité/dépression) ;
- Vertiges ;

Indications :

- Femme allaitante depuis plus de 6 semaines ;
- Femme qui désire une contraception continue ou de longue durée ;
- Femme qui a le nombre d'enfants désirés mais ne veut pas subir une ligature des trompes ;

- Femme qui considère la possibilité d'une ligature des trompes, mais n'a pas encore pris sa décision finale ;
- Femme qui ne peut pas utiliser des contraceptifs qui contiennent des œstrogènes.

Contraception d'urgence :

Ensemble de procédés contraceptifs utilisés pendant une période limitée après un acte sexuel sans protection. Il s'agit :

- COC : 30-35 µg Ethynil œstradiol
 - Prendre 4 comprimés puis 4 autres 12 h plus tard au total 8 comprimés.
 - Exemple : Lo-fémenal ou Pilplan
- COC : 50 µg Ethynil œstradiol
 - Prendre 2 comprimés puis 2 autres 12 h plus tard.
 - Exemple : Eugynon 50, ovral, Microgynon-50 Stediril disponible au Mali
- COP: 0,075 mg (75 µg) de norgestrel
 - Prendre 20 comprimés puis 20 autres 12 h plus tard.
 - Exemple : Ovrette
- COP: 0,03 mg (30 µg) de levonorgestrel
 - Prendre 25 comprimés puis 25 autres 12 h plus tard.
 - Exemple : Microlut, Norgeston
- COP: 0,75 mg (750 µg) de levonorgestrel
 - Prendre 2 comprimés en prise unique
 - Exemple : Nor-Levo, Postinor, 6Imediat, Plan-B
- D.I.U : TCu-380A
 - Dans les 72 heures suivant l'acte sans protection

Indications :

- Viol
- Rupture/glissement/utilisation incorrecte de préservatifs.

- Expulsion de D.I.U ;
- Echec du coït interrompu ;
- Oublie de pilule contraceptive.
- Rapport sexuel imprévu
- Injectable : rendez- vous dépassé de plus de deux semaines.

Dispositif intra utérin : D.I.U

Le DIU est un dispositif flexible de composition métallique et/ou plastique que l'on insère dans la cavité utérine dans un but contraceptif.

Il existe plusieurs modèles :

- En cuivre, le DIU TCu-380A qui est en plastique et libère lentement de petites quantités de cuivre.
- Le DIU médicament qui libère un progestatif (progestérone ou levonorgestrel).

Avantage :

- Très efficace (99,2 à 99,4% d'efficacité) ;
- Son action est immédiate ;
- Actif pendant 12 à 13 ans dans l'organisme ;
- N'interfère pas avec les rapports sexuels (n'agit pas) ;
- N'affecte pas l'allaitement ;
- Pas d'effet secondaire hormonal ;
- Immédiatement réversible ;
- Cette méthode n'exige pas un effort de mémoire ;
- Il a peu d'effets secondaires.

Inconvénients et précautions :

- La pose ou le retrait du DIU nécessite un personnel qualifié ;
- Le DIU ne protège pas contre les IST/SIDA ;
- Pose et retrait nécessitent un examen clinique ;
- L'utilisatrice ne peut pas arrêter la méthode d'elle-même ;

- Le DIU peut être expulsé sans que la femme ne s'en rende compte (post partum) ;
- Le DIU ne protège pas contre les grossesses ectopiques ;
- La femme doit vérifier la position du fil de temps à autre. Effets secondaires :
 - Effets secondaires fréquents :
 - Changements menstruels (durant les 3 premiers mois mais ont tendance à diminuer après) :
 - Règles plus longues et plus abondantes ;
 - Saignements ou Spotting entre les règles ;
 - Crampes et douleurs durant les règles.
 - Autres effets secondaires et complications peu courants :
 - Crampes et douleurs 3 à 5 jours après l'insertion ;
 - Saignements menstruels abondants pouvant conduire à l'anémie (surtout avec les DIU inertes) ;
 - Perforation de la paroi de l'utérus si insertion mal effectuée.

❖ **Méthodes dites de barrière :**

Le préservatif masculin :

Le préservatif masculin est une gaine protectrice en latex ou tissu animal destiné à recouvrir le pénis en érection. Il recueille le sperme lors de l'éjaculation et constitue une barrière au passage des spermatozoïdes et une protection contre les IST/VIH/SIDA (double protection).

Avantages :

Efficace (surtout si associé aux spermicides) ;

Corrige l'éjaculation précoce (retarde l'éjaculation) ;

Protège contre la grossesse non désirée ;

Protège contre les IST-VIH/SIDA ;

Disponible, vente libre et emploi facile.

Inconvénients et précautions :

Diminue éventuellement le plaisir et l'élan sexuels ;

Contraignant : doit être changé à chaque rapport.

Effets secondaires :

Allergies au latex où à certains lubrifiants.

Le préservatif féminin :

Le préservatif féminin (femidom) est un mince fourreau de polyuréthane, (matière plastique) mou et transparent que la femme place dans le vagin avant le rapport sexuel pour se protéger de la grossesse et des IST/VIH/SIDA (double protection).

Avantages:

- Efficace ;
- Protège contre la grossesse et les IST/VIH/SIDA ;
- Pas d'allergies ;
- Peut être porté plusieurs heures avant le rapport sexuel. Inconvénients et précautions :
- Coûteux actuellement ;
- Contraignant : doit être changé à chaque rapport ;
- La femme doit toucher ses parties génitales ;
- Peu discret.

Effets secondaires : pas d'effets secondaires apparents.

Les spermicides :

Les spermicides sont des produits chimiques qui se présentent sous forme de crème, gel, ovule, comprimé, ovule moussant, mousse, aérosol qu'on place dans le vagin avant le rapport sexuel et qui inactivent ou tuent les spermatozoïdes.

Mode d'action :

- Les spermicides, de par leurs propriétés chimiques, détruisent la membrane cellulaire des spermatozoïdes diminuant ainsi leurs mouvements et inhibant leur capacité à féconder.

