

REPUBLIQUE DU MALI

**Un Peuple-Un But-Une Foi**

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE  
BAMAKO (USTTB)



**U.S.T.T-B**

## **FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE (FMOS)**

ANNEE ACADEMIQUE: 2013- 2014

N...../M

### **TITRE**

**Logiques d'utilisation de la contraception d'urgence chez les étudiantes : le cas de la faculté de médecine et d'odontostomatologie, de la faculté de pharmacie au Mali et de la faculté des sciences et de la santé au Bénin.**

Thèse présentée et soutenue publiquement, le 09/Mai/2014 devant la faculté de  
médecine et d'odontostomatologie

Par :

*Mme. Yasmin Sandrine CHANOU épouse ADAM BABA-BODY*

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

### **JURY**

Président : Professeur Adama DIAWARA

Membre : Docteur Sory Ibrahim DIAWARA

Membre : Docteur Lalla Fatouma TRAORE

Directeur : Professeur Samba DIOP

## **DÉDICACES**

Je dédie ce travail :

**À ALLAH le Tout miséricordieux, le Très miséricordieux** qui m'a permis de réaliser ce travail. Accorde-moi ta grâce tout au long de ma carrière.

**À ma grand-mère Mme ALAO CHANOU Taibatou OSSENI**

Que Dieu vous accorde la santé et vous bénisse.

**À ma grand-mère Mme TCHEPO Basilia ADJIBI**

Pour votre attention inestimable à mon endroit, trouver dans ce modeste travail toute mon affection. Que Dieu vous bénisse et vous accorde longue vie.

**À mon papa**

Vous m'avez appris à aimer le travail. Je voudrais vous exprimer toute ma profonde gratitude. Ce travail est le vôtre. Puisse Dieu vous protéger, vous bénir et vous donner longue vie auprès de nous.

**À ma tendre maman**

Maman aujourd'hui c'est mon cœur, c'est tout mon être qui écrit.

Femme amazone, infatigable, toujours soucieuse de l'avenir de tout un chacun de ses enfants. Ton amour, ta ténacité, ta générosité, ta modestie, ta grandeur d'âme ont contribué à la stabilité de notre petite famille. Pour moi tu es un modèle de femme.

En toi résident des valeurs et des qualités légendaires que tu t'évertues à nous transmettre chaque jour que le Seigneur nous offre.

Tous les mots du monde ne suffiraient pas pour décrire.

En quelques mots je t'aime très fort maman.

Que le Seigneur te bénisse, te comble de toutes ses grâces et t'accorde santé et longévité.

**À mes chers beaux-parents** pour leur gentillesse, leur prière et leur infinie disponibilité toutes les fois que j'ai eu ou non besoin d'eux, merci infiniment à vous. Qu'ALLAH vous accorde la santé et la longévité.

**À mon cher époux capitaine ADAM BABA-BODY Abdel Amar**

En toi j'ai puisé ma force de persévérer. Je ne saurai assez te remercier pour ton amour incommensurable, tes encouragements, ta compréhension, et surtout pour ta patience durant ces moments difficiles que nous avons connu. Ton soutien et ton affection ont été cruciaux à la réussite de ce travail. Retrouve ici chéri, mon amour profond et ma profonde reconnaissance. Puisse ALLAH LE TOUT PUISSANT te rendre à tes souhaits tout ce dévouement dont tu fais preuve pour notre bien-être .Qu'il solidifie notre union, bénisse nos enfants et nous gratifie d'une entente la plus parfaite .Amin

**À mon fils Prince MouhamadMifdol Adéchinan**

Adéchinan, doux enfant de nos vœux, par ton arrivée et tel ton nom, tu es venu nous ouvrir les portes du bonheur qui ne se fermeront jamais.

Depuis le premier jour, depuis ton premier sourire, tu es le rayon de soleil de ma vie, tu m'inspires tant d'amour que je ne saurais dire...tous ces merveilleux instants partagés ensemble en toute simplicité. Ta tendresse, tes éclats de rires, me comblent de joie...mon prince chéri je ne te dirai jamais assez combien je t'aime. Qu'ALLAH guide tes pas, qu'il te donne la santé, la longévité et qu'il fasse de toi un érudit. Amin

**À mes frères et sœurs Yêzidath, Badil, Islamia, Fawzane et Zoulfath** pour votre amour, votre soutien. Puisse ALLAH nous unir davantage.

**À ma cousine Mme SALAMI Fatima et son époux** pour votre soutien, vos encouragements et vos multiples prières. Que DIEU exauce tous vos vœux.

**À mes cousinesAmbroisine, Dr Odette, Denise DE CHACUS et leur maman** je ne saurai vous remercier assez, seul le tout puissant peut vous rendre à vos souhaits tout ce que vous m'aviez fait; merci infiniment.

## **REMERCIEMENTS**

**A mes neveux et nièces**

Veillez croire à ma totale disponibilité et soyez assurés de mon indéfectible attachement. Je vous aime.

**À mes beaux-frères et belles-sœurs** pour tout le soutien.

**À mes oncles et tantes** merci pour vos encouragements.

**À notre maître coranique El hadj Oumiou** merci pour vos encouragements, et vos multiples prières à mon endroit.

**À Mme DURY Henda SEMEGA et sa petite famille** pour le soutien

**À Mme Awa NIARE et sa petite famille** pour votre encouragement, votre soutien et votre disponibilité.

**À Mme DICKO Aissata KEITA et sa petite famille**, amitié sincère

**À la famille KEITA à San** pour leur encouragement

**À Mr SIMPARA Kassim et KONATE Boubacar** pour votre accueil et votre soutien de tous les temps.

**À Mr GAMBY Bassékou** simplement merci

**À Mr FOFANA Boubacar dit Beckech** pour moi vous aviez été comme un père merci infiniment à vous.

**Aux Docteurs Willfried , Christelle, Gildas, Nelly** merci pour votre soutien

**A Flore TCHANA** merci infiniment pour ton soutien. Que DIEU t'assiste pour que tu finisses en beauté toi aussi, tes études. Amitié sincère

**A Lydwine** que le Seigneur t'assiste et t'accorde la réussite

**À l'AEESBM** (Association des élèves, étudiants et stagiaires béninois vivants au Mali) je ne pourrais tout citer, acceptez l'expression de mes sincères reconnaissances.

**À toute la promotion DE GAULLE** : ici une étape s'achève, nos routes se séparent et quel que soit l'endroit où chacun se trouvera, nous resterons gaulois.

**À mes camarades de la promotion Pr SIDIBE Assan TRAORE**

**A toute l'équipe du service de la radiologie du CHU du point G**

**A toute l'équipe du service de néphrologie du CHU du point G**

**A tous les membres de mon groupe d'étude : Sabou, Fatim, Diodor, Moussa, Djiarra** Nous avons passés beaucoup de temps ensemble. Que DIEU nous accompagne tous, tout au long de notre carrière

Nombreux vous êtes de près ou de loin à m'avoir aidé à réaliser ce travail

Merci à vous

## **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

**À notre Maître et président du jury :**

**Professeur Adama DIAWARA**

- Ancien directeur de l'agence nationale d'évaluation des hôpitaux
- Ancien chef de division Assurance qualité et économie du médicament à la direction de la pharmacie et du médicament.
- Ancien secrétaire général au ministère de la santé
- Maître de conférences en santé publique à la FMOS USTTB
- Point focal gardé à l'OMS

C'est un privilège et un honneur que vous nous faites en présidant ce jury. Nous avons été profondément touchés par votre abord facile, votre générosité et votre souci du travail bien fait. Vos conseils et remarques ont été d'une grande utilité à l'amélioration de ce travail. Qu'il nous soit permis cher maître de vous exprimer notre profonde gratitude. Qu'ALLAH LE TOUT PUISSANT vous accorde une santé de fer inoxydable et la longévité !

**À notre Maître et Juge**

**Docteur Sory Ibrahima DIAWARA**

MD, MPH, Médecin chercheur à la FMOS

Nous avons été touchés par votre accueil, votre simplicité et votre modestie qui font de vous une personnalité remarquable.

Veillez accepter cher maître nos sincères remerciements.

Qu'ALLAH vous assiste!

**À notre Maître et Juge**

**Docteur LallaFatouma TRAORE**

Chargée de l'organisation et de la gestion financière des hôpitaux à l'Agence nationale d'évaluation des hôpitaux

Postulante PhD en santé publique

Votre apport au cours de l'élaboration de cette thèse a été d'une qualité inestimable; ce travail est donc le vôtre. Vos qualités humaines et surtout votre sens élevé de la responsabilité et de la rigueur dans le travail font de vous un bon encadreur. Trouvez ici toute notre admiration et notre profond respect.

Qu'ALLAH vous accorde le succès!



**À notre Maître et Directeur de thèse**

**Professeur Samba DIOP**

- Maître de conférences en anthropologie médicale,
- Enseignant chercheur en écologie humaine, anthropologie et éthique de santé du DER santé publique de la FMOS,
- Responsable de l'unité de recherche formative en sciences humaines, sociales et éthique SEREFO/VIH/SIDA/FMOS,
- Membre du Comité d'Éthique institutionnel et national du Mali.

Cher maître,

Nous tenons à vous dire toute notre reconnaissance pour avoir accepté de diriger ce travail malgré vos multiples occupations. Formateur émérite, votre générosité, votre modestie, votre rigueur et votre désir permanent de perfectionnement dans tout travail scientifique font de vous un maître exemplaire et reconnu de tous.

Nous avons eu la chance d'être un de vos élèves et soyez en rassuré que nous nous servirons, toute notre vie, des méthodes de travail que vous nous avez inculquées.

Qu'ALLAH vous accorde longue vie et une santé de fer!

***LISTE DES SIGLES ET DES ABREVIATIONS***

- COC** : Contraceptif oraux combiné
- CU** : Contraception d'urgence
- DID** : Dispositif intra dermique
- DIU** : Dispositif intra utérin
- EDS-M VI** : Enquête démographique de santé Mali, sixième édition
- EFB** : Enquête de fécondité au Benin
- ESAS** : Ecole supérieure des assistants sociaux
- ESK** : Ecole supérieure de kinésithérapie
- ESND** : Ecole supérieure de nutrition et diététique
- EOS** : Ecole d'odontostomatologie
- FAPH** : Faculté de pharmacie
- FMOS** : Faculté de médecine et d'odontostomatologie
- FSS** : Faculté des sciences et de la santé
- HAS** : Haute autorité de santé
- ISF** : Indice synthétique de fécondité
- INPES** : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
- MAMA** : Méthode d'allaitement maternel et d'aménorrhée
- MST** : Maladie sexuellement transmissible
- IST** : Infection sexuellement transmissible
- OMS** : Organisation mondiale de la santé
- P** : Probabilité
- SIDA** : Syndrome immunodéficience acquise
- UAC** : Université d'Abomey-Calavi
- UFR** : Unité de formation et de recherche
- UPA**: Ulipristalacétate
- USA**: United States of America
- VIH** : Virus de l'immunodéficience humain
- %** : Pourcentage

*Liste des tableaux*

**Tableau I :** Répartitions des étudiantes selon l'âge

**Tableau II:** Répartitions des étudiantes selon le statut matrimonial

**Tableau III:** Répartitions des étudiantes selon la religion

**Tableau IV:** Répartition de l'échantillon en fonction de la connaissance d'une signification de la contraception

**Tableau V :** répartition des étudiantes selon les moyens de contraception connus.

**Tableau VI :** Répartition des étudiantes en fonction des différents types de CU connue.

**Tableau VII :** Répartition des étudiantes en fonction des sources d'informations sur la contraception d'urgence

**Tableau VIII:** Répartition des étudiantes en fonction de l'âge au premier rapport sexuel.

**Tableau IX :** Répartition des étudiantes selon les raisons de non protection lors du premier rapport sexuel afin d'éviter un éventuel risque

**Tableau X :** Répartition des étudiantes en fonction des méthodes de contraception qu'elles utilisent.

**Tableau XI :** Répartition des étudiantes selon les types de CU utilisée

**Tableau XII :** Répartition des étudiantes en fonction du motivateur de la CU utilisée

**Tableau XIII :** Répartition des étudiantes en fonction des circonstances qui les aient conduites à l'utilisation de la CU

**Tableau XIV:** Répartition des étudiantes en fonction des difficultés rencontrées pour accéder à la CU

**Tableau XV :** Répartition des étudiantes en fonction des raisons de préférence de la CU par rapport aux méthodes contraceptives

**Tableau XVI :** Répartition des étudiantes en fonction des raisons de préférence de la pilule du lendemain parmi la CU

**Tableau XVII :** Répartition des étudiantes en fonction du délai d'utilisation de la CU après un rapport sexuel non ou mal protégé

**Tableau XVIII :** Relation entre l'âge et la fréquence d'utilisations de la CU.

**Tableau XIX :** Relation entre l'âge et les causes de recours à la pilule du lendemain.

**Tableau XX :** Relation entre la connaissance des limites de la CU et l'acceptation du préservatif pour éviter les grossesses non désirées.

*Liste des graphiques :*

**Graphique 1:** Répartitions des étudiantes en fonction de la résidence

**Graphique 2:** Répartition des étudiantes selon qu'elles aient entendu parler de la contraception d'urgence

**Graphique 3:** Répartition des étudiantes selon qu'elles aient connue le préservatif

**Graphique 4 :** Répartition des étudiantes selon qu'elles aient déjà eu des rapports sexuels.

**Graphique 5:** Répartition des étudiantes selon qu'elles aient utilisé un moyen de contraception lors du premier rapport sexuel.

**Graphique 6:** Répartition des étudiantes selon qu'elles aient utilisées une CU

**Graphique 7 :** Répartition des étudiantes en fonction de la source d'approvisionnement de la CU utilisée.

**Graphique 8 :** Répartition des étudiantes en fonction de la facilité d'accès à la CU

**Graphique 9 :** Répartition des étudiantes en fonction de leur préférence à la CU par rapport aux méthodes contraceptives.

**Graphique 10 :** Répartition des étudiantes en fonction du type de CU qu'elles préfèrent

**Graphique 11 :** Répartition des étudiantes en fonction de leurs opinions vis-à-vis de la CU

**Graphique 12 :** Répartition des étudiantes selon que la CU protège ses utilisatrices contre tout risque de grossesse

**Graphique 13 :** Répartition des étudiantes selon qu'elles acceptent de privilégier les méthodes contraceptives par rapport à la CU pour pallier à leur inquiétude par rapport aux grossesses désirées.

*Liste des schémas*

**Schéma 1 :** image de la pilule du lendemain

**Schéma 2 :** image de la pilule du surlendemain

**Schéma 3 :** image du stérilet en cuivre

## Table des matières

I.	INTRODUCTION .....	1
II.	CADRE THEORIQUE.....	3
2.1.	Objectifs.....	3
2.1.1.	Objectif général : .....	3
2.1.2.	Objectifs spécifiques : .....	3
III.	GENERALITES .....	4
1.	De la définition des termes .....	4
2.	Histoire de la contraception.....	4
2.1.	Dans le monde.....	4
2.2.	Au Mali.....	5
2.3.	Au Bénin.....	6
3.	La contraception d'urgence .....	6
3.1.	Historique .....	6
3.2.	Les circonstances qui peuvent conduire à l'utilisation d'une contraception d'urgence : .....	7
3.3.	Les produits de contraception d'urgence aujourd'hui :.....	9
4.	Les méthodes de contraception modernes.....	12
4.1.	Les contraceptifs oraux ou pilules.....	12
4.2.	Les contraceptifs injectables .....	13
4.3.	La contraception mécanique.....	14
4.3.1.	Les préservatifs : la meilleure des protections contre les IST / VIH/ SIDA.....	14
a.	Le préservatif masculin .....	14
b.	Le préservatif féminin : Femidon .....	15
4.3.2.	Le diaphragme et cape cervicale.....	15
4.3.3.	Les dispositifs intra-utérins (stérilet) .....	16
4.4.	Les autres méthodes modernes.....	17
4.4.1.	L'implant "Implanon" :.....	17
4.4.2.	Le patch "EVRA" :.....	18
4.4.3.	L'anneau vaginal "Nuvaring" : .....	19
4.4.4.	Les spermicides.....	20

4.4.5. La stérilisation à visée contraceptive .....	20
a. La stérilisation féminine : ligature ou obturation des trompes.....	20
b. La stérilisation masculine : la vasectomie.....	21
4.5. Les méthodes naturelles : les moins efficaces des contraceptions...	21
4.5.1. Le retrait ou coït interrompu .....	21
4.5.2. L'abstinence périodique .....	21
a. La méthode du calendrier ou Ogino .....	22
b. La méthode des températures .....	22
c. La méthode de la glaire ou Billings.....	22
d. Les tests d'ovulation : Persona .....	23
4.5.3. L'allaitement maternel .....	23
5. Les méthodes de contraception traditionnelles au Mali .....	23
a. Le Tafo : .....	23
b. La Toile d'araignée :.....	23
c. Le miel et le jus de citron : .....	23
d. Les solutions à boire :.....	24
e. La séparation du couple après accouchement : .....	24
6. Les méthodes de contraception traditionnelles au Bénin .....	24
a. La séparation du couple après accouchement : .....	24
b. Les solutions à boire :.....	24
c. Le «gogozunkuin » .....	24
7. Morale et éthique de la reproduction.....	24
7.1. Dans l'antiquité .....	24
7.2. Aspects religieux et philosophiques.....	25
a- Le christianisme et la contraception.....	25
b- L'islam et la contraception.....	25
8. Etat de lieux de la recherche.....	25
8.1. Dans le monde.....	25
8.2. Au Mali.....	27
8.3. Au Bénin.....	28
8.4. La religion et la contraception au Benin .....	30
8.5. L'accès aux structures de santé reproductive.....	30
8.6. Approche conceptuelle : épidémiologie socioculturelle .....	31

IV. DEMARCHE METHODOLOGIQUE.....	33
4. 1. Cadre de l'étude.....	33
4.1.1. Faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako: FMOS .	33
4.1.2. Faculté de pharmacie de Bamako : FAPH.....	33
4.1.3. Faculté des sciences et de la santé de Cotonou : FSS-Cotonou.....	34
4.2. Type d'étude.....	35
4.3. Population d'étude.....	36
4.3.1. Critères d'inclusion .....	36
Les étudiants garçons, uniquement dans le focus group.....	36
4.3.2. Critère de non inclusion : .....	36
4.3.3. Echantillonnage.....	36
4.4. Période d'étude.....	38
4.5. Déroulement de l'enquête .....	39
4.6. Recueil et analyse des données .....	39
4.6.1. Les données quantitatives .....	39
55	
4.6.3. Analyse des données .....	39
4.7. Considérations éthiques.....	40
V. RESULTATS.....	41
1) Données sociodémographiques .....	41
2) Connaissances.....	44
3) Comportements /pratique .....	49
4) Attitudes (perception).....	65
5) Focus group .....	68
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	70
VII. CONCLUSION .....	75
VIII. SUGGESTIONS/PROPOSITIONS .....	76
IX. REFERENCES .....	77
X . ANNEXE.....	81
<b>SERMENT D'HIPPOCRATE .....</b>	<b>89</b>



## ***I. INTRODUCTION***

Les jeunes, aujourd'hui, sont de plus en plus précocement sexuellement actifs [1]. 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 les 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 [1].

Dans le monde, les jeunes traversent une phase de formation. Vu le taux d'accroissement rapide de la population africaine, cette population jeune sera de plus en plus importante. Les jeunes contribuent de plus en plus à la croissance de la population, car la fécondité est de plus en plus précoce [2].

Il est certes vrai que, quoique nos sociétés soient perméables à de nouvelles valeurs, elles gardent souvent un esprit traditionnel sur certains sujets tels la sexualité. En effet, assez souvent tabou et éludée, la problématique de la sexualité contemporaine demeure une préoccupation sociétale majeure en Afrique. Les jeunes sont assurément le public cible ; ils doivent être éduqués et accompagnés dans leur évolution psychosociale notamment en matière de santé sexuelle et reproductive [1].

En dépit d'énormes efforts déployés en matière de santé de la reproduction, l'utilisation de la contraception moderne est de 7 % selon EDSIV Mali 2006. Il ressort des données disponibles que l'utilisation actuelle de la planification familiale représente environ 20% de la demande potentielle soit 80% de besoins non satisfaits [3].

Avant l'avènement de la contraception hormonale à la fin des années 50, les femmes n'avaient comme seule solution de régulation des naissances des moyens anticonceptionnels locaux, mécaniques voire l'abstinence périodique dont le retentissement sur la sexualité était notable. Lorsque ceux-ci échouaient, la grossesse s'imposait à la femme à moins qu'elle ne coure le risque d'y mettre un terme...au péril de sa vie ou de sa fertilité, le tout dans la plus grande clandestinité. [4]

Selon un rapport de l'OMS (1997) : 910 000 conceptions ont lieu chaque jour dont 50% non planifiées et 25% non voulues ; 53 000 000 grossesses sont interrompues chaque

année. Parmi ces interruptions de grossesse 1/3 sont pratiqués dans de mauvaises conditions ou dans un climat hostile avec 50 à 100 000 décès par an [5].

La contraception « moderne » a provoqué une révolution dans la vie des femmes, leur permettant d'accéder d'une part à une sexualité récréative dissociée de la sexualité reproductive et d'autre part à une domination féminine sur le pouvoir de reproduction et d'accès à la maternité volontaire. Le slogan féministe « un enfant... si je veux... quand je veux » en était le reflet [4].

Il est « sexuellement correct » aujourd'hui d'avoir recours à la contraception lorsque l'on a une sexualité sans pour autant avoir de projet parental : Nathalie Bajos parle même de norme contraceptive et de temps contraceptifs avec un âge en deçà duquel il n'est pas raisonnable d'avoir un enfant et une période de la vie génitale pour telle ou telle contraception [4].

Plusieurs méthodes contraceptives interviennent à différentes phases du processus de la reproduction, soit qu'elles bloquent complètement l'ovulation, elles empêchent la rencontre des spermatozoïdes et de l'ovule dans les trompes, ou qu'elles créent un environnement hostile à la fécondation.

Une panoplie de produits contraceptifs existe dans les formations sanitaires et en pharmacie. La contraception post-coïtale ou encore contraception d'urgence, qui n'est pas en réalité une méthode de contraception, fait partie de ces produits.

Son utilisation suscite d'ailleurs des controverses dans divers milieux. Car, force est de constater de nos jours que les jeunes ont de plus en plus recours à la contraception d'urgence.

Pour certains la contraception d'urgence est une forme d'avortement, les hommes risquent d'utiliser moins volontiers le préservatif s'ils savent que leur partenaire peut recourir à la contraception d'urgence. Pour d'autres, elle favorise un comportement sexuel irresponsable et/ou le vagabondage sexuel, sans oublier une augmentation des IST et VIH/SIDA.

Au vue de toutes ces inquiétudes sus citées, et dans le souci d'améliorer l'utilisation de la CU chez les jeunes, nous nous sommes intéressés à comprendre dans quelle logique les étudiantes de la FMOS et FAPH du Mali et de la FSS du Bénin utilisent la CU, autrement dit est-ce que ces étudiantes ont-elles une connaissance, attitude, et une pratique adéquate vis-à-vis de la CU ?

## **II. CADRE THEORIQUE**

### **2.1.Objectifs**

#### **2.1.1. Objectif général :**

Etudier la pratique de la contraception d'urgence par les étudiantes de la FMOS, de la FAPH du Mali et de la FSS du Bénin.

#### **2.1.2. Objectifs spécifiques :**

- a) Identifier les contraceptions d'urgence utilisées par les étudiantes des dites facultés.
- b) Déterminer les sources d'informations et d'approvisionnement en contraceptifs d'urgence des étudiantes
- c) Déterminer la fréquence d'utilisation des CU par les étudiantes de la FMOS ; de la FAPH et de la FSS.
- d) Décrire la relation entre la connaissance des étudiantes en matière des méthodes contraceptive ; de la CU et leur comportement.

### **III. GENERALITES**

#### **1. De la définition des termes**

**La contraception** : la contraception est définie comme une méthode visant à éviter, de façon réversible et temporaire, la fécondation d'un ovule par un spermatozoïde ou, s'il y a fécondation, la nidation de l'œuf fécondé [6]. En général le contrôle des naissances ou la contraception est une méthode qui empêche une femme de devenir enceinte [7]. Les méthodes scientifiques de contraception apparaissent dans le courant du **XIX<sup>ème</sup>** siècle et surtout dans sa seconde moitié. La contraception n'est pas une question nouvelle mais s'accompagne toujours de débat [8].

**La contraception d'urgence** : méthode occasionnelle qui permet de diminuer le risque de grossesse en cas de rapports sexuels non ou mal protégés [9], est basée sur l'utilisation d'hormones stéroïdiennes administrées par voie orale ou l'insertion d'un dispositif intra-utérin (DIU). D'une part, elle agirait en retardant l'ovulation ou en la perturbant lorsqu'elle est sur le point de se produire. D'autre part, elle modifierait l'endomètre de façon à ce qu'il ne puisse accueillir un éventuel œuf.

**La planification familiale** : elle est définie comme l'ensemble des moyens et des méthodes qui permettent de contrôler le nombre et l'espacement des naissances dans une famille [10].

#### **2. Histoire de la contraception**

##### **2.1. Dans le monde**

Selon Serfaty [8], la limitation des naissances est présente depuis les époques les plus reculées et est probablement née dans les sociétés préhistoriques lorsque, malgré une très forte mortalité naturelle, les conditions de survie obligeaient à restreindre les naissances.

La contraception était pratiquée dans l'antiquité, elle le fut ensuite et l'est encore de nos jours dans les proportions respectives extrêmement variables selon les lieux et les époques. Ceci pour nous montrer la constante volonté de l'espèce humaine d'échapper à la fatalité d'une reproduction naturelle [8].

Mais la contraception sera rejetée pour des raisons morales faisant de la procréation une obligation sacrée dans une optique naturaliste mettant l'homme au service d'une volonté supérieure qui ne lui laisse pas d'autre choix. C'est le propre de la pensée religieuse [8].

L'histoire de la contraception n'est en dehors des moyens employés, qu'une illustration de la bipolarité de l'esprit ou de la balance entre deux systèmes de pensée toujours présents dans la société ou chez l'individu lui-même : le conservatisme ou le changement ; la tradition ou le progrès ; la foi ou la raison [8].

Autrement, si l'homme tend en général à vouloir modifier son être, non pas pour le sens d'un artifice destructeur, mais pour son bien actuel et futur, le contrôle de sa reproduction fait partie de ce souci d'une vision large de son avenir.

## **2.2. Au Mali**

Les sociétés traditionnelles au Mali ont toujours été fortement pro-natalistes, cela pour des raisons d'ordre sociologique culturel, économique et spirituel. Une nombreuse progéniture est source à la fois de richesse (maximum de bras travailleurs pour augmenter la production) et de bénédiction divine [11].

La fécondité confère une valeur sociale et l'infécondité est toujours mal vécue et interprétée de malédiction ou de tares notamment pour la femme [2].

Une femme doit avoir des enfants, mais il demeure également vrai que la survenue d'une grossesse au cours de la période d'allaitement (deux ans en moyenne) serait sujet de moqueries. Cependant, avoir des enfants hors – mariage ou adultérins renvoie à un signe de mauvaise éducation et d'immoralité et la femme y paie plus que l'homme [11].

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 [11].

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 [11]. La société malienne contemporaine est prise en porte - à - faux entre les valeurs séculaires (culturelles, 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 [11].

### ***2.3. Au Bénin***

Le Bénin, comme la plupart des pays francophones, a longtemps été régi en matière de population par la loi de 1920 qui interdit toute propagande anticonceptionnelle et tout avortement.

En 1982, la première enquête sur la fécondité au Bénin (EFB), organisée par l'État béninois avec l'appui financier de la Banque mondiale, marque une étape dans les travaux sur la fécondité dans le pays. L'étude sur « Une approche ethnique des différentielles de fécondité dans le sud du Bénin » (Attanasso, 1991) a, dans une autre perspective, exploré l'impact de la dimension ethnique sur la fécondité. L'auteur relève ainsi que, malgré la fécondité élevée que valorisent globalement les normes traditionnelles, chacune des ethnies a des conceptions différentes en matière de fécondité et de préférence pour un sexe.

Ainsi, chez les Fon, ethnie du sud et du centre du Bénin, la femme est libre de concevoir jusqu'à sa ménopause. Par contre, chez les Nago, appartenant au groupe ethnique Yoruba et apparentés, la femme pratique la contraception d'arrêt dès que son enfant aîné commence à procréer, quelle que soit la taille de sa progéniture. Cette pratique peut influencer de façon fondamentale sur son utilisation des produits contraceptifs. En revanche, dans l'ethnie Fon où le statut de la femme est valorisé par le nombre de ses enfants de sexe masculin, elle a tendance à n'utiliser de méthodes contraceptives tant que ses objectifs de fécondité ne sont pas atteints [12].

Les béninois 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, de ne pas tomber à nouveau enceinte, à l'enfant de se développer normalement. On peut mentionner l'existence d'autres méthodes traditionnelles d'espacement des naissances telles que l'emploi des racines d'une plante nommé « goucka » en langue « Ani » : ou parfois la femme utilise les talismas ou des bagues magiques l'empêchant de tomber enceinte.

## ***3. La contraception d'urgence***

### ***3.1. Historique***

Depuis des siècles, les femmes utilisent toutes sortes de dispositifs et de préparations pour prévenir la grossesse après des rapports sexuels. Les premiers essais cliniques de contraceptifs hormonaux d'urgence ont été faits sur l'être humain dans les années 60, avec des œstrogènes fortement dosés. L'utilisation de doses accrues de contraceptifs oraux combinés

(COC) contenant de l'éthinylestradiol et du lévonorgestrel (ou méthode Yuzpe) date des années 70. Les premiers essais d'un contraceptif d'urgence utilisant du lévonorgestrel ont eu lieu vers la même période et la pose d'un DIU après un rapport sexuel

pour la contraception d'urgence a été signalée pour la première fois en 1976. D'autres approches, fondées par exemple sur la mifépristone et le danazol, sont à l'étude.

A ce jour, la plupart des femmes qui ont recouru à la contraception d'urgence vivent dans des pays industrialisés, principalement en Europe où des produits spécialement conditionnés sont disponibles depuis plusieurs années. Cette pratique, cependant, s'étend maintenant aux pays en développement par suite d'importantes études réalisées par l'OMS et de l'intérêt de nombreux programmes de planification familiale désireux de trouver les moyens de prévenir les grossesses non désirées.

L'intérêt pour la contraception d'urgence s'est considérablement développé ces dernières années. En avril 1995, des experts du monde entier se sont réunis à Bellagio, Italie et ont publié une déclaration consensuelle sur la contraception d'urgence invitant les dispensateurs à se familiariser avec les méthodes et à les mettre à la disposition de toutes les femmes qui pourraient en avoir besoin. Plus tard en 1995, sept organisations [14] s'occupant de santé reproductive des femmes ont constitué ensemble le Consortium pour la contraception d'urgence pour promouvoir l'accès à la méthode dans le monde entier. Le Consortium a élaboré un module contenant des informations sur les pilules contraceptives d'urgence et leur mode d'emploi, ainsi que des matériels destinés à aider les administrateurs de programme désireux d'introduire la contraception d'urgence dans la gamme des services offerts à leurs patientes. En décembre 1995, les pilules contraceptives d'urgence (méthode Yuzpe) ont été ajoutées à la liste modèle des médicaments essentiels de l'OMS, les rendant ainsi plus aisément accessibles dans les pays [13].

### ***3.2. Les circonstances qui peuvent conduire à l'utilisation d'une contraception d'urgence :***

Toute femme en âge de procréer peut avoir besoin de recourir à la contraception d'urgence à un certain moment pour éviter une grossesse non désirée, notamment dans les situations suivantes :

- après un rapport sexuel délibéré qui a eu lieu sans protection contraceptive ; après l'utilisation incorrecte ou irrégulière de méthodes contraceptives régulières ou en cas de défaillance accidentelle d'autres méthodes contraceptives, comme suit :
- rupture ou glissement du préservatif ;
- calcul erroné de la période d'infécondité en cas d'utilisation de l'abstinence périodique ou défaut d'abstinence pendant les jours de fécondité ;
- expulsion d'un DIU ;
- échec du coït interrompu, avec éjaculation dans le vagin ou sur les organes génitaux externes ;
- interruption pendant plus de trois jours de suite de la prise des contraceptifs oraux ;
- utilisation tardive d'un contraceptif injectable ; lorsqu'une femme a été victime d'une agression sexuelle et qu'elle n'était pas protégée par une méthode contraceptive.

La contraception d'urgence, dite « du lendemain » doit être mise en œuvre :

- dans tous les cas, le plus tôt possible après le rapport non ou mal protégé.

- si possible dans les 12 heures qui le suivent

- au plus tard dans les 3 jours (72 heures) suivant le rapport à risque pour la contraception d'urgence d' « ancienne génération »

au plus tard dans les 5 jours (120 heures) pour la contraception d'urgence de « nouvelle génération ».



3.3. *Les produits de contraception d'urgence aujourd'hui :*



Schéma 1



Schéma 2

- Il y a maintenant deux catégories de pilules d'urgence : celle d'« ancienne génération » au Lévonorgestrel (Norlevo® et son générique LévonorgestrelBiogaran®) et celle de « nouvelle génération » à l'ulipristal, (Ella One®). Le Lévonorgestrel est une hormone qui entre dans la composition d'un grand nombre de pilules contraceptives classiques. L'ulipristal est une nouvelle hormone anti progestérone.

- Le « stérilet d'urgence » : tous les stérilets au cuivre sont utilisables. On réservera préférentiellement ce dernier aux femmes qui souhaitent ensuite conserver le stérilet. Le stérilet sans cuivre mais diffusant du lévonorgestrel n'a pas été étudié dans ce contexte de contraception d'urgence.

Les méthodes hormonales d'urgence ont très peu de contre indications ce qui ajoute à leur intérêt :

- La contraception d'urgence « d'ancienne génération» et son générique : aucune contre indication

- La contraception d'urgence de « nouvelle génération » :

- Hypersensibilité au produit : exceptionnel

- Grossesse en évolution car le produit n'a pas été expérimenté dans ce contexte.

Il y aussi des précautions d'emploi à respecter dans certains cas rares.

Vous éviterez si possible cette pilule en cas:

- d'insuffisance hépatique sévère (cas exceptionnels),

- d'asthme sévère mal équilibré par les traitements,

- Les contre indications du « stérilet d'urgence »: ce sont les contre-indications classiques du stérilet. Le fait de ne jamais avoir eu d'enfant ne constitue plus une contre indication aux stérilets

## Le « stérilet du lendemain »



### Schéma3

#### *Principe*

Il se propose d'interdire l'implantation de l'œuf fécondé dans l'utérus pendant les cinq jours qui séparent la fécondation et cette nidation. Il se pose exactement comme les autres stérilets et ne diffère en rien d'eux.

#### **Ses avantages:**

- le délai : cent vingt heures au lieu de 72 heures avec la pilule moderne d'urgence « ancienne génération » et même délai que la pilule d'urgence de « nouvelle génération ».
- on peut le conserver éventuellement comme moyen contraceptif ultérieur : il assure une excellente protection pendant 5 ans minimum.
- si on préfère la pilule comme contraception régulière, on commence la plaquette le premier jour des prochaines règles et on demande à son médecin de retirer ce stérilet dans les jours suivants.

Cette technique a été décrite pour la première fois par un américain, le Professeur Lippes, en 1981.

De la même façon que les stérilets posés dans un contexte normal, il modifie fondamentalement la muqueuse utérine, qui devient alors impropre à la nidation : l'œuf fécondé se présente dans la cavité utérine pour y faire son nid 5/6 jours après le rapport sexuel et dans la mesure où la nidation survient entre le 5ème et le 7ème jour qui suit le rapport fécondant, il suffit d'insérer un DIU dans les 5 jours au plus tard après le rapport non protégé.

On retient aussi son action négative possible sur les spermatozoïdes - peut-être aussi sur l'ovule -(action du cuivre).

### **Les règles du stérilet d'urgence**

Les règles surviennent à la date habituelle mais, parfois en avance et parfois plus longues et plus abondantes, comme c'est habituel avec le stérilet. Le stérilet peut ensuite éventuellement être laissé en place à titre de contraception au long terme.

Un inconvénient récemment remis en question : les médecins recommandaient en général de s'abstenir de la pose d'un DIU chez les nullipares en raison du risque infectieux et du risque éventuel de stérilité des trompes. Le stérilet pourrait en effet se révéler-en particulier dans ce contexte- cofacteur majeur d'une flambée infectieuse induite par une MST. La HAS, Haute Autorité de Santé, nous recommande aujourd'hui au contraire de proposer en première intention la contraception par stérilet aux femmes n'ayant jamais été enceinte- comme la pilule!

### **Efficacités**

Le taux d'efficacité du " stérilet du lendemain " est de 99,9 % si posé dans les 5 jours suivant le rapport.

L'atout principal de ce procédé est qu'il peut être efficace de 1 à 5 jours après le rapport sexuel [15].

## ***4. Les méthodes de contraception modernes***

### ***4.1. Les contraceptifs oraux ou pilules***

Il existe deux grands groupes : les contraceptifs oraux combinés (œstrogène plus progestérone) et les contraceptifs oraux progestatifs.

### **Mode d'action**

- La pilule œstro-progestative agit principalement en bloquant l'ovulation, en modifiant l'endomètre de façon à ce qu'il ne puisse accueillir un éventuel œuf et en modifiant la glaire pour empêcher les spermatozoïdes de franchir le col.
- La micropilule (micro dose de progestatif) agit uniquement en modifiant la glaire pour empêcher les spermatozoïdes de franchir le col sauf Cerazette qui supprime aussi l'ovulation.

Les différentes pilules contraceptives

Il existe :

- différents dosages même si l'œstrogène utilisé est toujours la même : 50 - 35 - 30 - 20 et 15 microgrammes.
- différents types de progestatifs.
- des variations de dosages des œstrogènes et des progestatifs sur la plaquette pour les différentes pilules déterminent les biphasiques et les triphasiques. Les pilules sans variations sont les monophasiques.
- il y a des pilules de 21 ou 28 comprimés.

### **Les avantages**

C'est une méthode contraceptive très efficace, très bien tolérée, efficace dès le 1er comprimé, réversible dès l'arrêt. Elle permet d'avoir des cycles réguliers et les règles sont moins abondantes, moins longues et moins douloureuses.

### **Les inconvénients**

Il peut y avoir des petits saignements (spotting) en dehors des règles surtout lors des premières plaquettes, un peu de nausées, quelques douleurs et des gonflements des seins.

La prise de poids, exceptionnelle, est toujours modérée.

### **Les contre - indications**

Hypercholestérolémie, hypertension artérielle, antécédent d'accident thromboembolique, certains cancers, le tabagisme chez les femmes de plus de 35 ans [16].

#### **4.2. Les contraceptifs injectables**

Les contraceptifs injectables sont des méthodes populaires parce que leurs utilisatrices n'ont besoin de consulter un prestataire qu'à certains intervalles, mais aussi parce qu'ils sont très

efficaces. De plus, ils peuvent être utilisés à l'insu du partenaire et qu'ils ne gênent pas les relations sexuelles.

Les contraceptifs injectables combinés contiennent deux hormones, l'œstrogène et un progestatif. Ils sont administrés par voie intramusculaire une fois par mois.

Les contraceptifs injectables progestatifs (tels le Dépo-Provera et le Noristérat) ne contiennent pas d'œstrogène. Pour prévenir la grossesse, une injection est faite tous les deux ou trois mois, selon le type de contraceptif injectable choisi [17].

### **4.3. La contraception mécanique**

#### **4.3.1 .Les préservatifs : la meilleure des protections contre les IST / VIH/ SIDA**

##### **a. Le préservatif masculin**

Etui en latex avec ou sans réservoir, au moment de l'éjaculation le sperme est recueilli dans le préservatif et n'est pas répandu dans le vagin.

#### **Mode d'emploi**

S'il ne possède pas de réservoir laisser 1 à 2 cm en haut afin de créer un réservoir, pincer le haut du préservatif entre les doigts pour en chasser l'air, dérouler le sur le pénis en érection avant la pénétration, aussi loin que possible; le petit bourrelet de l'anneau doit être tourné vers l'extérieur.

Se retirer avant la fin de l'érection en le retenant à la base.

#### **L'efficacité**

Le taux d'échec est inférieur à 5 % s'il est bien utilisé, son efficacité est renforcée s'il est associé à des spermicides.

#### **Les avantages**

C'est la meilleure protection contre les IST et le VIH/ SIDA, méthode simple, facile à se procurer, prise en charge de la contraception par l'homme, protection contre le cancer du col.

Il est en vente libre et disponible.

#### **Les inconvénients**

Il peut diminuer la qualité et la spontanéité de l'acte sexuel : doit être mis sur le pénis en érection et être retiré avant la fin de l'érection sinon le préservatif n'est plus maintenu et peut

laisser passer le sperme dans le vagin. Il peut se déchirer, le taux de grossesse non-désirée est plus important qu'avec la pilule ou le stérilet.

**b. *Le préservatif féminin : Femidon***

C'est une gaine cylindrique pré-lubrifiée en polyuréthane.

Un anneau interne facilite l'introduction dans le vagin et son maintien pendant le rapport, un anneau externe repose sur la vulve pour permettre de retenir le préservatif pendant le rapport.

**Le mode d'emploi**

Peut être mis à n'importe quel moment avant le rapport sexuel.

**L'efficacité**

Elle est comparable à celle du préservatif masculin.

**Les avantages**

Excellente protection contre les MST et le SIDA, utilisable par la femme en cas de refus ou d'impossibilité d'utilisation du préservatif masculin.

**4.3.2. *Le diaphragme et cape cervicale***

**Mode d'action**

Le diaphragme est une membrane en latex ronde et concave tendue sur un ressort circulaire. Il est placé dans le vagin avant les rapports sexuels pour recouvrir le col de l'utérus.

La cape cervicale est une cupule en silicone, elle est placée au fond du vagin avant les rapports sexuels pour couvrir le col de l'utérus, comme un dé à coudre.

**Le mode d'emploi**

Ils sont à utiliser avec des spermicides. Ils empêchent le sperme de pénétrer dans le col de l'utérus.

Il existe différentes tailles de diaphragme et de cape.

L'utilisation des capes cervicales est à rapprocher de celle du diaphragme : Le choix de la taille est évalué par le médecin qui aide la femme à savoir placer le diaphragme ou la cape cervicale.

### **L'efficacité**

S'ils sont correctement utilisés et à tous les rapports sexuels, leur efficacité est supérieure à celle des spermicides seuls et équivalente à celle des préservatifs masculins.

### **Avantages**

C'est la méthode vaginale de contraception la plus fiable, peu onéreuse, pas de contre-indication médicale, pas de risque pour la santé. Peut être placé discrètement à l'avance, diminue le risque du cancer du col de l'utérus, immédiatement réversible.

### **Les inconvénients**

Le taux d'échec est élevé si mal utilisé. La mise en place nécessite un apprentissage avec un médecin entraîné, le spermicide peut couler de façon excessive. Ils sont encombrants [16].

#### ***4.3.3. Les dispositifs intra-utérins (stérilet)***

### **Mode d'action**

Plusieurs modes d'action sont avancés : une altération des spermatozoïdes par l'action du cuivre qui empêche la fécondation, une modification de l'endomètre qui empêche la nidation de l'œuf, une modification de la glaire cervicale pour les stérilets au progestatif ce qui empêche les spermatozoïdes de franchir le col.

Il existe différentes formes, différentes tailles. Le médecin choisira le stérilet le mieux approprié à chaque femme.

- Au cuivre

- Au progestatif

### **Le mode d'emploi**

Posé par le médecin ou la sage femme formée, en principe à la fin des règles ou n'importe quel jour du cycle.

Sans anesthésie, il est introduit par le col, placé au fond de l'utérus, les fils du stérilet dépassant le col pour permettre le contrôle du stérilet (par le médecin et par la femme) et pour permettre le retrait.

En cas de contraception d'urgence à poser dans les 5 jours suivant le rapport sexuel non protégé éventuellement.



Durée : 3 à 5 ans selon les stérilets avec une surveillance médicale régulière, 1 à 2 fois par an.  
Le retrait se fait pendant ou après les règles : indolore et simple

### **L'efficacité**

Il est efficace dès la pose.

### **Les avantages**

Méthode non contraignante, très efficace, généralement bien tolérée, réversible dès le retrait.

### **Les inconvénients**

Les règles peuvent être abondantes et longues avec certains stérilets, possibilité de douleurs et saignements en dehors des règles, risques d'infection en cas de partenaires multiples.

Dans certains cas, peu conseillé chez les femmes n'ayant jamais eu d'enfants en raison du risque de stérilité en cas d'infection, moins de risque d'infection avec le stérilet au progestatif.

Risque de grossesse, de grossesse extra-utérine et d'expulsion.

### **Les contre - indications**

Infection récente de l'utérus ou des trompes, antécédent de grossesse extra-utérine (dans certains cas), les malformations utérines importantes, les maladies hémorragiques (sauf stérilet au progestatif) certains fibromes, les femmes n'ayant jamais eu d'enfant [16].

## **4.4. Les autres méthodes modernes**

### **4.4.1. L'implant "Implanon" :**

C'est un implant sous-cutané composé d'un bâtonnet cylindrique de 4 cm de long et 2 mm de large, qui délivre en continu de faibles doses d'hormone (progestérone). Au Mali, on dispose surtout du Norplant qui est à 6 capsules pour 5 à 7 ans.

### **Mode d'action**

Il agit en empêchant l'ovulation et en modifiant la glaire cervicale.

### **Le mode d'emploi**

L'implant se met sous la peau de la face interne du bras, à l'aide d'un applicateur stérile à usage unique après une anesthésie locale.

Il se retire aussi après une anesthésie locale, à l'aide d'une petite incision de 2 mm, avec une pince. La pose et le retrait sont simples et rapides, environ 1 minute 30 pour la pose et 3 minutes 30 pour le retrait. Il est mis en place pour 3 ans par le médecin ou la sage femme pendant une consultation.

### **L'efficacité**

Elle est très efficace dès la pose.

### **Les avantages**

Sans problème d'observance, il est bien toléré et réversible dès le retrait.

### **Les inconvénients**

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

### **Les contre- indications**

Thrombose évolutive, affection hépatique sévère.

#### **4.4.2. Le patch "EVRA" :**

C'est un patch de 20 cm<sup>2</sup> qui délivre une association œstro-progestative, comme une pilule à 20 microgrammes.

### **Mode d'action**

Il agit comme la pilule, en bloquant l'ovulation et en modifiant la glaire cervicale.

### **Le mode d'emploi**

Utiliser un patch par semaine pendant 3 semaines, arrêt d'une semaine (comme avec la pilule les règles arrivent pendant la semaine sans patch).

Les 4 sites d'application possibles sont : le bras, l'abdomen, le tronc, les fesses.

Attention: ne pas appliquer sur les seins

### **L'efficacité**

Il est très efficace à condition d'être bien utilisé.

### **Les avantages**

Meilleure observance qu'avec la pilule, moins de risques d'oubli, très bien toléré et réversible dès l'arrêt, il permet d'avoir des cycles réguliers, des règles moins abondantes, moins longues et moins douloureuses.

### **Les inconvénients**

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

### **Les contre- indications**

Comme la pilule oestro-progestative : hypercholestérolémie, hypertension artérielle, antécédent d'accident thromboembolique, certains cancers, le tabagisme chez les femmes de plus de 35 ans.

#### **4.4.3. L'anneau vaginal "Nuvaring" :**

L'anneau NUVARING (diamètre = 54 mm et section = 4 mm) délivre une association œstro-progestative, comme une pilule à 15 microgrammes.

### **Mode d'action**

Il agit comme la pilule, en bloquant l'ovulation et en modifiant la glaire cervicale.

### **Le mode d'emploi**

Utiliser un anneau par cycle, 3 semaines avec anneau, 1 semaine sans anneau. Les règles auront lieu pendant la semaine sans anneau, comme avec la pilule. L'insertion et le retrait sont simples.

### **L'efficacité**

Comme la pilule œstro-progestative, il est efficace à condition d'être bien utilisé. Efficace dès la pose du 1er anneau et aussi pendant la semaine d'arrêt.

### **Les avantages**

Mise en place et retrait facile, meilleure observance qu'avec la pilule, moins de risques d'oublis. Mêmes avantages que la pilule.

### **Les inconvénients**

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

### **Les contre - indications**

Comme la pilule oestro-progestative:hypercholestérolémie, hypertension artérielle, antécédent d'accident thromboembolique, certains cancers, le tabagisme chez les femmes de plus de 35 ans(16).

#### ***4. 4.4. Les spermicides***

### **Mode d'action**

Introduit au fond du vagin avant le rapport sexuel, le spermicide se dissout et se disperse dans le vagin et immobilise les spermatozoïdes. Ils sont essentiellement composés de Chlorure de Benzalkonium. Ils se présentent sous forme d'ovules, de crèmes, de gel ou d'éponges.

### **Les avantages**

Ils sont simples à utiliser, sans prescription donc facilement disponibles, sans contre-indications médicales ni de risque pour la santé ; Ils peuvent jouer un rôle de lubrifiant.

### **Les inconvénients**

Efficacités insuffisantes : coûteux ; leur emploi est contraignant (délai à respecter, mise en place) ; certains peuvent couler de façon excessive ; possibilité d'intolérance locale.

#### ***4.4.5. La stérilisation à visée contraceptive***

Elle est régie par des lois dans plusieurs pays [16].

##### ***a. La stérilisation féminine : ligature ou obturation des trompes***

#### **- Méthode par cœlioscopie et laparotomie**

Elle se pratique sous anesthésie générale (avec hospitalisation), elle consiste soit à : sectionner et électro-coaguler les trompes ; poser des anneaux de Yoon (clips) sur les trompes.

Cette méthode est en principe irréversible.

#### **- Méthode par les voies naturelles**

C'est une nouvelle méthode : le dispositif Essure se pratique par hystérocopie sans anesthésie générale et sans hospitalisation. On accède aux trompes pour y placer un micro-implant souple dans chacune des trompes pour les obstruer.

C'est une méthode simple et rapide (environ 30 minutes) ne laissant pas de cicatrice. Il faut attendre 3 mois (et continuer sa méthode de contraception habituelle) avant que la méthode soit efficace. Elle est irréversible.

***b. La stérilisation masculine : la vasectomie***

C'est la section des canaux déférents (canaux transportant les spermatozoïdes). C'est une intervention chirurgicale simple, sous anesthésie locale, sans grands risques opératoires, en principe irréversible ; il existe la possibilité d'autoconservation du sperme au préalable dans des banques de sperme.

Au Mali, les services de prestation de PF mettent la plus part de ces méthodes à la disposition de la population.

***4.5. Les méthodes naturelles : les moins efficaces des contraceptions***

Historiquement, ce sont les plus utilisées et pourtant ce sont les moins fiables. Elles peuvent être utilisées par des femmes voulant espacer les grossesses et qui accepteraient l'échec de ces méthodes.

***4.5.1. Le retrait ou coït interrompu***

L'homme retire son pénis juste avant l'éjaculation pour qu'elle se produise à l'extérieur du vagin. Si le retrait n'est pas effectué à temps, il y a un risque de grossesse, de même qu'il arrive très souvent qu'avant l'éjaculation, un peu de liquide contenant des spermatozoïdes s'écoule du pénis.

C'est une méthode qui rompt l'harmonie du rapport sexuel.

***4.5.2. L'abstinence périodique***

Il s'agit de détecter la phase fertile du cycle menstruel et de s'abstenir d'avoir des rapports sexuels ou d'utiliser des contraceptions locales pendant cette période.

Cette méthode est fondée sur le fait que les spermatozoïdes et les ovules ont une durée de vie de quelques jours. La fécondation ne peut se réaliser que si les rapports sexuels ont lieu quelques jours avant, pendant ou après l'ovulation. Cette méthode nécessite un apprentissage.

Le moment de l'ovulation est évalué de plusieurs façons.

***a. La méthode du calendrier ou Ogino***

C'est la plus largement connue et pourtant la moins efficace.

Elle est basée sur le calcul de la période fertile (ovulation), considérant les autres périodes du cycle comme non à risque de grossesse.

Cette méthode est peu fiable car la date de l'ovulation n'est jamais prévisible, elle peut être décalée même si les cycles sont réguliers et de nombreux facteurs peuvent perturber le cycle.

Tout rapport sexuel présente un risque de grossesse, quelque soit le jour du cycle (même pendant les règles).

***b. La méthode des températures***

Lors de l'ovulation la température basale du corps monte de 1 à 4 degrés et reste la même (en plateau) jusqu'aux règles suivantes. Cette méthode consiste à détecter l'ovulation en prenant sa température rectale tous les matins au réveil avant de se lever.

L'abstinence est longue. Elle doit se faire du début des règles jusqu'au 2ème jour après la montée de température. De nombreux facteurs peuvent perturber la température basale (infections, nuits courtes, heure du réveil) et induire en erreur l'utilisatrice. Cette méthode est contraignante.

***c. La méthode de la glaire ou Billings***

La glaire cervicale change de consistance au moment de l'ovulation.

Cette méthode consiste à détecter la modification de la consistance de la glaire cervicale observée à l'entrée du col tous les jours : il faut pour cela imbiber le pouce de glaire et apprécier la longueur du "fil" obtenu (5 à 10 cm) et la transparence de la glaire.

Au moment de l'ovulation et juste avant, la glaire cervicale est plus abondante et a une consistance comparable à celle du blanc d'œuf. L'abstinence doit se faire à partir de cette modification et jusqu'à 3 jours après qu'elle ait disparu.

Cette méthode demande un apprentissage et est réservée aux initiées motivées, elle est source de nombreuses erreurs.

*d. Les tests d'ovulation : Persona*

Ce sont des tests qui permettent de détecter le début et la fin de l'ovulation par la mesure des variations hormonales dans les urines, si les cycles sont réguliers.

Ils ont une efficacité légèrement supérieure aux méthodes précédentes toutefois leur coût reste très élevé [16].

**4.5.3. L'allaitement maternel**

La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) est le recours à l'allaitement comme méthode temporaire de planification familiale. La MAMA est efficace à 98 % environ contre la grossesse si les critères suivants sont remplis : la mère n'a pas eu ses règles depuis l'accouchement ; elle nourrit son enfant au sein, exclusivement ou presque exclusivement ; le bébé a moins de 6 mois.

Outre son effet contraceptif temporaire, l'allaitement protège le nourrisson contre les maladies infectieuses, lesquelles peuvent être mortelles. Toutefois, dans le cas des femmes séropositives pour le VIH, il convient de peser soigneusement le risque de transmission de ce virus de la mère à l'enfant contre les avantages bien connus de l'allaitement [18].

**5. Les méthodes de contraception traditionnelles au Mali**

Ces méthodes reposent sur le vécu socioculturel des peuples [19]. On peut citer :

*a. Le Tafo :*

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

*b. La Toile d'araignée :*

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

*c. 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.

***d. Les solutions à boire :***

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

***e. La séparation du couple après accouchement :***

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

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

***6. Les méthodes de contraception traditionnelles au Bénin***

***a. La séparation du couple après accouchement :***

Après un accouchement, il est de coutume de séparer le couple pendant 2 à 3 ans. Ceci permettait à la femme de récupérer et à l'enfant de se développer normalement

***b. Les solutions à boire :***

Il peut s'agir : d'écorces d'arbres ou de plantes, des graines à avaler ou solution préparée par les initiés, les sages.

***c. Le «gogozunkuin »***

Il s'agit d'une plante à tige rouge dont on utilise les graines. On casse la gousse et on enlève les graines en forme de haricot qui s'y trouvent. On fait avaler une seule graine le matin à jeun et ceci une seule fois. Ceci épargne la femme pendant un an de tomber enceinte.

***7. Morale et éthique de la reproduction***

***7.1. Dans l'antiquité***

L'infanticide, l'avortement et la contraception étaient pratiqués depuis l'antiquité. Ils continuent encore de nos jours dans les proportions extrêmement variables selon les lieux et les époques. Ceci pour nous montrer la constante volonté de l'espèce humaine d'échapper à la fatalité d'une reproduction naturelle, volonté individuelle ou collective, institutionnelle ou non, mais ne trouvant une opposition ou une annihilation que dans une structure morale d'essence religieuse, philosophique ou politique [8].



## ***7. 2. Aspects religieux et philosophiques***

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

La contraception n'est pas une question nouvelle selon Larchet [20], mais l'expansion et la banalisation de cette pratique dans les sociétés modernes par la mise à disposition des moyens plus nombreux et plus sûrs, a suscité des réactions aiguës et accentué le débat du côté des confessions chrétiennestradiotionnellement réservées vis à vis de la contraception.

### ***b- L'islam et la contraception***

La définition de la planification familiale adoptée à la conférence islamique internationale de Rabat 1971 [21] est la suivante : « la planification familiale est l'utilisation par les deux conjoints, qui tous deux y consentent sans contrainte, d'une méthode licite et sûre pour retarder ou avancer le moment de la grossesse selon ce qui convient le mieux aux époux en fonction des facteurs sociaux, économiques ou de santé de la famille, les conjoints étant conscients à tous moments de leurs responsabilités vis-à-vis d'eux-mêmes et de leur progéniture ». La planification familiale n'est pas une nouveauté pour l'islam, comme le révèlent les propos échangés à la conférence. Les compagnons du prophète la pratiquaient déjà à l'époque de la révélation coranique, et en discutaient avec lui, qui ne l'interdisait pas [21].

Si la planification familiale, comme on l'entendait alors, était prohibée, alors les versets coraniques qui s'y rapportent l'auraient formellement interdite, ce qui n'est pas le cas. Le mariage est une association de deux libertés ; la femme n'est ni un objet sexuel, ni une machine à reproduire, c'est la volonté du couple librement qui décide de la progéniture comme de l'harmonie sexuelle et la contraception reste libre s'il le souhaite. Aucun texte de l'islam n'interdit la régulation des naissances mais la perpétuation de l'espèce humaine reste l'objet essentiel de l'accouplement [8].

## ***8. Etat de lieux de la recherche***

### ***8.1. Dans le monde***

En France, on estime environ à 10 000 le nombre d'adolescentes qui tombent enceintes chaque année et dont la moitié avorte [1]. Devant cette situation accablante le gouvernement français en novembre 1999 a annoncé l'autorisation permettant aux infirmières scolaires de délivrer la pilule du lendemain aux adolescentes « en situation de détresse ou d'extrême urgence » cette mesure a suscité un débat juridique avec les religieux.

L'éducation sexuelle partie intégrante des programmes scolaires depuis 1973 a acquis une importance nouvelle en septembre 1999 par l'augmentation à 30 à 40 heures de cours pour les élèves de quatrième et de troisième. En janvier 2000, une grosse campagne d'information sur la contraception fut lancée par le gouvernement.

En Angleterre et au pays de Galles les taux de grossesse chez l'adolescente de 15 à 19 ans sont les plus élevés d'Europe occidentale avec 65 pour mille ; devant cette situation tout le monde pense qu'il faut agir, mais les opinions divergent sur les moyens à employer. Le gouvernement s'est engagé à réduire de moitié le taux de grossesse chez les adolescentes d'ici 2010.

Selon l'office britannique de la statistique, 35,5% de ces fœtus sont avortés. Comparativement les taux de grossesse chez l'adolescente de 15 à 19 ans sont 65 pour mille en Grande Bretagne contre 84 pour mille aux USA et 102 pour mille en Russie [1]. Le ministère de la santé a autorisé, à titre d'essai, certaines pharmacies à vendre sans ordonnance la pilule du lendemain aux jeunes filles de plus de 14 ans. En Afrique sub-saharienne, les adolescentes représentent plus de 50% des premières grossesses et elles donnent naissance à des bébés d'un poids insuffisant le plus souvent que les femmes adultes [1], [22]. Les problèmes liés à la grossesse constituent l'une des premières causes de mortalité chez l'adolescente.

Dans cette région, l'écart se creuse entre le début de l'activité sexuelle et le mariage car les femmes se marient plus tard. Chez les adolescentes le jeune âge ou le fait de ne pas être mariées peut constituer des obstacles à l'obtention de services de planning familial. La réussite scolaire des femmes a un effet important sur la fécondité, plus les femmes sont allées loin dans leur scolarisation, plus leur niveau de fécondité est faible.

Au Malawi, ISF varie de 7,3 pour les non-scolarisées et niveau primaire à 3 pour le niveau secondaire et plus. Cet ISF ne diffère que de 0,1 entre les zones urbaines et rurales où il y a une augmentation. Au Bangladesh, au Népal et dans certaines régions d'Afrique, 70 à 80% des jeunes filles sont mariées à 15 ou 16 ans [1]. Dans ce cas la grossesse peut être désirée, mais elle peut être risquée, d'un point de vue sanitaire, scolaire ou économique. Hors mariage, elle n'est généralement pas désirée.

La grossesse compromet l'avenir scolaire des adolescentes. Ce qui pousse certaines à l'avortement clandestin. Le fond des nations unies pour la population à beaucoup fait pour que la sexualité des adolescentes soit reconnue à travers le monde de même que leurs besoins

spécifiques en matière d'éducation, d'information et d'accès aux services sociaux et médicaux. Mais les états sont lents à réagir. Ce sont les ONG qui sont très proactives dans ce domaine.

Ainsi plusieurs enquêtes dans le monde montrent une baisse du taux de fécondité grâce à l'usage croissant et à un développement de la planification familiale [23]. Mais le taux de fécondité est plus élevé dans les pays en développement que dans les pays industrialisés malgré que les taux d'utilisation de la contraception soient plus élevés dans les pays en développement que dans les pays industrialisés. Cela est lié à l'importance de la population dans ces pays. En général, la grossesse précoce chez les adolescentes pose les problèmes liés à l'importance de cette population et aux risques sanitaires pour la mère et le fœtus. En Afrique, le taux de fécondité reste élevé et varie selon les régions et au sein d'une même région. Les taux les plus élevés sont enregistrés en Afrique sub-saharienne et dans les pays arabes [22].

## ***8.2. Au Mali***

Le Mali est parmi les pays à fort taux d'accroissement dans le monde [24]. Ce niveau d'accroissement est le fruit d'une fécondité encore élevée ; l'ISF est passé de 6,9 en 1987 à 6,8 en 2001. Alors que les autres pays africains connaissent une baisse dans ce domaine, la fécondité au Mali n'a pas connu de changement notable. L'effectif de la population est passé d'environ 4 100 000 habitants en 1960 à 9 800 000 habitants en 1998. Au rythme auquel elle s'accroît, la population du Mali doublerait tous les 22 ans [25].

Comparé aux autres pays, le Mali aurait moins de temps que la moyenne africaine 27 ans pour se préparer au doublement de sa population, encore moins de temps que les pays d'Asie dans 50 ans et d'Amérique centrale dans 45 ans. Cette réalité pourrait compromettre le processus de développement du pays et interpelle les décideurs à tous les niveaux.

En dépit d'énormes efforts déployés en matière de santé de la reproduction, l'utilisation actuelle de la contraception moderne est de 5,7% [25]. Cela contraste fortement avec les besoins non satisfaits en planification familiale qui sont de l'ordre de 28,5%. Les faibles progrès enregistrés au niveau de la prévalence contraceptive se traduisent par une fécondité constante depuis une quinzaine d'années au Mali. En matière de prévalence contraceptive, le Mali est en retard sur plusieurs pays africains dont le Ghana 13,4% en 1998, le Kenya 32% en 1999, la Zambie 50,1% en 1999 et la Tunisie 66% en 2000. Dans le monde,

10 000 femmes meurent chaque semaine parce qu'elles n'ont pas eu accès à la planification familiale [25].

La faible prévalence contraceptive fragilise la santé de la femme et de l'enfant. La clé du développement du pays passe donc par une meilleure maîtrise de la croissance démographique, à travers la promotion de la planification familiale. Il ressort des données disponibles que l'utilisation actuelle de planification familiale représente environ 20% de la demande potentielle au niveau du Mali. Même si le Mali ne répondait qu'aux 80% de besoins non satisfaits en planification familiale, cela contribuerait énormément à l'amélioration des conditions de vie des maliens.

La fécondité débute très précocement [26], [27], [2], [28], [25] à un niveau élevé à 15-19 ans, atteint son maximum à 20-24 ans, baisse à 40-44 ans. A Bamako le taux de fécondité des 15-19 ans est de l'ordre de 102 pour mille [25]. Il y a des différences de niveau de fécondité selon le lieu de résidence ; ainsi l'ISF de 6,8 enfants par femme pour le pays varie de 5,5 en milieu urbain à 7,3 en milieu rural. Ces différences s'observent à tout âge, mais l'écart relatif à la résidence est important aux très jeunes âges : ainsi à 15-19 ans, le taux est de 129 pour mille en milieu urbain contre 218 pour mille en milieu rural.

Les études mettent en évidence une diminution de la fécondité avec l'augmentation du niveau d'instruction; ainsi l'ISF varie de 7,1 pour les femmes sans instruction à 6,6 pour les femmes d'instruction primaire et 4,1 pour le niveau secondaire et plus. Cette influence de l'instruction sur la fécondité est surtout sensible après le niveau primaire. Les adolescentes de 15-19 ans contribuent pour près de 14% à la fécondité totale des femmes, 40% d'entre elles ont commencé leur vie féconde, 34% ont déjà eu un enfant et 7% sont enceintes pour la première fois. La précocité est accentuée en milieu rural 49% contre 20% en milieu urbain. A Bamako, 23% sont fécondes, 15% déjà mères et 5% sont enceintes [25].

Ainsi le Mali a un taux de fécondité parmi les plus élevés du monde malgré les progrès réalisés dans le domaine de la planification. Les enquêtes ont montré que cette fécondité commence très précocement à des taux élevés chez les adolescentes de 15 à 19 ans et pose des problèmes qui sont également rencontrés dans beaucoup de pays à travers le monde qu'il soit industrialisé ou en développement.

### ***8.3. Au Bénin***

Le Bénin, comme la plupart des pays subsahariens, connaît une fécondité assez élevée même si les enquêtes démographiques nationales s'accordent à montrer qu'une baisse de la

fécondité y a été amorcée. En effet, entre la première enquête sur la fécondité au Bénin en 1982 et les enquêtes démographiques et de santé successives de 1996 et 2001, la fécondité a connu une baisse régulière dans le pays ; l'indice synthétique de fécondité (ISF) est passé de 7,1 enfants par femme en 1982 à 5,6 en 2001, soit une baisse annuelle moyenne de 2,4 % (Insea et ORC Macro, 2002). Le Bénin est longtemps apparu comme un pays à forte tendance pronataliste, qui s'est traduit par l'absence de programme de planification familiale et de politique incitatrice à la pratique contraceptive. De ce fait, la pratique contraceptive, elle-même influencée par des facteurs socio-économiques et culturels, apparaît faible ; le niveau d'utilisation de contraceptifs toutes méthodes confondues en 1998 est de 16 % contre 20 % en Afrique et 55 % dans les pays en voie de développement [29].

L'indice Synthétique de Fécondité (ISF) est estimé à 4,9 enfants par femme ; l'ISF est beaucoup plus élevé en milieu rural (en moyenne, 5,4 enfants par femme) qu'en milieu urbain (4,3 enfants). On observe également qu'à tous les âges, les taux de fécondité sont plus élevés en milieu rural qu'en milieu urbain [30].

Les femmes sans instruction ont un ISF beaucoup plus élevé (6,4 enfants par femme) que les femmes instruites (5,2 enfants par femme chez celles ayant un niveau d'instruction primaire, 4,0 pour le secondaire 1er cycle et 3,4 pour le secondaire 2nd cycle ou plus). Par ailleurs, on constate que le niveau de fécondité diminue avec l'augmentation du niveau de bien-être économique du ménage, passant de 7,0 enfants par femme vivant dans des ménages pauvres à 4,2 chez celles vivant dans les ménages les plus riches [30].

Le pourcentage d'adolescentes ayant déjà commencé leur vie féconde est plus de deux fois plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain (29 % contre 13 %). En milieu urbain, ce pourcentage est plus faible dans la ville de Cotonou (7 %) que dans les Autres Villes (15 %). Il est plus élevé dans les départements de l'Alibori (51 %), de la Donga (34 %) et du Borgou (33%) que dans le reste du pays. Par contre, le Littoral (7 %) et le Couffo (11 %) enregistrent les plus faibles proportions d'adolescentes ayant déjà commencé leur vie féconde [30].

Il se révèle à l'issue de cette étude que les femmes béninoises ont plus recours à la contraception traditionnelle qu'à la contraception moderne (13 % contre 3 %) ; les auteurs en ont déduit que le niveau national de fécondité passerait de 6,3 naissances par femme en 1996 à 5,6 en 2001 si la demande des services de planification familiale se trouvait totalement satisfaite. Les sociétés africaines étant régies par des règles sociales et culturelles qui confinent la femme dans des rôles secondaires, il est très difficile pour cette dernière de prendre en charge sa fécondité et, par conséquent, d'adhérer à une méthode contraceptive.

Ainsi, sur l'ensemble de la population interrogée, seulement 20,4 % de femmes pratiquent la contraception. Parmi elles, 12,4 % utilisent une méthode naturelle contre 7,4 % pour une méthode moderne et 0,3 % pour les autres méthodes de contraception .

#### ***8.4. La religion et la contraception au Bénin***

Le contexte religieux au Bénin est marqué par la coexistence de plusieurs religions (le catholicisme, le protestantisme, l'islam et l'animisme). En général, dans leur ensemble, les religions (surtout les religions chrétiennes) condamnent toute forme non naturelle de pratique contraceptive et ont plutôt une tendance pronataliste. Cependant, la population féminine se réclamant du christianisme adhère davantage au processus de maîtrise de la fécondité par les méthodes modernes avec des prévalences globales respectives de 25,1 % et 21,7 % pour les catholiques et les femmes protestantes. Chez les femmes musulmanes, la pratique contraceptive est plus faible (13 %). Par contre, les femmes animistes et les femmes sans religion ont des pratiques contraceptives plus fréquentes, respectivement de 19,4 % et 16,9 %. Par ailleurs, on remarque que les femmes des autres religions adhèrent plus à la planification familiale par les méthodes traditionnelles avec une prévalence de 17,8 % pour une contraception totale de 23,3 %. L'effet inhibiteur de la contraception chez les femmes chrétiennes et chez les femmes des autres religions semble être plus important (14 % pour les protestantes, 16 % pour les catholiques et 13 % pour les autres religions). La pratique de la contraception a plutôt un faible impact sur la fécondité cumulée des musulmanes (8 %), des femmes animistes (10 %) et des femmes sans religion (9 %). Enfin, le fait d'appartenir à la religion chrétienne donne 1,5 fois plus de chance de pratiquer la contraception par les méthodes modernes.

#### ***8.5. L'accès aux structures de santé reproductive***

Chaque année on enregistre dans le monde 75 millions de grossesses non désirées dues à deux causes principales : soit le couple n'utilisait pas la contraception soit la méthode utilisée a échoué [31]. Le manque d'accès à l'information et aux services de planification familiale est une des nombreuses raisons pour lesquelles la contraception n'est pas utilisée pour éviter une grossesse non-désirée.

Les moyens contraceptifs sont de plus en plus disponibles mais hors de la portée pour beaucoup de gens. Près de 60% des femmes et des hommes utilisent aujourd'hui dans le monde des méthodes contraceptives modernes, mais environ 350 millions de couples ne sont pas informés dans ce domaine et n'ont pas accès à différentes méthodes et prestations [31].

La planification familiale est reconnue depuis plusieurs années comme un moyen essentiel pour maintenir la santé et le bien être des femmes et de leurs familles [3].

Au Mali, beaucoup d'efforts ont été consentis dans ce cadre à travers les différents programmes de santé de la reproduction. Cependant la prévalence contraceptive reste l'une des plus faibles de la sous région africaine [3].

#### ***8.6. Approche conceptuelle : épidémiologie socioculturelle***

Une grossesse précoce, lorsqu'elle a lieu dans le mariage est rarement identifiée comme un problème. Elle est au contraire souhaitée pour la jeune mariée quel que soit son âge. C'est une preuve de sa fertilité. Une grossesse pré maritale (sous ou en dehors des fiançailles), par contre, est accueillie différemment selon les milieux sociaux. Hors mariage, une grossesse est généralement immorale et non-tolérée.

Dans bien des cas, la grossesse sera reconnue par le père et un mariage suivra. Ailleurs dans certaines sociétés d'Afrique subsahariennes notamment forestières, la hantise de la stérilité est tellement présente que l'on souhaite que la femme fasse preuve de sa fertilité avant que le mariage ne soit définitivement conclu.

Une grossesse d'adolescente, mariée ou non est donc dans ce contexte bien acceptée. Par contre dans d'autres milieux séculaires (Bamanan) comme dans le milieu islamisé où toute relation sexuelle avant le mariage est réprouvée, les familles sont favorables au mariage très précoce pour éviter toute grossesse hors-mariage. Actuellement, dans notre monde en transition entre valeurs culturelles (morales, éthiques et religieuses) séculaires et occidentales contemporains, la grossesse est perçue plus comme un risque d'interruption des études de la jeune fille que comme un problème moral ou spirituel.

Cependant, il s'est tout de même développé dans le milieu aussi bien familial qu'officiel mais également dans celui des mouvements de jeunes, un discours réprobateur et moraliste qui stigmatise de plus en plus le dévergondage des jeunes filles. Ici, on incrimine peu des adolescents ou jeunes adultes masculins ou encore des hommes qui profitent de leur statut social favorisé pour entraîner les adolescentes à des relations sexuelles précoces ou à risque.

Mais avant tout, la fécondité pré maritale traduit une modification du cycle de vie des jeunes femmes. Le retard de l'entrée en union, en raison de la scolarisation notamment, a introduit une période plus longue qu'auparavant, entre puberté et mariage, qui augmente. Par ailleurs, la probabilité de grossesse pré ou extra-maritale reste élevée.

De l'approche de la fécondité des adolescentes comme transgression d'une norme, on passe progressivement à une approche plus objective prenant en compte les implications sanitaires et sociales de la maternité précoce. Les études sur la santé en montrent bien des dangers pour les adolescentes (n'ayant pas achevé leur propre croissance) ainsi que les risques liés aux avortements clandestins, de plus en plus fréquents chez les jeunes filles.

A travers le monde les organismes chargés de la promotion des femmes soulignent le handicap que constituent les maternités d'adolescentes pour la formation et la carrière professionnelle des jeunes filles. De nos jours les programmes de planification familiale ont fait de l'intervention pour éviter les grossesses précoces une de leurs priorités. C'est en effet un thème qui contribue largement à légitimer l'offre des services de contraception.



#### ***IV. DEMARCHE METHODOLOGIQUE***

##### ***4.1. Cadre de l'étude***

###### ***4.1.1. Faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako: FMOS***

La FMOS est située en commune III, sur la colline du Point-G à côté CHU du dit lieu. Elle est fréquentée par 3875 étudiants dont 3813 en médecine, 62 en odontostomatologie.

La FMOS est constituée de 3 amphithéâtres :

-l'amphithéâtre PIERRE PENE : 90 places

-le grand amphithéâtre : 300 places

-le nouvel amphithéâtre : 550 places

Le personnel de la FMOS est constitué par

-le personnel de la direction comprenant

.le doyen

.le premier assesseur

.le deuxième assesseur

.un secrétaire principal

.un économiste

-le corps enseignant : il a subi une augmentation notable en une trentaine d'années

-le personnel de bureau

-le personnel de la bibliothèque

-le personnel du service d'entretien

-le personnel de la cellule informatique

###### ***4.1.2. Faculté de pharmacie de Bamako : FAPH***

La FAPH, également située en commune III, sur la colline du Point-G dans une même enceinte que la FMOS, et dirigée par une autre équipe séparée depuis 2012, est fréquentée par 760 étudiants en pharmacie.

La FAPH est constituée de 3 classes de cours.

-la classe de pharmacie 3

-la classe de pharmacie 4

-la classe de pharmacie 5

Le personnel de la FAPH est constitué par :

-le personnel de la direction comprenant

.le doyen

.le premier assesseur

.le deuxième assesseur

.un secrétaire principal

.un économiste

-le corps enseignant

-le personnel de bureau

-le personnel de la bibliothèque

-le personnel du service d'entretien

- le personnel de la cellule informatique

Notons que les deux facultés étant séparées, partagent l'économiste et le même personnel de la bibliothèque ainsi que la cellule informatique.

#### ***4.1.3. Faculté des sciences et de la santé de Cotonou : FSS-Cotonou***

La Faculté des Sciences de la Santé(FSS) sise au champ de foire de Cotonou est l'un des Campus de L'Université d'Abomey-Calavi (UAC). C'est le grand complexe d'Enseignement Supérieur médical du Bénin.

Cette Faculté regroupe actuellement :

- une Unité de Formation et de Recherche en Médecine (UFR médecine) créée en 1971
- d'une Ecole Supérieure des Assistants sociaux (ESAS) transférée à la FSS en 1983
- une Unité de Formation et de Recherche en Pharmacie (UFR Pharmacie) créée en 1999
- d'une Ecole Supérieure de Kinésithérapie (ESK) créée en 2000
- une Ecole Supérieure de Nutrition et Diététique créée en 2010

- une Ecole d'Odontostomatologie créée en 2012

La Faculté des Sciences de la Santé est dirigée par un Doyen assisté de trois (03) Vice Doyens :

- 1 pour l'Unité de Formation et de Recherche en Médecine
- 1 pour l'Unité de Formation et de Recherche en Pharmacie

1 pour les quatre (4) Ecoles Supérieures

La FSS est fréquentée par 1200 étudiants répartis comme suit :

UFR Médecine : 658 étudiants

UFR Pharmacie : 174 étudiants

ESAS : 153 étudiants

ESK : 75 étudiants

ESND : 88 étudiants

EOS : 52 étudiants

#### ***4.2. Type d'étude***

Nous avons réalisé, une étude prospective transversale avec un volet quantitatif et qualitatif à partir d'*entretiens de groupes focalisés* avec les étudiantes et d'interview de quelques étudiants pour avoir leurs opinions sur la contraception d'urgence.

L'*entretien de groupe focalisé* parfois considéré comme « groupe de discussion dirigée » est une méthode de recherche qualitative qui connaît une importance croissante dans le monde de la recherche ; elle permet de déceler les attitudes, les opinions, les impressions et les valeurs d'un groupe ciblé.

L'entretien de groupe focalisé a concerné deux groupes. Chacun de ces derniers était composé d'un effectif de 8 étudiants dont cinq filles et trois garçons. L'équipe était constituée d'un animateur et d'un rapporteur.

### **4.3. Population d'étude**

La population visée par notre étude était les étudiantes inscrites pour l'année académique 2012-2013.

#### **4.3.1. Critères d'inclusion**

Etaient inclus dans l'étude :

##### **A Bamako**

Les étudiantes de la 1<sup>ière</sup> à la 6<sup>ème</sup> année médecine

Les étudiantes de la 1<sup>ière</sup> à la 5<sup>ème</sup> année pharmacie

Les étudiantes de la 2<sup>ème</sup> à la 4<sup>ème</sup> année odontostomatologie

##### **A Cotonou**

Les étudiantes de la 1<sup>ière</sup> à la 6<sup>ème</sup> année médecine

Les étudiantes de la 1<sup>ière</sup> à la 5<sup>ème</sup> année pharmacie

Les étudiantes de la 1<sup>ière</sup> à la 2<sup>ème</sup> année odontostomatologie

Les étudiantes de la 1<sup>ière</sup> à la 3<sup>ème</sup> année ESAS

Les étudiantes de la 1<sup>ière</sup> à la 3<sup>ème</sup> année ESK

Les étudiantes de la 1<sup>ière</sup> à la 3<sup>ème</sup> année ESND

Les étudiants garçons, uniquement dans le focus group

#### **4.3.2. Critère de non inclusion :**

Absence de consentement à participer à l'étude.

#### **4.3.3. Echantillonnage**

Notre étude a porté sur un échantillon de 400 étudiantes, soit 200 à la FMOS et FAPH, tirées sur une population de 4635 étudiants (hommes et femmes compris) et 200 à la FSS tirées sur une population de 1200 étudiants (hommes et femmes compris). Le nombre de sujets nécessaires est donné par la formule suivante :

$$n = \frac{z^2 p q}{I^2}$$

**n** : taille minimum de l'échantillon

**P** : prévalence de la contraception d'urgence 13,7% pour l'ensemble des femmes selon Baromètre 2005[43].

**Q** :  $1-p=0,863$

**I** : précision de la prévalence p. Nous avons fixé i à 5%.

**z** = 1,96.

**La taille minimale  $n = 181 + 10\%$  pour réponses non satisfaisantes = 199 ou 200**

Les étudiantes ont été sélectionnées de façon aléatoire.

Les effectifs pour chaque entité ont été obtenus de la façon suivante :

1ère étape : calcul du pourcentage d'étudiantes de chaque classe en fonction de l'effectif total de chaque faculté.

2ème étape : calcul de l'échantillon par classe en fonction du pourcentage obtenu et de l'échantillon total.

Tableau illustrant l'effectif /classe :

**Logiques d'utilisation de la contraception d'urgence chez les étudiantes : le cas de la FMOS, FAPH au Mali et de la FSS au Bénin.**

Entité	Classe	Bamako		Cotonou	
		n	%	n	%
Médecine	I	58	29	45	22,5
	II	31	15,5	14	7
	III	17	8,5	9	4,5
	IV	21	10,5	16	8
	V	20	10	15	7,5
	VI	18	9	11	5,5
Pharmacie	I	12	6	9	4,5
	II	6	3	4	2
	III	7	3,5	6	3
	IV	4	2	7	3,5
	V	3	1,5	3	1,5
Odontostomatologie	I	0	0	5	2,5
	II	1	0,5	4	2
	III	1	0,5	0	0
	IV	1	0,5	0	0
ESAS	I	0	0	10	5
	II	0	0	9	4,5
	III	0	0	6	3
ESND	I	0	0	5	2,5
	II	0	0	6	3
	III	0	0	4	2
ESK	I	0	0	4	2
	II	0	0	3	1,5
	III	0	0	5	2,5
<b>Total</b>		<b>200</b>	<b>100</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

**4.4. Période d'étude**

Notre étude s'est déroulée sur deux périodes, de Juin à Aout 2013 en ce qui concerne la FMOS et la FAPH de Bamako et d'Octobre en Décembre pour la FSS. Périodes pendant lesquelles les étudiantes étaient assez stables.

#### ***4.5. Déroulement de l'enquête***

L'enquête a été réalisée à Bamako dans les salles de classe de la FMOS, de la FAPH et du CHUOS.A Cotonou dans les salles de classe de la FSS, pendant les périodes d'inactivité des étudiants. Les étudiantes en 6<sup>ième</sup> année médecine, ont été rencontrées en leur lieu de stage.

Avant le début de l'enquête, nous avons rencontré les responsables de chaque classe afin de leur expliquer les objectifs de notre étude tout en insistant sur la confidentialité des données de l'enquête. Le questionnaire était rempli par l'étudiante dénuée de toute influence, selon sa propre logique. Il ne leur était pas imposé un temps de remplissage.

#### ***4.6. Recueil et analyse des données***

##### ***4.6.1. Les données quantitatives***

Elles ont été recueillies sur un questionnaire avec des questions sur les caractéristiques socio démographiques, les connaissances, attitudes et pratiques en matière de contraception d'urgence.

##### ***4.6.2. Les données qualitatives***

Elles ont été recueillies sur un dictaphone à partir des entretiens de groupes focalisés et d'entretien avec les étudiants.

##### ***4.6.3. Analyse des données***

Les résultats des entretiens de groupes focalisés ont été transcrits puis saisis sur un ordinateur pour permettre leur exploitation à partir des grilles d'analyses qualitatives.

Les données individuelles ont été codifiées en numérique afin de permettre leur exploitation sur un ordinateur.

Les logiciels suivants ont servi à la saisie du rapport et à l'exploitation des données:

- SPSS 21.0, logiciel d'épidémiologie pour la saisie et l'analyse des données.
- Excel 2007 : tableur utilisé pour les graphiques et les tableaux.
- Word 2007 : traitement de texte pour la saisie. L'utilisation du test statistique chi2 a rendu possible la comparaison de certaines fréquences et le seuil de significativité à été fixé à P=0,05.

#### ***4.7. Considérations éthiques***

Pour cette étude l'inclusion des étudiantes était faite sur la base de consentement volontaire verbal. L'anonymat des participantes a été gardé, aucun nom ni prénom n'était mentionné sur les fiches d'enquête. Les étudiantes avaient le droit de refuser de participer à l'étude. Avant l'étude, les décanats de la FMOS, FAPH et de la FSS ont été informés par courriers (consignés dans l'annexe). Une rencontre avec les responsables des classes a permis d'expliquer le but de l'étude et l'accès facile des étudiantes.



## V. RESULTATS

Notre étude a porté sur 400 étudiantes, et a été réalisée dans deux milieux universitaires médicaux, celui de Bamako et de Cotonou. Les étudiantes de première année étaient prédominantes à Bamako tout comme à Cotonou, soit respectivement 35% et 39%. La tranche d'âge 19-22ans a été la plus représentée dans les deux milieux soit 48% à Bamako et 42,5% à Cotonou. Les célibataires ont constitué 66,5% de l'échantillon de Bamako et 100% de l'échantillon de Cotonou.

### 1) Données sociodémographiques

**Tableau I : Répartitions des étudiantes selon l'âge**

Ages	Bamako N=200		Cotonou N=200	
	n	%	n	%
15-18ans	20	10	68	34
<b>19-22ans</b>	<b>96</b>	<b>48</b>	<b>85</b>	<b>42,5</b>
23-26ans	71	35,5	47	23,5
27-30ans	13	6,5	0	0

La tranche d'âge la plus représentée est 19-22 ans avec 48% des étudiantes de la FMOS /FAPH et 42,5% des étudiantes de la FSS.

Tableau II : Répartitions des étudiantes selon le statut matrimonial

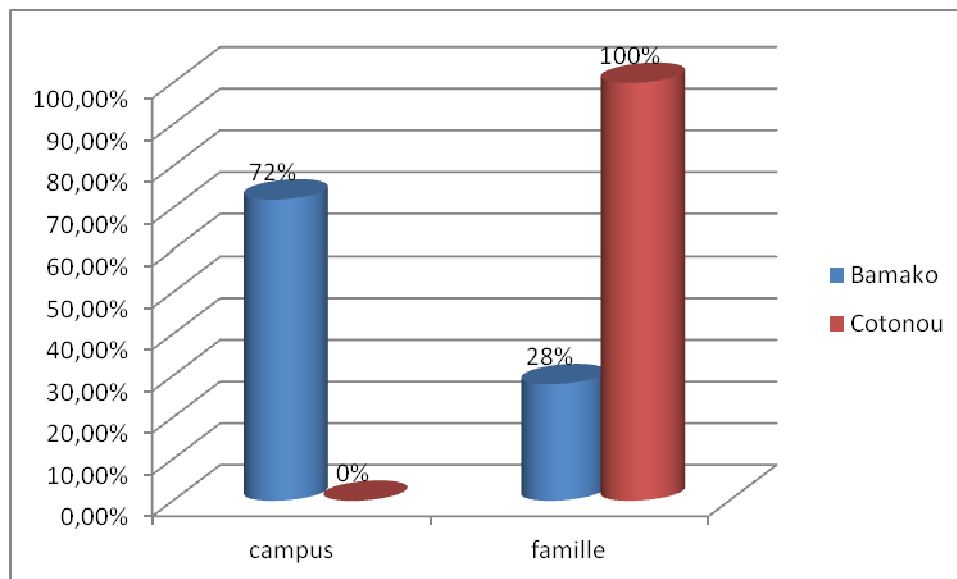
Statut matrimonial	Bamako		Cotonou	
	N=200		N=200	
	n	%	n	%
Célibataire	133	66,5	200	100
Fiancée	24	12	0	0
Mariée	43	21,5	0	0

Les célibataires sont les plus représentés avec 66,5% de l'échantillon de Bamako et 100% de l'échantillon de Cotonou.

**Tableau III : Répartitions des étudiantes selon la religion**

Religion	Bamako N=200		Cotonou N=200	
	n	%	n	%
Musulmane	146	73	2	1
Chrétienne	54	27	187	93,5
Animiste	0	0	6	3
Eckiste	0	0	5	2,5

Les religions musulmane et chrétienne sont prédominantes soit respectivement 73% de l'échantillon de Bamako et 93,5% de l'échantillon de Cotonou



**Graphique 4: Répartitions des étudiantes en fonction de la résidence**

La majorité de l'échantillon de Bamako soit 72% vivait sur le campus tandis que 100% de l'échantillon de Cotonou vivait en famille.

## **2) Connaissances**

Toutes les étudiantes des dites faculté soit 100% de l'échantillon global des deux villes avaient entendu parler de la contraception

**Tableau IV: Répartition de l'échantillon en fonction de la Connaissance d'une signification de la contraception**

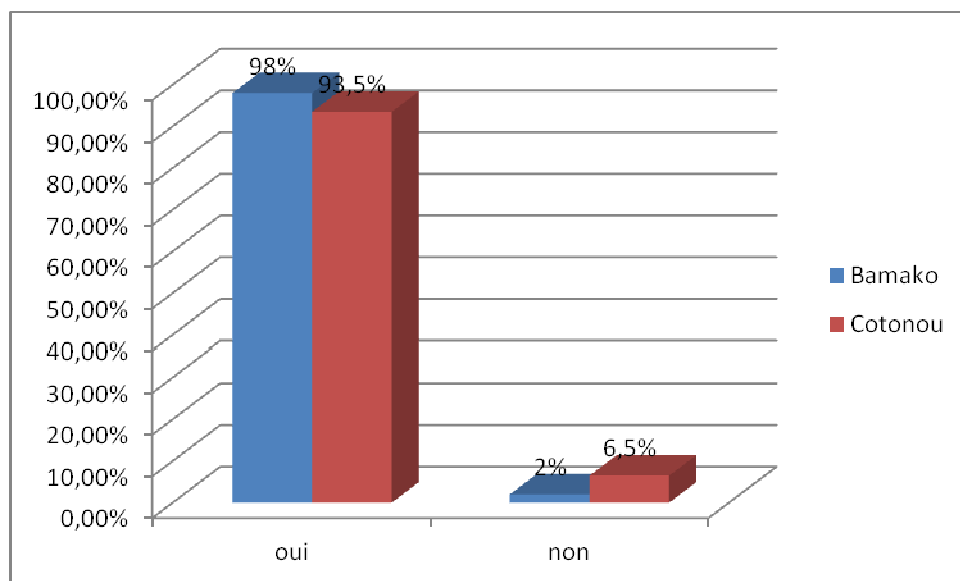
<b>Définition</b>	<b>Bamako</b>		<b>Cotonou</b>	
	N=200		N=200	
	n	%	n	%
<b>Espacement de naissance</b>	<b>87</b>	<b>43,5</b>	<b>85</b>	<b>42,5</b>
Moins de naissance	81	40,5	83	41,5
Santé de la mère	26	13	28	14
Santé de l'enfant	6	3	4	2

La majorité de l'échantillon global connaissait la définition de la contraception soit 43,5% à Bamako et 42,5% à Cotonou

**Tableau V: répartition des étudiantes selon les moyens de contraception connus.**

Moyens	Bamako		Cotonou	
	N=200		N=200	
	N=200	%	N=200	%
<b>pilule</b>	<b>200</b>	<b>100</b>	<b>200</b>	<b>100</b>
<b>préservatif</b>	<b>200</b>	<b>100</b>	<b>200</b>	<b>100</b>
retrait	197	98,5	190	95
abstinence	197	98,5	190	95
DIU	198	99	195	97,5
norplant	175	87,5	180	90
spermicide	183	91,5	167	83,5
DID	38	19	46	23
courbe de température	95	47,5	72	36
patch oestroprogestatif	3	1,5	8	4

La pilule, le préservatif, le retrait, l'abstinence, le DIU, le norplant, le spermicide sont les moyens de contraceptions les plus connus par l'ensemble des étudiantes de l'échantillon des deux villes.



**Graphique 5 : Répartition des étudiantes selon qu'elles ont entendu parler de la contraception d'urgence**

Il apparaît que 98% de l'échantillon de Bamako ont déjà entendu parler de la CU, contre 93,5% de l'échantillon de Cotonou

**Tableau VI : Répartition des étudiantes en fonction des différents types de CU connue.**

Différents CU	Bamako		Cotonou	
	N=200		N=200	
	n	%	n	%
<b>Pilule du lendemain (norlévo)</b>	<b>196</b>	<b>98</b>	<b>182</b>	<b>91</b>
pilule du surlendemain(Ellaone)	0	0	1	0,5
DIU (sterilet)	0	0	4	2

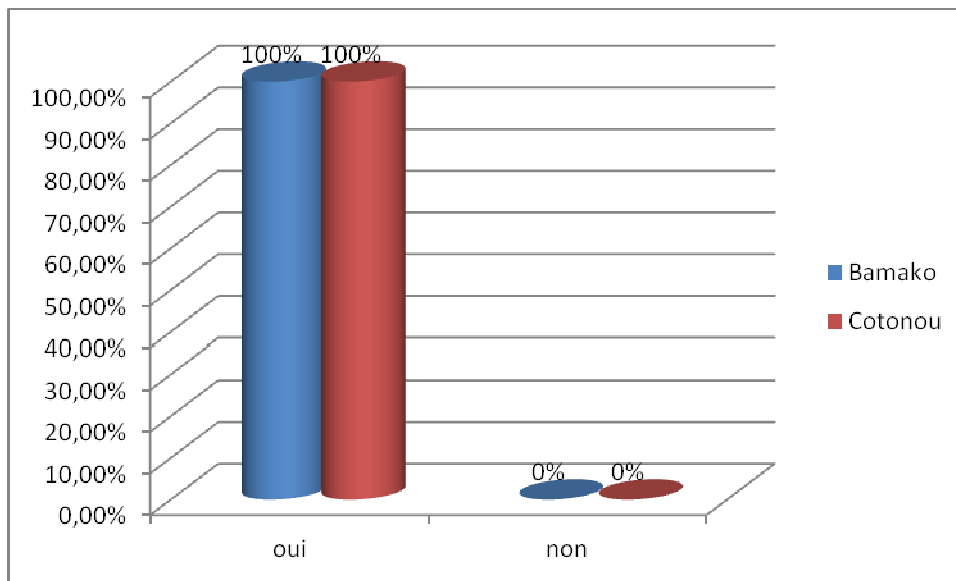
La pilule du lendemain est la plus connue des Contraceptifs d'urgence par la majorité des étudiantes soit 98% des étudiantes de la FMOS/FAPH et 91% des étudiantes de la FSS

**Tableau VII : Répartition des étudiantes en fonction des sources d'informations sur la contraception d'urgence.**

Sources d'informations	Bamako N=200		Cotonou N=200	
	n	%	n	%
<b>Causerie entre camarade</b>	<b>76</b>	<b>38</b>	<b>69</b>	<b>34,5</b>
partenaire	51	25,5	48	24
internet	47	23,5	46	23
cours de collège	20	10	20	10
radio	0	0	0	0
télévision	0	0	0	0
Causerie avec parents	2	1	4	2

Les causeries entre camarade étaient la source d'informations sur la CU de la majorité des étudiantes de l'échantillon, soit 37% des étudiantes de Bamako et 34,5% des étudiantes de Cotonou.

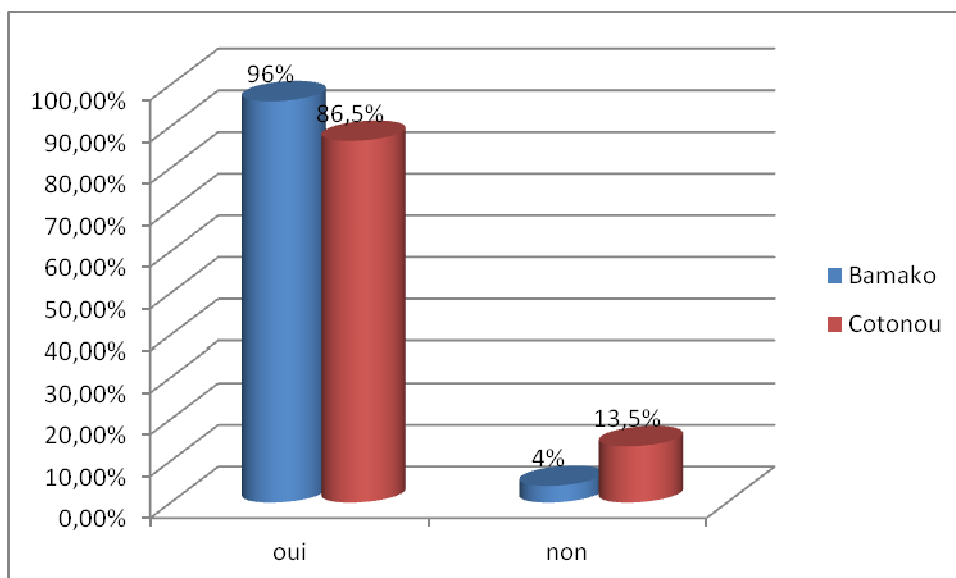




**Graphique 6: Répartition des étudiantes selon qu'elles aient connu le préservatif**

On note que la totalité des étudiantes de l'échantillon des deux villes connaissaient le préservatif.

### 3) Comportements /pratique



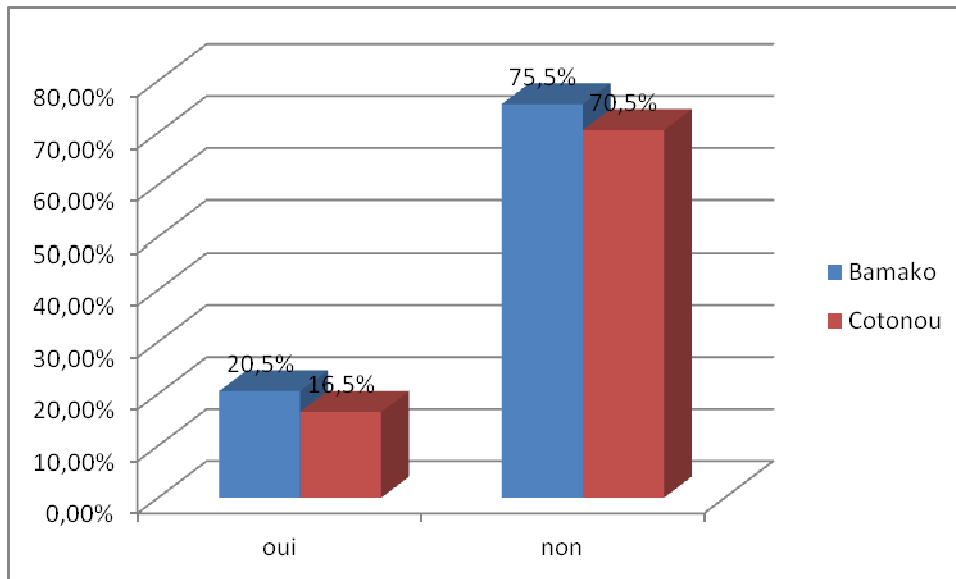
**Graphique 4 : Répartition des étudiantes selon qu'elles aient déjà eu des rapports sexuels.**

Ici 96% des étudiantes de l'échantillon de Bamako et 86,5% de celles de Cotonou ont déjà eu des rapports sexuels.

**Tableau VIII : Répartition des étudiantes en fonction de l'âge au premier rapport sexuel.**

Age au premier rapport	Bamako N=200		Cotonou N=200	
	n	%	n	%
13ans	2	1	0	0
14ans	19	9,5	16	8
15ans	26	13	22	11
16ans	29	14,5	28	14
<b>17ans</b>	39	19,5	<b>38</b>	<b>19</b>
<b>18ans</b>	<b>40</b>	<b>20</b>	37	18,5
19ans	17	8,5	15	7,5
20ans	18	9	15	7,5
21ans	2	1	2	1

L'âge moyen au premier rapport est de 14,7 ans pour les étudiantes de Cotonou et 16,27ans pour celles de Bamako avec des extrêmes de 13 et 21 ans.



**Graphique 5: Répartition des étudiantes selon qu'elles aient utilisé un moyen de contraception lors du premier rapport sexuel.**

Environ 75,5% des étudiantes de l'échantillon de Bamako et 70,5% de celles de Cotonou n'avaient pas utilisé un moyen de contraception lors du premier rapport sexuel.

**Tableau IX : Répartition des étudiantes selon les raisons de non protection lors du premier rapport sexuel afin d'éviter un éventuel risque**

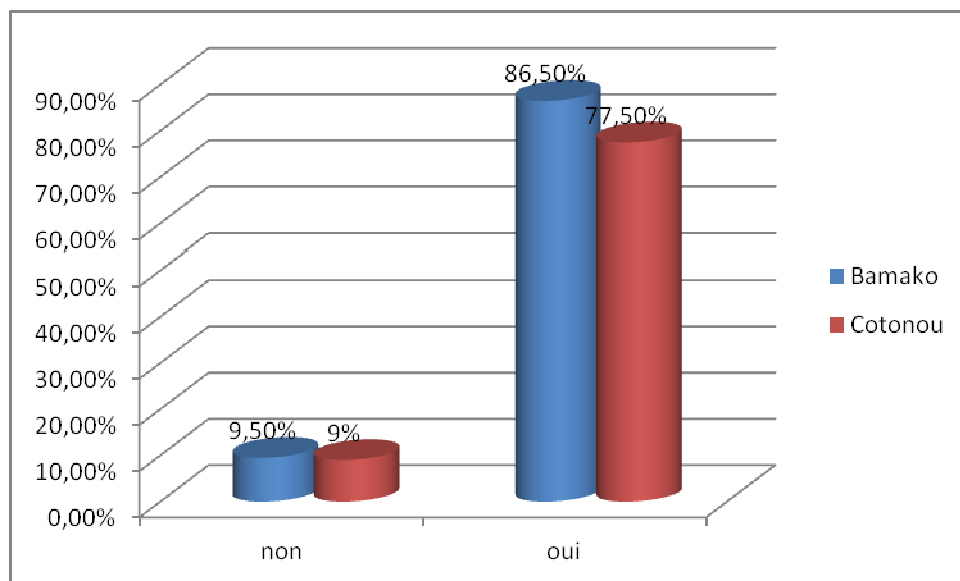
Raisons	Bamako N=200		Cotonou N=200	
	n	%	n	%
pas nécessaire	3	1,5	2	1
trop pressé	2	1	3	1,5
pas de risque encouru	19	9,5	17	8,5
refus du partenaire	39	19,5	35	17,5
<b>décision personnelle</b>	<b>88</b>	<b>44</b>	<b>83</b>	<b>41,5</b>
Aucune réponse	41	20,5	33	16,5

A la FAPH et FMOS de Bamako, 44% des étudiantes et 41,5% des étudiantes de la FSS ont avancé comme raison, une décision personnelle.

**Tableau X : Répartition des étudiantes en fonction des méthodes de contraception qu'elles utilisent.**

méthodes de contraception	Bamako N=200		Cotonou N=200	
	n	%	n	%
préservatif	39	19,5	10	5
jardelle	5	2,5	0	0
retrait	6	3	5	2,5
<b>Aucuneméthode</b>	<b>142</b>	<b>71</b>	<b>158</b>	<b>79</b>

La majorité des étudiantes soit 71% de l'échantillon de Bamako et 79% de celui de Cotonou n'utilisaient pas de méthodes contraceptives.



**Graphique 6: Répartition des étudiantes selon qu'elles aient utilisées une CU.**

La majorité des étudiantes de l'échantillon des dites facultés soit 86,5% de Bamako et 77,5% de celles de Cotonou ont déjà utilisé la CU

**Tableau XI : Répartition des étudiantes selon les types de CU utilisées**

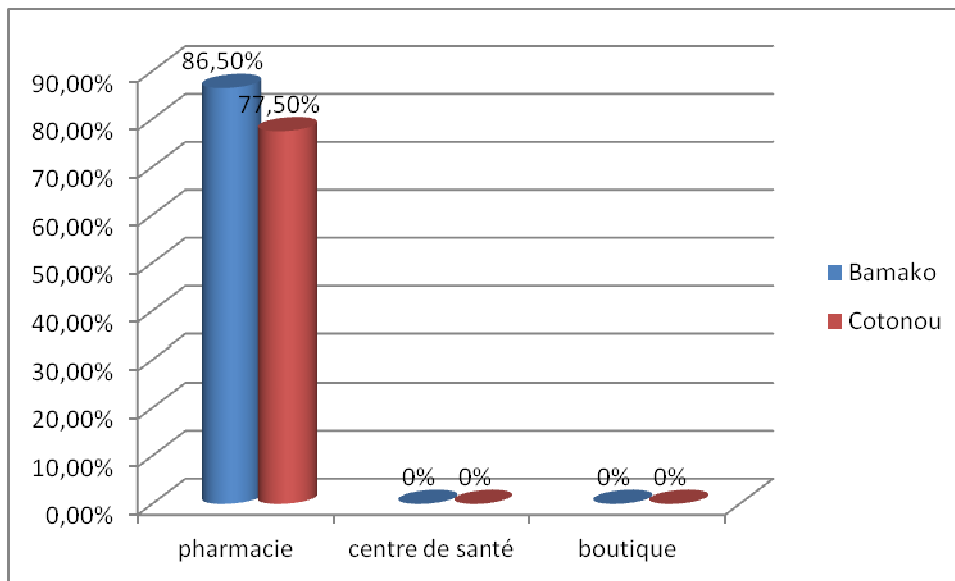
CU utilisée	Bamako N=200		Cotonou N=200	
	n	%	n	%
<b>Pilule du lendemain</b>	<b>173</b>	<b>86,5</b>	<b>155</b>	<b>77,5</b>
pilule du surlendemain	0	0	0	0
DIU	0	0	0	0

La CU la plus utilisée par les étudiantes de l'échantillon des deux villes est la pilule du lendemain (Norlévo) soit respectivement 86,5% et 77,5% à Bamako et à Cotonou.

**Tableau XII : Répartition des étudiantes en fonction du motivateur de la CU utilisée**

CU utilisée	Bamako		Cotonou	
	N=200		N=200	
	n	%	n	%
<b>Par auto medication</b>	<b>85</b>	<b>42,5</b>	<b>73</b>	<b>36,5</b>
Ami(e)	24	12	21	10,5
partenaire	39	18,5	40	20
Camarade de classe	25	12,5	21	10,5

La majorité des étudiantes de l'échantillon des deux villes ont utilisées la pilule du lendemain par automédication soit 42,5% à Bamako et 36,5% à Cotonou.



**Graphique 7 : Répartition des étudiantes en fonction de la source d'approvisionnement de la CU utilisée.**

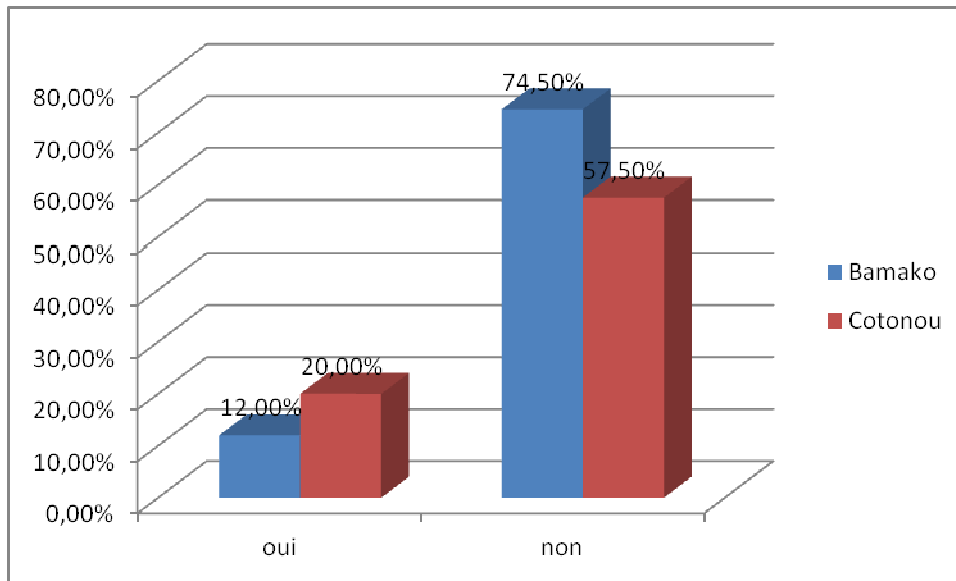
La pharmacie était la source d'approvisionnement en pilule du lendemain de la majorité des étudiantes de l'échantillon des deux villes soit 86,5% de celles de Bamako et 77,5% de celui de Cotonou.



Tableau XIII: Répartition des étudiantes en fonction des circonstances qui les ont conduites à l'utilisation de la CU

Circonstances d'utilisation	Bamako N=200		Cotonou N=200	
	n	%	n	%
<b>Rapport sexuel non protégé</b>	<b>76</b>	<b>38</b>	<b>67</b>	<b>33,5</b>
Rupture ou glissement du préservatif	48	24	40	20
Coït « interrompu »	49	24,5	48	24

Ce sont les rapports sexuels non protégés qui ont conduit la majorité des étudiantes de l'échantillon à utiliser la CU soit 38% à Bamako et 33,5% à Cotonou.



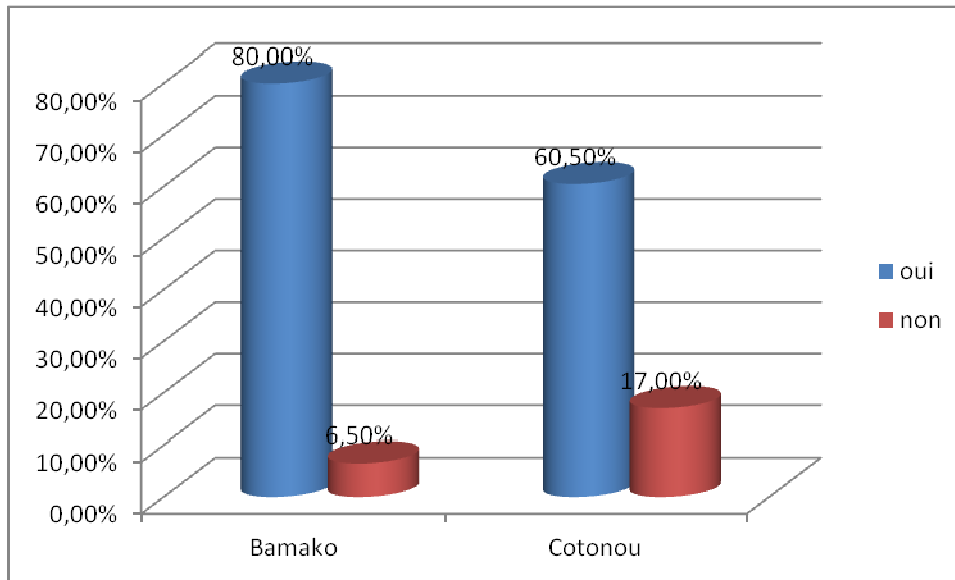
**Graphique 8: Répartition des étudiantes en fonction de la facilité d'accès à la CU**

Environ 74,5% des étudiantes de l'échantillon de Bamako et 57,5% de celles de Cotonou ont trouvé l'accès aux CU difficile.

**Tableau XIV : Répartition des étudiantes en fonction des difficultés rencontrées pour accéder à la CU**

Difficulté	Bamako		Cotonou	
	N=200		N=200	
	n	%	n	%
<b>prix élevé</b>	<b>95</b>	<b>47,5</b>	<b>115</b>	<b>57,5</b>
Rupture de stock en pharmacie	54	27	0	0

Ici 47,5% des étudiantes de l'échantillon de Bamako et 57,5% de celui de Cotonou trouvaient comme difficultés d'accès à la pilule du lendemain, son prix élevé



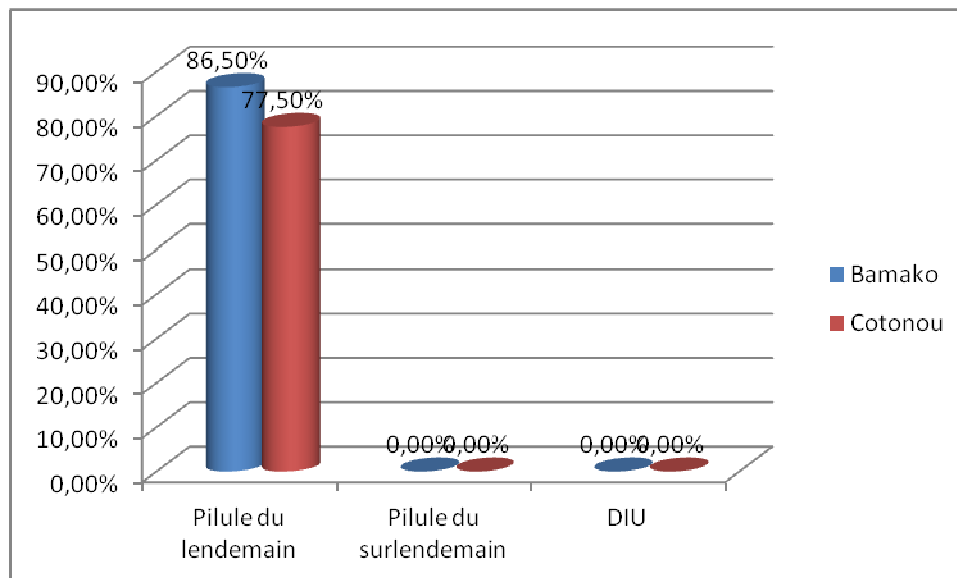
**Graphique 9 : Répartition des étudiantes en fonction de leur préférence à la CU aux méthodes contraceptives.**

La majorité des étudiantes de l'échantillon des deux villes préfère la CU aux méthodes contraceptives soit 80% des étudiantes de Bamako et 60,5% des étudiantes de Cotonou.

**Tableau XV: Répartition des étudiantes en fonction des raisons de préférence de la CU aux méthodes contraceptives**

Raisons	Bamako N=200		Cotonou N=200	
	n	%	n	%
<b>Efficace</b>	<b>73</b>	<b>36,5</b>	<b>61</b>	<b>30,5</b>
Plus pratique	32	16	45	22,5
Disponible	55	27,5	15	7,5

La majorité des étudiantes de l'échantillon de Bamako soit 36,5% et 30,5% de celui de Cotonou trouvaient plus efficace.



**Graphique 10 : Répartition des étudiantes en fonction du type de CU qu'elles préfèrent**

Ici 86,5% des étudiantes de l'échantillon de Bamako et 77,5% de celles de Cotonou ont préféré la pilule du lendemain parmi les types de CU.

**Tableau XVI: Répartition des étudiantes en fonction des raisons de préférence de la pilule du lendemain parmi la CU**

Raisons	Bamako N=200		Cotonou N=200	
	n	%	n	%
<b>La seule connue</b>	<b>73</b>	<b>36,5</b>	<b>89</b>	<b>44,5</b>
Facile d'utilisation	52	26	49	24,5
Plus accessible	48	24	17	8,5

Pour la majorité des étudiantes soit 36,5% de l'échantillon de Bamako et 44,5% de celui de Cotonou la pilule du lendemain est la seule connue d'où sa préférence parmi la CU

Tableau XVII: Répartition des étudiantes en fonction du délai d'utilisation de la CU après un rapport sexuel non ou mal protégé

Délai d'utilisation de lapilule du lendemain	Bamako N=200		Cotonou N=200	
	n	%	n	%
<24H	30	15	40	20
<b>24 -72H</b>	<b>123</b>	<b>61,5</b>	<b>100</b>	<b>50</b>
>72H	20	10	15	7,5

La majorité des étudiantes de l'échantillon des deux villes utilisent la pilule du lendemain entre 24 et 72 heures soit 61,5% de l'échantillon de Bamako et 50% de celui de Cotonou

**Tableau XVIII: Relation entre l'âge et la fréquence d'utilisations de la CU.**

	<b>Bamako</b>		<b>Cotonou</b>	
	N=200		N=200	
	<b>Fréquence d'utilisation de la pilule du lendemain</b>			
<b>Agés</b>	<b>Habituellement</b>	<b>Exceptionnellement</b>	<b>Habituellement</b>	<b>exceptionnellement</b>
16ans	0%	0%	1 ,5%	0%
17ans	0,5%	0%	6%	1%
18ans	4,5%	0,5%	8,5%	3%
<b>19ans</b>	<b>10%</b>	2%	<b>15%</b>	1,5%
20ans	9%	0,5%	6,5%	3%
<b>21ans</b>	<b>10%</b>	3 ,5%	5%	4%
22ans	8,5%	2%	5,5%	1,5%
23ans	6%	2%	6%	0 ,5%
24ans	8%	2%	6%	1%
25ans	7%	1%	6%	1%
26ans	5,5%	0%	1%	0%
27ans	3,5%	0%	0%	0%
28ans	4,5%	0%	0%	0%

La pilule du lendemain est utilisée habituellement par 10% des étudiantes de Bamako âgées de 19ans et 21ans contre 8,5% de celles de Cotonou âgées également de 19ans.

**Tableau XIX: Relation entre l'âge et les causes de recours à la pilule du lendemain.**

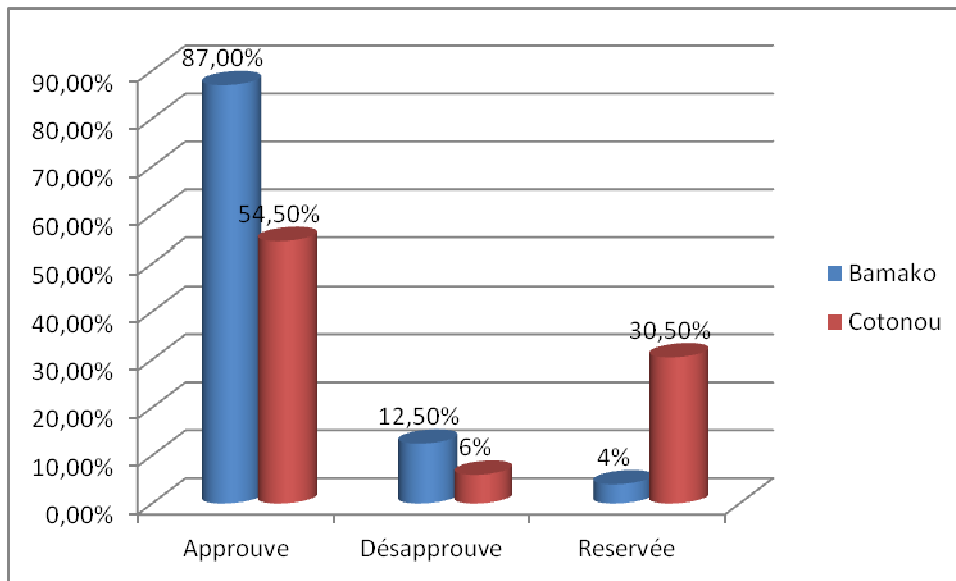
	<b>Bamako</b>			<b>Cotonou</b>		
		N=200			N=200	
<b>Ages</b>	<b>RSNP*</b>	<b>RGP**</b>	<b>CI***</b>	<b>RSNP</b>	<b>RGP</b>	<b>CI</b>
15-18	4%	2%	0,5%	4,5%	5,5%	10,5%
<b>19-22</b>	<b>23,5%</b>	12%	6,5%	<b>25%</b>	8,5%	8%
23-26	10,5%	6,5%	14,5%	4%	6%	5,5%
27-30	0%	3,5%	3%	0%	0%	0%

**NB:** \*Rapport Sexuel Non Protégé ; \*\*Rupture ou glissement du préservatif ; \*\*\*Coït interrompu

Les étudiantes âgées de 19-22ans soit 23 ,5% de celles de Bamako et 25% de celles de Cotonou ont utilisé la pilule du lendemain à cause des rapports sexuels non protégés.

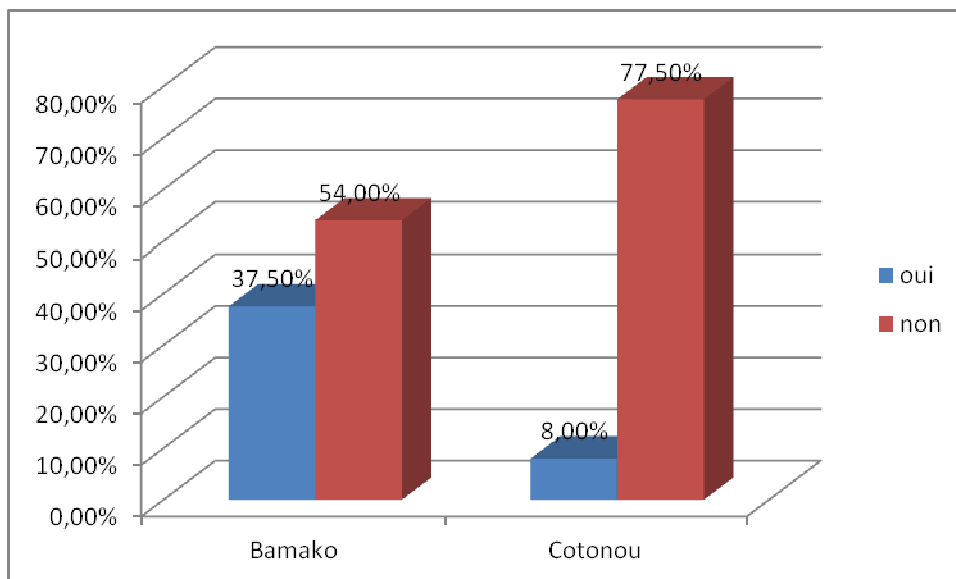


4) Attitudes (perception)



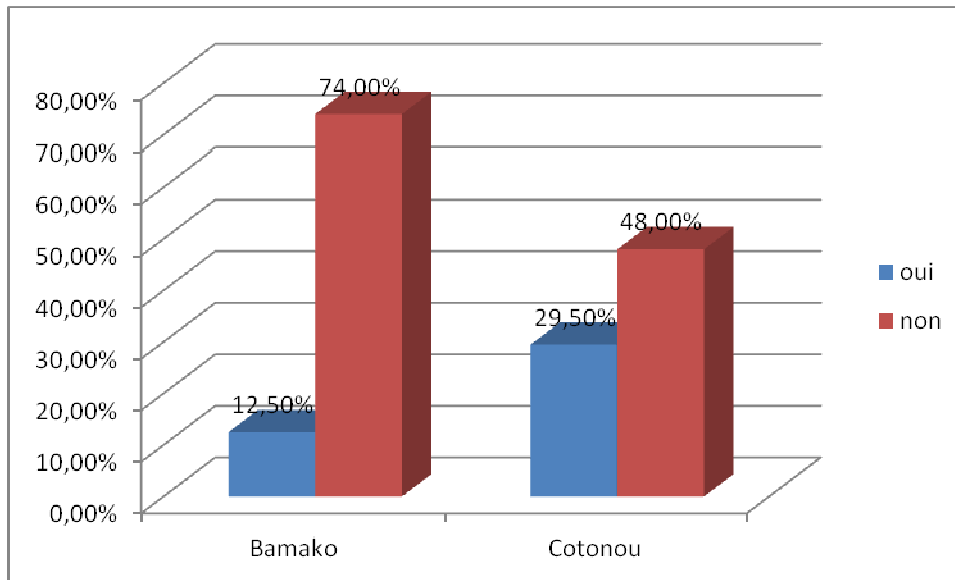
Graphique 11 : Répartition des étudiantes en fonction de leurs opinions vis-à-vis de la CU

Environ 87% des étudiantes de l'échantillon de Bamako et 54,5% de celles de Cotonou ont approuvé la CU.



Graphique 12: Répartition des étudiantes selon que la CU protège ses utilisatrices contre tout risque de grossesse

Ici 54% des étudiantes de l'échantillon de Bamako et 77,5% de celles de Cotonou ont trouvé que la CU ne protège pas ses utilisatrices contre tout risque de grossesses non désirées.



**Graphique 13: Répartition des étudiantes selon qu'elles acceptent de privilégier le préservatif par rapport à la CU pour pallier à leur inquiétude par rapport aux grossesses désirées.**

Il apparait que 74% des étudiantes de l'échantillon de Bamako et 48% de celles de Cotonou ont refusé de privilégier le préservatif pour éviter les grossesses non désirées.

**Tableau XX : Relation entre la connaissance des limites de la CU et l'acceptation du préservatif pour éviter les grossesses non désirées.**

Connaissance limite des CU	Bamako N=200				Cotonou N=200			
	Préférence préservatif							
	Oui		Non		Oui		Non	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Oui</b>	0	0	73	36,5	4	2	12	6
<b>Non</b>	25	12,5	<b>75</b>	<b>37,5</b>	55	27,5	<b>84</b>	<b>42</b>

Il apparait que 36,5% des étudiantes de Bamako et 42% de celles de Cotonou ont déclaré que la pilule du lendemain ne protège pas contre tout risque de grossesses mais n'ont pas accepté privilégier le préservatif pour éviter les grossesses non désirées.

### **5) Focus group**

Lors de notre étude, nous avons pu réaliser un focus group qui comprenait deux groupes :  
Groupe I : étudiants de la FSS de Cotonou

Groupe II : étudiants de la FAPH et FMOS de Bamako

Chaque groupe était composé d'un effectif de 8 étudiants dont cinq filles et trois garçons.

Les résultats de ce focus group ont été les suivants :

#### **1-À votre avis que peut faire une femme après un rapport sexuel sans contraception pour éviter d'être enceinte ?**

La prise de la pilule d'urgence à base de Lévonorgestrel était l'attitude à adopter selon la majorité des étudiantes. Une par contre a mentionné la prise de comprimé de sédaspir, une autre a déclaré un lavage vaginale à base de whisky. Les étudiants quant à eux sont unanimes sur l'utilisation de la pilule d'urgence à base de Lévonorgestrel.

#### **2- Savez-vous combien de temps après un rapport sexuel non protégé il faut prendre la « pilule du lendemain » ?**

Les étudiants ont cité unanimement le délai de 72h maximum ; mais la plupart préférerait une prise immédiate après le rapport sexuel non protégé afin d'obtenir une efficacité maximale.

#### **3-Avez-vous déjà rencontré des problèmes lors de l'utilisation des préservatifs ? Si oui lesquels ?**

Les étudiantes ont toutes répondu oui. Elles ont énuméré un certain nombre de désagréments : le préservatif qui reste souvent au fond du vagin, l'irritation, le manque de confort et de plaisir, la rupture du préservatif et la douleur lorsque le préservatif n'est plus lubrifié. Les étudiants rejoignaient les étudiantes en insistant sur le manque de confort et plaisir ; ils ont cité également le retard d'éjaculation qui engendre un sentiment de frustration, d'énervement surtout chez la partenaire, au vue desquels ils se sentent nuls ; à noter aussi le prix élevé du préservatif. Les bons préservatifs coutent cher en

pharmacie et ils n'ont pas confiance aux ceux vendus dans les boutiques et qui sont à la portée de tous. Certains d'ailleurs pour nous élucider leur opinions sur le préservatif disent en ces termes : «l'on ne peut pas plastifier les papilles de la langue et prétendre vouloir goûter au miel, il n'y aura pas forcément de sensation ».

#### **5- Est-ce que la contraception d'urgence provoque un avortement ?**

Les points de vu étaient divergeant ; pour certains non ; pour d'autres oui. Mais la plupart déclaraient en toute franchise méconnaître le vrai mode d'action des pilules contraceptives d'urgence d'où ils ne peuvent pas vraiment se prononcer sur la question. Une étudiante par contre a soutenu fortement que déjà que les pilules contraceptives d'urgences sont produites pour empêcher une grossesse non désirée, pour elle ce sont des abortifs.

#### **6- Les pilules d'urgence constituent-elle une protection contre les maladies sexuellement transmissibles ?**

Les étudiants et étudiantes ont tous répondu non que la CU n'offre pas une protection contre les MST. Néanmoins cela n'empêche pas son utilisation car elle constitue une solution très rapide qui les met à l'abri des soucis des grossesses non désirées. Il suffit juste d'avoir un ou une seul(e) partenaire sexuel et qu'il ait la fidélité entre les couples.

#### **7- Comment savoir si la contraception d'urgence a été efficace ?**

Les étudiantes ont pensé que c'est le retour des règles qui témoigne l'efficacité de la CU ; puisque ce sont ces dernières qui prouvent l'inexistence d'une grossesse. Les étudiants eux aussi ont rejoint les étudiantes dans leur pensée ; ils ont ajouté savoir l'efficacité de la CU lorsqu'ils n'ont pas entendu la fameuse phrase que voici : « chéri je n'ai pas eu mes règles »

## **VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

L'analyse des différents tableaux suscite quelques commentaires et discussion.

### ***1-Approche méthodologique :***

Nous avons réalisé une étude prospective et transversale portant sur 400 étudiantes dans deux milieux universitaires médicaux, celui de Bamako et de Cotonou, soit 200 dans chaque ville. Le but de cette étude était de comparer les résultats obtenus. Ce qui nous a permis de mieux appréhender les caractéristiques sociodémographiques, les connaissances, attitudes et pratiques comportementales des étudiantes de la FMOS, de la FAPH et de la FSS.

### ***Difficultés de l'étude***

Nous avons rencontré quelques difficultés au cours de cette étude :

- refus de certaines étudiantes de participer à l'étude
- les moyens d'enregistrement des *entretiens de groupes focalisés*
- la confection des centaines de fiches d'enquêtes saisies à l'ordinateur
- le traitement informatisé des données.

### ***2) Caractéristiques socio démographiques***

Au cours de notre étude la tranche d'âge la plus représentée a été de 19-22 ans, représentant une fréquence de 48% pour la FAPH / FMOS de Bamako et 42,5% pour la FSS de Cotonou. Les âges extrêmes dans notre étude ont été 17 ans et 28 ans à Bamako avec une moyenne de 22,08 ans tandis qu'à Cotonou, ils sont 16 ans et 25 ans avec une moyenne de 19,91 ans. Ces chiffres sont supérieurs à ceux retrouvés chez Kané [32] où l'âge moyen était de 16,44 ans, de 16,6 ans chez Abauleth [33] et de 17,6 ans chez Miller [34].

Dans l'échantillon de Bamako, les célibataires sont les plus représentées avec 66,5% contre 21,5% de mariées et 12% de fiancées ; par contre ils représentent 100% de l'échantillon de Cotonou. Cela pourrait s'expliquer aisément d'une part qu'en milieu scolaire le mariage n'est pas la première préoccupation, et d'autre part la différence culturelle observée dans les pays.

La totalité des étudiantes de l'échantillon de Cotonou soit 100% et 28% des étudiantes de la FAPH/FMOS de Bamako vivaient en famille contre 72% qui vivaient sur le campus. Ceci pourrait s'expliquer par la localisation des différentes facultés.

### **3-Connaisances**

Pour évaluer le niveau de connaissance des étudiantes sur la contraception en général et la contraception d'urgence en particulier, nous leur avons demandé s'ils avaient entendu parler de la contraception, les moyens de contraceptions et la contraception d'urgence.

Il en ressort que la totalité soit 100% des étudiantes des différentes facultés concernées avaient entendu parler de la contraception, Ces taux sont supérieurs à celui d'Adom [35] et Kané [32] qui ont trouvé respectivement 69,40%, 60% chez les adolescentes.

Pour 43,5% des étudiantes de la FAPH/FMOS de Bamako et 42,5% des étudiantes de la FSS de Cotonou, la contraception signifie l'espacement de naissance. La totalité des étudiantes de la FAPH/FMOS et de la FSS soit 100% avaient connu les moyens de contraceptions ; la Pilule, le préservatif, le retrait, l'abstinence, le DIU, le norplant, le spermicide sont les moyens de contraceptions les plus connus par l'ensemble des étudiantes de l'échantillon des deux villes.

Les étudiantes de la FAPH/FMOS de Bamako soit 98% et 93,5% des étudiantes de la FSS de Cotonou ont déjà entendu parler de la CU ; par contre 2 % de celles de Bamako et 6,5% de celles de Cotonou n'en ont jamais entendu parler. Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'elles n'ont pas encore amorcé une vie sexuelle active, pouvant les amener à vouloir contrecarrer une éventuelle grossesse non désirée.

La pilule du lendemain est la plus connue des Contraceptifs d'urgence par la majorité des étudiantes soit 98% des étudiantes de la FMOS/FAPH de Bamako et 91% des étudiantes de la FSS de Cotonou ; 0,5% et 2% des étudiantes de la FSS de Cotonou ont cité respectivement l'UPA et le DIU ; les étudiantes de Bamako n'en ont jamais entendu parler. Ceci s'expliquerait par la non disponibilité chez nous de l'ellaOne surnommée « pilule du surlendemain ». Cette dernière lancée en 2009, existe en Europe et est délivrée uniquement sur ordonnance.

Dans notre étude, la majorité des étudiantes ont connu le stérilet mais ignorait son coté contraception d'urgence. Ceci pourrait se comprendre aisément par le fait que le stérilet a été toujours classé parmi les méthodes contraceptives, de même son usage a souvent été fortement associé au fait d'avoir déjà eu des enfants ; donc ce n'est pas un truc pour les nullipares se dit-on. Baudry, a trouvé qu'auparavant, le stérilet était principalement perçu comme méthode de contraception d'arrêt (quand le nombre d'enfants souhaités était atteint) et non comme moyen d'espacement des grossesses ou contraception de première intention dans

les différentes études. En effet, la prévalence du stérilet augmentait avec le nombre d'enfant et avec l'âge. Le stérilet était utilisé par 1,5% des femmes de 18-25 ans alors qu'il concernait 23,3% des femmes de plus de 46 ans. Et seulement 0,5% des femmes n'ayant pas d'enfant l'utilisaient contre 33,3% des femmes ayant 4 enfants [36].

Les étudiantes de la FAPH/FMOS de Bamako soit 38% et 34,5% des étudiantes de la FSS de Cotonou ont déclaré que leur source d'information était les causeries entre camarade ; les discussions avec les partenaires sont citées par 25,5% de celles de Bamako et 24% de celles de Cotonou. Ce résultat est inférieur à celui de Goarzin qui a trouvé que 65,60% des jeunes filles ont cité l'école comme première source d'information et les ami(e)s sont cités juste après par 21,9% d'entre elles [37].

L'internet a été la source d'information des étudiantes de la FSS de Cotonou qui ont cité l'ellaOne et le stérilet comme CU. La totalité des étudiantes de l'échantillon des deux villes 100% ont connu le préservatif. Cela pourrait se comprendre aisément par les propagandes qui se font depuis des années autour de ce dernier dans la lutte contre les MST et VIH/SIDA.

#### ***4-Comportement/Pratique***

La majorité des étudiantes de l'échantillon des deux villes ont déjà eu des rapports sexuels soit 96% des étudiantes de la FAPH/FMOS et 86,5% des étudiantes de la FSS .Par contre 4% parmi les étudiantes de Bamako et 13,5% de celles de Cotonou ont déclaré être encore vierges.Ce taux pourrait s'expliquer par la précocité des rapports sexuels. Ces taux sont supérieurs à ceux d'Adom [35], Forguet [38], Kané [32] qui ont trouvé respectivement que 39,03%, 49,5% et 50,5% des adolescentes avaient eu des rapports sexuels.

L'âge au premier rapport sexuel était 17 ans pour 19% de l'échantillon de Cotonou avec une moyenne de 14,7ans et des extrêmes de 14 et 21ans. Pour l'échantillon de Bamako c'était de 18ans pour 20% avec une moyenne de 16,27ans et des extrêmes de 13 et 21ans.Ces âges moyens sont comparables à ceux retrouvés au Ghana 16,8ans Echange MAQ (11), Pichot [40] a retrouvé dans sa série que 34% des adolescentes ont leur premier rapport avant 16 ans.Alima a trouvé que la première expérience sexuelle était précoce entre 10 et 19 ans avec une moyenne de 16,13 ans et cela dans 41% des cas [41].Chez Bilodeau [42], Forget (15), et Kané [32] on retrouve les âges moyens au premier rapport sexuel qui sont respectivement 14 ans, 15,7 ans, 14,87 ans. Ces âges sont un peu plus bas que celui trouvé dans notre étude à Bamako et approximativement les mêmes que celui trouvé à Cotonou.



Baromètre 2005 a trouvé qu'à 15 ans, elles sont 15,8 % à avoir déjà eu des rapports sexuels, 79% à 20 ans et 93,7 % à 25 ans [97].

Notre étude a trouvé que 75,5% des étudiantes de l'échantillon de Bamako et 70,5% de celles de Cotonou n'avaient pas utilisé un moyen de contraception lors du premier rapport sexuel, pour se protéger d'un éventuel risque que se soit la grossesse non désirée ou les MST/VIH SIDA. Les étudiantes de la FAPH/FMOS de Bamako soit 44% et 41,5% de celles de la FSS ont avancé comme raison, une décision personnelle. Cette dernière est suivie du refus de partenaire cités par 19,5% de l'échantillon de Bamako et 17,5% de celui de Cotonou. Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'elles étaient moins conscientes des risques encourus d'une part et d'autre part par le fait qu'il ne leur était pas dispensé de cours d'éducation sexuelle en tant que tel. La majorité des étudiantes soit 71% de l'échantillon de Bamako et 79% de celui de Cotonou n'utilisaient pas de méthodes contraceptives au moment de notre enquête.

Les étudiantes de la FAPH/FMOS de Bamako soit 86,5% et 77,5% des celles de la FSS de Cotonou ont déjà utilisé la CU contre 9,5% de celles de Bamako et 9% de celles de Cotonou qui ont déjà des rapports sexuels mais ne l'ont jamais utilisées.

La CU la plus utilisée par la population des étudiantes de l'échantillon des deux villes est la pilule du lendemain (norlévo) soit respectivement 86,5% et 77,5% à Bamako et à Cotonou.

La majorité des étudiantes de l'échantillon des deux villes ont utilisé la pilule du lendemain par automédication soit 42,5% de celles de Bamako et 36,5% de celles de Cotonou. 18,5% des étudiantes de notre échantillon de Bamako et 20% de celui de Cotonou ont cité les partenaires pour la même question.

La pharmacie était la source d'approvisionnement en « pilule du lendemain » de la majorité des étudiantes de l'échantillon des deux villes. Goarzin a trouvé dans son étude que la pharmacie et le planning familial sont les deux établissements les plus cités pour l'obtention de la contraception d'urgence orale [37].

Les rapports sexuels non protégés sont les causes de recours à la CU, cités par la majorité des étudiantes de l'échantillon à utiliser la CU soit 38% à Bamako et 33,5% à Cotonou ; suivi du coït interrompu pratiqué par 24,5% des étudiantes de l'échantillon de Bamako et 24% de celui de Cotonou ; enfin vient la rupture ou glissement du préservatif subit par 24 % des étudiantes de notre échantillon de Bamako et 20% de celles de Cotonou. Baudry dans son étude a trouvé comme première cause de recours à la CU, le rapport sans

contraception suivi de l'oubli de contraception orale et enfin le préservatif rompu [92]. Rappelons aussi que selon une enquête récente de l'INPES, 32,5% des personnes qui recourent à la contraception d'urgence orale le font suite à un problème de préservatif [44].

La majorité des étudiantes de l'échantillon de Bamako soit 74,5% et 57,5% de celles de Cotonou ont trouvé l'accès aux pilules du lendemain difficile.

Et comme difficultés d'accès à la « pilule du lendemain », 47,5% des étudiantes de Bamako et 57,5% de celles de Cotonou ont mentionné, son prix élevé contre 27% des étudiantes de Bamako qui ont déclaré la rupture de stock en pharmacie. La majorité des étudiantes de l'échantillon des deux villes préfère la CU par rapport aux méthodes contraceptives soit 80% des étudiantes de Bamako et 60,5% des étudiantes de Cotonou. Parmi elles 36,5% de l'échantillon de Bamako et 30,5% de celui de Cotonou ont trouvé la CU efficace et d'où sa préférence aux méthodes contraceptives. Ceci pourrait nous amener à dire que les IST ne sont pas leurs préoccupations.

Les étudiantes de Bamako soit 86,5% et 77,5% de celui de Cotonou ont préféré la pilule du lendemain par rapport à l'ellaOne et au stérilet. Parmi elles, 36,5% de celles de Bamako et 44,5% de celles de Cotonou l'ont préféré parce que c'est la seule connue. Ceci s'expliquerait peut être par le fait que l'ellaOne n'est pas disponible encore dans les villes concernées et la méconnaissance de toutes les indications du stérilet par les étudiantes.

La majorité des étudiantes de l'échantillon des deux villes ont déclaré utiliser la CU entre 24 et 72 heures soit 61,5% de l'échantillon de Bamako et 50% de celui de Cotonou ; 10% des étudiantes de la FAPH/FMOS de Bamako et 7,5% des étudiantes de la FSS de Cotonou ont déclaré l'utiliser après 72heures ; 15% des étudiantes de la FAPH/FMOS et 20% des étudiantes de la FSS de Cotonou quant à elles ont déclaré l'utiliser en moins de 24H ; Goarzin : un tiers des jeunes patientes (32,8%) connaît le délai de recours à la contraception d'urgence orale. Un quart des patientes déclare ne pas connaître le délai. Les autres patientes (42,2%) se trompent [37].

La pilule du lendemain est utilisée habituellement par 10% des étudiantes de Bamako âgées de 19ans et 21ans contre 8,5% de celles de Cotonou âgées également de 19ans. Notons que ceci n'est pas une utilisation adéquate vis-à-vis de la CU. Cette dernière n'est pas une méthode de contraception mais plutôt une contraception de rattrapage, donc son utilisation doit rester exceptionnelle. Les étudiantes âgées de 19-22ans soit 23,5% de celles de Bamako

et 25% de celles de Cotonou ont utilisé la pilule du lendemain à cause des rapports sexuels non protégés.

### ***5-Attitude /Perception***

La majorité des étudiantes de l'échantillon des deux villes soit 87% de celles de Bamako et 54,5% de celles de Cotonou ont approuvé la CU. Mais parmi elles, 54% des étudiantes de Bamako et 77,5% de celles de Cotonou ont notifié que la CU ne protège pas ses utilisatrices contre tout risque de grossesses non désirées.

Cependant, 74% des étudiantes de l'échantillon de Bamako et 48% de celles de Cotonou ont refusé de privilégier le préservatif pour éviter les grossesses non désirées. C'est un paradoxe, et cela constitue une préoccupation majeure puisque la CU ne protège pas contre les MST/VIH seul le préservatif, offre une double protection .IL protège non seulement contre les grossesses non désirées mais aussi contre les MST/VIH –SIDA.

## ***VII. CONCLUSION***

L'analyse descriptive des données de cette étude pilote permet de savoir que La CU est bien connue presque par l'ensemble des étudiantes en milieu universitaire médical des deux villes concernées ;et de déduire qu'elles sont des utilisatrices potentielles de la CU orale à base de levonorgestrel. Bien qu'elles soient conscientes des limites de la CU vis-à-vis de la grossesse non désirée et des MST et VIH, elles ne sont pas prêtes à privilégier le préservatif qui leur offre une double protection par rapport aux CU car avec le préservatif il n'y a pas de confort disent-elles .La CU doit rester une solution de rattrapage et ne doit jamais remplacer une méthode contraceptive régulière.

Bien que les étudiantes connaissent l'existence de la pilule du lendemain, des actions d'information et de prévention en matière de contraception d'urgence restent nécessaires et indispensables.

### **VIII. SUGGESTIONS/PROPOSITIONS**

Au regard des résultats et de la conclusion de notre étude, les propositions suivantes ont été formulées et s'adressent respectivement

➤ **Aux décideurs politiques,**

- Introduire dans le programme d'enseignement des cours d'éducation sexuelle au sein de toutes les classes des facultés.
- Encourager les études et les recherches opérationnelles sur les comportements sexuels des adolescents et jeunes adultes.
- Rendre disponible les centres de conseils pour la prise en charge des problèmes sanitaires des jeunes.
- Mettre gratuitement les produits contraceptifs à la disposition des adolescents.

➤ **Aux personnels de la santé,**

- encourager l'usage responsable des méthodes de contraceptions régulières chez les jeunes ayant des activités sexuelles régulières.
- faire une meilleure sensibilisation du préservatif au profit des jeunes
- organiser des campagnes de sensibilisation à travers l'étendue des territoires dirigées par les étudiants.

➤ **Aux parents,**

- Discuter les questions relatives à la sexualité et aux IST/SIDA avec les Jeunes.

➤ **Aux étudiants,**

- Participer pleinement aux campagnes de communication pour le changement de comportement.
- Profiter de chaque occasion pour s'informer et informer.
- Fréquenter massivement les centres de planification familiale, les centres d'accueils et d'éveils de la jeunesse pour avoir beaucoup d'informations sur leurs multiples préoccupations.

**IX. REFERENCES**

- 1- L'éducation sexuelle en ballottage.** [www.uia.org/uiademo](http://www.uia.org/uiademo) Juillet /Aout 2000 courrier de l'UNESCO. Consulté le 15 Octobre 2013.
- 2- Nian M.** Approche épidémiologique-clinique de la grossesse chez l'adolescente à l'hôpital régional de Kayes. Thèse méd, Bamako 2000. (00M99)
- 3- Ordre des sages-femmes du Mali.** Bulletin Semestriel de l'ordre des sages-femmes du Mali Août 2005 – NUMERAU002
- 4-Trignol -Viguié.** N place de la contraception dans la sexualité : liberté ou contrainte ? Barrière chimique, physique ou psychique voire médicale ? mémoire de sexologie, université Paris nord UFR santé médecine biologie humaine Léonard de Vinci Promotion Claude LEVI STRAUSS 2009-2010
- 5- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE(OMS).** Méthodes médicales d'interruption de grossesse. OMS, Genève, 1997,100p
- 6- Larousse médical ;**Paris ;Larousse ;1995 1203p
- 7- Bilodeau A.; Forget G.; Tetrault J.** L'auto efficacité relative à la contraception chez les adolescents: validation de la version française de l'échelle de mesure de Levinson. Revue canadienne de santé publique 1994 ; 85, 2 : 115 20.
- 8- Serfaty D .**La contraception. Doin éditeurs, Paris. 1986,770p
- 9-S .Dunn, E. Guibert,** « contraception d'urgence »,JObstetGyneacol Can,2003 ;25 :680-7 .
- 10-Fondation Genevoise pour la Formation et la Recherche Médicales.**  
**Planification familiale,**[www.gfmer.ch/Cours/Planification\\_familiale.html](http://www.gfmer.ch/Cours/Planification_familiale.html)
- 11- Boubacar M.** Etude épidémiologique-clinique du planning familial : Enquête auprès de 206 utilisatrices au centre de santé de référence de la commune I du District de Bamako d'Avril à Juin2003. Thèse méd, Bamako 2003.
- 12- Les facteurs de la contraception au Bénin, au tournant du siècle ;** Analyse des données de l'enquête démographique et de santé de 2001
- 13-Contraception d'urgence - guide pour la prestation**  
**desservices1999WHO/FRH/FPP/98.19** consulté le 27octobre 2013 à 12H

**14-Docteur David Eliala** contraception du « lendemain » dite d'urgence ©Editions EDD, décembre 2010

**15- Concept Foundation, International Planned Parenthood Federation, Pacific Institute for Women's Health, le Programme de technologie appropriée pour la santé (PATH), Pathfinder International, le Conseil de la Population et le Programme spécial PNUD/FNUAP/OMS/Banque mondiale de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine.**

**16- La contraception** <http://www.contraceptions.org/html/index>.

**17- Les contraceptifs**

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

**18- L'allaitement maternel** <http://www.FHI.org/fr/Topics/Breastfeeding.htm>

**19- International Development Research Centre. Planning traditionnel au Mali.**

Education sexuelle en Afrique tropicale 1973 ; p 54

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

**21- Fédération intecance et utilisation de la contraception chez l'adolescente.** IIIè

Congrès de la SOMAGO du 3 au 5 avril 2006

**22- Population Reports 2003.** [www.population-reports.org/pr/prf/fm17ko](http://www.population-reports.org/pr/prf/fm17ko). Thèse méd, Bamako 2003. (03M6).

**23-Ta-Ngoc Chau.** Aspect démographique de la planification de l'éducation. UNESCO 2002.

**24- Ministère de la santé USAID 2003.** Population développement et qualité de la vie au Mali.

**25- TRAORE S. et col.** Enquête démographique et de santé du Mali. Planification familiale. Bamako, Mali, EDS M III juin 2002 ; 450- 57-80

**26-Camara M.** La contraception chez l'adolescente. Thèse méd, Bamako 1992. (92M44)

**27- Nekan F.** Les facteurs de risque de la grossesse chez l'adolescente célibataire de la commune IV. Thèse méd, Bamako 1995. (95M39).

**28- Sangaré A. K.** Connaissances, attitudes pratiques des adolescentes en matière des IST/ SIDA et de planification familiale, comportement en matière de sexualité dans 3 lycées du district de Bama

**29-ATTANASSO O, FAGNINO R, M'BOUKE C, AMADOU SANNI M.** Les facteurs de la contraception au Bénin au tournant du siècle.

Analyse des données de l'enquête démographique et de santé de 2001

**30-ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ (EDSB-III) BÉNIN 2006**

**31- Journée Mondiale Maternité sans risque.** Eviter les grossesses non désirées 7 avril 1998

**32- Kané F, Zino J M, Pena M L, Diallo.** La contraception en milieu scolaire à Mopti. III<sup>e</sup> Congrès de la SOMAGO du 3 au 5 avril 2006

**33- Abauleth R, Koffi A, Kakou C, Adjoby R, Mian B, Angoi V. et col.**

Connaissance et utilisation de la contraception chez l'adolescente. III<sup>e</sup> Congrès de la SOMAGO du 3 au 5 avril 2006

**34- Miller W.B.** Sexuality, contraception and pregnancy in a highschool population. California Med 1973 ; 119, 2 : 14-21.

**35- Adom-Anoumatacky M.** La contraception chez l'adolescente en milieu scolaire. III<sup>e</sup> Congrès de la SOMAGO du 3 au 5 avril 2006

**36-BAUDRY E.** Les patientes sont-elles satisfaites de leur Contraception thèse de médecine université paris XI, 2010

**37- Morgane G.** les 15-25ans face au risque de grossesse indésirée : enquête sur leurs connaissances et préventif du médecin généraliste thèse de médecine, université Paris7 – Denis DIDEROT ,2008

**38- Forget G.; Bilodeau.A. ; Tetrault j.** Facteurs reliés à la sexualité et à la contraception chez les jeunes et décrochage scolaire. Un lien insolite mais réel. Apprentissage et socialisation 1992 ; 15 : 29-38.

**39- Echange MAQ. Les adolescents,**<http://www.maqweb.org/franco/slides/Mod 12 Adolescents.pdf>.

**40- Pichot F., Dayan Lintzer M.**

Résistance et compliance à la contraception à l'adolescence. Contraception, Fertilité, sexualité 1985 ; 19, 10 : 1055-61.

**41-SIDIBE.A** étude des Connaissances, attitudes et des pratiques des adolescentes en la contraception milieu scolaire sur la contraception, thèse médecine Bamako 2006

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

**43-Moreau C, Lydie N, Warszawski J, Bajos N.** Activité sexuelle, infections sexuellement transmissibles, contraception : une situation stabilisée. Baromètre santé 2005

**44- INPES.** Contraception : que savent les français ? Dossier de presse.5 juin2007



X .ANNEXE

FICHE D'ENQUETE

Bonjour / Bonsoir

Questionnaire à l'intention des étudiantes de la FMOS/FAPH de Bamako et de la FSS de Cotonou

**Introduction (Information et consentement volontaire):**

Ce questionnaire a pour but de recueillir vos impressions, connaissances et perceptions sur la contraception d'urgence. Nous vous remercions d'avance de votre participation. Les informations recueillies sont anonymes et confidentielles.

1-Numéro du questionnaire

2- Accord de participation à l'étude:  1=oui ; 2= non

I - Données socio- démographiques

3- Age  ans 4- Classe:  5-Section:  1=Médecine;  
2=Pharmacie ; 3=Odontostomatologie ; 4=ESAS ; 5=nutrition ; 6=kinésithérapie

6-Statut matrimonial:  1=mariée ; 2= célibataire; 3=fiancée

7-Religion:  1= Musulman; 2=Chrétien; 3=animiste ; 99=Autres.....

8-Résidence:  1= campus ; 2=en famille

II- Connaissances

9- Avez-vous déjà entendu parler de la contraception?  1=oui ; 2=non

10- Si oui, que signifie l'expression à votre entendement ?

1= Espacement des naissances 2=Santé de la mère 3=Santé de l'enfant

5= Moins de dépense 4= Moins de naissance 7= Meilleure éducation des enfants 6= Famille heureuse 88=Ne sait pas

99=Autres (à préciser).....

11- Connaissez-vous des moyens de contraception ?  1=oui ; 2=non

12- Si oui : lesquels ?

1= Pilule contraceptive ; 2=Préservatif ; 3=Spermicide ; 4=Norplant ;  
5=Dispositif intra utérin ; 6=patch oestroprogestatif ; 7=dispositif intradermique ;  
8= courbe de température ;9=retrait ;10=abstinence ;88=NSP ;  
99=Autre (à préciser).....

13- Avez-vous déjà entendu parler de la contraception d'urgence?

1= Oui ; 2= non

14- Si oui, la ou lesquelles ?

1= Pilule du lendemain (norlevo) ; 2= Pilule du surlendemain (Ellaone) ; 3= DIU (stérilet)

15- Quelle(s) sont vos sources d'informations sur la contraception d'urgence ?

1=Causerie entre camarade; 2= Causerieavec parents; 3= Votre partenaire ; 4= Cours de la faculté; 5= Radio; 6= Télévision; 7= Internet ; 99=Autres à préciser:.....

16-Connaissez-vous le préservatif /condom ?  1= oui ; 2= non

### **III- Comportements /pratiques**

17- Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ?  1= oui ; 2= non

18- A quel âge avez vous eu votre premier rapport sexuel ? Réponse  ans

19- Vous souvenez-vous avoir utilisé un moyen de contraception pour vous protéger d'un éventuel risque(grossesse non désirée, MST/VIH SIDA) lors de ce premier rapport sexuel?

1=oui ; 2=non ;3=RAS

20-Si oui lequel ?  1=préservatif ;2=RAS

21- Si non : pourquoi ?

1= Oubli ; 2=Pas nécessaire ; 3= Trop pressé ; 4= Pas de risque encouru ; 5=Refus du partenaire ; 6=Décision personnelle ; 7=ras ; 88=NSP ; 99=Autre à préciser.....

22- Utilisez-vous une méthode contraceptive ?  1=oui ; 2=non

23- Si oui, laquelle ?1=preservatif ;2=jardelle ;3=retrait ;4=ras

24- Aviez-vous déjà utilisé une ou des contraception(s) d'urgence(s) ?  1=oui ; 2=non

25-Si oui la ou lesquelles ?

1= Pilule du lendemain (norlevo) ; 2= Pilule du surlendemain (Ellaone) ; 3= DIU (stérilet)

26- Qui est-ce qui vous l'a prescrit ?

1= Par automédication ; 2=Ami(e) ; 3= Partenaire ; 4= Agent de santé ; 5= Parent ;  
6=Voisin(e); 7=Camarade de classe ; 8=ras ; 99=Autres à préciser.....

27- Quelles ont été vos sources d'approvisionnement ?

1=Centre de santé ; 2= boutique ; 3= pharmacie; 4=ras ;99= autres à préciser.....

28- Quelles sont les circonstances qui vous ont conduit à l'utilisation de cette contraception d'urgence ?

1= Rapports sexuels non protégés; 2=Rupture, fuite ou glissement du préservatif; 3=Oublis de pilules avec rapports datant de 5 jours ou moins; 4=Coït interrompu ; 5=Viol ;  
6=Expulsion d'un stérilet ou retrait du stérilet en milieu de cycle avec rapports les 5 jours précédant ;7=ras ; 99-Autres à préciser.....

29-Et dans quel but vous aviez utilisé cette contraception d'urgence ?

1= Eviter une grossesse non désirée ; 2= Se protéger contre le VIH/SIDA ; 3= Se protéger contre les MST/IST ;4=ras ; 88=NSP ; 99= Autres à préciser .....

30-A quand remonte votre dernière utilisation de la contraception d'urgence ?

1=un mois ; 2=deux mois ; 3=trois mois ; 4=quatre mois ; 5=cinq mois ; 6=six mois ;  
7=plus de six mois ;8=ras ; 88=NSP

31-Avez-vous facilement accès à la contraception d'urgence ?  1=oui ; 2=non ;3=ras

32-Si non, à quelle(s) difficultés êtes-vous confrontée(s) ?

1=Eloignement du centre ; 2= non répandu sur le marché ; 3=Prix élevé ;4=ras  
99=Autres à préciser.....

33-Préférez-vous la contraception d'urgence par rapport aux autres méthodes contraceptives ?  1= oui; 2=non ;3=ras

34-Si oui, pourquoi ? 1=efficace ;3=plus pratique ;4=plus disponible ;5=ras

35-Parmi les différents types de contraception d'urgence lequel préférez-vous ?

1=Pilule du lendemain (norlevo) ; 2=Pilule du surlendemain (Ellaone) ; 3= DIU (stérilet)

36- pourquoi ?  1=seule connue ;2=facile d'utilisation ;3=plus accessible ;4=ras

37-Combien de temps après un rapport sexuel non ou mal protégé vous utilisez la contraception d'urgence ?

38-Pilule du lendemain (Norlevo) :

1=moins de 24heures ; 2=entre 24 et 72 heures ; 3=plus de 72 heures ;4=nsp

39-Pilule du surlendemain (Ellaone) :

1=moins de 24heures ; 2=entre 24 et 120 heures ;3=plus de 120heures;4=nsp

40-DIU (sterilet) :

1=moins de 24heures ; 2=entre 24 et 120 heures ;3=plus de 120heures;4=nsp

41-A quelle fréquence prenez-vous la contraception d'urgence?

1=habituellement ; 2 =exceptionnellement ;3=ras

42-S'il vous arrivait d'opérer un choix entre la contraception d'urgence et le préservatif, quel serait le votre ?

1= contraception d'urgence ; 2=préservatif ;3=ras

43-Pourquoi ?  1=pas irritant ;2=plus efficace ;3=plus de sureté ;4=ras

#### **IV- Attitudes /Perceptions**

44-Quelle est votre opinion vis-à-vis de la contraception d'urgence ?

1=Approuve 2= Désapprouve 3= Réservee 88=NSP

99=Autre à préciser.....

45-La contraception d'urgence protège-t-elle ses utilisatrices contre tout risque de grossesse non désirées ?  1=oui ; 2= non ;3=nsp

46- Acceptez-vous de privilégier l'utilisation du préservatif, par rapport à la contraception d'urgence pour palier à votre inquiétude par rapport aux grossesses non désirées ?  1= Oui ; 2= Non

Je vous remercie de votre participation.

**Avez-vous des questions, commentaires, ou suggestions ?**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## **Guide des entretiens de groupes focalisés à l'intention des étudiantes et étudiants**

### **Introduction** (Information et consentement volontaire) :

Ce questionnaire a pour but de recueillir vos impressions, connaissances et perceptions sur la contraception d'urgence afin d'améliorer son utilisation dans notre monde.

Nous vous remercions d'avance de votre participation. Les Informations recueillies sont anonymes et confidentielles.

### **Questions**

- 1) À votre avis que peut faire une femme après un rapport sexuel sans contraception pour éviter d'être enceinte ?
- 2) Savez-vous combien de temps après un rapport sexuel non protégé il faut prendre la pilule du lendemain ?
- 3) Vous êtes-t-ils déjà arrivés de rencontrer des problèmes lors de l'utilisation des préservatifs ? Lesquels ?
- 4) Qu'elle est votre opinion sur la CU ? Justifiez ?
- 5) Est-ce que la contraception d'urgence provoque un avortement ?
- 6) Les pilules d'urgence constituent-t-elle une protection contre les maladies sexuellement transmissibles ?
- 7) Comment savoir si la contraception d'urgence a été efficace ?

Je vous remercie pour votre participation

**FICHE SIGNALÉTIQUE**

**Noms :** CHANOU

**Prénoms :** Yasmin Sandrine

**E-mail :** abenie2006@yahoo.fr

**Titre :** Logiques d'utilisation de la contraception d'urgence chez les étudiantes : le cas de la FMOS, de la FAPH au Mali et de la FSS au Bénin.

**Année de soutenance :** 2013/2014

**Ville de soutenance :** Bamako

**Pays d'origine :** Bénin

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la FMOS de Bamako

**Secteur d'intérêt :** Santé publique, santé sexuelle et reproductive

**Résumé :**

Il s'agissait d'une étude prospective, conduite simultanément dans deux milieux universitaires médicaux, celui de Bamako et de Cotonou. Cette étude portée sur 400 étudiantes soit 200 dans chaque faculté avait été effectuée sur deux périodes de Juin à Août 2013 en ce qui concerne la FMOS/ FAPH de Bamako et d'Octobre en Décembre pour la FSS. Elle avait pour objectif générale de comprendre les logiques d'utilisation de la contraception d'urgence en milieu universitaire médical : cas de la FMOS, FAPH au Mali et de la FSS au Bénin. C'est ainsi qu'on a pu voir que 98% des étudiantes de l'échantillon de Bamako soit 98% et 93,5% de Cotonou ont déjà entendu parler de la CU ; La pilule du lendemain est la plus connue des Contraceptifs d'urgence soit 98% des étudiantes de la FMOS/FAPH de Bamako et 91% des étudiantes de la FSS de Cotonou ; la majorité n'a jamais entendu parler de l'UPA et du stérilet comme CU. La grande majorité a déclaré utiliser la pilule du lendemain, par automédication et de façon habituelle. Les étudiantes de la FAPH/FMOS de Bamako soit 38% et 34,5% de celles de la FSS de Cotonou ont déclaré que leurs sources d'informations étaient les causeries entre camarade ; les discussions avec les partenaires sont citées par 25,5% de celles de Bamako et 24% de celles de Cotonou. Les étudiantes ont déclaré préférer la pilule du lendemain au préservatif, pour éviter les grossesses non désirées.

**MOTS-CLES** : Etudiantes- logiques - utilisation- contraception d'urgence-IVG-MST-FMOS-FAPH-FSS-grossesses non désirée

**Summary:**

This was a prospective study conducted simultaneously in two medical academia, the Bamako and Cotonou. This study focused on 400 or 200 students in each faculty was conducted over two periods from June to August 2013 regarding the FMOS / FAPH Bamako in October and in December for the FSS. She had general objective is to understand the logic of using emergency contraception in medical academia : the case of FMOS , FAPH in Mali and Benin FSS Thus we have seen that 98% student sample Bamako is 98% and 93.5% of Cotonou have already heard of the CU ; The morning after pill is the most popular emergency or 98% of the students FMOS / FAPH Bamako and 91% of students FSS Cotonou contraceptives ; the majority has never heard of the UPA and the IUD as CU . The vast majority reported using the morning after pill , self-medication and so habitually. 38 % of the students FAPH / FMOS Bamako and 34.5 % of students FSS Cotonou reported that their sources of information were the talks between Comrades; discussions with partners are cited by 25.5 % of those in Bamako and 24% of those of Cotonou. The students said they preferred the morning after pill condoms to prevent unwanted pregnancies.

**KEYWORDS:** Student - logical - use emergency contraception - abortion - STD - FMOS - FAPH -FSS - unwanted pregnancies



## *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.

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure !