

BURKINA FASO
Unité- Progrès - Justice
MINISTERE DES ENSEIGNEMENTS SECONDAIRE ET SUPERIEUR
UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU
UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN SCIENCES DE LA SANTE (UFR/SDS)
SECTION MEDECINE



Année universitaire 2011-2012

thèse n° 130

***CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DE LA
CONTRACEPTION EN MILIEU ESTUDIANTIN DES UNIVERSITES
PUBLIQUES DE LA VILLE DE OUAGADOUGOU (BURKINA FASO)***

THESE

**Présentée et soutenue publiquement le 23 juillet 2012 pour
l'obtention du grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat) par**

Loceni BANHORO né le 23 Février 1983 à Bouna/Yé (Nayala)

**Directeur de thèse :
Pr Blandine BONANE/THIEBA**

**Président de jury :
Pr Jean LANKOANDE**

**Co Directeur :
Dr Ali OUEDRAOGO**

**Membres de jury :
Pr Blandine BONANE/THIEBA
Dr Boubakar TOURE
Dr Amédée Prosper DJIGUEMDE**

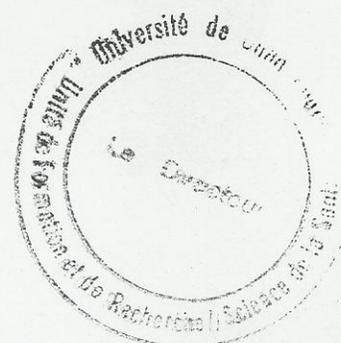
UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

Unité de Formation et de Recherche
en Sciences de la Santé (UFR/SDS)

Année Universitaire 2011-2012

LISTE DES RESPONSABLES ADMINISTRATIFS

Directeur	Pr Arouna OUEDRAOGO
Directeur Adjoint	Pr Rabiou CISSE
Coordonnateur de la Section Médecine	Pr Kampadilemba OUOBA
Coordonnateur de la Section Pharmacie	Pr Mamadou SAWADOGO
Coordonnateur de la Section Odontostomatologie	Dr Dieudonné OUEDRAOGO
Directeur des stages de la Section Médecine	Pr Antoine P. NIAMBA
Directeur des Stages (Bobo-Dioulasso)	Pr Athanase MILLOGO
Directeur des Stages de la Section Pharmacie	Pr Lassana SANGARE
Secrétaire Principal	M. Youssouf OUEDRAOGO
Chef de Service Administratif, Financier et Comptable	M. Brahima HEMA
Chef de Service Scolarité	M. Lucien YAMEOGO
Chef de Service Bibliothèque	Mme Mariam TRAORE/SALOU
Secrétaire du Directeur	Mme Adiarra SOMDA/CONGO
Secrétaire du Directeur Adjoint	Mlle OUANDAOGO Aminata

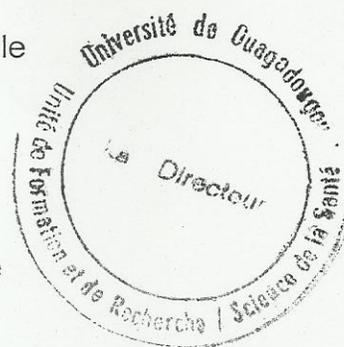


ANNEE UNIVERSITAIRE 2011-2012

LISTE DES ENSEIGNANTS PERMANENTS

1. PROFESSEURS TITULAIRES

1. Robert T. GUIGUEMDE	Parasitologie
2. Robert B. SOUDRE	Anatomie pathologique
3. Innocent Pierre GUISSOU	Pharmacologie et Toxicologie
4. Blaise K. SONDO	Santé publique
5. Joseph Y. DRABO	Médecine interne / endocrinologie
6. Jean LANKOANDE	Gynécologie-obstétrique
7. Daniel P. ILBOUDO	Hépatologie, gastro-entérologie
8. Adama TRAORE	Dermatologie-vénérologie
9. Kampadilemba OUOBA	Oto-rhino-laryngologie
10. Mamadou SAWADOGO	Biochimie
11. Arouna OUEDRAOGO	Psychiatrie
12. Patrice ZABSONRE	Cardiologie
13. Jean B. KABORE	Neurologie
14. Ludovic KAM	Pédiatrie
15. Rabiou CISSE	Radiodiagnostic et Imagerie Médicale
16. Rasmata OUEDRAOGO/TRAORE	Bactériologie-virologie
17. Si Simon TRAORE	Chirurgie viscérale
18. Diarra YE/OUATTARA	Pédiatrie
19. Adama LENGANI	Néphrologie
20. Jean-Baptiste NIKIEMA	Pharmacognosie



21. Martial OUEDRAOGO	Pneumo-phtisiologie
22. Olga M. GOUMBRI/LOMPO	Anatomie pathologique
23. Boubacar NACRO	Pédiatrie
24. Alain BOUGOUMA	Hépatologie, gastro-entérologie
25. Athanase MILLOGO	Neurologie
26. Nazinigouba OUEDRAOGO	Anesthésie-réanimation
27. Lassana SANGARE	Bactériologie-virologie
28. Antoine P. NIAMBA	Dermatologie-vénérologie
29. Blandine THIEBA/BONANE	Gynécologie-obstétrique

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

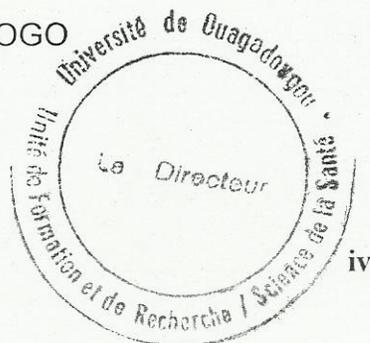
1. Albert WANDAOGO	Chirurgie pédiatrique
2. Joachim SANOU	Anesthésie-réanimation
3. Théophile L. TAPSOBA	Biophysique, médecine nucléaire
4. Daman SANO	Chirurgie viscérale
5. Abel KABRE	Neuro-chirurgie
6. Maïmouna DAO/OUATTARA	Oto - rhino-laryngologie
7. Claudine LOUGUE/SORGHO	Radiodiagnostic et Imagerie Médicale
8. Dieudonné N. MEDA	Ophtalmologie
9. Issa T. SOME	Chimie analytique
10. Rasmané SEMDE	Pharmacie galénique
11. Théodore OUEDRAOGO	Anatomie
12. Abel Y. BAMOUNI	Radiodiagnostic et Imagerie Médicale
13. Moussa BAMBARA	Gynécologie-obstétrique



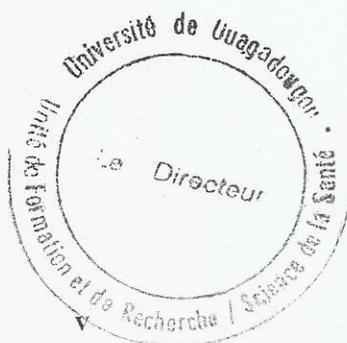
14. Fatou BARRO/TRAORE	Dermatologie-vénérologie
15. Abdel Karim SERME	Hépatologie, gastro-entérologie
16. Jean SAKANDE	Biochimie
17. Kapouné KARFO	Psychiatrie
18. Timothée KAMBOU	Urologie
19. André K. SAMADOULOGOU	Cardiologie
20. Emile BANDRE	Chirurgie pédiatrique
21. Apollinaire SAWADOGO	Hépatologie, gastro-entérologie
22. Françoise D. MILLOGO/TRAORE	Gynécologie-obstétrique
23. Idrissa SANOU	Bactériologie-virologie
24. Elie KABRE	Biochimie
25. Eléonore KAFANDO	Hématologie biologique

3. MAITRES - ASSISTANTS

1. Abdoulaye TRAORE	Santé publique
2. Lady Kadiatou TRAORE	Parasitologie
3. Boubacar TOURE	Gynécologie-obstétrique
4. Nicole Marie KYELEM/ZAGRE	Maladies infectieuses
5. Alain Z. ZOUBGA	Pneumo-phtisiologie
6. Arsène M.D. DABOUE	Ophtalmologie
7. Robert O. ZOUNGRANA	Physiologie
8. Christophe S. DA	Orthopédie, traumatologie
9. Eric NACOULMA	Hématologie clinique
10. Sélouké SIRANYAN	Psychiatrie
11. Vincent OUEDRAOGO	Médecine du travail
12. Barnabé ZANGO	Urologie



13. Théodore Z. OUEDRAOGO	Médecine du travail
14. Dieudonné OUEDRAOGO	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
15. Sheick Oumar COULIBALY	Parasitologie
16. Nicolas MEDA	Santé publique
17. Ahgbatouhabeba ZABSONRE/ AHNOUX	Ophtalmologie
18. Roger Arsène SOMBIE	Hépatologie-Gastro-Entérologie
19. Ousséïni DIALLO	Radiodiagnostic et Imagerie Médicale
20. Fla KOUETA	Pédiatrie
21. Dieu-Donné OUEDRAOGO	Rhumatologie
22. Assita LAMIEN/SANOU	Anatomie pathologique
23. Moussa OUEDRAOGO	Pharmacologie
24. Charlemagne OUEDRAOGO	Gynécologie-obstétrique
25. Ali OUEDRAOGO	Gynécologie-obstétrique
26. Christian NAPON	Neurologie
27. Tarcissus KONSEIM	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
28. Gilbert P. BONKOUNGOU	Chirurgie générale
29. Adama SANOU	Chirurgie générale
30. Charlemagne GNOULA	Chimie thérapeutique
31. Moustapha OUEDRAOGO	Toxicologie
32. Hervé TIENO	Médecine interne
33. Armel R. Flavien KABORE	Anesthésie-réanimation



4. ASSISTANTS

1. Hamado KAFANDO	Chirurgie générale
2. Adrien B. SAWADOGO	Maladies infectieuses
3. Lassina DAO	Pédiatrie
4. Georges OUEDRAOGO	Pneumo-phtisiologie
5. Serge Aimé SAWADOGO	Immunologie
6. Fousséni DAO	Pédiatrie
7. Mahamoudou SANOU	Bactériologie virologie
8. Yvette Marie GYEBRE/BAMBARA	Oto-rhino laryngologie
9. Gisèle BADOUM/OUEDRAOGO	Pneumo-Phtisiologie
10. Papougnézambo BONKOUNGOU	Anesthésie-Réanimation
11. Gérard COULIBALY	Néphrologie
12 Oumar GUIRA	Médecine interne
13. Nina N. KORSAGA/SOME	Dermatologie-Vénérologie
14. Madina A. NAPON	Radiodiagnostic et Imagerie Médicale
15. Edgar OUANGRE	Chirurgie générale et digestive
16. Isso OUEDRAOGO	Chirurgie Pédiatrique
17. Bertin Priva OUEDRAOGO	Oto - rhino-laryngologie
18. Wélébnoaga Norbert RAMDE	Médecine légale
19. Mamoudou SAWADOGO	Chirurgie Orthopédie et Traumatologie
20. Moustapha SEREME	Oto - rhino-laryngologie
21. Mohamed TALL	Orthopédie - traumatologie
22. Maurice ZIDA	Chirurgie générale
23. Abdoulaye ZAN	Chirurgie générale
24. Estelle Noëla Hoho YOUL	Pharmacologie



25. Solange YUGBARE/OUEDRAOGO	Pédiatrie
26. Jérôme KOULIDIATI	Hématologie
27. KABORE F. Aristide	Urologie
28. KINDA Boureima	Anesthésie-réanimation
29. GOUMBRI Privat Patrice	Psychiatrie
30. OUATTARA Boubakar	Radiodiagnostic et imagerie médicale
31. GUIGUIMDE W. L. Patrice	Chirurgie buccale



DEDICACES

A ALLAH, le Tout Miséricordieux, le Très Miséricordieux

Puisse le Tout-Puissant guider notre vie.

A mon père

Tu as été la personne, la première qui m'a soutenu et encouragé à embrasser ces longues études

Ta simplicité, ton humilité, ton sens de l'écoute et du partage, sont de grandes valeurs humaines qui ont fait de toi un homme de référence dans ta communauté.

Que le Tout Puissant t'accorde longue vie afin que tu puisses bénéficier pleinement des fruits de ce travail.

A ma mère

Mère exemplaire pour mes frères et moi-même ; tu as su donner l'éducation qu'il nous faut pour affronter les épreuves de la vie. Tu nous as comblés de ton amour maternel et tu répondais présente à chacune de nos sollicitations.

Puisse le Tout Puissant t'accorder longue vie afin de profiter des fruits de ce labeur

Papa, maman ceci est le résultat de votre patience et à travers ce travail puissiez-vous être fiers de votre fils.

A Sénata ma sœur jumelle

D'un soutien inestimable, tu m'as été tout au long de mon cursus malgré la distance qui nous séparait. Puisse ce travail soit l'occasion de grandes retrouvailles et renforcer nos liens de fraternité. Que tes vœux les plus chers soient réalité et que Dieu te comble au delà de toute espérance.

A ma bien-aimée Aurélie. Que notre amour grandisse davantage et que le Tout-Puissant nous comble de bonheur.

A mes frères et soeurs : Oumar, Ali, Drissa, Ladji, Moussa, Fataw, Ousmane, Janso, Maimouna, zèha et Mariam. Ce travail est aussi le vôtre.

A KY Passano à Toma et à toute sa famille,

Vous m'avez accueilli chez vous comme votre fils. Je n'aurais été ce que je suis sans votre soutien inconditionnel. En témoignage de ma reconnaissance, je vous dédie ce travail.

A KY Assita affectueusement appelée « tante »

Tu as guidé mes premiers pas dans la cité de Ouagadougou. Tes encouragements et tes conseils m'ont été d'un apport inestimable.

Puisse le Seigneur te donner une santé de fer et t'accorder longue vie pour que d'autres, tout comme moi bénéficient de ton humanisme.

A mes amis Arnaud et Aboubakar

Je vous suis reconnaissant et vous dédie cette thèse.

A mes voisins du secteur 24 : Koita, Barro et sa famille, Amed et sa famille, Shou et sa famille, Daniel

Merci pour votre soutien

A mes coéquipiers de garde : Bancé, Yank, Bartho, Caro, Chabi

A tous mes amis et camarades : Moussa, Mathias, Dr Dabayé, Vincent Zef, John, Sylvain, Aida, Bakouan, Bantenga,

A tous les internes de la promotion Blandine THIEBA : restons solidaires !

Au personnel des services où j'ai effectué mes stages.

A tous les étudiants ayant participé à cette étude :

La vie n'est merveilleuse que lorsqu'on est en bonne santé, nous nous devons de la préserver. Je vous dédie cet ouvrage en témoignage de ma reconnaissance.

REMERCIEMENTS

Nous exprimons nos sincères remerciements et nôtre gratitude à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail. Nos remerciements vont à l'endroit de :

Pr Blandine THIEBA/BONANE

Notre Maitre et Directeur de thèse

Nonobstant vos multiples occupations, vous avez su trouver le temps pour nous diriger dans la réalisation de cet ouvrage. Merci pour votre dévouement et votre grand esprit critique sans lesquels cette étude n'aurait pu se faire. Si ce travail a un quelconque mérite, c'est à vous que nous le devons. Recevez nos sincères remerciements.

Dr Ali OUEDRAOGO

Notre Maitre et Co-directeur de thèse

Vous avez su trouver le temps de nous guider pas à pas dans ce travail malgré vos multiples occupations surtout en cette année. Merci pour votre dévouement et votre esprit critique tout au long de ce travail. A vos cotés nous avons beaucoup appris. Recevez à travers ces lignes notre profonde gratitude et notre reconnaissance.

Mes enseignants de l'Ecole Primaire Publique de Bouna, du Lycée Provincial du Nayala et de l'UFR/SDS.

Nous vous remercions pour le savoir que vous nous avez transmis.

Présidents des universités de Ouagadougou et de Ouaga II

Merci d'avoir accepté la réalisation de cette enquête au sein de vos établissements.

Personnel de la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant en particulier à M. SARI.

Personnel du CENOU particulièrement à Mme YAMEOGO responsable du centre d'écoute pour jeunes.

Tantie KY Assita pour les corrections apportées à ce document

Aboubakar TOE et Barthélémy PARE (fiston) au MEF

Étudiants et jeunes frères Salam, Seydou, Sanguisso, Minahoro qui m'ont aidé au cours de la collecte des données.

Délégués des différentes promotions retenues pour l'enquête.

Tous ceux qui ont contribué d'une manière ou d'une autre à la réalisation de ce document.

A NOS MAITRES ET JUGES

A notre Maître et Président du jury, le Pr Jean LANKOANDE,

Professeur titulaire en gynécologie-obstétrique à l'UFR/SDS de l'université de Ouagadougou

Chef de service de gynécologie-obstétrique du CHU-YO

Coordonnateur du DES de gynécologie-obstétrique

Chef du département de gynécologie- obstétrique à l'UFR/SDS de l'université de Ouagadougou

Officier de l'ordre national.

Cher maître,

Nous vous sommes très reconnaissant d'avoir accepté et ce malgré vos innombrables tâches, de présider ce jury de thèse. Cela nous touche énormément et humblement nous vous disons merci.

Nous avons eu l'immense honneur de bénéficier de vos enseignements théoriques et pratiques au cours de notre formation. Vous nous avez toujours impressionné par la clarté et l'aisance avec laquelle vous savez transmettre votre savoir. Votre grande simplicité et votre modestie font de vous un homme admiré et respecté de tous.

Présider ce jury de thèse est un grand privilège que vous nous faites et nous vous en sommes reconnaissant.

Trouvez ici, cher maître, notre profond respect et toute notre gratitude.

Que Dieu vous comble de ses bénédictions au-delà de vos attentes.

A nôtre maître et directrice de thèse,

Le professeur Blandine BONANE/THIEBA

Professeur titulaire en gynécologie obstétrique à l'UFR/SDS

Gynécologue obstétricienne au CHUYO

Directrice exécutive de la SOGOB

Coordinatrice nationale de l'Alliance du Ruban Blanc (ARB)

Chevalier de l'ordre national.

Chère maître,

C'est pour nous un grand honneur de vous avoir comme directrice de thèse. Merci d'avoir accepté de diriger ce travail malgré vos multiples occupations. Nous avons eu le privilège de bénéficier de vos enseignements théoriques et de votre encadrement lors de nos stages pratiques dans le service de gynécologie-obstétrique du CHUYO. Votre abord facile, votre disponibilité, votre humilité, votre abnégation au travail ; associées à vos qualités de mère et de formatrice nous ont beaucoup séduit lors de notre passage dans le service.

Chère maître, c'est l'opportunité pour nous de vous rendre un hommage mérité et de vous signifier notre profonde gratitude.

Que le seigneur vous bénisse.

A notre maître et juge

Le Dr. Boubakar TOURÉ

Maître-assistant en gynécologie obstétrique à l'UFR/SDS de l'Université de Ouagadougou

Ancien interne des hôpitaux d'Abidjan

Médecin Réanimateur

Gynécologue obstétricien au service de Gynécologie-Obstétrique du CHU-YO

Cher Maître,

Permettez-nous de vous témoigner toute notre gratitude pour avoir accepté de siéger pour juger ce travail en dépit de vos multiples sollicitations. Vos qualités humaines et votre rigueur scientifique vous font apprécier de tous. Nous avons eu l'immense chance de bénéficier de votre enseignement théorique en quatrième année de médecine et de votre encadrement pratique à la maternité du CHUYO. Nous sommes sensibles à l'insigne honneur que vous nous faites à travers votre présence dans ce jury de thèse. Vos apports combien riches sont indispensables pour l'amélioration de ce travail. Trouvez ici cher maître, l'expression de notre profond respect. Que Allah, le miséricordieux vous comble de ses bénédictions.

A notre maître et co-directeur de thèse

Le Dr. Ali OUEDRAOGO

Maître-assistant en gynécologie-obstétrique à l'UFR/SDS de l'Université de Ouagadougou

Ancien interne des hôpitaux de Ouagadougou

Gynécologue-obstétricien au service de Gynécologie-Obstétrique au CHU-YO.

Cher Maître,

Nous sommes très heureux de l'honneur que vous nous avez fait en nous confiant ce travail et en acceptant de nous guider dans sa réalisation et ce, malgré vos multiples occupations surtout en cette année.

Nous avons été impressionnés par votre simplicité, votre sympathie et votre ardeur au travail. Vous êtes toujours resté ouvert à nos multiples sollicitations. Vos compétences techniques et scientifiques, ainsi que votre rigueur dans le travail forcent l'admiration.

Veillez trouver dans ce travail, l'expression de notre estime et de notre profonde gratitude.

Qu'Allah le Tout Puissant exauce tous vos vœux.

*A notre maitre et juge,
Le Dr Amédée Prosper Djiguemdé
Médecin de Santé Publique
Directeur Général de la Santé de la Famille
Officier de l'ordre national*

Cher maitre,

Sans hésitation vous a avez accepté de siéger pour juger ce travail malgré vos multiples sollicitations. Nous sommes honorés par votre participation à ce jury.

Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude. Que le tout Puissant vous bénisse ainsi que votre famille.

**LISTE DES ABREVIATIONS ET
SIGLES ; TABLEAUX, FIGURES**

ABREVIATIONS ET SIGLES

% :	Pourcentage
µg :	Microgrammes
2iE :	Institut International d'Ingénierie de l'Eau et de l'Environnement
ABBEF :	Association Burkinabè pour le Bien Etre Familial
BEPC :	Brevet d'Etude du Premier Cycle
BF :	Burkina Faso
CCV :	Contraception Chirurgicale Volontaire
CENOU :	Centre National des Œuvres Universitaires
CEP :	Certificat d'Etude Primaire
CIP :	Contraceptifs Injectables Progestatifs
CIPD :	Conférence Internationale sur la Population et le Développement
COC :	Contraceptifs Oraux Combinés
DIU :	Dispositif Intra Utérin
DMPA :	Dépo-medroxyprogestérone
EDS :	Enquête Démographique et de Santé
EE :	Ethinylestradiol
EP :	Oestro-Progestatifs
EPSCT :	Etablissement Public à Caractère Scientifique, Culturel et Technique
GEU :	Grossesse Extra Utérine
IBAM :	Institut Burkinabè des Arts et Métiers
IEC :	Information Education Communication
IMC :	Indice de Masse Corporelle
IST :	Infection Sexuellement Transmissible

ITG :	Infection du Tractus Génital
LH :	Hormone Lutéinisante
LNG :	Lévonorgestrel
MAMA :	Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée
MAO :	Méthode d'Auto- Observation
MJF :	Méthodes des Jours Fixes
MST :	Maladie Sexuellement Transmissible
MUNASEB :	Mutuelle Nationale des Etudiants du Burkina
NET-EN :	Noréthistérone
n :	Effectif
OMD :	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PF :	Planification Familiale
PFN :	Planification Familiale Naturelle
PMI :	Protection Maternelle et Infantile
PNP :	Politique Nationale de la Population
PROMACO :	Programme de Marketing Social et de Communication pour la Santé
RGPH :	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SIDA :	Syndrome de l'Immuno-Déficience Acquise
SMI :	Santé Maternelle et Infantile
SR :	Santé de la Reproduction
TBC :	Température Basale du Corps
UFR /SDS :	Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé
UFR/LAC :	Unité de Formation et de Recherche en Lettres Arts et Communication
UFR/SEA :	Unité de Formation et de Recherche en Sciences Exactes et Appliquées

UFR/SEG :	Unité de Formation et Recherche en Sciences Economiques et de Gestion
UFR/SH :	Unité de Formation et de Recherche en Sciences Humaines
UFR/SJP :	Unité de Formation et de Recherche en Sciences Juridiques et Politiques
UFR/SVT :	Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Vie et de la Terre
UK :	Université de Koudougou
UO :	Université de Ouagadougou
UO2 :	Université de Ouaga II
UPB :	Université Polytechnique de Bobo
VHB :	Virus de l'Hépatite B
VIH :	Virus de l'Immunodéficience Humaine

TABLEAUX

Tableau I:	Les contraceptifs utilisés en contraception d'urgence et leur posologie	22
Tableau II:	Les avantages, inconvénients, et les effets secondaires des différentes méthodes de barrière.....	26
Tableau III:	Répartition des étudiants par tranche d'âge.....	50
Tableau IV :	Répartition des étudiants selon la religion.....	52
Tableau V:	Répartition des étudiants selon l'ethnie.....	53
Tableau VI:	Répartition des étudiants selon leur domicile.....	55
Tableau VII:	Distribution des étudiants selon le moyen de déplacement....	56
Tableau VIII:	Répartition des étudiants selon leur connaissance des méthodes contraceptives.....	57
Tableau IX:	Distribution des méthodes contraceptives citées par les étudiants selon le cycle d'étude universitaire	58
Tableau X:	Répartition des étudiants selon la connaissance des avantages des méthodes contraceptives.....	60
Tableau XI:	Répartition des étudiants selon la connaissance des inconvénients des méthodes contraceptives.....	61
Tableau XII:	Répartition des étudiants selon le lieu d'accès aux méthodes contraceptives	62
Tableau XIII:	Distribution des étudiants selon les méthodes contraceptives qui protègent contre le VIH/SIDA.....	63

Tableau XIV: Taux d'utilisation des méthodes contraceptives en fonction du sexe des étudiants	64
Tableau XV: Comparaison des méthodes déjà utilisées et des méthodes actuellement utilisées.....	65
Tableau XVI: Distribution des étudiants selon la méthode utilisée et selon le sexe.....	66
Tableau XVII: Répartition des étudiants selon les raisons de la non utilisation des méthodes contraceptive.....	67
Tableau XVIII: Utilisation des méthodes contraceptives et le recours à un agent de santé.....	68
Tableau XIX: Distribution des étudiants selon les raisons du premier rapport sexuel.....	73
Tableau XX : Suggestions faites pour faciliter l'accès aux méthodes contraceptives.....	75

FIGURES

- Figure 1:** Distribution des étudiants selon la situation matrimoniale.....54
- Figure 2:** Répartition des étudiants selon leur connaissance
des méthodes contraceptives et selon le sexe.....59
- Figure 3:** Répartition des étudiants selon la tranche d'âge au
premier rapport sexuel.....69

TABLE DES MATIERES

1. Introduction et énoncé du problème.....	5
2. Généralités.....	8
2.1. Définitions.....	9
2.1.1. Planification familiale	9
2.1.2. Contraception.....	10
2.2. Physiologie	12
2.2.1. Cycle menstruel.....	12
2.2.2. Fécondation	12
2.3. Méthodes contraceptives	13
2.3.1. Contraceptifs hormonaux.....	15
2.3.2. Méthodes locales.....	22
2.3.3. Méthodes chirurgicales.....	29
2.3.4. Contraception naturelle.....	32
2.3.5. Méthodes traditionnelles.....	37
2.4. Prévalence contraceptive.....	38
3. Objectifs	40
3.1. Objectif général.....	41
3.2. Objectifs spécifiques.....	41
4. Matériels et méthodes.....	42
4.1. Cadre d'étude.....	43
4.1.1. Ville de Ouagadougou.....	43
4.1.2. Structuration de l'enseignement au Burkina Faso.....	43
4.1.3. Universités publiques de la ville de Ouagadougou.....	44
4.2. Type et période d'étude.....	45
4.3. Population d'étude.....	45
4.3.1. Taille de l'échantillon.....	45
4.3.2. Méthode.....	46
4.3.3. Base de sondage.....	46

4.3.4. Critères d'inclusion.....	47
4.3.5. Critères de non inclusion.....	47
4.4. Collecte des données.....	47
4.5. Analyse des données.....	48
4.6. Considérations éthiques.....	48
5. Résultats	49
5.1. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés.....	50
5.1.1. Age.....	50
5.1.2. Sexe.....	51
5.1.3. Parité.....	51
5.1.4. Religion.....	51
5.1.5. Nationalité.....	52
5.1.6. Ethnie.....	52
5.1.7. Situation matrimoniale.....	54
5.1.8. Lieu d'habitation.....	54
5.1.9. Moyen de déplacement.....	55
5.1.10. Source de revenu.....	56
5.2. Connaissances et attitudes en matière de contraception.....	57
5.2.1. Connaissances des méthodes contraceptives.....	57
5.2.2. Connaissances des avantages et des inconvénients des méthodes contraceptives.....	60
5.2.3. Connaissance de la contraception d'urgence.....	62
5.2.4. Attitudes des étudiants face à la contraception.....	62
5.2.5. Lieu d'accès aux méthodes contraceptives.....	62
5.2.6. Méthodes contraceptives et VIH/SIDA.....	63
5.3. Utilisation des méthodes contraceptives.....	64
5.3.1. Taux d'utilisation des méthodes contraceptives.....	64
5.3.2. Différentes méthodes utilisées par les étudiants.....	65

5.3.3. Cas de la contraception d'urgence.....	66
5.3.4. Raisons de la non utilisation des méthodes contraceptives.....	67
5.3.5. Recours à un agent de santé pour la prescription des méthodes contraceptives.....	67
5.4. Comportement sexuel des étudiants.....	68
5.4.1. Age au premier rapport sexuel.....	69
5.4.2. Déterminants du premier rapport sexuel.....	69
5.4.3. Age au mariage.....	70
5.5. Contraception et centre d'écoute pour jeunes.....	71
5.6. Obstacles à la pratique de la contraception.....	71
5.7. Suggestions des étudiants.....	71
6. Discussion	73
6.1. Limites et contraintes de l'étude.....	74
6.2. Connaissances en matière de contraception	74
6.3. Taux d'utilisation des méthodes contraceptives.....	76
6.4. Age et déterminants du premier rapport sexuel.....	78
6.5. Obstacles à la pratique de la contraception.....	79
7. CONCLUSION.....	82
8. SUGGESTIONS.....	84
9. REFERENCES	87
ANNEXES.....	XXVi

1. INTRODUCTION ET ENONCE DU PROBLEME

La planification familiale, concept qui vise la prise de conscience de l'avenir par les familles a pour objectif d'espacer et de limiter les naissances par l'usage de méthodes contraceptives. Ainsi avoir un enfant devient un choix et non un hasard.

Depuis le 24 octobre 1986, le Burkina Faso a adopté la politique de promotion de la planification familiale pour permettre aux couples et particulièrement aux femmes de maîtriser non seulement leur fécondité, mais aussi la taille de leurs familles. En juin 1991, la Politique Nationale de la Population (PNP) fut adoptée puis relue en 2000 prenant en compte la santé de la reproduction des jeunes.

Devant la nécessité de promouvoir la santé reproductive et partant la santé maternelle et infantile ; plusieurs rencontres inter-états se sont tenues avec au centre des préoccupations la promotion de la santé de la femme et de l'enfant. Dans ce cadre, 189 pays parmi lesquels le Burkina Faso, ont souscrit à la déclaration du millénaire des nations unies en 2000 qui a fixé huit Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) dont certains sont relatifs à la santé maternelle et infantile.

Aussi, le Ministère de la Santé du Burkina Faso a-t-il élaboré et mis en œuvre de nombreux projets, programmes et stratégies en faveur de la santé de la reproduction. Il y a notamment:

- le programme national de santé maternelle (1994-1998) ;
- les stratégies d'intervention en IEC/MST/VIH/SIDA, planification familiale, éducation à la vie familiale (novembre 1996) ;
- la stratégie nationale de maternité sans risque (1998-2000), en vue de réduire l'indice de fécondité, le taux brut de mortalité, le taux de mortalité maternelle et infantile.
- le plan national de développement sanitaire 2001-2010 qui visait à l'horizon 2010 un taux de prévalence contraceptive de 27%.

Nonobstant tous ces efforts, la prévalence contraceptive reste faible, 16% chez les femmes selon l'enquête démographique et de santé (EDS 2010) et 32,9% chez les hommes (EDS 2003). Cette même enquête de 2003 note un besoin élevé de planification familiale. Environ 58,4% des femmes en âge de procréer veulent espacer ou limiter les naissances mais n'utilisent pas encore une méthode contraceptive. En 2008 une étude a montré que parmi les étudiantes sexuellement actives, 17,6% ont déjà contracté une grossesse et 7,6% ont déjà pratiqué un avortement [44].

C'est pourquoi à travers notre étude, nous nous proposons d'étudier les connaissances, les attitudes et les pratiques de la contraception en milieu étudiant afin de faire des recommandations pour rendre les méthodes contraceptives plus accessibles et disponibles à cette population.

2. GENERALITES

2.1. Définitions

2.1.1. Planification familiale

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la planification familiale comme étant : « une manière de vivre que des individus et des couples adoptent de leur propre volonté, en se basant sur des connaissances précises, des attitudes et des décisions réfléchies afin d'améliorer l'état de santé et le bien être du groupe familial et par conséquent, de contribuer efficacement au développement social du pays. Telle que définie, la planification familiale est un élément indispensable au développement d'un pays ». [47]

Selon la conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) le concept actuel de la PF se couple à celui de la santé de la reproduction (SR). En effet, la CIPD en 1994 au Caire, a défini la SR comme étant : « le bien-être général, tant physique que mental et social de la personne humaine pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité ». [55]

Pour le ministère de la santé du Burkina Faso, la planification familiale a été définie comme l'ensemble des mesures techniques, psychologiques, éducatives qui permettent aux couples et aux individus d'atteindre certains buts en fonction de leurs possibilités et de leurs désirs :

- favoriser les naissances désirées ;
- espacer les naissances ;
- éviter les grossesses non désirées ;
- déterminer le nombre d'enfants qu'ils souhaitent pour constituer une famille.

Il ressort de ces définitions que la planification vise le bien être familial par la maîtrise de la procréation.

2.1.2. Contraception

La contraception est l'ensemble des procédés par lesquels un rapport sexuel est rendu non fécondant et ceci de façon temporaire et réversible.[12] Elle est un recours délibéré par des gens sexuellement actifs, à des produits chimiques (spermicides), des médicaments (hormones), des dispositifs (condoms, diaphragmes, stérilets) des interventions chirurgicales ou retrait en vue d'éviter la grossesse.

La base fondamentale d'une contraception de qualité est qu'elle doit utiliser des méthodes sûres, efficaces, abordables et acceptables. Les hommes et les femmes ont le droit d'être informés sur toutes les méthodes disponibles et d'utiliser celles de leur choix ; ils ont le droit d'utiliser toute méthode de régulation des naissances qui ne soit pas contraire à la loi.

Les critères d'évaluation d'une méthode contraceptive sont l'efficacité, acceptabilité, l'innocuité et la réversibilité.

- **l'efficacité** se mesure par la proportion dans laquelle la fécondité naturelle se trouve réduite par l'emploi d'une méthode contraceptive donnée en utilisant l'indice de Pearl ou la méthode des tables de mortalités. L'efficacité est théorique et pratique :

L'efficacité théorique est synonyme de l'efficacité technique de la contraception ; elle implique l'utilisation d'une méthode de contraception de façon continue suivant les instructions données. Elle se mesure par le pourcentage de femmes qui, théoriquement, tomberont enceinte en un an, même si chaque femme utilise la méthode correctement et régulièrement ;

L'efficacité pratique est synonyme d'usage de la contraception ; elle est liée à l'acceptabilité du procédé et à la motivation des couples qui l'utilisent. Elle se mesure par le pourcentage de femmes qui sont tombées enceintes parce que certaines n'utilisent pas correctement et régulièrement la méthode ;

L'indice de PEARL (ou taux d'échec pratique) est une mesure de

l'efficacité de la contraception, qui exprime le taux des échecs en fonction du nombre de grossesses pour 100 années-femmes à risque. Plus cet indice est proche de zéro, plus la méthode contraceptive est efficace. Cette mesure est proportionnelle au rapport, chez les couples concepteurs, du nombre de conceptions accidentelles durant une période, au nombre de mois d'exposition au risque de concevoir durant cette période. Cet indice R s'exprime par la formule

$$R = \frac{\text{Nombre de conceptions accidentelles}}{\text{Nombre de mois d'exposition au risque de concevoir}} \times 1200$$

S'exprime par (% année-femmes)

- **l'acceptabilité** de la méthode contraceptive par l'utilisateur dépend aussi bien du prescripteur que de la méthode contraceptive elle-même. Les principaux critères d'acceptabilité d'une méthode sont : l'attitude des prescripteurs vis-à-vis de la méthode ; les effets secondaires et leur prise en charge ; les questions sociales, culturelles et religieuses liées à la méthode ; la facilité d'utilisation ; les répercussions sur les relations du couple.

- **l'innocuité** est l'absence de risque ou d'effets néfastes sur la femme, sur sa fertilité ultérieure et sur le fœtus en cas d'échec de la méthode ; elle doit être locale ou générale, immédiate ou ultérieure.

- **la réversibilité** d'une méthode se mesure par la capacité à revenir à l'état initial à l'arrêt de la prise de la méthode. Elle peut être immédiate ou ultérieure.

2.2. Physiologie

2.2.1. Cycle menstruel [35]

Le cycle menstruel est l'ensemble des modifications anatomiques et biologiques se produisant de façon cyclique ou périodique chez la femme de la puberté à la ménopause. C'est un temps qui s'étend du premier jour des règles au premier jour des règles suivantes. A chaque cycle les hormones, messagers chimiques de l'organisme stimulent différentes parties du corps entraînant ainsi des changements qui s'accumulent petit à petit jusqu'à la maturation de l'ovule nécessaire à la fécondation. La muqueuse utérine devient riche et abondante en éléments nutritifs dans l'attente d'une grossesse éventuelle. Si un spermatozoïde féconde l'ovule pendant le cycle, une grossesse se produit. Dans le cas contraire, la muqueuse de l'utérus, alors abondante en éléments nutritifs desquame et le cycle recommence.

La durée du cycle est en moyenne de 28 jours mais peut varier d'un cycle à l'autre chez la même femme ou d'une femme à une autre. On admet comme cycle normal, celui dont la durée se situe dans l'intervalle 28 ± 5 jours. Les cycles courts sont de 21 jours et les longs de 35 à 45 jours.

Sous la commande des hormones hypothalamo-hypophysaires, le cycle menstruel va se dérouler en deux phases : une phase folliculaire et une phase lutéale qui sont séparées par la ponte ovulaire ou ovulation.

La maîtrise des phases de ce cycle est très importante pour une bonne prescription de la contraception.

2.2.2. Fécondation [35]

Toutes les modifications au cours du cycle menstruel ont pour but de préparer l'organisme de la femme à accueillir et à mener à terme une éventuelle grossesse. La fécondation est un phénomène plus ou moins complexe aboutissant à la formation de la première cellule diploïde en puissance de créer

l'individu parfait.

Elle se déroule en plusieurs étapes :

- la pénétration des spermatozoïdes dans les voies génitales féminines lors de l'éjaculation qui les dépose au niveau du vagin ;
- leur migration vers les trompes facilitée par la glaire cervicale qui est très abondante et très filante en phase pré-ovulatoire ; leur capacitation au passage dans la partie proximale de la trompe ;
- la rencontre entre spermatozoïde et ovule : elle a lieu dans le tiers externe de la trompe ;
- la fécondation proprement dite est la pénétration du spermatozoïde dans l'ovocyte avec activation de ce dernier suivi de la fusion des deux gamètes formant l'œuf qui est le point de départ d'une nouvelle vie.

Le blocage d'une de ces étapes peut constituer tout ou partie du mécanisme d'action d'une méthode contraceptive.

2.3. Méthodes contraceptives

Bien que la définition de la contraception prenne en compte le concept de la réversibilité, nous aborderons les méthodes de stérilisation volontaire qui, elles sont des méthodes de planning familial irréversibles mais qui sont intégrés dans le « paquet » des prestations de contraception.

Nous distinguons les méthodes de contraception en fonction de la voie d'administration :

- **Les méthodes hormonales** peuvent être administrées par :
 - La voie orale :
 - les pilules oestroprogestatives
 - les pilules progestatives
 - la contraception d'urgence (de lendemain)

- Les autres voies :
 - l'injection périodique intramusculaire (tous les trois mois) de 150mg d'acétate de médroxyprogestérone ;
 - la voie intra-utérine (stérilet hormonal libérant le lévonorgestrel)
 - l'implant progestatif sous cutané ;
 - la voie transdermique : tout récemment, il existe sur le marché de la contraception hormonale, des patchs (timbres ou des dispositifs transdermiques) oestro-progestatifs ;
 - la voie transvaginale : anneau oestroprogestatif
- **Les méthodes locales :**
 - les préservatifs
 - le diaphragme
 - la cape cervicale
 - les éponges
 - les spermicides
 - le stérilet (ou dispositif intra utérin « DIU ») simple, à cuivre, hormonal.
- **Les méthodes chirurgicales**

Chez la femme :

 - la ligature des trompes
 - l'obstruction tubaire par l'introduction des dispositifs ou des colles synthétiques dans les trompes en utilisant la cavité utérine comme voie d'accès opératoire.

Chez l'homme : la vasectomie.
- **La contraception naturelle**

2.3.1. Contraceptifs hormonaux

2.3.1.1. Les pilules oestroprogestatives

Elles sont également appelées la pilule combinée ou encore les pilules contraceptives orales combinées.

Définition : les pilules oestroprogestatives sont des comprimés composés d'œstrogènes et de progestatifs.

Mécanisme d'action : les oestroprogestatifs oraux possèdent quatre principales actions que sont :

- l'inhibition de l'ovulation ;
- l'épaississement de la glaire cervicale empêchant la pénétration des spermatozoïdes ;
- la modification de l'endomètre (atrophie de l'endomètre) le rendant impropre à la nidation ;
- la diminution du transport des spermatozoïdes dans le tractus génital supérieur (trompes de Fallope) [34,46].

Types:

Selon la teneur en œstradiol, on distingue :

- les pilules minidosées qui contiennent moins de 35 microgrammes (μg) d'ethinyl-oestradiol. Selon le dosage hormonal durant le cycle menstruel, ces pilules peuvent être :
 - ✓ monophasiques : tous les 21 comprimés sont activés avec une même quantité d'oestro-progestatif (EP) : Minidril®
 - ✓ biphasiques : les 21 comprimés actifs contiennent 2 combinaisons différentes d'EP : Adépal®
 - ✓ triphasique : les 21 comprimés actifs contiennent 3 combinaisons différentes d'EP : Trinordiol®
- les pilules normodosées qui contiennent 50(μg) d'ethinyl-oestradiol ;

- les pilules macrodosées qui contiennent plus de 50(μ g) d'éthinyl-oestradiol

Effets secondaires et complications

Ils sont nombreux mais d'apparition peu fréquente ; ce sont : les nausées, les vomissements, la prise de poids, les mastodynies, les spottings, les mastopathies, l'hypertension artérielle réversible, les thrombophlébites, la coronaropathie, les troubles de coagulation, la migraine, l'aménorrhée post thérapeutique, la tension mammaire, les métrorragies, la galactorrhée [34, 48, 49].

Avantages

Elles ont une bonne efficacité, un coût abordable ; elles n'interfèrent pas avec les rapports sexuels et peuvent être fournies par un personnel non médical. La pilule oestroprogestative corrige les troubles menstruels, permet de traiter les kystes et les dystrophies de l'ovaire, protège contre les cancers de l'ovaire et de l'endomètre [12].

Inconvénients

C'est une méthode astreignante (prise quotidienne), comporte un risque d'oubli et certains effets secondaires. Elle n'assure aucune protection contre les IST/SIDA et interagit avec la rifampicine et les autres inducteurs enzymatiques [23,34, 48].

2.3.1.2. Les pilules progestatives

Elles sont également appelées pilules contraceptives orales progressives ou pilules à seule progestative ou minipilules.

Définition

Les minipilules sont des contraceptifs oraux qui renferment de petite quantité d'une seule hormone, un progestatif. Elles contiennent entre la moitié et le dixième que l'on trouve dans les contraceptifs oraux combinés. Elles sont

souvent composées de lévonorgestrel, Noréthistérone, Norgestrel. Elles ne contiennent pas d'œstrogène. Elles sont meilleures pour la femme allaitante.

Mécanisme d'action

Ils ont en commun les actions suivantes : épaissement de la glaire et atrophie de l'endomètre. Les microprogestatifs à double action inhibent l'ovulation par écrêtement du pic de LH [49].

Type

Ce sont des plaquettes de 35 pilules (300µg de levonorgestrel ou 350µg de noréthistérone) et de 28 pilules (75µg de norgestrel).

Selon leur mode d'action les microprogestatifs peuvent être classés en deux types [49]

- les microprogestatifs ayant uniquement une action contraceptive périphérique ;
- et ceux ayant à la fois une action anti gonadotrope et contraceptive périphérique.

Effets secondaires

On note les métrorragies à type de spotting, les mastodynies, les kystes fonctionnels ovariens récidivants, et l'acné [49].

Avantages

Son administration pendant l'allaitement 3 à 4 semaines après l'accouchement pour les femmes non allaitantes et 6 semaines après l'accouchement pour celles qui allaitent, est possible.

2.3.1.3. Les contraceptifs injectables progestatifs (CIP)

Définition

Les CIP sont des contraceptifs retard à base de progestérone seule sous forme injectable.

Mécanisme d'action

Ils épaississent la glaire cervicale empêchant la pénétration des spermatozoïdes, atrophient l'endomètre rendant difficile la nidation, diminuent le transport du sperme dans le tractus génital supérieur et inhibent l'ovulation [32, 46].

Types

On distingue :

- l'acétate de dépo-medroxyprogestérone (DMPA) ou Dépo-Provera® dosé à 150mg et administré tous les trois mois ;
- l'énanthale de noréthistérone (NET-EN) ou Noristerat® dosé à 200mg et donné tous les deux mois.

Avantages [23, 46]

C'est une méthode très efficace, confidentielle, réversible dont la durée moyenne de protection est de deux ou trois mois par injection. Elle n'interfère pas avec les rapports sexuels ; n'affectent pas la quantité et la qualité du lait du sein ; aide à empêcher les cancers de l'endomètre, des ovaires, les fibromes et prévient l'anémie ferriprive.

Elle rend moins fréquente et moins douloureuse les crises de drépanocytose, les convulsions chez les femmes épileptiques et peut être employée par les mères allaitantes dès 6 semaines après l'accouchement. Enfin elle est dépourvue d'effets secondaires dus à un œstrogène et peut être employée à n'importe quel âge.

Inconvénients [23]

Les effets secondaires fréquents (ne sont pas des signes de maladie), le gain de poids en moyenne de 1 à 2 kg, le retard du retour à la fécondité (DMPA), l'existence d'une nouvelle injection tous les 2 à 3 mois et l'absence de protection contre les maladies sexuellement transmissibles y compris le VIH/SIDA sont les principaux inconvénients.

Effets secondaires [23]

Ces effets sont constitués par les céphalées, la sensibilité des seins, les sauts d'humeur, les nausées, la chute des cheveux, la diminution de la libido, l'acné et les troubles du cycle menstruel (métrorragies, aménorrhée secondaire réversible, hyperménorrhée).

2.3.1.4. Les implants (Norplant®, Jadelle®, Implanon®)

Définition [46, 57]

C'est une méthode contraceptive composée de capsules fines souples, remplies de levonorgestrel (progestatif) insérées sous la peau à la partie supérieure du bras par une petite incision sous anesthésie locale.

Mécanisme d'action

Le lévonorgestrel est libéré lentement, à rythme régulier, et à très faible dose ; ce qui assure l'épaississement de la glaire cervicale, le blocage de l'ovulation, l'atrophie de l'endomètre et le ralentissement du transport du sperme dans le tractus génital supérieur.

Type [9, 49, 57]

On distingue, le Norplant® avec six capsules dosées à 36mg de lévonorgestrel (LNG) par capsule, le Jadelle® avec deux capsules libérant progressivement du lévonorgestrel et l'Implanon® avec une capsule contenant 68 mg d'étonogestrel, métabolite actif du désogestrel.

Avantages [23, 49]

Les implants sont très efficaces (l'efficacité est proche de 100% chez les adolescents dont l'IMC est inférieur à 25) et ont une longue durée d'action. L'effet contraceptif est immédiat quand il est inséré dans les cinq premiers jours du cycle et disparaît dans la semaine suivant le retrait. Ils ont aussi l'avantage d'éviter les échecs provoqués par le retard d'une prise orale, de ne pas gêner les

rapports sexuels et de réduire la fréquence et la douleur des crises de drépanocytose.

Inconvénients

Il nécessite un prestataire qualifié pour son insertion et son retrait. Il n'assure aucune protection contre les IST/SIDA. Il a une tolérance clinique très variable [49].

Effets secondaires [23]

En plus des effets secondaires des contraceptifs injectables, on peut citer le changement d'appétit et l'infection du site d'insertion.

2.3.1.5. Les patchs dermiques (patch Evra®)

Il s'agit d'une contraception hormonale oestroprogestative non orale. Ils contiennent 600 microgrammes d'éthinylestradiol (EE) et 6 mg de norelgestromine.

Ils délivrent quotidiennement 150µg de norelgestromine et 20µg d'EE. Ils agissent en inhibant l'ovulation et en altérant la glaire cervicale et l'endomètre.

Ils ont les mêmes indications et contre-indications que les oestroprogestatifs oraux.

Ils sont généralement appliqués sur les fesses, l'abdomen, la face externe des bras et la partie supérieure du torse et jamais sur le sein.

Ils sont mis en place pour une semaine et ce, trois semaines consécutives sur quatre. Pour la première utilisation : un patch par semaine en commençant le premier jour des règles, ainsi les jours d'application sont le : 1^{er}, 8^{ème}, 15^{ème} jour du cycle et une semaine libre (22^{ème} jour au 28^{ème} jour).

2.3.1.6. L'anneau vaginal oestroprogestatif (Nuvaring®)

La voie vaginale autorise de faibles doses d'oestrogènes et de progestatifs permettant d'atteindre des taux sanguins très stables en quelques jours.

C'est un anneau souple, transparent et incolore. Il délivre quotidiennement 120µg d'étonorgestrel, métabolite actif du désogestrel et 15µg d'EE. L'anneau est mis en place, par la patiente, pour une durée de trois semaines consécutives, puis retiré pendant sept jours avant la pose d'un nouveau dispositif.

Son action contraceptive est due essentiellement à l'inhibition de l'ovulation. La tolérance clinique est comparable à celle des oestroprogestatifs minidosés. Il a les mêmes contre-indication que les contraceptifs oraux combinés (COC).

2.3.1.7. La contraception d'urgence ou contraception du lendemain [16, 49]

Elle est à prendre le plus rapidement après un rapport sexuel non protégé ou en cas d'accident de contraception (déchirure de préservatif, oubli de comprimés sur la plaquette de pilules...).

Les effets secondaires sont les mêmes que ceux de la contraception classique mais beaucoup plus accentués.

La contraception d'urgence agit en bloquant l'ovulation, la fécondation, la migration ou même la nidation.

De nombreux contraceptifs peuvent être utilisés à cet effet : les COC, les pilules progestatifs, les œstrogènes, les anti-progestatifs et le DIU.

La principale contre-indication est la grossesse.

Nous avons les principales méthodes utilisées en contraception d'urgence et leur posologie dans le tableau I:

Tableau I: les contraceptifs utilisés en contraception d'urgence et leur posologie [35]

Méthodes	Délai écoulé depuis le rapport sexuel	Posologie
Oestro-progestatifs (C.O.C)	dans les 72 heures	100µg d'éthinyl estradiol et 0,5mg de levonorgestrel pour la première prise, deuxième prise 12 heures plus tard
Progestatifs	dans les 8 heures	0,75mg en première prise, deuxième prise 12heures plus tard
Oestrogènes	dans les 48 heures	5mg d'éthinyl estradiol par 24 heures pendant 5 jours
Androgènes	dans les 72 heures	400 à 600mg de DANAZOL pour la première prise, deuxième prise 12 heures plus tard
Anti-progestatifs	dans les 72 heures	600mg de MIFEPRISTONE (RU 486) en une seule prise
DIU	insertion dans les 5 jours	Un seul DIU (insertion classique)

2.3.2. Méthodes locales

Les méthodes locales sont constituées des méthodes de barrière et du stérilet.

2.3.2.1. Les méthodes de barrière

Définition

Les méthodes de barrière empêchent les spermatozoïdes d'atteindre le tractus génital féminin soit en bloquant leur entrée ou en les détruisant.

Types

- Les méthodes de barrière mécanique bloquent l'entrée des spermatozoïdes dans le tractus génital de la femme. Ce sont :
 - le préservatif masculin ou condom;
 - le préservatif féminin ;
 - le diaphragme ;
 - la cape cervicale ;
 - les éponges.
- Les méthodes de barrière chimique ou spermicides inactivent ou détruisent les spermatozoïdes.

2.3.2.1.1. Le préservatif ou condom masculin [34, 46]

Définition

Ce sont des fine gaines en caoutchouc, en vinyle ou en produits naturels pouvant être traitées avec un spermicide pour une protection supplémentaire. Elles sont placées sur le pénis en érection.

Types

On distingue les préservatifs : en latex (caoutchouc), plastique (vinyle), naturels (produits d'animaux).

Mode d'action

Ils empêchent les spermatozoïdes et tout organisme pathogène du sperme de pénétrer dans le vagin et inversement empêchent tout organisme pathogène du vagin de pénétrer dans le pénis.

2.3.2.1.2. Le préservatif féminin [17, 49]

Définition

C'est une fine membrane de polyuréthane. Il est muni d'un anneau flexible à chaque extrémité ; l'anneau intérieur sert à insérer le condom et à le maintenir en place.

Mode d'action

Il agit en empêchant les spermatozoïdes et tout organisme pathogène du sperme de pénétrer dans le vagin et inversement empêchent tout organisme pathogène du vagin de pénétrer dans le pénis.

Avantages

Il protège contre la grossesse et les IST/SIDA.

Inconvénients

Il reste d'utilisation délicate en raison du maniement intra vaginal qui nécessite une bonne connaissance de l'appareil génital féminin. Il coûte plus cher que le préservatif masculin et fait du bruit au cours des relations sexuelles. Il a un impact socio sexuel car certaines femmes pensent que le préservatif est contaminé par le VIH ou que le lubrifiant pouvait causer des stérilités ou infections. Certains hommes craignent que les femmes ne s'emparent du sperme recueilli dans le préservatif et le confient ensuite à un sorcier dans le but de leur jeter un sort.

2.3.2.1.3. Le diaphragme [46]

Définition

C'est un capuchon en latex (caoutchouc) en forme de dôme qui est inséré dans le vagin avant le rapport sexuel et qui couvre le col.

Types

Il existe trois types de diaphragmes : le ressort à lame (bande plate de métal), le ressort à boudin (fil métallique spiralé), le ressort à arceau (ressort à combinaison de métal).

Mode d'action

Le diaphragme empêche les spermatozoïdes d'arriver dans le tractus génital supérieur (utérus et trompes de Fallope) et sert de collecteur de spermicide. Son action est renforcée par la fonction spermicide de la crème ou de la gelée.

2.3.2.1.4. La cape cervicale [23]

Elle ressemble au diaphragme mais est plus petite.

Elle empêche les spermatozoïdes de pénétrer dans le tractus génital supérieur (utérus et trompes de Fallope) et sert de collecteur de spermicide.

Elle a les mêmes indications et les mêmes contre-indications que le diaphragme.

2.3.2.1.5. Les éponges

L'éponge jetable recouvre le col de l'utérus et contient un spermicide qui détruit les spermatozoïdes.

Elles sont aussi appelées Protectaid® ou Pharmatex today® sur le marché américain.

Elles agissent en obstruant le col utérin, en absorbant les spermatozoïdes et en libérant les spermicides.

Le tableau II récapitule les avantages, inconvénients, et les effets secondaires des différentes méthodes de barrière.

Tableau II: Avantages, inconvénients, et effets secondaires des différentes méthodes de barrière.

Méthodes	Effets secondaires	Avantages	Inconvénients
Préservatif masculin	Diminution du plaisir sexuel Réactions allergiques et d'irritations	Efficace, disponible, faible coût, accès facile, protège contre les IST/SIDA, prolonge l'érection et le temps de l'éjaculation, pas d'effets secondaires systémiques	Risque de déchirure, nécessité d'une forte motivation, gêne à la manipulation des organes génitaux
Préservatif féminin	Diminution du plaisir sexuel Réactions allergiques et d'irritations	Efficace si correctement utilisé, protège contre les IST/SIDA	Coût relativement élevé, nécessité d'une connaissance de l'appareil génital féminin, impact socio culturel
Diaphragme	Infections des voies urinaires, réactions allergiques, syndrome de choc toxique, pertes et lésions vaginales	Efficace, n'affecte pas l'allaitement maternel, n'interfère pas avec les rapports sexuels, n'a pas d'effets secondaires systémiques, permet les rapports sexuels pendant les menstrues	Efficacité modérée, nécessité d'un examen gynécologique par un prestataire formé et d'un spermicide pour chaque utilisation
Cape cervicale	Infections des voies urinaires, réactions allergiques, syndrome de choc toxique	Efficacité dépend de la durée d'utilisation, pas d'effet sur la composition du lait maternel	Moins efficace chez les femmes ayant eu de enfants, nécessite un spermicide et un examen gynécologique
Eponges	-	Le spermicide si l'éponge inséré des heures plus tôt, tue les germes pathogènes, IST/SIDA	Irritations et lésions vaginales pouvant être cause d'infections

2.3.2.1.6. Les méthodes chimiques : les spermicides [46]

Définition

Les spermicides sont des produits chimiques. C'est généralement le Nonoxynol-9 qui, introduit dans le vagin avant le rapport sexuel, inactive ou tue les spermatozoïdes.

Types

On distingue les aérosols (mousses), les tablettes vaginales, les suppositoires ou films dissolvants et les crèmes.

Mode d'action

Ces méthodes désagrègent la membrane cellulaire des spermatozoïdes et diminuent leur mouvement (mobilité et motilité) et leur capacité à fertiliser l'ovule.

Avantages

Elles sont efficaces immédiatement (mousse ou crème) et d'utilisation facile. Elles n'interfèrent pas avec l'allaitement maternel et peuvent être utilisées comme appoint à d'autres méthodes. Les spermicides sont dénués d'effets secondaires systémiques, augmentent l'humidité (lubrification) pendant les rapports sexuels et protègent contre les ITG et les IST. Ils sont disponibles sans ordonnance et sans bilan médical.

Inconvénients

Pendant la première année d'utilisation, les spermicides sont modérément efficaces (3 à 21% de grossesse). Il est nécessaire de les appliquer 10 à 15 minutes avant d'avoir le rapport sexuel (tablette de mousse vaginale, suppositoire et film) et chaque application n'est efficace que pendant une à deux heures. Les produits doivent être disponibles avant chaque rapport sexuel.

Effets secondaires

Les effets secondaires sont une réaction de type irritation vaginale et pénienne, de sensation gênante de chaleur dans le vagin et de non fonte des tablettes et de mousse vaginale.

2.3.2.2. Le dispositif intra utérin (DIU) ou stérilet

Définition [9,23, 57]

Le DIU est un petit dispositif souple inséré dans la cavité utérine. Les nouveaux types sont faits en plastique et sont médicamenteux, libérant de petites quantités de cuivre et de progestatifs.

Types

Il en existe deux :

. les DIU dits actifs, diffusant des hormones, du cuivre ou de l'argent dans la cavité utérine :

- ✓ Les DIU libérant du cuivre : Tcu 380 A, Nova T®, Multiload 375, Tcu220, Cooper T300 Multiload 250 au cuivre 200
- ✓ Les DIU libérant un progestatif : minera, levonova (LNG-20) ;

. les DIU dits inertes : Boucles de LIPPES, SAF. T.Coil.

Mode d'action [23, 46, 51]

Le mode d'action est fonction du type de DIU.

Le DIU libérant le cuivre agit par des réactions enzymatiques, leucocytaires et macrophagiques sur l'endomètre empêchant la nidation. Il inhibe également les mouvements des spermatozoïdes dans le tractus génital de la femme.

Celui libérant un progestatif épaissit la glaire cervicale et entraîne une atrophie de l'endomètre.

Effets secondaires et complications [23]

Quelques effets secondaires ont été observés chez certaines utilisatrices : métrorragies, anémie, dysménorrhées, perforation de la paroi de l'utérus.

Avantages [23, 46]

Le DIU est une méthode très efficace immédiatement et a un effet durable (jusqu'à 10 ans avec Tcu 380A). Il ne gêne pas les rapports sexuels, n'affecte pas l'allaitement maternel, n'interagit pas avec les médicaments et entraîne le retour immédiat à la fécondité après le retrait. Il comporte peu d'effets secondaires et diminue les crampes menstruelles, les saignements menstruels (libérant un progestatif).

Inconvénients [23]

La pose de DIU entraîne :

- . le changement menstruel (habituel durant les trois premiers mois mais il a tendance à diminuer après trois mois) : règles plus longues et plus abondantes (ménorragies) ; saignement ou saignotement entre les règles (métrorragies) ; des crampes et des douleurs durant les règles (dysménorrhées) ;
- . un risque de grossesse extra-utérine (GEU) ;
- . la sensation du fil par l'homme lors des rapports sexuels.

2.3.3. Méthodes chirurgicales

Elles sont irréversibles. Ce sont :

- La vasectomie chez l'homme ;
- La ligature des trompes et l'obstruction tubaire chez la femme.

2.3.3.1. La vasectomie [23, 46]

Définition

La vasectomie est aussi appelée stérilisation masculine ou contraception masculine. C'est une procédure chirurgicale volontaire pour mettre fin, de

manière permanente, à la fécondité chez l'homme par section des canaux déférents.

Types

On distingue la méthode standard incisionnelle (1 ou 2 incisions) et la méthode sans bistouri, sans scalpel qui reste meilleure.

Mécanisme d'action

En sectionnant les canaux déférents (conduits éjaculatoires) les spermatozoïdes ne sont plus présents dans le liquide éjaculé et ne peuvent féconder l'ovule.

Avantages

C'est une méthode :

- très efficace ;
- permanente ;
- n'interfère pas avec les rapports sexuels ou la fonction sexuelle ;
- bonne pour les couples si la grossesse ou l'occlusion des trompes causerait un grave problème de santé pour la femme ;
- faite sous anesthésie locale.

Inconvénients

Quelques inconvénients ont été signalés :

- le regret du client plus tard car méthode permanente et irréversible ;
- efficacité retardée (demande du temps jusqu'à 20 éjaculations) ;
- la nécessité de l'assistance d'un médecin formé ;
- la non protection contre les ITG et autres maladies (VHB, VIH/SIDA).

Complications

L'infection de la petite plaie et l'hématome du scrotum sont les complications retrouvées.

2.3.3.2. La ligature des trompes [23, 46]

Encore appelée contraception chirurgicale volontaire (CCV) ou Minilap, la ligature des trompes est une procédure chirurgicale volontaire pour mettre fin de manière permanente, définitive à la fécondité chez la femme sans toutefois perturber sa sexualité ou la fonction hormonale. C'est une contraception par mini laparotomie ou laparoscopie.

Mécanisme d'action

L'occlusion des trompes par ligature, section, anneaux, électrocautérisation ou clips, empêche la rencontre entre les spermatozoïdes et l'ovule et, de ce fait, empêche la fécondation.

Avantages

La ligature des trompes est très efficace (0,2 à 0,4 grossesse pour 100 femmes pendant la première année d'utilisation) et permanente, efficace immédiatement. Elle n'affecte pas l'allaitement maternel, n'interfère pas avec les rapports sexuels et n'a pas d'effets secondaires à long terme.

C'est une intervention chirurgicale simple généralement faite sous anesthésie locale.

Inconvénients

Les inconvénients sont dus à l'irréversibilité de la méthode, à la nécessité d'un acte chirurgical par un personnel qualifié et d'une laparoscopie. Elle comporte aussi des risques de complication à l'opération (infection ou saignement au niveau du site de l'incision, infection ou saignement interne, lésions d'organes internes, risque d'anesthésie). Enfin elle ne protège pas contre les ITG et IST/SIDA.

2.3.3.3. L'obstruction tubaire

Elle se fait par l'introduction de dispositif ou de colles synthétiques dans les trompes en utilisant la cavité utérine comme voie d'accès opératoire.

2.3.4. Contraception naturelle

2.3.4.1. Définition

Les méthodes naturelles comprennent l'ensemble des méthodes basées sur la capacité du couple à identifier la phase fertile au cours de chaque cycle menstruel et à s'abstenir de rapports sexuels durant cette période ou à l'utiliser pour concevoir.

2.3.4.2. Les différentes méthodes

Ce sont :

- la méthode du calendrier ;
- la méthode de la température basale du corps (TBC) ;
- la méthode de la glaire cervicale ;
- la méthode sympto-thermique,
- la méthode d'auto observation ;
- la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) ;
- la méthode du collier ou méthode des jours fixes.

NB : il est important d'expliquer à la patiente que les rapports sexuels sont à éviter pendant la phase du cycle menstruel où la conception est la plus probable.

2.3.4.2.1. La méthode du calendrier [23]

La méthode du calendrier est une méthode contraceptive permettant de déterminer les périodes fertiles à partir d'un calcul fait sur les cycles menstruels précédents. Il faut avoir noté au moins six (06) cycles consécutifs pour pouvoir

déterminer la période féconde. La femme doit soustraire 18 de la durée du cycle le plus court qu'elle a enregistré, elle obtient ainsi l'estimation du 1^{er} jour de sa période féconde. Le couple évite les rapports sexuels, emploie une méthode mécanique ou a recours au retrait pendant la période féconde.

Exemple : si les cycles enregistrés varient de 26 à 32 jours ;

. $28 - 18 = 8$, elle commence à éviter les rapports non protégés le 8^{ème} jour.

. $32 - 11 = 21$, elle peut avoir de nouveau des rapports sexuels non protégés après le 21^{ème} jour.

2.3.4.2.2. La méthode de la température basale du corps

Elle repose sur l'augmentation de la température corporelle observée après l'ovulation. Son principe est que la température doit être prise tous les jours à la même heure avant la levée du lit, avec toujours le même thermomètre et la même voie de prise (buccale, rectale ou vaginale). Aussi la femme doit savoir comment lire le thermomètre et consigner sa température sur un graphique spécial. Elle doit également savoir que sa température augmente de 0,2°C à 0,5°C au moment de l'ovulation. La femme doit alors s'abstenir de rapport sexuel à compter du 1^{er} jour des règles des règles jusqu'à ce que sa température dépasse sa température ordinaire et reste à ce niveau pendant trois jours consécutifs entiers, cela correspond à la fin de l'ovulation.

Certains facteurs ont une influence sur la courbe thermique :

- ✓ la prise de la température à des heures variées et quand les conditions ne sont pas respectées ;
- ✓ toute maladie pouvant occasionner une fièvre ;
- ✓ le changement d'environnement ;
- ✓ la mauvaise nuit, le stress, l'insomnie ;
- ✓ la prise d'alcool.

2.3.4.2.3. La méthode de la glaire cervicale : méthode billings

Elle est basée sur l'observation et l'interprétation des changements cycliques de la glaire cervicale se produisant sous l'influence des variations des hormones. La cliente doit être informée sur les périodes sèches et humides de son cycle. La période sèche est inféconde. La période humide est féconde, c'est la période à laquelle la femme observe des sécrétions glissantes, humides ou étirables.

2.3.4.2.4. La méthode sympto-thermique

C'est l'association de la méthode thermique et de celle de la glaire cervicale.

2.3.4.2.5. La méthode d'auto- observation (MAO)

La méthode d'auto- évaluation est acceptée par l'islam et le christianisme. Elle intervient dans le traitement de l'infertilité, permet le retour à la fécondité immédiate et la connaissance du système reproducteur féminin par le couple. Elle n'a pas d'effets secondaires locaux et systémiques et son coût est presque nul. Une fois que la méthode est maîtrisée, il n'y a plus nécessité d'une assistance de prestataires.

C'est une méthode dont l'efficacité moindre, nécessite une période d'apprentissage, une observation et d'un enregistrement quotidien de signes de fécondité. La période d'abstinence parfois longue, la glaire ovulatoire difficile à discerner en présence d'infection et la modification de la courbe thermique par certains partenaires. Elle ne protège pas contre les infections du tractus génital et est difficile d'utilisation chez les femmes ayant un cycle menstruel irrégulier.

2.3.4.2.6. La méthode de l'allaitement maternelle et de l'aménorrhée (MAMA) [15, 33]

Définition

C'est une méthode de contraception qui repose sur l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois du post-partum.

Elle est basée sur l'effet physiologique de l'allaitement dans la suppression de l'ovulation. Elle utilise l'infécondité temporaire au moment de l'allaitement maternel.

Mécanisme d'action [15]

La succion du mamelon par le bébé stimule l'hypophyse qui produit la prolactine ; celle-ci agit sur les ovaires et entraîne un blocage de l'ovulation.

Avantages [8]

En plus des avantages contraceptifs, elle a des avantages pour l'enfant, la mère et la société.

Pour la mère, elle permet une meilleure involution utérine, un établissement de liens solides entre la mère et l'enfant et a un avantage contraceptif. En plus, le risque de cancer du sein et des ovaires est amoindri.

Pour l'enfant, elle permet la protection contre les infections et les allergies et assure un meilleur développement psychomoteur, affectif et social.

Pour la société, elle a un avantage économique.

Inconvénients

L'efficacité de la MAMA après six mois est incertaine ; certaines circonstances sociales peuvent réduire son efficacité et/ou la rendre difficile. Elle n'assure aucune protection contre les MST/SIDA.

2.3.4.2.7. La méthode du collier ou méthodes des jours fixes (MJF) [28]

Définition

C'est une méthode naturelle qui consiste à éviter les rapports sexuels pendant la période féconde. Il s'agit d'un collier qui comporte 32 perles faites de trois couleurs (rouge, blanc, marron), chacune représentant un jour du cycle menstruel de la femme. Un anneau en caoutchouc que l'on peut déplacer indique chaque jour du cycle ; un cylindre avec une flèche montre la direction dans laquelle l'anneau doit être déplacé [10].

Mode d'action

Elle repose sur des faits physiologiques, à savoir la période féconde d'une femme commence 5 jours avant l'ovulation et dure jusqu'au jour de l'ovulation inclus. Les rapports sexuels sont à éviter pendant la période féconde qui s'étend du 8^{ème} jour au 19^{ème} jour du cycle menstruel.

Avantages

Si elle est correctement utilisée [3], la MJF est efficace à plus de 95% pour prévenir la grossesse. Elle aide les femmes et les couples à éviter les grossesses non souhaitées car ils savent les jours où ils doivent éviter les rapports sexuels non protégés. Aussi, identifie-t-elle les jours 8 à 19 du cycle menstruel comme jours féconds, jours pendant lesquels une grossesse est très probable. C'est une méthode simple, facile à enseigner, à apprendre et à utiliser. Elle a un faible coût et ne demande pas de prise de médicaments ou d'intervention chirurgicale. Enfin, elle n'a pas d'effets secondaires.

Inconvénients

Elle n'assure aucune protection contre les IST/SIDA. Ainsi si l'un des partenaires au sein du couple court le risque de contracter une IST, la méthode n'est plus indiquée.

2.3.4.3. Autres méthodes naturelles

- Le coït interrompu ou retrait

C'est une méthode de PF traditionnelle où l'homme retire entièrement son pénis du vagin de la femme avant d'éjaculer. Par conséquent, les spermatozoïdes n'entrent pas dans le vagin et la fécondation est évitée. C'est une méthode qui n'a pas de coût, qui peut diminuer le plaisir sexuel et ne protège pas contre les ITG ou autres MST.

- Le coït inter fémoral
- L'abstinence
- La douche vaginale

2.3.5. Méthodes traditionnelles

On se sert dans le monde entier d'un grand nombre de plantes et d'autres substances pour empêcher la conception. Bien que nous commençons, à l'heure actuelle, à réaliser l'ampleur de l'utilisation des méthodes traditionnelles de conception, il reste encore à déterminer l'efficacité de certaines méthodes.

Le fait que ces méthodes soient si utilisées prouve que les gens se sentent capables de régler leur fécondité et qu'ils ont, depuis longtemps, découvert les avantages de cette régulation. La vitesse à laquelle la modernisation, l'urbanisation et les changements sociaux se sont produits en Afrique, fait qu'il est difficile de comprendre la manière dont les méthodes traditionnelles courantes de régulation de la fécondité sont encore utilisées.

Les plantes et autres substances

D'autres pratiques sont aussi utilisées :

- **le Tafo** : ceinture magique à multiples nœuds produite par le marabout. Elle aurait un pouvoir contraceptif de durée illimitée tant qu'elle est portée ou de durée liée au nombre de nœuds ;

- **la toile d'araignée** : dispositif opaque issu du tissage de l'araignée, que les femmes enduisent de beurre de karité pour obstruer le col ;
- **les graines de Banfora** : plante fréquente à Banfora (Burkina Faso), plante dont les graines sont censées posséder une action spermicide.

2.4. Prévalence contraceptive

Les services de planification familiale en général, la contraception en particulier, sont reconnus aujourd'hui comme étant une intervention pour améliorer la santé de la mère et de l'enfant. L'indicateur en matière de contraception est la prévalence contraceptive. Selon l'OMS, la prévalence contraceptive se définit comme étant le rapport du nombre d'utilisatrices de méthodes contraceptives avec le nombre de femmes en âge de procréer.

Une analyse récente des données a mis en évidence l'écart très important qui existe entre les riches et les pauvres au niveau de plusieurs indicateurs de santé, notamment dans les domaines de la fécondité et de la contraception [5].

Dans certaines régions du monde le taux de prévalence contraceptive est élevé, Asie du sud-est 51%, Océanie 57%, Amérique latine 68%, Europe occidentale 71%, Amérique du Nord 72%. L'Afrique est en marge de ce progrès où la prévalence varie d'un pays à l'autre : 55% en Afrique du Sud, 46% au cap vert, 19% au Ghana, inférieur à 10% dans les autres pays [24].

Mais en Afrique de l'ouest, on enregistre les taux de couverture les plus bas au monde. Ainsi seules 8% des femmes en âge de procréer vivant en union utilisent une méthode contraceptive moderne dans cette zone. Le Mali et le Niger enregistre les plus faibles taux avec respectivement 6 et 4% [13].

Ce faible taux de façon générale en Afrique de l'ouest traduit l'existence d'un fossé important entre les services de contraception actuellement offerts et les

besoins réels de la population. Cette situation, non corrigée, induira forcément des conséquences négatives, sur le plan sanitaire et économique. Toute chose pouvant entraver les efforts de développement des pays concernés.

Au Burkina Faso, le taux de prévalence contraceptive a connu une nette amélioration à partir de 2005. Elle est passée de 22,8% en 2005 à 25,7% en 2007 [40] puis à 26,6% en 2009 [26]. Cette évolution s'explique par les efforts déployés ces dernières années pour le repositionnement de la planification familiale dans notre pays.

3. OBJECTIFS

3.1. Objectif général

Etudier les connaissances, attitudes et pratiques de la contraception en milieu étudiant des universités publiques de la ville de Ouagadougou.

3.2. Objectifs spécifiques

1. Décrire les caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude.
2. Evaluer les connaissances des étudiants des universités publiques de la ville de Ouagadougou sur les méthodes contraceptives.
3. Déterminer le taux d'utilisation des méthodes contraceptives de la population d'étude.
4. Identifier les méthodes contraceptives utilisées par les étudiants des universités publiques de la ville de Ouagadougou.
5. Déterminer les obstacles à la pratique de la contraception dans la population d'étude.
6. Recueillir les suggestions des enquêtés pour l'amélioration de l'utilisation des méthodes contraceptives en milieu étudiant.

4. MATERIELS ET METHODES

4.1. Cadre d'étude

4.1.1. Ville de Ouagadougou

Notre étude a été menée dans les universités publiques de la ville de Ouagadougou. Capitale politique et administrative du Burkina Faso, chef lieu de la province du Kadiogo et de la région du Centre, Ouagadougou a une superficie de 1704km². C'est une ville cosmopolite en plein essor avec une population de 465 969 habitants en 1985, 750 398 en 1996, 1 475 223 en 2006[26].

La prévalence contraceptive de la région du Centre était de 32,5% en 2003, 32,7% en 2006 et de 36,1% en 2009[26]. Selon l'EDS IV le taux d'utilisation de méthodes contraceptives de la ville de Ouagadougou était de 37,6% en 2010.

4.1.2. Structuration de l'enseignement au Burkina Faso

L'enseignement au Burkina Faso comprend l'enseignement général et l'enseignement technique.

L'enseignement général comprend trois (03) niveaux : le primaire, le secondaire et le supérieur.

- l'enseignement primaire dure six (6) ans et est sanctionné par le certificat d'étude primaire (CEP).
- l'enseignement secondaire comprend un premier cycle qui va de la classe de 6^{ème} à celle de 3^{ème} sanctionné par le brevet d'étude du premier cycle (BEPC) et un second cycle (les classes de seconde, première et terminale) qui permet de postuler au baccalauréat.
- l'enseignement supérieur dont l'accès est conditionné par le baccalauréat, est assuré par :
 - des universités publiques que sont l'université de Ouagadougou (UO), l'université de Ouaga II (UO2), l'université polytechnique de

Bobo (UPB), l'université de Koudougou (UK), l'université de Ouahigouya et l'université de Dédougou.

- des universités privées que sont l'université Saint Thomas d'Aquin, université libre du Burkina et l'université catholique de l'Afrique de l'Ouest représentée au Burkina Faso par l'unité universitaire de Bobo-Dioulasso.
- une école régionale inter-état, l'institut international d'ingénierie de l'eau et de l'environnement (2iE) ;
- vingt-quatre (24) instituts privés dispensant des formations professionnelles dans le secteur tertiaire (secrétariat, banque assurance finance, comptabilité) et dans le secteur informatique.

4.1.3. Universités publiques de la ville de Ouagadougou

L'étude s'est déroulée à l'université de Ouagadougou, et à l'université Ouaga II.

L'université de Ouagadougou a été créée en 1974. Après plusieurs restructurations (1985 et 1991), l'Université de Ouagadougou s'est engagée dans une refondation en octobre 2000 pour devenir un établissement public à caractère scientifique, culturel et technique (EPSCT). L'université de Ouagadougou comptait vingt quatre mille trois cent quatre vingt onze (24391) étudiants à la rentrée 2010-2011. Elle comprend actuellement cinq unités de formation et de recherche et un institut :

- unité de formation et de recherche en science de la santé (UFR/SDS)
- unité de formation et de recherche en science de la vie et de la terre (UFR/SVT)
- unité de formation et de recherche en science humaine (UFR/SH)

- unité de formation et de recherche en lettres arts et communication (UFR/LAC)
- unité de formation et de recherche en science exacte et appliquée (UFR/SEA)
- institut Burkinabè des arts et métiers (IBAM).

L'université Ouaga II, créée en 2008, comprend deux unités de formation et de recherche :

- unité de formation et de recherche en science juridique et politique (UFR/SJP)
- unité de formation et de recherche en science économique et de gestion (UFR/SEG)

4.2. Type et période d'étude

Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive auprès des étudiants de l'université de Ouagadougou et de l'université Ouaga II. Elle a été menée au cours de la période allant du 01 Avril au 30 Juin 2011.

4.3. Population d'étude

La population d'étude était constituée par les étudiants des premiers et seconds cycles régulièrement inscrits dans l'institut et dans les différentes unités de formation et de recherche de l'université de Ouagadougou et de l'université Ouaga II, au cours de l'année académique 2010-2011.

4.3.1. Taille de l'échantillon

Selon l'EDS 2003 la prévalence contraceptive au Burkina Faso chez les femmes est de 14% et celui des hommes est de 32,9%. La prévalence contraceptive en milieu étudiant n'étant pas connue, nous avons posé l'hypothèse que cette prévalence est égale à 32,9% avec un degré de précision

de 5%, de même que le risque d'erreur. A partir de la formule de Schwartz corrigée d'un effet grappe, nous avons :

$$n = g(z_{1-\alpha/2})^2 \times p \times q / d^2$$

n : taille souhaité de l'échantillon

g : effet grappe

p : prévalence estimé

$$q = 1-p$$

d : degré de précision

α : risque d'erreur

Ainsi, nous avons :

$$n = 2 \times 1,96^2 \times 0,329 \times 0,671 / 0,05^2 = 678 \# 720$$

La taille estimée de l'échantillon est de 720 étudiants.

4.3.2. Méthode

Il s'agit d'une méthode par échantillonnage aléatoire simple à 2 degrés, l'unité statistique étant l'étudiant de la promotion retenue.

4.3.3. Base de sondage

La base de sondage était constituée par la liste des promotions constituant les différentes unités de formation et de recherche et de l'institut des universités de Ouagadougou et de Ouaga II. Cette liste était disponible auprès des présidences des deux institutions.

Nous avons tiré de façon aléatoire deux (02) promotions dans chaque unité de formation et de recherche et dans l'institut dont l'une entre les

promotions du 1^{er} cycle ; l'autre entre celles du 2nd cycle ; soit au total seize (16) promotions.

Quarante cinq (45) étudiants ont été choisis de façon aléatoire à partir de la liste de présence des étudiants de chaque promotion tirée. Ce qui donne un total de 720 étudiants pour les 16 promotions.

4.3.4. Critères d'inclusion

- Etudiants inscrits des premier et second cycles des différentes unités de formation et de recherche et de l'institut des universités de Ouagadougou et de Ouaga II, tirés de façon aléatoire selon la technique de collecte.
- Etudiants ayant accepté participer à l'étude.

4.3.5. Critères de non inclusion

Les promotions comportant moins de 45 étudiants.

4.4. Collecte des données

La collecte des données a débuté après une autorisation d'enquête obtenue auprès de la présidence des universités de Ouagadougou et de Ouaga II.

Elle a été effectuée entre le 1^{er} avril et le 30 juin 2011.

Les données ont été collectées à l'aide de questionnaires écrits et anonymes, administrés par quatre (4) enquêteurs (étudiants de la 5^{ème} et 6^{ème} année de médecine) après un pré-test effectué sur vingt étudiants. Ce test a permis de mettre en caractère gras les questions car certaines d'entre elles n'étaient pas vues au cours du remplissage. De même lorsque le questionnaire était administré à des voisins proches les étudiants avaient la possibilité de se communiquer certaines informations. Les enquêteurs ont reçu au préalable une

formation leur permettant de répondre aux inquiétudes et aux questions des étudiants. Ils ont été dans les différentes promotions retenues en début de cours.

Après avoir informé les étudiants des objectifs de l'étude, et leur assuré de la préservation de l'anonymat et de la confidentialité, les questionnaires leur ont été administrés. Ils ont été remplis par les étudiants eux-mêmes puis récupérés sur place par les enquêteurs.

Le questionnaire a porté sur les :

- caractéristiques socioculturelles de l'enquêté ;
- connaissances et l'utilisation des méthodes contraceptives ;
- obstacles à l'utilisation de la contraception ;
- suggestions pour faciliter l'accès aux méthodes contraceptives.

4.5. Analyse des données

Les données ont été saisies et analysées sur micro-ordinateur à l'aide du logiciel Epi info dans sa version 3.5.1, Excel 2007 et Word 2007.

4.6. Considérations éthiques

Notre étude a porté sur les étudiants des deux sexes et l'information recherchée était d'ordre intime et sentimental. De ce fait les conditions de recueil et de conservation de l'information exigeaient le respect des principes fondamentaux des droits humains.

Il est important de noter que l'administration du questionnaire conçu dans le cadre de l'étude a été effectuée avec le consentement de l'enquêté.

Les étudiants ont été informés des objectifs de l'étude et leur consentement éclairé a été obtenu.

L'anonymat du questionnaire et la confidentialité des données recueillies ont été une garantie en retour.

Au cours de notre étude nous avons effectué une enquête auprès de sept cent vingt (720) étudiants dont deux cent vingt cinq (225) de 1^{ère} et 3^{ème} année et cent trente cinq (135) de 2^{ème} et 4^{ème}.

5.1. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

5.1.1. Age

Sept cent deux (703) étudiants avaient précisé leur âge.

L'âge moyen était de $23,5 \pm 4,9$ avec des extrêmes de 18 et 39 ans. Les étudiants les plus âgés sont pour la plupart des fonctionnaires inscrits à l'IBAM.

Le tableau III donne la répartition des étudiants par tranche d'âge.

Tableau III: répartition des étudiants par tranche d'âge (n=703)

Tranche d'âge (ans)	Effectifs	%
15-19	10	1,4
20-24	482	68,5
25-29	205	29,2
30-34	4	0,6
35-39	2	0,3
Total	703	100

La tranche d'âge de 20-24 ans représentait 68,6%.

5.1.2. Sexe

La répartition des étudiants selon le sexe notait 66,1% de sexe masculin et 33,9% de sexe féminin soit un sexe ratio de 1,95.

5.1.3. Parité

Trente cinq (35) soit 4,9% étudiants affirmaient avoir au moins un enfant dont quinze (15) hommes et vingt (20) femmes. Dix neuf (19) d'entre eux étaient célibataires. Les grossesses n'étaient pas désirées dans 28,1% des cas. Le nombre moyen d'enfant était de 1,3 avec des extrêmes de 1 et 5 enfants.

Le désir d'avoir un enfant avant la fin des études était éprouvé par la moitié des étudiants (49,9%) dont 43,9% de filles et 56,1% de garçons.

Le nombre moyen d'enfant désiré par les étudiants était de 3,5 avec des extrêmes de 1 et 7 enfants. Deux cent soixante huit (268) étudiants (41,5%) désiraient avoir trois enfants.

Au moment de l'administration du questionnaire, cinq étudiantes portaient une grossesse dont deux célibataires. La grossesse était désirée dans tous les cas.

5.1.4. Religion

La religion n'a pas été précisée dans deux cas.

Le tableau IV montre la répartition des étudiants en fonction de leur ethnie

Tableau IV: répartition des étudiants selon la religion (n=718)

Religion	Effectifs	%
Chrétienne	405	56,4
Musulmane	300	41,8
Animiste	11	1,5
Autres	2	0,3
Total	718	100

Les deux autres religions étaient la religion raélienne et le syncrétisme.

5.1.5. Nationalité

Sept cent treize (713) étudiants soit 99% étaient de nationalité burkinabè et 7 d'autres nationalités notamment Béninoise (01), Congolaise (02), Centrafricaine (01), Nigérienne (01) et Togolaise (02).

5.1.6. Ethnie

Nous avons résumé dans le tableau V les différentes ethnies des étudiants.

Tableau V: répartition des étudiants selon l'ethnie (n=719)

Ethnie	Effectifs	%
Bissa	37	5,2
Bobo	25	3,5
Gourmantché	26	3,6
Gourounsi	54	7,5
Mossi	404	56,2
Peulh	11	1,5
Samo	33	4,6
Autres	129	17,9
Total	719	100

L'ethnie mossi était majoritaire (56,2%).

Vingt et un (21) autres ethnies du territoire et cinq (5) de nationalité étrangère ont été identifiées.

5.1.7. Situation matrimoniale

Les étudiants ont été repartis selon leur situation matrimoniale en célibataire, concubinage et mariée (figure 1)

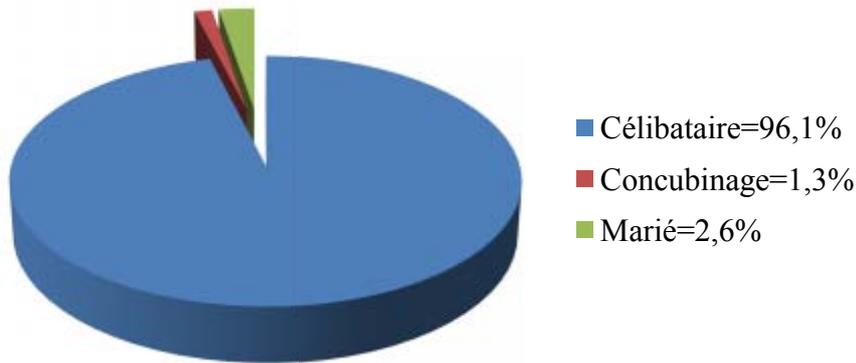


Figure 1: distribution des étudiants selon la situation matrimoniale (n=720)

Vingt huit (28) étudiants avaient une vie maritale.

La moyenne d'âge au mariage était de 23,7 ans avec des extrêmes de 19 et 30 ans.

5.1.8. Lieu d'habitation

Les secteurs 28, 29, 30 abritaient 42,9% des étudiants avec respectivement 19,7%, 12,4% et 10,8%. Quatre étudiants résidaient dans la commune rurale de Saaba.

Le tableau VI donne la répartition des étudiants selon leur domicile pendant l'année universitaire et pendant les vacances.

Tableau VI: répartition des étudiants ayant participé à l'étude selon leur domicile

Domicile	Année universitaire		Vacances	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Parents	295	41,2	529	74,3
Amis	133	18,6	47	6,6
Cité	46	6,4	8	1,1
Conjoint	16	2,2	19	3,1
Seul en location	86	12	40	5,6
Tuteurs	137	19,1	59	8,3
Autres	3	0,4	7	1
Total	716	100	712	100

5.1.9. Moyens de déplacement

Le tableau VII donne la distribution des étudiants en fonction de leur moyen de déplacement.

Tableau VII: Distribution des étudiants selon le moyen de déplacement (n=712)

Moyen de déplacement	Effectifs	%
Bus/taxis	30	4,2
Moto	348	48,9
Pied	35	4,9
Vélo	296	41,6
Voiture personnelle	3	0,4
Total	712	100

Les étudiants se déplacent à moto ou à vélo dans respectivement 48,9% et 41,6% des cas.

5.1.10. Source de revenu

Le Fond National pour l'Education et la Recherche (FONER) représentait 68,3% des sources de revenu des étudiants suivi des parents /conjoint (28,9%) et de la bourse (85 étudiants). Les autres sources étaient essentiellement le salaire pour les étudiants fonctionnaires (04 étudiants), les activités personnelles et les amis.

5.2. Connaissances et attitudes en matière de contraception

5.2.1. Connaissances des méthodes contraceptives

Sept cent quinze (715) étudiants ayant répondu à la question relative à la connaissance en matière de contraception ont donné une réponse affirmative dans la totalité des cas.

Le tableau VIII illustre la répartition des étudiants en fonction de leur connaissance des différentes méthodes contraceptives.

Tableau VIII: répartition des étudiants selon leur connaissance des méthodes contraceptives

Méthodes contraceptives	Effectifs	%
Préservatifs	654	90,8
Contraceptifs oraux	580	80,6
Implants	283	39,3
Contraceptifs injectables	137	19
DIU	322	44,7
Méthodes naturelles	284	39,4
Ligature des trompes	30	4,2
Autres	26	3,6

Certains étudiants avaient cité plusieurs méthodes à la fois.

Le préservatif était connu des étudiants dans 90,8% des cas, suivi des pilules (80,6%).

Les méthodes naturelles évoquées par les étudiants étaient le coït interrompu, les méthodes du collier, de la glaire cervicale et du calendrier.

Les autres méthodes citées par les étudiants étaient : les spermicides, le diaphragme, ovariectomie, ablation de l'utérus.

Dans le tableau IX figurent les différentes méthodes contraceptives citées par les étudiants en fonction du cycle d'étude

Tableau IX: Distribution des méthodes contraceptives citées par les étudiants selon le cycle d'étude universitaire

Méthodes contraceptives	1 ^{er} cycle	2 ^{ème} cycle
Préservatif	326	328
Contraceptifs oraux	293	287
Implants	131	152
DIU	142	180
Contraceptifs injectables	70	67
Méthodes naturelles	146	138
Ligature de trompes	8	22
Autres	11	15

Les mêmes méthodes contraceptives étaient évoquées par les étudiants du premier et du second cycle pratiquement dans les mêmes proportions. Le constat est le même dans les différentes UFR et de l'institut.

La figure 2 représente la répartition des étudiants en fonction de leur connaissance des méthodes contraceptives et selon leur sexe.

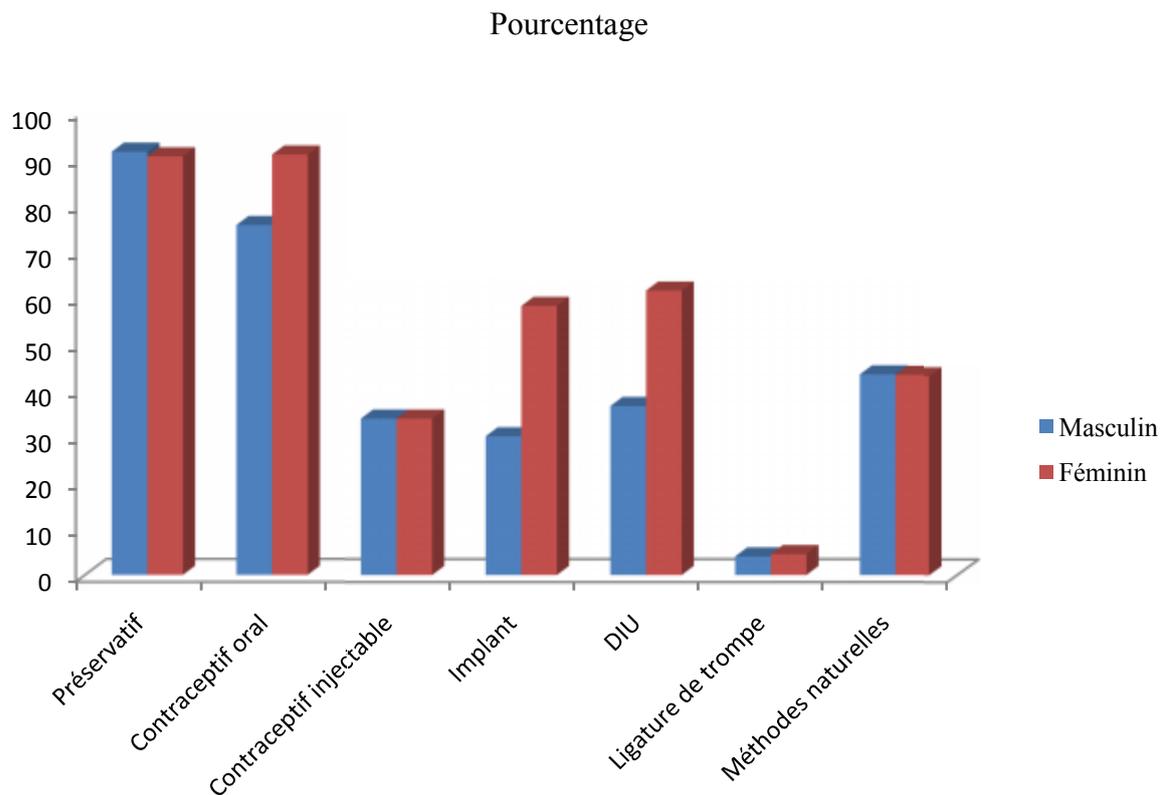


Figure 2: répartition des étudiants selon leur connaissance des méthodes contraceptives et selon le sexe

Les étudiants ont cité les mêmes méthodes contraceptives et dans les mêmes proportions que les étudiantes sauf pour le cas des contraceptifs oraux, des implants et du DIU où les étudiantes étaient mieux informées.

5.2.2. Connaissances des avantages et des inconvénients des méthodes contraceptives

La connaissance des avantages est illustrée dans le tableau X.

Tableau X: répartition des étudiants selon la connaissance des avantages des méthodes contraceptives

Avantages	Effectifs	%
Eviter les grossesses non désirées	520	72,2
Eviter les IST/VIH	469	65,1
Espacement des naissances	146	20,3
Autres avantages	34	4,7

Cinq cent dix (510) étudiants soit 70,8% ont pu citer au moins deux avantages des méthodes contraceptives.

La protection contre les IST/VIH a été évoquée par 65,1% des étudiants les grossesses non désirées par cinq cent vingt (520) soit 72,2%.

Les autres avantages cités par les étudiants étaient économique (contrôle des dépenses familiales), sanitaire (bien être de la femme, protection contre l'hépatite), social (évite la paternité ou maternité précoce)

Les données se rapportant à la connaissance des inconvénients figurent dans le tableau XI.

Tableau XI: répartition des étudiants selon la connaissance des inconvénients des méthodes contraceptives

Inconvénients	Effectifs	%
Stérilité	200	27,8
Trouble du cycle	74	10,3
Mauvaise conduite sexuelle*	58	8,1
Prise pondérale	43	6
Cancer	17	2,4
Autres inconvénients	208	28,9

* =infidélité, vagabondage sexuel, précocité des rapports sexuels

Le cancer comme inconvénient a été évoqué par dix sept étudiants.

Les autres inconvénients évoqués par les étudiants étaient:

- ne protège pas contre les infections (VIH et hépatite),
- effets secondaires,
- diminution du plaisir sexuel pour le cas du préservatif,
- grossesse extra utérine,
- irréversibilité des effets des méthodes contraceptives,
- nécessité de personnels qualifiés pour la prescription de certains contraceptifs,
- conséquences sociales : divorce, disputes au sein du couple.

5.2.3. Connaissance de la contraception d'urgence

Quatre cent cinquante deux (452) étudiants soit 66,9% sur les 676 ayant répondu à cette question avaient affirmé ne pas connaître la contraception d'urgence.

5.2.4. Attitudes des étudiants face à la contraception

Cinq cent vingt six (526) étudiants soit 73,1% estimaient que la contraception est une bonne pratique. Seuls vingt et un (21) étudiants soit 2,9% en avaient une appréciation négative.

5.2.5. Lieu d'accès aux méthodes contraceptives

Dans le tableau XII se trouve la répartition des étudiants en fonction du lieu d'accès des différentes méthodes contraceptives. Certains étudiants avaient cité plusieurs sources.

Tableau XII: répartition des étudiants selon le lieu d'accès aux méthodes contraceptives

Lieu	Effectifs	%
Service de santé du CENOU	169	23,5
Centre de santé	405	56,3
ABBEF	257	35,7
Pharmacie	390	54,2
Boutique	50	6,9

Comme source d'accès aux méthodes contraceptives, la pharmacie était connue des étudiants dans 54,2% des cas.

5.2.6. Méthodes contraceptives et VIH/SIDA

Les méthodes qui protègent contre le VIH/SIDA citées par les étudiants sont résumées dans le tableau XIII.

Tableau XIII: distribution des étudiants selon les méthodes contraceptives qui protègent contre le VIH/SIDA

Méthodes contraceptives	Effectifs	%
Préservatif	637	88,5
Abstinence	242	33,6
Fidélité	33	4,6
Pilule	6	0,8
Implant	3	0,4
Aucune méthode	12	1,7

En matière de protection contre le VIH/SIDA, les méthodes contraceptives correctement citées par les étudiants étaient le préservatif dans 88,5% et l'abstinence (33,6%).

5.3. Utilisation des méthodes contraceptives

5.3.1. Taux d'utilisation des méthodes contraceptives

Quatre cent vingt neuf (429) étudiants soit 61,9% avaient déjà utilisé au moins une méthode contraceptive de par le passé.

Trois cent quarante trois (343) étudiants soit 51% utilisaient une méthode contraceptive à la date de l'enquête.

Le tableau XIV résume le taux d'utilisation des méthodes contraceptives en fonction du sexe.

Tableau XIV: taux d'utilisation des méthodes contraceptives en fonction du sexe des étudiants.

Sexe	Effectif des utilisateurs	Effectif total	%
	<i>n</i>	<i>N</i>	<i>n / N</i>
Masculin	249	442	56,3
Féminin	94	230	40,9
Total	343	672	51,0

Le taux d'utilisation de méthodes contraceptives dans notre série était de 51% avec respectivement 56,3% pour les étudiants et 40,9% pour les étudiantes.

5.3.2. Différentes méthodes utilisées par les étudiants

Le tableau XV compare les méthodes contraceptives déjà utilisées et celles actuellement utilisées par les étudiants.

Tableau XV: comparaison des méthodes déjà utilisées et des méthodes actuellement utilisées.

Méthodes contraceptives	Méthodes déjà utilisées		Méthodes actuellement utilisées	
	<i>Effectifs</i>	<i>%</i>	<i>Effectifs</i>	<i>%</i>
Préservatif	380	52,8	257	81,1
Contraceptifs oraux	59	8,2	14	4,4
Contraceptifs injectables	7	1	1	0,3
Méthodes naturelles*	54	7,5	39	12,3
Implant	-	-	6	1,9

*= abstinence, coït interrompu, MAMA, collier.

Le préservatif était et reste la méthode contraceptive la plus utilisée par les étudiants. Il est utilisé actuellement par 81,1% des étudiants.

La distribution des étudiants selon la méthode et selon le sexe est mentionnée dans le tableau XVI.

Tableau XVI: distribution des étudiants selon la méthode utilisée et selon le sexe

Méthodes utilisées	Etudiants		Etudiantes	
	<i>Effectifs</i>	<i>%</i>	<i>Effectifs</i>	<i>%</i>
Préservatif	192	81,1	65	75,6
Contraceptifs oraux	-	-	12	14
Contraceptifs injectables	-	-	1	1,2
Implant	-	-	4	4,7
Méthodes naturelles	35	15,2	4	4,7

Les étudiantes exigeaient l'utilisation du préservatif de leur partenaire dans 75,6% des cas.

5.3.3. Cas de la contraception d'urgence

Deux cent vingt quatre (224) étudiants soit 33,1% connaissait la contraception d'urgence.

La contraception d'urgence avait été utilisée par 80 étudiants soit 35,2% .Les raisons évoquées étaient: l'échec du préservatif lors de son utilisation dans 67 ,1% des cas et le rapport sexuel sans contraception dans 32,9%.

5.3.4. Raisons de la non utilisation des méthodes contraceptives

Les raisons évoquées sont récapitulées dans le tableau XVII.

Tableau XVII: répartition des étudiants selon les raisons de la non utilisation des méthodes contraceptives

Raisons	Effectifs	%
Non sexuellement actif	151	21,0
Religion	12	1,7
Non marié	26	3,6
Confiance au partenaire	4	0,6
Crainte des complications	11	1,5

L'absence d'activité sexuelle représentait 21% des raisons de non utilisation des méthodes contraceptives.

5.3.5. Recours à un agent de santé pour la prescription des méthodes contraceptives

Quatre vingt et un (81) étudiants soit 22,3% avaient eu recours à un agent de santé pour la prescription des méthodes contraceptives.

Le tableau XVIII représente l'utilisation des méthodes contraceptives avec ou sans recours à un agent de santé.

Tableau XVIII: utilisation des méthodes contraceptives et le recours à un agent de santé

Méthodes contraceptives	Recours à un agent de santé	
	<i>non</i>	<i>oui</i>
Préservatif	266	56
Pilule	11	47
Contraceptif injectable	0	6
Méthodes naturelles	28	6

Cinquante six(56) étudiants 17,4% ont eu recours à un agent de santé pour la prescription du préservatif.

5.4. Comportement sexuel des étudiants

Sept cent treize (713) étudiants soit 99% ont accepté donner des informations sur leurs expériences sexuelles. Ils étaient 469 soit 65,8% à avoir déjà eu des rapports sexuels à la date de l'enquête dont 66,4% de filles et 65,2% de garçons. Les rapports sexuels étaient réguliers chez 31,6% des étudiants. Ces rapports sexuels étaient toujours protégés dans 60,4%, parfois dans 36,3% et jamais dans 3,3% des cas. Les étudiants recouraient à la protection systématique dans 66,2% contre 48,9% chez les étudiantes.

Dans notre population d'étude ils étaient 315 soit 48,3% à affirmer avoir un partenaire sexuel régulier : les étudiantes dans 71,9% des cas et les étudiants dans 37,1%.

5.4.1. Age au premier rapport sexuel

L'âge moyen au premier rapport sexuel était de 19,2 ans \pm 5,5 avec des extrêmes de 10 et 26 ans.

La figure 3 représente les différentes tranches d'âge au premier rapport sexuel.

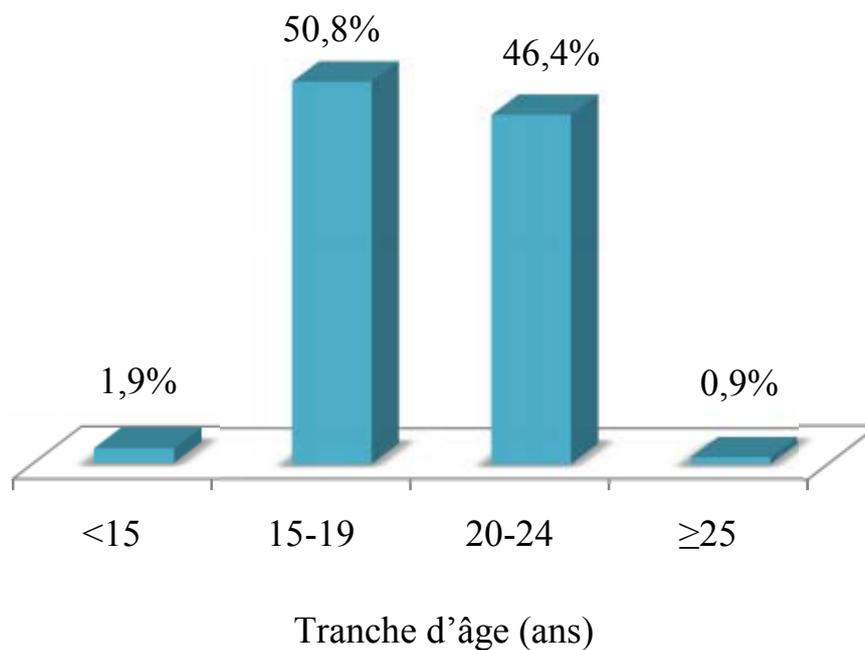


Figure 3: répartition des étudiants selon la tranche d'âge au premier rapport sexuel (n=426)

5.4.2. Déterminants du premier rapport sexuel

Les raisons ayant motivé le premier rapport sexuel sont mentionnées dans le tableau XIX.

Tableau XIX: distribution des étudiants selon les raisons du premier rapport sexuel

Raisons	Effectifs	%
Sentiments	269	58,9
Curiosité	138	30,2
Mimétisme	28	6,2
Menace ou peur	7	1,5
Viol	2	0,4
Devoir conjugal	11	2,4
Besoin financier	2	0,4
Total	457	100

Les sentiments ont motivé le premier rapport sexuel dans 58,9% des cas.

5.4.3. Age au mariage

Dix neuf étudiants dont 5 hommes et 14 femmes avaient une vie maritale.

La moyenne d'âge au mariage était de 23,7ans \pm 9,8 avec des extrêmes de 19 et 30 ans. Treize d'entre eux se sont mariés au cours de leurs études supérieures.

5.5. Contraception et centre d'écoute pour jeunes

Cinq cent quatre vingt neuf (589) étudiants 85,6% ont connaissance de l'existence de centre d'écoute pour jeune.

Deux cent soixante quatre (264) étudiants soit 38,5% ignorait l'existence d'un centre d'écoute pour jeune au service de santé du CENOU.

5.6. Obstacles à la pratique de la contraception

5.6.1. Accessibilité financière

La barrière financière avait été évoquée par 209 étudiants soit 29% avec respectivement 15,7% pour la baisse du coût et 13,3% pour la gratuité des méthodes contraceptives.

5.6.2. Facteurs psychosociaux

Cent vingt huit (128) étudiants 17,8% doutaient de la fiabilité des différentes méthodes contraceptives.

La crainte des inconvénients en général était retrouvé chez 102 étudiants soit 14,2% ; 17 étudiants avaient nommément cité le cancer comme inconvénients et la mauvaise conduite sexuelle avait été évoquée par 8,1% des étudiants.

5.7. Suggestions des étudiants

Plusieurs suggestions avaient été faites à la fois par certains étudiants.

Nous avons regroupé dans le tableau XX les suggestions faites par les étudiants pour faciliter l'accès aux méthodes contraceptives.

Tableau XX : Suggestions faites pour faciliter l'accès aux méthodes contraceptives

Suggestions	Effectifs	%
Sensibilisation	483	67,1
Baisse du coût	113	15,7
Gratuité	96	13,3
Promotion de centre d'écoute	51	7,1

Quatre cent quatre vingt trois (483) étudiants soit 67,1% avaient proposé la sensibilisation par des spots publicitaires, des théâtres-fora... pour faciliter l'accès des étudiants aux méthodes contraceptives. La barrière financière a été évoquée par 209 étudiants soit 29%.

D'autres suggestions avaient également été formulées par les étudiants en l'occurrence :

- la mise en place d'un numéro vert d'information ;
- l'insertion de module de formation sur la sexualité dans les programmes ;
- la décentralisation des centres d'écoute au niveau des cités universitaires ; avec augmentation du personnel ;
- la création de clubs de santé dans les UFR avec une cellule spéciale ; composée d'étudiants en médecine pour sensibiliser leurs pairs
- l'engagement de la MUNASEB pour la subvention des produits de contraception ;
- l'augmentation des allocations des étudiants.

6. DISCUSSION

6.1. Limites et contraintes de l'étude

Au cours de notre étude nous avons enregistré quelques difficultés. La difficulté majeure se trouvait au niveau du repérage des différentes promotions. En effet après le choix des promotions, il fallait se procurer les emplois du temps. Ces emplois du temps étaient pour la plupart hebdomadaires. Puis il fallait identifier les amphithéâtres où les cours étaient dispensés. Cette étape était la plus laborieuse compte tenu du fait que la majorité des promotions n'avait pas de sites fixes pour les cours, excepté les étudiants de l'IBAM et certaines promotions de l'Université Ouaga II.

Certaines questions portaient sur le comportement sexuel, donc d'ordre intime, de ce fait elles pourraient ne pas être répondues par les étudiants. De même les étudiants des filières scientifiques pourraient être mieux informés que leurs confrères.

Aussi, n'avons-nous pas eu l'effectif total des étudiants de l'université Ouaga II.

En dépit de toutes ces difficultés et contraintes, nous pensons que cette étude contribuera à améliorer la qualité de la santé des étudiants en l'occurrence la santé reproductive.

6.2. Connaissances en matière de contraception

Nous avons trouvé dans notre étude que la totalité des étudiants connaissaient ou avaient déjà entendu parler de méthodes contraceptives. Ces résultats sont au dessus de ceux de Gichangi au Kenya (1998) [21], Aggarwal en Inde (1995) [2], Masmoudi-soussi en Tunisie (2004) [36] et Simbar en Iran (2004) [53] qui ont trouvé dans leurs études respectivement 95%, 88,7%, 87% et 55%.

En Iran, l'éducation parentale fortement islamique et les conditions socio-économiques influenceraient le niveau de connaissance en matière de santé de la

reproduction. Notre taux élevé est à l'image de celui national. Selon l'EDS 2003, 91% des femmes et 93% des hommes au Burkina Faso connaissent au moins une méthode contraceptive. Ce niveau de connaissance élevé pourrait justifier en partie la large connaissance des avantages des méthodes contraceptives puisque 70,8% des étudiants ont pu donner au moins deux avantages.

La première méthode contraceptive connue des étudiants est le préservatif (90,8%). Cette fréquence est proche de celle d'Arowojolu au Nigéria (2002) [4] qui a trouvé dans son étude 93%. Ce résultat est cependant supérieur à celui de Simbar qui trouvait 72%.

Cette différence pourrait s'expliquer par le fait qu'au Burkina Faso depuis l'avènement de la pandémie du VIH/SIDA, de vastes campagnes de sensibilisation ont été entreprises et le préservatif était mis au centre des moyens de prévention.

Les contraceptifs oraux sont connus des étudiants dans 80,6% des cas. Ce pourcentage est similaire à celui de Barbour au Liban (2005) [7] et Simbar qui ont trouvé respectivement 82,8% et 82%. La connaissance des contraceptifs oraux vient au deuxième rang des méthodes contraceptives. Ce constat est également fait par Barbour, mais dans la série de Simbar, ils viennent en première position.

Nos résultats pourraient s'expliquer par le fait que ces méthodes font partie de celles dont l'usage ne nécessite pas un personnel qualifié. Ils sont faciles d'accès, disponibles dans les centres de Santé Maternelle et Infantile (SMI), les pharmacies et semblent être la méthode proposée en première intention aux jeunes filles.

La connaissance de la contraception d'urgence reste faible (33,1%). Cette fréquence est en dessous des 51,4% d'Addo au Ghana (2005) [1]. Elle est deux fois inférieure à celles trouvées par Miller en Pennsylvanie (USA) en 2010 [37]

et Kang en Corée du Sud (2007) [29] avec respectivement 73,6% et 76,3%. Nos données sont au delà de celles nationales qui sont de 15,7% et 9,4% respectivement pour les hommes et les femmes (EDS 2003).

Ce faible taux en général au Burkina Faso pourrait s'expliquer par l'insuffisance de communication en faveur de la contraception d'urgence aussi bien de la part des décideurs que des prestataires.

6.3. Taux d'utilisation des méthodes contraceptives

Si l'ensemble des étudiants de notre série ont une connaissance sur la contraception, on note cependant une faible utilisation des méthodes contraceptives. Ainsi seuls 51% des étudiants utilisaient au moins une méthode. Ces résultats sont largement en dessous de ceux de Sorhaindo en Jamaïque (2002) [54] qui trouvait que 93% d'étudiants avaient utilisé une forme de contraception dans leur vie. Par contre ce taux est supérieur à celui d'Arowojolu au Nigéria [4] qui trouvait dans son étude 34,2% d'utilisateurs. Par ailleurs ce taux est nettement supérieur à la prévalence nationale et celle de la région du centre qui sont respectivement de 26,6 et de 34,3% [26].

Cette relative différence élevée par rapport au taux national pourrait s'expliquer par le niveau d'instruction de notre population d'étude. En effet selon l'EDS IV 50,5% des burkinabè ayant un niveau secondaire et plus utilisent au moins une méthode contraceptive.

Le préservatif était la méthode la plus utilisée par les étudiants (81,1%). Ce taux s'approche des 86,64% de Nacanabo (2007) [41] chez des adolescentes au Burkina Faso mais nettement au dessus des 43,97% trouvé par Rowen en Californie (USA) en 2010 [50]. Tout comme dans ces études, il vient en première position en termes d'utilisation dans notre série.

Ce fort taux d'utilisation du préservatif serait lié à sa facilité d'accès : disponible dans les services de santé, centre d'écoute, et dans les boutiques citées par 6,9%

des étudiants ; à son coût relativement abordable grâce à la subvention de la PROMACO. En outre le double avantage de protection tel que affirmé par Forrest [18] et Free [19] : protection contre les grossesses non désirées et les IST/VIH/SIDA, fait du préservatif une méthode populaire. Il est d'ailleurs cité par 88,5% des étudiants comme moyen de protection contre le VIH/SIDA. Son utilisation devrait être encouragée dans cette frange de la population très sexuellement active. Cependant il convient de souligner la nécessité de la rigueur dans son mode d'utilisation. En effet, 67,1% des étudiants justifiaient l'usage de la contraception d'urgence par l'échec du préservatif. Cette situation serait-elle liée à la qualité du préservatif ou à une mauvaise utilisation ? La dernière hypothèse nous semble plus plausible car seuls 17,4% des étudiants ont eu recours à un agent de santé avant l'utilisation du préservatif. Dans tous les cas l'association d'une autre méthode (notamment les contraceptifs oraux) pourrait aider à minimiser le risque de survenue de grossesses non désirées.

Dans les études de Rowen et de Sorhaindo l'usage des contraceptifs oraux vient au deuxième rang après le préservatif avec respectivement 37,9% et 34%. Nous avons également fait le même constat mais avec un taux d'utilisation beaucoup plus faible (4,4%).

Ce résultat trouverait son explication dans le fait que cette méthode n'offre pas l'avantage de protéger contre les IST/VIH/SIDA surtout si l'on considère que la majorité des étudiants (51,7%) n'ont pas un partenaire sexuel régulier et qu'ils ont des rapports sexuels occasionnels (68,4%).

Quant à la contraception d'urgence, son usage reste faible 35,2% à l'image de sa connaissance 33,1%. Ce faible taux a également été relevé dans l'étude de Noufé en 2008 chez des étudiantes 21% au Burkina Faso. Les raisons qu'il évoquait étaient le coût élevé, l'indisponibilité de ces produits et l'attitude peu conciliante des agents de santé.

Le préservatif était la première méthode 88,5% citée par les étudiants comme protégeant contre le VIH suivi de l'abstinence 33,6%. Ces taux sont le résultat des différentes campagnes entreprises depuis l'avènement de la pandémie du VIH/SIDA. La sensibilisation était axée sur la culture d'un comportement sexuel responsable avec au centre l'usage du préservatif, l'abstinence et la fidélité. Les deux premiers moyens qui sont par ailleurs des méthodes contraceptives de lutte contre le VIH étaient fortement recommandés dans la population jeune. Ce qui fait qu'ils sont majoritairement cités dans notre série.

En dépit de toutes ces connaissances théoriques des étudiants, des efforts restent encore à faire dans la pratique quotidienne. En effet, nous avons noté au cours de notre étude, des comportements sexuels à risque chez certains étudiants 35,9% des célibataires. En plus certaines méthodes contraceptives ne protégeant pas contre le VIH avaient été citées par des étudiants. Ces comportements et cette ignorance doivent être corrigés de façon diligente. Ils sont de nature à favoriser la propagation de la maladie et ainsi annihiler les efforts consentis par les autorités et les acteurs de lutte contre le VIH. Selon l'ONU/SIDA le taux de prévalence est passé de 7,17% en 1997 à 1,6% en 2007 [39].

6.4. Age et déterminants du premier rapport sexuel

Si de nombreux auteurs ont trouvé l'âge des premiers rapports sexuels entre 17 et 18 ans [11, 22, 30, 42, 52], nous notons dans notre étude un âge moyen élevé de 19,2 ans. Cette survenue des premiers rapports sexuels après l'adolescence est à mettre à l'avantage des étudiants car à cet âge ils sont censés comprendre les conséquences des rapports sexuels protégés ou non. Ainsi ils seraient à l'abri des IST et VIH/SIDA, de la paternité ou maternité précoce source de perturbation des études supérieures. De même, les étudiantes pourraient être moins exposées au cancer du col de l'utérus. En effet des études

ont noté que la précocité des rapports sexuels et les accouchements précoces constituaient des facteurs importants dans la survenue des lésions précancéreuses [6, 14, 31, 43, 45, 56].

Le sentiment était la première raison ayant motivé le premier rapport sexuel des étudiants alors que les adolescentes dans l'étude de Nacanabo [41] avaient évoqué la curiosité. La maturité d'esprit des étudiants avant leur première expérience sexuelle (âge moyen 19,2 ans) expliquerait en partie ce résultat.

Dans notre série, des cas de menace ou peur et de viol ont été signalés. Ce qui n'est pas sans conséquences si l'on considère que dans un tel contexte les rapports sexuels peuvent se faire sans mesures de protection. Ce qui pourrait de ce fait exposer les victimes à des grossesses non désirées et à des risques d'IST/VIH/SIDA.

6.5. Obstacles à la pratique de la contraception

Dans notre étude, 17,8% des étudiants doutaient de la fiabilité des différentes méthodes contraceptives et 14,2% en craignaient les inconvénients. Ce doute peu justifié de la part des étudiants pourrait s'expliquer par le non respect des prescriptions des prestataires par certains usagers. Ce qui peut conduire à la survenue d'effets contraires recherchés (grossesses non désirées par exemple).

Le faible niveau de connaissance des inconvénients, les informations erronées sur ceux-ci pourraient justifier la crainte des inconvénients de façon générale.

Cette situation trouverait son explication dans la stratégie de communication en matière de planification, axée spécifiquement sur les avantages [38]. D'où la nécessité de renforcer la communication prenant en compte tous les aspects de la planification y compris les inconvénients des méthodes contraceptives afin de favoriser une meilleure adhésion.

La crainte du cancer avait été évoquée par dix sept étudiants 2,4%. Même s'il est établi que le risque de survenue du cancer du col de l'utérus croît avec l'usage des contraceptifs oraux combinés et que ce risque décroît à l'arrêt [27]. Cette donnée à elle seule ne saurait justifier la crainte des étudiants car ce risque est de 4,8 pour mille femmes pour une utilisation de plus de 20 ans [20]. Leur attitude serait plutôt liée à la psychose générale autour du cancer. Il est considéré comme une affection très grave et incurable avec une prise en charge palliative coûteuse.

Même si d'importants efforts ont été faits en matière de subvention de prix des produits contraceptifs (pilule =100f CFA /mois, Jadelle® = 1000f CFA/5ans, contraceptif injectable = 400f CFA/3mois), 29% des étudiants de notre série ont cependant évoqué une barrière financière.

Ce motif de préoccupation peu fondé pourrait s'expliquer par le fait que la majeure partie des étudiants (68,3%) dépendent des allocations du FONER. Ce fond peu suffisant (150000 à 200000 CFA par an) est destiné à soutenir principalement les études. Mais compte tenu de la situation financière des parents : près de la moitié (46,4%) de la population burkinabè vit en dessous du seuil de la pauvreté [28], ce financement est aussi utilisé pour assurer d'autres besoins essentiels notamment l'alimentation. Face à cette situation de survie, la question de la contraception pourrait être effectivement reléguée au second plan.

Il nous semble important de souligner le problème de fréquentation de l'unique centre d'écoute pour jeune au CENOU. Le centre, créé en 2008 mène des activités en faveur de la sexualité des étudiants. La majeure partie des activités du centre est focalisée sur le conseil dépistage VIH/SIDA et parfois sur la planification familiale. Bien que situé au sein du campus le centre accuserait un faible taux de fréquentation selon les responsables (80 à 90 étudiants par trimestre) contrastant avec la connaissance de son existence par les étudiants (61,5%).

Deux raisons pourraient justifier cet état de fait :

- l'insuffisance de communication et d'information sur les activités du centre : en dehors des activités de sensibilisation organisée en 2010 en partenariat avec l'ABBEF le centre n'a organisé aucune autre campagne d'envergure à même de toucher les cités universitaires.
- le fait que les étudiants vivent en dehors du campus dans des secteurs souvent éloignés. C'est le cas des secteurs 28, 29, 30 abritant 42,9% des étudiants avec un rayon minimum de 6 km. Ils se rendent à l'université essentiellement pour les activités académiques.

En plus du faible taux de fréquentation, nous avons constaté un problème de disponibilité des produits contraceptifs au niveau du centre d'écoute. En dehors du préservatif masculin, aucune autre méthode de contraception n'est disponible. Cette indisponibilité des produits contraceptifs trouverait sa justification d'une part dans le manque de moyens financiers de la structure pour son approvisionnement en produits. D'autre part, dans le fait que le service de santé auquel est rattaché le centre d'écoute aurait décidé de ne rendre disponible les produits contraceptifs qu'au niveau du dépôt pharmaceutique. Ils ne sont donc accessibles, pour la plupart que sur prescription médicale.

Cette situation pourrait donc porter préjudice à l'utilisation massive de la contraception par les étudiants.

7. CONCLUSION

Cette étude qui s'est déroulée dans les universités publiques de Ouagadougou nous a donné l'opportunité d'évaluer le niveau de connaissance des étudiants en matière de contraception, d'apprécier le taux d'utilisation et d'analyser leur comportement. Elle nous a permis également de révéler des obstacles pouvant être un frein à l'utilisation des méthodes contraceptives et de recueillir les suggestions des étudiants afin d'améliorer l'accès à ces méthodes.

Au terme de l'étude, le constat est le suivant : les étudiants des universités publiques de la ville de Ouagadougou ont un niveau de connaissance très élevé des méthodes contraceptives. Cependant le niveau d'utilisation reste peu satisfaisant malgré une adhésion à la pratique.

De nombreux obstacles relatifs à des facteurs psychosociaux : doute sur la fiabilité, craintes des inconvénients ; à l'accessibilité financière et à la disponibilité des produits contraceptifs ont été retrouvés. La correction de ces facteurs pourrait aider à inverser cette tendance.

Devant la nécessité d'améliorer la santé de la reproduction dans cette frange de la population, une analyse plus approfondie des obstacles, prenant en compte tous les déterminants de la non utilisation des produits contraceptifs serait souhaitable.

8. SUGGESTIONS

Après analyse de notre étude, il nous semble utile de faire les suggestions suivantes :

A l'endroit du Ministre de la santé

Installer des centres de planification familiale aux lieux de résidence des étudiants et faire baisser le coût des méthodes contraceptives pour eux.

A l'endroit du directeur général de la Santé de la famille

Mettre en place un numéro vert d'information, gratuit et accessible à tous les jeunes avec préservation de l'anonymat. Ce système devrait être un tremplin pour fournir des informations justes en matière de contraception.

A l'endroit du directeur général du CENOU

1. Mettre à la disposition du centre d'écoute pour jeunes des ressources financières nécessaires pour son approvisionnement en produits contraceptifs.
2. Inclure la prise en charge des produits de contraception dans les prestations de la mutuelle.

A l'endroit des étudiants

1. Fréquenter les centres d'écoute pour jeunes notamment celui du service de santé du CENOU qui est créé pour les étudiants. Cela leur permettra d'exposer les problèmes se rapportant à la santé sexuelle et d'avoir des informations justes en matière de contraception.
2. S'adresser toujours à un service habilité avant toute utilisation de produits contraceptifs.

3. Adopter un comportement sexuel responsable en prenant les précautions nécessaires pour éviter les grossesses non désirées, les IST et le VIH/SIDA.

9. REFERENCES

1. **Addo VN, Tagoe-Darko ED.** Knowledge, practices, and attitudes regarding emergency contraception among students at a university in Ghana, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2009; 105:206–209.
2. **Aggarwal O, Sharma AK, Chhabra P.** Study in Sexuality of Medical College Students in India. *Journal of adolescent health*, 2000; 26: 226–229
3. **Arevalo M, Jennings V, Sinai I.** Efficacy of a new method of family planning: the Standards Days Method. *Contraception*, 2002; 65: 333-338.
4. **Arowojolu AO, Ilesanmi AO, Roberts OA, Okunola MA.** Sexuality, contraceptive choice and AIDS awareness among Nigerian undergraduates. *African journal of reproductive health*, 2002; 6: 60-70
5. **Ashford L, Kashiwara H, Gwatkin D, Suliman ED.** L'écart de santé entre les riches et les pauvres. *Population Référence Bureau*, Washington DC, juillet 2004 :8.
6. **Attende C.** enquête connaissances, attitudes, croyance et pratiques (CACP) en milieu scolaire du Gabon. VII^{ème} Conférence Internationale sur le SIDA en Afrique-Programme final et livres des résumés. Yaoundé, 1992: 234.
7. **Barbour B, Salameh P.** Knowledge and practice of university students in Lebanon regarding contraception. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 2009 ; 15 :387-399
8. **Barry B.** Avantages de la MAMA. Rapport de situation du Burkina Faso (AM) 1994 : 7-10.

9. **Barry REV.** Les connaissances, attitudes et pratiques du personnel de santé de Bobo-Dioulasso en matière de planification familiale. Thèse de méd, Université de Ouagadougou, FSS ; 1997 ; n°49 : 98.
10. **Bicaba A, Rawlings B, Ouedraogo B.** L'acceptabilité et la faisabilité d'introduire la méthode des jours fixes® (MJF) de planification familial dans les cliniques de la santé de la reproduction au Burkina Faso. Rapport final; Juillet 2005: 51.
11. **Bonzi M.** Etude multicentrique sur les comportements sexuels, connaissances et croyances sur le SIDA en milieu scolaire burkinabè dans vingt provinces du Burkina Faso. Thèse de méd, Université de Ouagadougou, FSS, 1995 ; n°11 : 59.
12. **Campana A.** Médecine de la reproduction, endocrinologie – Family planning : Guidelines, reviews, www.gtmer.ch ; Octobre 2004
13. **Cissé CT, Moreau JC.** Comment améliorer la prescription et l'utilisation des contraceptifs en Afrique de l'Ouest. La lettre du Gynécologue, Mai 2005 ;302 :10-13.
14. **Cuzick J, Singer A, De Stavolo BL, Chomet T.** Case-control study of risks factors for cervical intra-epithelial neoplasia in young women. Europ J Cancer, 1990; 26: 684-690.
15. **Family Health International.** Allaitement maternel. Network en français 1993; 8 (1): 35.
16. **Family Health International.** La contraception après un rapport non protégé. Le choix du contraceptif Network en français 1996 ; 15-19.
17. **Family Health International.** Le préservatif féminin, état de la recherche programme et politique de santé 2002.

18. **Forrest KA.** Condoms and withdrawal. In: Swanson JM and Forrest KA, eds. Men's reproductive health. New York, Springer publishing, 1984: 214-225.
19. **Free MJ.** Condoms: the rubber in: Corson SL, Derman RJ and Tyrer LB, Fertility Control. Boston, Little, Brown, 1985: 257-268.
20. **French RS, Cowan FM.** Contraception for adolescents. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology, 2009; 23: 233–247
21. **Gichangi PB, Karanja JG, Kigundu CS, Fonck K, Temmermant M.** Knowledge, attitudes, and practices regarding emergency contraception among nurses and nursing students in two hospitals in Nairobi, Kenya. Contraception, 1999; 59: 253–256.
22. **Guiella G, Woog V.** Santé sexuelle et de la reproduction des jeunes au Burkina Faso: un état des lieux. Occasionnal report n°12, Mai 2004 ; 39.
23. **Hatcher RA, Rinehart W, Blackburn R, Geller JS, Shelton JD.** Eléments de la technologie de la contraception : Manuel à l'intention du personnel clinique. Programme d'information sur la population de l'université Johns Hopkins. Octobre 2000 ; Chapitres 1-16.
24. **Haub C. 2004** Word population data sheet. Population Référence Bureau, Washington DC aout 2004 : 8p.
25. **Institut National de la statistique et de la Démographie (INSD) et ORC macro.** Enquête démographique et de santé du Burkina Faso 2003, Calverton, Maryland, USA : INSD et ORC Macro ; 2004 :455.
26. **Institut National de la Statistique et de la Démographie.** Annuaire statistique 2009 ; 2010 :445.

27. **International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer.** Cervical cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data for 16573 women with cervical cancer and 35509 women without cervical cancer from 24 epidemiological studies. *Lancet* 2007; 370: 1609–1621.
28. **Ippf RA.** Initiatives. Impliquer les hommes dans les programmes de santé reproductive, *Africa Link* 1996 : 8-17.
29. **Kanga HS, Moneyhamb L.** Use of emergency contraceptive pills and condoms by college students: a survey. *International Journal of Nursing Studies*, 2008; 45: 775–783.
30. **Kanon SH.** Conduites sexuelles à risque d'infection et connaissances du SIDA en milieu scolaire urbain de Banfora (Burkina Faso). Thèse de méd : Université de Ouagadougou : ESSSA, 1991 ; n°25 : 59
31. **Lansac J.** Le cancer du col de l'utérus. *La pratique médicale*, 1988, **32** : 9-27.
32. **Les Centres pour le Contrôle des Maladies Transmissibles.** Allaitement. Dans : *Planification familiale, méthodes et pratiques pour l'Afrique, Géorgie*, 1985 : 31-46.
33. **Les Centres pour le Contrôle des Maladies Transmissibles.** Contraceptifs injectables et autres contraceptifs progestatifs. Dans : *Planification familiale, méthodes et pratiques pour l'Afrique, Géorgie*, 1985 : 163-174.
34. **Les Centres pour les Contrôles des Maladies.** Contraceptifs hormonaux vue d'ensemble. Dans : *planification familiale méthodes et pratiques pour l'Afrique. Géorgie*, 1985 : 137-162.

35. **Madre JF.** Les cycles sexuels de la femme. Fév. 2001. Consulté le 28 décembre 2011. Consultable à l'URL : [http : // www.femiweb.com / physio/ cycle/.htm](http://www.femiweb.com/physio/cycle/.htm).
36. **Masmoudi-Soussi J, Bellaaj-Lachtar F, Aloulou-Bouguecha J, Amami O, Halouani A, Jarraya A.** Vie sexuelle des adolescents (enquête auprès de 352 étudiants tunisiens). *Annales Medico Psychologiques*, 2006; 164: 395–401.
37. **Miller ML.** College student knowledge and attitudes toward emergency contraception. *Contraception*, 2011; 83 : 68–73.
38. **Ministère de la santé Burkina Faso.** Direction de la santé de la mère et de l'enfant, memo sur la planification familiale, 2011 :8 .
39. **Ministère de la santé Burkina Faso.** Direction de la santé de la mère et de l'enfant. Plan stratégique de sécurisation des produits de la santé de la reproduction 2009-2015. 2010 : 92
40. **Ministère de la Santé Burkina Faso.** Direction des études et de la planification. Tableau de bord de la santé 2007 ; juin 2008 :46.
41. **Nacanabo RNP.** Connaissances et pratiques de la contraception chez les adolescentes en milieu scolaire de la ville de Ouagadougou. Thèse de méd : Université de Ouagadougou ; unité de formation et de recherche en science de la santé, 2007 ; n°32 : 69.
42. **Nanéma M.** Les facteurs déterminants les comportements sexuels à risque des adolescents scolaires face au SIDA : cas de quelques lycées et collèges. Ouagadougou ; mémoire de maitrise présenté à l'unité de formation et de recherche en sciences humaines : 2004 : 110

43. **Nkegoum B, Belley Prisco E, Mbakop A, Gwet Bell.** Lésions précancéreuses du col utérin chez la femme camerounaise: aspects cytologiques et épidémiologiques de 946 cas. *Gynécologie obstétrique et fertilité*, 2001; 29, 1: 15-20.
44. **Noufe S.** Les déterminants du recours à la contraception d'urgence chez les étudiantes de l'université de Ouagadougou. Mémoire de master en population et santé : Ouagadougou : I.S.S.P. ; 2008 : 34-35.
45. **O'sullivan JP.** Interobserver variation in the diagnosis and grading of depearysis in cervical smears: specialist cytopathologist compared with non specialist. *J Clin Pathol*, 1994; 00: 514-8.
46. **Oliveras E.** Guide de poche à l'intention des prestataires de services de planification familiale. 1996-1998 ; 2nd Edition :322.
47. **OMS.** Série de rapports techniques 1997 ; 483 :5.
48. **Perlemuter L, Perlemuter G.** Guide de Thérapeutique. 2^e Edition actualisée, Masson, 2002 : 600-610.
49. **Robin G, Massart P, Letombe B.** La contraception des adolescentes en France en 2007. *Gynécologie obstétrique et fertilité* 2007 : 35(10) : 951-967.
50. **Rowen TS, Smitha JF, Eisenberg ML, Breyer BN, Drey EA, Shindel AW.** Contraceptive usage patterns in North American medical students. *Contraception*, 2011; 83: 459–465.
51. **Rozembam H.** Mode d'action. Dans. Cent questions sur les stérilets. Mont rouge : Laboratoire S. EARLE, 1976 : 85-94.

52. **Sepou A, Nguembi E, Yanza MC, Ngbale R, Nali MN.** Comportement sexuel des étudiants de l'université de Bangui (Centrafrique), *Médecine Tropicale* 2004; 64 : 163-167.
53. **Simbar M, Tehrani FR, Hashemi Z.** Reproductive health knowledge, attitudes and practices of Iranian college students. *Revue de Santé de la Méditerranée Orientale*, 2005; 11: 888-897.
54. **Sorhaindo A, Becker D, Fletcher H, Garcia SG.** Emergency contraception among university students in Kingston, Jamaica: a survey of knowledge, attitudes, and practices. *Contraception*, 2002 ; 66 : 261–268
55. **UNFPA.** Etat de la population 2004. Le consensus du Caire 10ans après : la population la santé en matière de reproduction et l'effort mondial pour éliminer la pauvreté 2004 :116
56. **Wright VC.** Age at time of first intercourse. Chronologic age as basis for Pap smear screening. *Can Med Assoc J*, 1982; 00: 127-31.
57. **Zalha M.S.** Obstacles à l'utilisation des services de planification familiale à Ouagadougou au Burkina Faso. Thèse de méd, Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto- Stomatologie du Mali : Bamako : 2004 ; n° : 117.

ANNEXES

Pr Ag. Blandine THIEBA/BONANE/SDS

MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRE ET SUPERIEUR

BURKINA FASO

Unité - Progrès - Justice

SECRETARIAT GENERAL

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

Ouagadougou, le 30 MAR 2011

PRESIDENCE

03 BP 2021 Ouagadougou 03
Tél. : (226) 50 30 70 6 456
Fax : (226) 50 30 72 42

N° 2011-_____ /MESS/SG/UO/P

800692

**Le Président de l'Université
de Ouagadougou**

Au

Professeur Agrégée Blandine
THIEBA/ BONANE

Gynécologue Obstétricienne

S/C de Monsieur le Directeur de l'CFR/SDS

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

Objet : Autorisation d'enquête

Comme suite à votre correspondance en date du 9 mars 2011 sollicitant ma collaboration pour la conduite d'une enquête auprès des étudiants en vue de la thèse de doctorat de l'étudiant Loceni BANHORO, j'ai le plaisir de vous informer que je marque mon accord à votre requête.

En raison de la spécificité du thème de recherche, l'étudiant conduira son étude dans le strict respect des valeurs universitaires.

Pr. Jean KOULIBIATI
Chevalier de l'Ordre national *



AF/JK
MINISTÈRE DES ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRE ET SUPÉRIEUR

SECRETARIAT GÉNÉRAL

UNIVERSITÉ OUAGA II

PRÉSIDENCE

12 BP 417 Ouaga 12
Tél : 50 36 99 60

N°2011-00056/MESS/SG/UNIVERSITÉ OUAGA II/P



BURKINA FASO
Unité – Progrès – Justice

Ouagadougou, le 17 mars 2011

Le Président

A

Madame THIEBA/BONANE
Blandine,
Professeur Ag. Gynécologue
Obstétricienne
Téléphone : 70 20 56 32

- OUAGADOUGOU -

OBJET : Demande d'autorisation d'enquête

RÉF : Votre lettre du 09 mars 2011

Madame,

Par lettre citée en référence ci-dessus, vous avez sollicité la collaboration de mes services au profit de Monsieur Loceni BANHORO pour mener une enquête auprès des étudiants au cours de la période du 01 avril au 30 juin 2011 dans le cadre de son sujet de thèse de doctorat d'études en médecine.

J'ai l'honneur de vous faire connaître que je marque mon accord pour la conduite de l'enquête dans la période mentionnée.

Veuillez agréer, Madame, l'expression de ma considération distinguée.

Pr Karifa BAYO
Chevalier de l'Ordre national



Liste des promotions retenues

UFR/SH : Sociologie : 3^{ème} année
Géographie : 1^{ère} année

UFR/LAC : Anglais : 3^{ème} année
Lettres Modernes : 1^{ère} année

UFR/SEA : Physiques : 4^{ème} année
Sciences Et Technologies : 1^{ère} année

UFR/SJP : Droit : 3^{ème} année
Droit : 2^{ème} année

UFR/SVT : Sciences et Technologie : 2^{ème} année
Microbiologie : 4^{ème} année

UFR/SDS : Médecine : 3^{ème} année
Pharmacie : 1^{ère} année

IBAM : Licence Professionnelle Finance Appliquée
Commerciale : 3^{ème} année
Finance Comptabilité/Banque et Gestion : 1^{ère} année

UFR/SEG : Macroéconomie Gestion du Développement : 4^{ème} année
Sciences Economiques et de Gestion : 1^{ère} année

Questionnaire

Le présent questionnaire vous est adressé dans le cadre d'un travail de fin d'études (thèse de doctorat en médecine) sur le thème : « connaissances attitudes et pratiques de la contraception en milieu estudiantin de l'université de Ouagadougou et OuagaII ». Il s'adresse aux étudiants du 1