Avantages:

- Efficace si :
- Utilisation adéquate (70 à 80%) ;
- Associé avec les condoms (99%).
- Vente libre sans prescription médicale ;
- Utilisation facile ;
- Utilisés comme méthode d'attente ou de transition ;
- Peuvent servir de lubrifiants pour humidifier le vagin ;
- Doivent être introduits juste avant les rapports sexuels : les comprimés et Ovulesdoivent être mis 10 à 15 minutes avant les rapports sexuels.

Inconvénients et précautions :

- Peuvent interrompre les préliminaires avant les rapports sexuels ;
- Peuvent être gênants pour les femmes qui n'aiment pas manipuler leur vagin ;
- Peuvent entraîner une sensation de chaleur qui peut être gênante pour certaines Personnes, appréciable par d'autres
- Peuvent parfois causer une irritation ou allergie vaginale ou du pénis (rare) ;
- Excès d'humidité vaginale, et même écoulement du produit, ce qui peut être gênant pour certaines personnes, appréciable par d'autres ;
- Pas de toilette vaginale dans les 6 heures après le rapport ;
- Doivent être utilisés à chaque rapport ;
- Nécessitent une motivation constante de l'utilisatrice;
- N'assurent pas la double protection.

Contraception chirurgicale volontaire CCV :

La CCV est une petite intervention chirurgicale volontaire qui consiste à interrompre la capacité reproductive de l'homme (vasectomie) ou de la femme (ligature des trompes) de façon irréversible.

Avantages :

- Efficacité presque totale ;
- Méthode permanente et définitive ;

- N'interfère pas avec les rapports sexuels ;
- Pas besoin de prendre des produits ;
- La ligature des trompes est efficace aussitôt après l'intervention.

Inconvénients ou précautions :

- Méthode irréversible ;
- La CCV ne protège pas contre les IST/VIH/SIDA ;
- Nécessite un personnel qualifié ;
- S'assurer que le couple a compris.

Effets secondaires et complications :

- Crampes et douleurs après l'intervention ;
- Hématome pariétal ;
- Hémorragie interne ;
- Infection - péritonite ;
- Abscès pelvien ;
- Septicémie ;
- Lésions viscérales ;
- Décès.

Conditions pour la consultation :

- Exiger la présence du couple et le mettre à l'aise ;
- Assurer l'intimité et la confidentialité ;
- Demander ce que le couple sait de la CCV ;
- Etre à l'écoute des questions ou des rumeurs (impuissance de l'homme, frigidité du couple, aménorrhée de la femme) et prendre le temps de rassurer le Couple/et ou l'utilisatrice.

III-OBJECTIFS :

3-1 Objectif général :

Evaluer les connaissances et la perception des étudiantes sur le planning familial dans le milieu universitaire.

3-2 Objectifs spécifiques :

➤ Déterminer le profil sociodémographique des étudiantes au niveau universitaire.

➤ Déterminer les connaissances, les sources d'information des étudiantes sur le PF au niveau de chaque faculté.

➤ Déterminer la fréquence d'utilisation des méthodes de planification familiales(moyens contraceptives modernes) au sein de la population des étudiantes des facultés concernées.

➤ Décrire la relation entre la connaissance des étudiantes en matière de planning familial et leur comportement.

➤ Déterminer le niveau de connaissance des étudiantes sur les risques de grossesses précoces et l'avortement et aussi leur perception et attitudes face à la question.

IV- HYPOTHESES DE RECHERCHE :

- Les étudiantes ont encore une faible connaissance des méthodes de contraception.

- En milieu universitaire l'utilisation de méthodes contraceptives reste faible.

- La faible connaissance et la faible utilisation des méthodes de contraception par les élèves et étudiants pourraient avoir pour conséquence l'augmentation des grossesses non désirées, des avortements et des infanticides, en milieu scolaire et universitaire.

V-METHODOLOGIE :

4-1 Cadre de l'étude :

La présente étude menée dans le district de Bamako, capitale de la république du Mali, pays continental situé au cœur de l'Afrique occidentale dans une zone soudano sahélienne.

Le district de Bamako est composé de six communes couvre une superficie de 300m²

L'étude se déroule au niveau de deux campus universitaires du district de Bamako et s'est intéressé uniquement aux étudiantes de quatre (4) facultés : FMOS, FAPH,FSEG,FSJP.

-Les résidences universitaires : Le campus social de l'université de Bamako est composé de 4 résidences universitaires servant de logement pour les étudiants dont 2 ont été intéressées par cette étude :

-La résidence universitaire des sciences et techniques (FAST) : situé sur la colline de Badalabougou a une capacité moyenne de 600 lits. Elle loge non seulement les étudiants de cette faculté mais certains étudiants de la FLASH, de la FSJP, de la FSEG, de L'ENI de l'ENSUP.

-La résidence universitaire du Point G(FMOS et FAPH) : située en commune III, contiguë au centre hospitalier universitaire du point.G,la résidence universitaire de la FMOS et de la FAPH a une capacité de 552 lits. Elle ne loge que les étudiants de ces deux facultés.

4-2TYPE D'ETUDE :

Il s'agit d'une enquête transversale portant sur les étudiantes fréquentant les 4 facultés concernées (FMOS, FAPH, FSEG, FSJP).

4-3Période de l'étude :

L'étude s'est déroulé sur une période de trois mois allant du1^{er} mai au31juillet.

4-4 Population de l'étude :

Etudiantes des campus universitaires.

4-5 Echantillonnage :

L'étude a porté sur un échantillon de 200 étudiantes. Un choix raisonné de 50 étudiantes/Faculté a été retenu.

4-6 Critères d'inclusion :

Nous avons inclus dans notre étude :

- Toutes les étudiantes des facultés concernées ;

4-7 Critères de non inclusion :

Les étudiantes des autres facultés et celles qui n'ont pas accepté de participer à l'étude.

4-8 Collecte des données :

Les données ont été collectées à partir d'un questionnaire individuel élaboré à cet effet et porté en annexe.

4-9 Variables mesurées :

Age, perception, connaissance, raisons d'utilisation, religion, avantages, effets secondaires, méthodes de Planning Familial.

4-10 Définition des variables mesurées :

- Perception :

IL s'agit dans le contexte de savoir ce que les étudiantes pensent du Planning Familial.

- Inconvénients : IL s'agit des effets secondaires liés à chaque méthode.

- Avantages : C'est pour savoir la raison de pratiques de tout chacun.

- Connaissance : Elle est décrite comme une prise de recul personnelle ou collective par rapport à l'information.

4-11 Traitement et analyse des données :

La saisie a été faite avec le logiciel Microsoft Word et l'analyse sur SPSS.

VI- RESULTATS :

Identification et caractéristiques sociodémographiques

Tableau I : Répartition des étudiantes selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectifs	Pourcentage
Célibataire	153	76,5
Mariée	34	17,0
Fiancée	13	6,5
Total	200	100,0

Les étudiantes enquêtées étaient majoritairement célibataires (76%), de tous les niveaux d'étude; résidant majoritairement dans le campus avec un âge situé entre 21 et 25.

Tableau II : Répartition des étudiantes selon la classe fréquentée

Niveau d'étude	Effectifs	Pourcentage
1^{ère} année	48	24,0
3 ^{ème} année	44	22,0
4 ^{ème} année	44	22,0
2 ^{ème} année	42	21,0
5 ^{ème} année	22	11,0
Total	200	100,0

Les étudiantes de la 1^{ère} année représentaient 48%.

Tableau III : Répartition des étudiantes selon la résidence

Résidence	Effectifs	Pourcentage
Campus 1	75	37,5
Campus 2	57	28,5
Campus 3	51	25,5
Campus 4	17	8,5
Total	200	100,0

Les étudiantes résidant au campus 1 étaient les plus représentées avec 37,5%.

Tableau IV : Répartition des étudiantes selon l'âge

Résidence	Effectifs	Pourcentage
Supérieur ou égal 26 ans	10	5,0
21-25ans	149	74,5
Inferieur ou égale 26ans	41	20,5
Total	200	100,0

La tranche d'âge allant de 21 à 25 ans était la plus représentée avec une proportion de 74,5%.

Tableau V : Répartition des étudiantes selon la faculté.

Section	Effectifs	Pourcentage
Médecine et Odontostomatologie	57	28,5
Pharmacie	55	27,5
FSEG	44	22,0
FSJP	44	22,0
Total	200	100,0

Après l'enquête, nous avons obtenu 57 étudiantes en médecine, 55 en pharmacie, 44 à la FSEG, 44 à la FSEG.

Tableau VI : Répartition des étudiantes selon la nationalité

Pays	Effectifs	Pourcentage
Mali	181	90,5
Cameroun	10	5,0
Benin	3	1,5
Gabon	2	1,0
Niger	1	0,5
Mauritanie	1	0,5
Cote d'Ivoire	1	0,5
Autres	1	0,5
Total	200	100,0

Les étudiantes maliennes étaient les plus représentées avec 90,5%.

B-Connaissances en matière de santé de la reproduction

Tableau VII : Répartition des étudiantes selon le sens qu'elles donnent à la planification familiale.

Connaissance sur la planification familiale	Effectifs	Pourcentage
Espacement de naissance	118	59,0
Santé de la mère	21	10,5
Moins de dépense	18	9,0
Santé de l'enfant	14	7,0
Moins de naissance	10	5,0
Famille heureuse	10	5,0
Meilleure éducation des enfants	7	3,5
Autres	2	1,0
Total	200	100,0

Autres : Amélioration de la qualité de vie, évite la grossesse non désirée,
La majorité des étudiantes enquêtées ont considéré la planification familiale
comme étant l'espace des naissances soit 59%.

Tableau VIII : Répartition des étudiantes selon la connaissance des méthodes contraceptives.

Méthodes contraceptives	Effectifs	Pourcentage
Pilule contraceptive	72	36,0
Préservatif	41	20,5
Méthode traditionnelle	22	11,0
Contraceptif injectable	20	10,0
Jadell	14	7,0
Allaitement maternel	13	6,5
Spermicide	3	1,5
DIU	11	5,5
Autres	4	2,5
Total	200	100,0

Autres : Abstinence en période d'ovulation, collier contraceptif, coït interrompu, ligature du canal déférent,

Les étudiantes qui avaient connaissance de la pilule contraceptive étaient les plus représentées soit 36% ; le préservatif 20,5% ; la méthode traditionnelle 11%.

Tableau IX : Répartition des étudiantes selon leur source d'information sur la planification familiale.

Sources d'information	Effectifs	Pourcentage
Media	75	37,5
Mère	31	15,5
Amis	31	15,5
Ecole	27	13,5
Conférence	27	13,5
Centres de santé	5	2,5
Père	3	1,5
Autre	1	0,5
Total	200	100,0

Autre : interne

Toutes les méthodes de planification familiale sont connues des étudiantes avec principales sources :

- media : 37%
- mère : 15%
- Ami : 15%

- père
- Ecole/conférence

Tableau X : Répartition des étudiantes selon leur connaissance de l'existence des services de planification familiale.

Connaissance	Effectifs	Pourcentage
Oui	179	89,5
Non	18	9,0
Pas de réponse	3	1,5
Total	200	100,0

Les étudiantes qui avaient connaissance de l'existence des services de planification familiale étaient les plus représentées soit 89,5%.

Tableau XI : Répartition des étudiantes selon qu'elles aient fréquenté ou non les services de planification familiale.

Fréquentation	Effectifs	Pourcentage
Non	171	85,5
Oui	28	14,0
Pas de réponse	1	0,5
Total	200	100,0

La majorité des étudiantes soit 85,5% n'avaient pas fréquenté les services de planification familiale.

Tableau XII : Répartition des étudiantes selon leur estimation de l'intervalle de temps entre deux naissances

Intervalle entre les naissances	Effectifs	Pourcentage
3 – 4 ans	126	63,0
5 ans et plus	47	23,5
Entre 1 et 2 ans	27	13,5
Total	200	100,0

L'intervalle 3 à 4 ans était le plus représenté soit 63%.

Tableau XIII : Répartition des étudiantes selon leur connaissance des dangers liés aux relations sexuelles précoces.

Connaissances des dangers	Effectifs	Pourcentage
Oui	192	96,0
Non	5	2,5
Pas de réponses	3	1,5
Total	200	100,0

La majorité des étudiantes avait connaissance des dangers liés aux relations sexuelles précoces soit 96%.

Tableau XIV : Répartition des étudiantes selon les risques liés aux relations sexuelles précoces.

Connaissances des risques	Effectifs	Pourcentage
Grossesse précoce	66	33,0
IST	58	29,0
Cancer du col utérin	26	13,0
Accouchement difficile	17	8,5
Inhibition de la croissance	9	4,5
Déchirure vaginale	9	4,5
Autre	1	0,5
Ne sait pas	14	7,0
Total	200	100,0

Les grossesses précoces représentaient 33% des risques évoqués par les étudiantes.

Tableau XV : Répartition des étudiantes selon leur connaissance des risques liés à l'avortement

Connaissance de risques d'avortement	Effectifs	Pourcentage
Oui	188	94,0
Non	11	5,5
Pas de réponse	1	0,5
Total	200	100,0

La majorité des étudiantes connaissait des risques liés à l'avortement soit 94%.

Tableau XVI : Répartition des étudiantes selon les risques d'avortement provoqué énumérés

Risques	Effectifs	Pourcentage
Stérilité	105	52,5
Mort de la fille	81	40,5
Infection	11	5,5
Cancer	2	1,0
Autre	1	0,5
Total	200	100,0

Autres : dégradation des organes génitaux

La stérilité et la mort étaient les plus énumérées parmi les risques avec des pourcentages respectifs 55,1% et 54,8%.

C. Attitudes (perceptions et représentations)

Tableau XVII : Répartition des étudiantes selon leur approbation de l'avortement provoqué.

Risques	Effectifs	Pourcentage
Désapprouvé	157	78,5
Pas de réponse	38	19,0
Approuvé	5	2,5
Total	200	100,0

Les étudiantes désapprouvant l'avortement provoqué étaient les plus représentés soit 78,5%.

Tableau XVIII : Répartition des étudiantes selon leur approbation de la planification familiale.

Approbations	Effectifs	Pourcentage
Oui	132	66,0
Non	62	31,0
Pas de réponse	6	3,0
Total	200	100,0

Les étudiantes étaient favorables à la planification familiale soit 66%.

Tableau XIX : Répartition des étudiantes selon les raisons pour lesquelles elles désapprouvent la planification.

Raisons	Effectifs	Pourcentage
Effets secondaires	48	71,6
Religion	12	17,9
Coutumes	3	4,5
Autres	4	6
Total	67	100,0

Autres : rend stérile, les troubles du cycle, vagabondage sexuel, cancer
Les étudiantes désapprouvant la planification familiale à cause des effets secondaires liés aux contraceptifs représentaient 71,6%.

Tableau XX : Répartition des étudiantes selon l'utilisation d'une méthode contraceptive

Utilisation d'une méthode	Effectifs	Pourcentage
Non	122	61,0
Oui	76	38,0
Pas de réponse	2	1,0
Total	200	100,0

Les étudiantes ayant déjà utilisé une méthode étaient majoritaires soit 61%.

Tableau XXI : Répartition des étudiantes selon les méthodes contraceptives utilisées.

Méthodes	Effectifs	Pourcentage
Pilule contraceptive	34	44,1
Préservatif	17	22,1
Contraceptifs injectables	11	14,3
Jadell	8	10,4
Allaitement maternel	2	2,6
Spermicide	1	1,3
Méthode traditionnelle	1	1,3
DIU	1	1,3
Collier contraceptif	1	1,3
Autre	1	1,3
Total	77	100,0

Autre : Levonorgestrel

Les étudiantes ayant déjà utilisées la pilule contraceptive étaient de 44,1% les préservatifs 22,1% et les contraceptifs injectables 14,3%.

VII- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1-Méthodologie :

Il s'agissait d'une étude transversale visant à évaluer la connaissance et la perception du planning familial dans le milieu universitaire.

L'enquête a été menée à la FMOS (Faculté de Médecine et d'odontostomatologie), à la FAPH (Faculté de Pharmacie), à la FSEG (Faculté des sciences économiques et de gestion), et à la FSJP (Faculté des sciences juridiques et politiques).

Les difficultés rencontrées étaient surtout liées à notre technique d'enquête (enquête par interview). Certaines personnes se gênaient de répondre directement à des questions telles que les étudiantes de la FSEG et de la FSJP. Malgré ces difficultés ; cette étude a apporté un éclairage sur la problématique qu'on s'est posé avant de la commencer ; c'est-à-dire le manque de connaissance des étudiantes en matière de planning familial.

2-Identification et caractéristiques sociodémographiques

Parmi les 200 étudiantes enquêtées on notait une prédominance des célibataires (76,5%). Leur âge allait de 19 à 26 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle située entre 21 et 25ans. Ces résultats sont proches de ceux de Guindo[3] qui avait rapporté (81,5%) de célibataire. Les étudiantes de la première année étaient les plus représentées dans notre échantillon car elles occupaient à elles seules 48 des 200 interviewées soit (24%) alors que les autres classes avaient des pourcentages situés entre 11 et 22%.

Parmi nos enquêtés (37,5%) des étudiantes résidaient au campus (25,5%) dans le village du point G, (28,5%) dans le district de Bamako et (8,5%) à Kati.

Les maliennes furent les plus représentées avec un taux de 90,5%, cette représentativité se fait remarquer significativement même quand on rassemble l'ensemble des étudiantes de l'université de Bamako ; ensuite les

Camerounaises (5%) alors que les nigériennes ; les djiboutiennes, les gabonaises, les béninoises, les mauritaniennes et les togolaises avaient des pourcentages situés entre 5 et 0,5%.

Les musulmanes représentaient (79%) contre (21%) pour les chrétiennes et cela parce que le Mali est un pays laïque à prédominance musulmane.

La majorité des étudiantes vivaient dans les chambres électrifiées contenant des radios et/ou télévisions.

3-Connaissance en matière de santé de la reproduction

Durant notre enquête (100%) des étudiantes ont affirmé avoir entendu parler de la planification familiale. Ces résultats sont comparables à ceux de Sangaré [12] en 2003 dans une étude menée dans 3 lycées (commune III= et commune IV) à Bamako ou (99,3%) affirmaient avoir entendu parler de la planification familiale et ceux de Zalla [16] au Burkina Faso ou (93,2%) ont affirmé avoir entendu parler de la planification familiale sur une population constituée de prestataire, utilisatrices de planning familial, femmes et homme en âge de procréer. De même en Côte d'Ivoire selon EDS 1999 sur une étude menée (94,6%) ont affirmé avoir entendu parler de la planification familiale sur une population de femme et d'homme en âge de procréer [29].

Dans notre enquête la majorité des étudiantes assimile la planification familiale à un espacement des naissances (59%) suivi de santé de la mère (10,5%) moins de dépense (9%) santé de l'enfant (7%) moins de naissance (5%) famille heureuse (5%) une minorité signalait d'autres sens entre autre : le développement du pays, bonne croissance des enfants. Ces résultats sont comparables à ceux d'Abdoul Karim Sangaré chez qui (85%) des enquêtes associent la planification familiale à l'espacement des naissances suivi de (22%) pour la santé de la mère et (21,5%) pour celle de l'enfant avec une différence d'échantillon. De même Lys [17] et Al trouvaient (93%) pour espacement (32%) pour la santé de la mère et (31%) pour celle de l'enfant.

Au sujet du sens de la planification familiale certaines réponses données par un certain nombre d'étudiantes même si certaines réponses (telles que la prévention d'avortement, IST) démontrent quelque part que ces étudiantes n'ont pas de notions de bases élémentaires sur le sujet pouvant les aider à répondre en cas de besoins.

Quant à la connaissance des méthodes de planification familiale, la pilule contraceptive vient au premier rang (36%) suivi du préservatif (20,5%) les méthodes traditionnelles (11%) les contraceptifs injectables (10%) le jadell (7%) l'allaitement maternel (6,5%), le dispositif intra utérin (5,5 %). Les spermicides étaient moins cités avec (1,5%).

Nos résultats observés par rapport au préservatif à la pilule contraceptive et les injectables comme méthodes de planification sont différents de ceux de Sangaré[12]. Au Mali un taux d'utilisation de (82,5%) pour le préservatif (87,7%) pour la pilule contraceptive et (25,7%) pour les injectables. Kané dans son travail trouvait que $\frac{3}{4}$ des femmes de son échantillon avaient plus la connaissance de la pilule et du préservatif à Banjul[15].

Nous remarquons dans notre étude que l'allaitement maternel les spermicides et le jadell sont les moins connus par les étudiantes par rapport aux autres méthodes contraceptives.

Durant notre enquête les sources d'informations les plus citées ont été : les media (37,5%). Ces résultats sont comparables à ceux de Boubacar Moussa[20] au Mali chez qui (64,1%) avait trouvé comme source d'information la Radio-télé (40,3%) agent de santé (29,6%) ami, (19,9%) voisin, 19,4% parents. Faye a obtenu des résultats différents dans son étude dans laquelle les sources d'informations suivantes ont été énumérées : école (54%) centre de conseils des adolescents (23%) camarades d'âge (9,1%) poste de santé (7,9%) radio (3,2%) sans réponse (10,3%), internet (4,4%) journaux (2,8%)[23].

Quant à la connaissance de l'existence des services de prestation de planification familiale (89,5%) des étudiantes enquêtées ont affirmé connaître contre (9,1%) ont affirmé ne pas connaître, (0,5%) n'ont pas répondu avec précision.

Cependant, malgré leur connaissance de l'existence de ces services seulement (14%) les ont fréquenté, (85,5%) ne l'ont pas fait et (0,5%) n'ont pas donné de réponse précise.

Ces résultats sont comparables à ceux de Sangaré dans son étude sur les lycéens à Bamako qui trouvait que : sur les (74,5%) ayant connaissance de l'existence des services de planification familiale, seuls les (10%) ont fréquenté ces services [12].

Dans notre étude (88,8%) des étudiantes n'ayant pas fréquenté ces services ont évoqué qu'ils n'en ont pas besoin ; (7,5%) ont dit que leur religion ne les autorisait d'y faire recours (4,1%) des raisons de coutume (6,4%) la pauvreté et elles ont évoqué d'autres choses comme le manque de volonté, absence l'objectif, le moment n'est pas venu, le fait d'être célibataire ; des raisons que nous n'avons pas trouvées valables pour un scientifique. Ces résultats sont différents de ceux de l'étude Sangaré chez les jeunes Lycéens qui trouvait que

(90%) n'ont pas fréquenté et ont expliqué qu'ils n'ont pas l'âge (19,4%) ou qu'ils en ont pas besoins [12].

Quant aux intervalles de temps qu'une femme qui a un bébé devrait attendre pour avoir un autre, les enquêtés ont cité des intervalles différents ; tous situés entre 1 et 10 ans. Les intervalles les plus cités 3 à 4 ans avec (63%), (23,5%) ont choisi l'intervalle 5 ans plus et (13,5%) ont choisi l'intervalle 1 et 2ans.

En ce qui concerne la connaissance des dangers liés aux relations sexuelles précoces (90%), reconnaissent (1,5%) n'ont pas donné de réponse précise(2,5%) ont répondu non. Ces résultats sont comparables à ceux de Faye chez qui (16%) ont dit qu'ils ne savent pas, (1,2%) qu'il n'en existe pas et (82,8%) affirme qu'il existe des dangers et les ont énumérés. Les dangers cités sont les suivants : grossesse précoce (33%), les infections (33%), les accouchements difficiles (8,5%), déchirure vaginale (4,5%), inhibition de la croissance(4,5%), cancer du col,(0,5%) ont répondu qu'ils ne savent pas.

Ces résultats sont différents de ceux de Faye[23] à l'université Cheick A Diop qui dans son étude sur une population d'adolescent de Pékiné-Guédiwaye a trouvé que (32%) enquêtés parlaient de grossesse précoce,(2,8%) de grossesse non désirée, (1,2%) de l'avortement clandestin, (1,07%) de perte de virginité, (1%) d'échec scolaire, (1%) d'exclusion familiale, (12%) d'IST-SIDA, (10%) d'accouchement à risque.

Parmi les étudiantes(94%) affirmaient qu'il existe des dangers liés à l'avortement provoqué, (5,5%) n'ont pas donné de réponse précise.

Ces résultats sont similaires à ceux de Sangaré qui dans son étude sur les jeunes lycéens a trouvé que (94%) des enquêtés percevaient l'existence des dangers liés à l'avortement provoqué contre (5,6%) qui ne les reconnaissent pas[12].

Parmi les risques d'avortement cités au cours de notre enquête vient en première place la stérilité (52,5%), suivie de la mort (40,5%), les infections (5,5%), le cancer 1%. D'autres risques énumérés par (0,5%) des enquêtés concernaient la condamnation religieuse, punition divine, marginalisation, échec dans la vie.

Ces résultats sont similaires à ceux deGuindo à la FMPOS en 2009.

4-Attitude (perception et représentation)

Sur la question de l'avortement provoqué, (78,5%) désapprouvaient cette pratique, (2,5%) l'approuvaient, (19%) n'ont pas donné de réponse à la question

Ces résultats sont comparables à ceux de Sangaré qui trouvait que (97,5%) des élèves désapprouvaient l'avortement provoqué contre (2,3%) qui l'approuvaient, (0,1%) n'avaient pas donné de réponse[12].

Quant à la PF (66%) des étudiantes enquêtées ont approuvé.

Ces résultats sont comparables à ceux de l'étude réalisée par Sangaré[12] qui a révélé que (91,7%) des élèves des trois lycées approuvaient la pratique.

Sur nos (66%) d'étudiantes approuvant la PF, la majorité avait des connaissances sur le sujet. Cependant, (38%) affirmaient avoir utilisé une méthode contraceptive, (61%) affirment ne l'avoir pas utilisé, 1% n'ont pas donné de réponse.

Ces résultats sont différents de ceux de Sangaré[12] chez qui 69% des enquêtés affirmaient n'avoir jamais utilisé une méthode contraceptive.

D'autres études attestent cette faible utilisation qu'à celle de Sangaré, selon les données réunies par la population Référence Bureau (PRB) en Afrique,[29] (34%) des adolescents sexuellement actifs utilisent des méthodes contraceptives alors que dans le sud-Est Asiatique (28%) des adolescents célibataires utilisent les méthodes de PF. Egalement les résultats des études effectuées à Hanoi et au Vietnam confirment la faible utilisation des contraceptifs. Sur (78%) des jeunes ayant entendu parler de la PF, seules (26%) avaient utilisé une méthode contraceptive, principalement le préservatif.[29].

La différence de nos résultats avec celle des études ci-dessus citées s'explique par les cibles des études. Les étudiantes craignent la grossesse non désirée d'où la forte utilisation des méthodes contraceptives.

Parmi les méthodes utilisées, la pilule contraceptive vient en première position avec (41,1%), le préservatif en deuxième position avec (22,1%), le contraceptif injectable en troisième position avec (14,3%); le jadell en quatrième. Les méthodes traditionnelles, le DIU, les spermicides sont tous utilisés à (1,3%) et l'allaitement maternel à (2,6%)

Notre étude démontre qu'en se référant sur nos résultats, nous pouvons affirmer

que le niveau de connaissance des sexes féminin, leur perception, leur attitude, et leur taux d'utilisation des méthodes contraceptives reste toujours moyen.

VIII- CONCLUSION

Au terme de notre travail nous tirons les conclusions suivantes :

Les étudiantes des facultés enquêtées ont démontré une connaissance des moyens de contraception et des risques liés à la sexualité précoce. Elles ont par ailleurs plusieurs sources d'information sur les méthodes contraceptives et de l'existence de centres de planification familiale avec une fréquentation moyenne.

Toutefois des mesures de surveillances s'imposent pour améliorer l'utilisation des moyens contraceptifs.

IX- RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude nous formulons les recommandations suivantes :

-A l'administration des différentes facultés (FMOS, FAPH, FSEG, FSJP) et à nos chers maitres.

-Instaurer dès le fondamental dans les programmes des cours de santé de la reproduction (planification familiale, l'avortement provoqué ; conséquences des rapports sexuelles non protégés et leurs dangers) afin d'améliorer le niveau de connaissance des étudiants sur le sujet.

-Au comité A.E.E.M et aux associations des communautés nationales et non nationales des différentes facultés.

-Instaurer dans le programme de la semaine des différentes facultés, les semaines ou journées des communautés nationales et non nationales un volet conférence des thèmes sur la PF, avortement-grossesse précoce et dangers.

-Organiser des séminaires de formation avec des prestataires des services en santé de reproduction pour renforcer le niveau de connaissance des étudiants en matière de santé reproductive et actualiser les informations.

Aux Etudiants :

-Faire des recherches par internet, la lecture mais aussi des causeries débats pour assurer une mise à niveau des connaissances sur la PF et toute la santé de reproduction en général.

-Mettre en place un réseau des étudiants de partage et de recherche d'information sur la planification familiale

-Au ministère de tutelle

Mobiliser des ressources financières aidant à la création des centres de conseil pour les jeunes en santé de reproduction pour informer, sensibiliser, éduquer et offrir des services de qualité de PF, ouvert aux étudiants.

-Associer les étudiants aux actions menées pour lever les préjugés qui pèsent sur la PF par des messages, d'information et de sensibilisation à travers les médias sur la nature des produits contraceptifs, leur mécanisme de fonctionnement et leur innocuité en vue d'augmenter la prévalence contraceptive aussi bien chez les étudiants que les autres couches de la population.

-Aux ONG qui interviennent dans le domaine

Associer les étudiants dans les actions d'éducation, de sensibilisation et de formation pour mieux vulgariser les informations sur le sujet afin d'obtenir un impact positif sur les attitudes pratiques comportementales.

X- REFERENCES

- 1-Direction Nationale de la Santé.Politique et normes des services de santé de la reproduction. Bamako septembre 2013p.1-50.
- 2-BOITE M. Connaissance, attitudes et pratique des jeunes en matière de contraception au niveau des grins[thèse: med]. Bamako2009-2010 p.28
- 3-GUINDO N. Connaissance, attitude et pratiques comportementales des étudiants en matières de la santé dereproduction : cas de la FMPOS[thèse: med]. Bamako2009 p.8-45.
- 4-TRAORE A. Déterminants de l'utilisation des services de planification familiale par les femmes en âge de procréer dans les centres de santé de la commune VI du district de Bamako [thèse: med]. Bamako2009 p.42.
- 5- DOUMBIA S. DIARRA K. et al. Pratique contraceptive et la contribution des activités de planification familiale au Mali[en ligne]août 2012[consulté le 02 mai 2014]. Disponible <http://www.contraception> au Mali.
- 6-YALA Y.C. Perception et pratique de la planification familiale par les ménages de Mont- Ngafula (étude sociologique au quartier Kindele)[thèse: sociologie].Université de Kinshasa: 2010 p.10-12.
- 7-DIAWARA H.Etude des connaissances, attitudes et pratiques des méthodes de contraception par les élèves et étudiants dans le district de Bamako [thèse: med]. Bamako:2008 p.40.
- 8-DIALLO K. La planification familiale en Guinée : Expérience de l'Association Guinéenne pour le bien-être familial (AGBF) [thèse: med]. Conakry : 2007.
- 9-CISSE A.Etude de la connaissance et de la perception des utilisatrices du planning familial consultantes à la clinique de l'AMPPF[thèse: med]. Bamako2009 p.42.

10-Federation internationale pour la planification Familiale. L'Islam et Planification Familiale [en ligne]. Rabat 1971[cité le 05 mai 2014]. Disponible <http://www.Islam> et planning familial.

11-International Developement. Research centre. Planning traditionnel au Mali. Education sexuelle en Afrique tropicale 1973 ; p54

12-SANGARE A.K. Connaissances, attitudes et comportements des adolescents de trois lycées de Bamako sur les IST-SIDA et la planification familiale [thèse: med]. Bamako2003 p22 (03M6).

13-HERVE L TOKINDANG I. Connaissance et attitudes des étudiants de la FMPOS de Bamako en matière de PF et MST-SIDA [thèse: med]. Bamako 1997 p.38.

14-IPPFRA. Initiative. Impliquer les hommes dans les programmes de santé reproductive, Afrique Link 1996 p.7- 8.

15-KANE T T, BUYSSCHER R, TUNDED T. Grossesse de l'adolescente et contraception dans l'agglomération de Banjul [thèse: med]. Banjul Aout 1990 2ème édition n 13, p 28-34.

16-ZALHA M.S. Les obstacles à l'utilisation des services de planification familiale à Ouagadougou au Burkina Faso. [Thèse: med]. Bamako2004, n 04 M25.

17-KESTEMBERGEL. Connaissance et attitude des étudiants de la FMPOS de Bamako en matière de PF, MST/SIDA [thèse: med]. Bamako1997 p.18.

18-Sacko D. Connaissance, attitude, pratique des adolescents du lycée Bah Aminata Diallo en matière de planification familiale, de maladie sexuellement transmissibles et du sida.. [Thèse: med] N°46/2000. Bamako, Mali

19-Ministère de l'Economie des finances et du plan Sénégal. Enquête sur planification familiale en milieu urbain. Dakar aout 1994 p42

20-BOUBACAR M. Etude Epidémio-clinique du PF enquête auprès de 206 utilisatrices au CS Réf. de la commune I du district de Bamako d'avril à juin 2003 [thèse: med]. Bamako2005 ; p78p183. (06M183)

- 21-Ministère de la santé publique et des affaires sociales. Projet de développement sanitaire stratégie nationale en PF et en IEC. Bamako-Mali 1987
- 22-Ministère de la santé publique des affaires sociales et de la promotion Féminine. Déclaration Nationale de Politique de Population. Bamako-Mali juin 1993
- 23- FAYE M. Connaissances, attitude et pratiques en matière de santé de la reproduction des adolescent(e)s du centre de dépistage volontaire anonyme et gratuit (CDVAA) de Pékiné-Guédiewaye. Mai 2005, 7-55.
- 24-Network en Français Fail Health International, Planification Familiale et IST 2001, 20(4) :-35
- 25-Network en Français Amily Heath international, Sante sexuelle 2002,21(4) : 1-35
- 26-Network en Français Amily Heath International, Méthode de Barrière 2003,22(4) :1-19
- 27-OMS ALMA-ATA. Le début. D'ALMA-ATA à l'an 2000 : réflexion mi-parcours 1990 : 3-12
- 28- OUEDRAGO R. Introduction recherche portant sur l'examen et l'analyse de toutes les législations règlements et politiques administratives ayant une incidence sur le statut juridique de la femme, les questions liées à l'avortement, l'accessibilité aux informations et services de planification familial Burkina 1995 ; 1 : 2-69
- 29-EDS IV Enquête Démographique et de santé de Côte-d'Ivoire.
- 30-Population référence bureau. Planification familiale : une réussite de développement. Mai 1995, 1-12P
- 31-SANOGO S. Contribution à l'étude de la planification familiale dans la commune IV du district de Bamako[thèse: Med]. Bamako1996 n 32.

préciser.....
.....

A. Connaissances en matière de santé de la reproduction

**13- Avez-vous déjà entendu parler de planification familiale ? // OUI=1
NON=2**

14- Si Oui quel est son sens ? OUI=1 NON=2

Espacement de naissance // ; Santé de la Mère// ; Santé de l'enfant// ;

Moins de naissance // ; Moins de dépense // ; Famille heureuse// ;

Meilleure Education des enfants // ;
Autre à préciser.....

15- Quelles sont les méthodes contraceptives que vous connaissez ? //

OUI=1 ; NON=2

Pilule contraceptive // Allaitement maternel // Préservatif // Méthode
Traditionnelle// Spermicide// Contraceptif injectable// Jadelle // Dispositif intra
utérin // Autre à préciser.....

**16- Quelles sont vos principales sources d'information sur la planification
familiale ?**

// OUI=1 NON=2

Père// Mère// Frère // Ecole// Conférence// Media// Ami(es)//

Centre de santé (hôpital) // Autre à
préciser.....

**17- Savez-vous qu'il existe des services de prestation de planification
familiale ? // OUI=1 NON**

18- Si OUI avez-vous déjà fréquenté ces services ? //
OUI=1NON=2

**19- Si NON pourquoi ? OUI=1 NON=2 Coutumes// ; Religion // ; Pas
Besoin // ;**

Pauvreté// ; Autre à préciser.....

20- Selon vous combien de temps une femme a un bébé devrait-elle attendre avant d'en avoir un autre ?

Intervalle///

21- Y a-t-il des dangers liés aux relations sexuelles précoces ? // OUI=1
NON=2

22- Si OUI lesquels ?

.....
.....

23- Connaissez-vous les risques encourus par les jeunes filles qui pratiquent l'avortement ? // OUI=1 NON=2

24- Si OUI, citez quelques-uns de ces risques ?.....

.....
.....

B. Attitudes (Perception et représentation)

25- Quelle est votre opinion sur l'avortement provoqué ?

Approuve// Désapprouve// Pas de réponse//

26- Personnellement êtes-vous favorable à la planification familiale ? //

OUI=1 ; NON=2

27- Si NON quelles sont les principales raisons ? //

Coutumes// Religion // Effets secondaires // Autres //

Préciser.....
.....

C. Pratiques comportementales (Utilisation)

28- Avez-vous déjà utilisé une méthode contraceptive ? // OUI=1 ; NON=2

29- Si OUI la quelle/les quelle(s) ?

Pilule contraceptive // Allaitement maternel // Préservatif // Méthode
Traditionnelle// Spermicide // Contraceptif injectable // Jadelle // Dispositif intra
utérin//

Collier contraceptif// Autre à préciser.....

FICHE SIGNALITIQUE

Nom: SOGOBA

Prénom: Allah-kagny

Téléphone : 00223 74124981

E-mail : allahkagni87@yahoo.com

Année de soutenance : 2014-2015

Titre de la thèse: Etude de la connaissance et de la perception du planning familial dans le milieu universitaire: cas des étudiantes de la FMOS, FAPH, FSEG, FSJP.

Ville de soutenance: Bamako

Pays d'origine: Mali

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

Secteur d'intérêt: Santé publique

RESUME

Notre étude fournit une vue d'ensemble des connaissances, et perception du planning dans le milieu universitaire.

Il s'agissait d'une étude transversale menée de mai en juillet 2014 dans les différentes facultés concernées sur un échantillon de 200 étudiantes. Cette étude avait pour objectif général de déterminer le niveau de connaissance et de la perception du planning familial dans le milieu universitaire.

La technique d'enquête utilisée pour collecter nos données fut un questionnaire semi-structuré. Malgré les difficultés rencontrées, cette étude nous apporte un éclairage sur la problématique qui nous a motivé de la mener.

Les étudiantes enquêtées ont entendu parler de la PF (100%). La majorité l'assimile à un espacement des naissances (59%) suivi de la santé de la

mère(10,5%) ; moins de dépense (9%) ; santé de l'enfant(7%) ; moins de naissance 5% ; famille heureuse 5 %.D'autres sens étaient évoqués par certaines étudiantes démontrant leur manque d'information conséquent sur le sujet.

Comme méthode PF connues, la pilule contraceptive et fut la plus dominante avec(36%), le préservatif(20,5%), la méthode traditionnelle (11%), le contraceptif injectable (10%). L'allaitement maternel et les autres méthodes étaient les moins cités.

Les principales sources d'information étaient les médias 35,5%, la mère 15,5%, les amis 15, 5%.

La majorité des étudiantes soit 63% pense qu'il faut 4 à 3 ans d'intervalle entre deux naissances. Elles affirmaient à 94% qu'il existe des risques liés à l'avortement provoqué et 78,5% désapprouvent cette pratique.

Les étudiantes enquêtées approuvaient la PF à 66% et 38% ont utilisé au moins une méthode. La pilule contraceptive était la méthode la plus utilisée.

Cette étude nous donne aussi une idée sur les connaissances, perception et attitude de ces étudiantes sur les rapports sexuels précoces, les grossesses précoces, l'avortement provoqué et leurs risques.

Mots clés : planification familiale ; étudiantes ; attitude ; connaissance ; perception ; Bamako ; milieu universitaire.

Description :

Surname : SOGOBA

Name : Allah-kagny

Telephone : 0022374124981

E-mail : allahkagni87Yahoo.com

Title of the thesis : Study of the knowledge and the perception of family planning in universityenvironment : case of the girl student of FMOS, FAPH, FSEG, FSJP.

City of defence : Bamako

Country of origin : Mali

Place of submission : Library of the Faculty of Medicine and Dental Surgery and Pharmacy of Mali.

Area of interest : Public health

Summary :

Our study gives a general view of the knowledge and perception of family planning in university environment.

It was about a cross-sectional study carried out from May to July 2014 in the different concerned faculties (FMOS, FAPH, FSEG, FSJP) on a sample of 200 girl students. The general objective of this study was to determine the level of knowledge and the perception of family planning in university environment.

The study technique used for the data collection was a semi-structured questionnaire. Despite the difficulties encountered, this study brought an understanding on the set of problems that motivated the study.

The girl students in the study have heard about FP (100%). The majority of them assimilated it with the spacing of births (59%) followed by the health of the mother (10,5%) ; less expenses (9%) ; health of the child (7%) ; less births (5%) ; a happy family (5%). Other meanings were mentioned by some girl students showing their lack of consequent information on the topic.

As known methods of FP, the pill was the dominant one with (36%), the condom (20,5%), the traditional method (11%), and the injectable contraceptive (10%). Breastfeeding and the other methods were the least mentioned.

The main sources of were the media 35,5%, the mother 15,5% friends 15,5%.

The majority of the girl students, that is 63%, thought that we need 3 to 4 years of interval are needed between two births. They affirmed at 94% that there are risks related to provoked abortion and 78,5% disapproved these practices.

The girl students in the study approved FP at 66% and 38% contraceptive have used at least one method. The contraceptive pill was the method used most.

This method also gives us an idea on the knowledge, perception and attitude of these girl students on early sexual intercourse, early pregnancies, provoked abortion and their risks.

Key words : Family planning ; girl student, attitude ; knowledge ; perception ; university environment ; Bamako.

Serment d'Hippocrate

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et **n'exigerai jamais** un salaire au-dessus de mon travail.

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure!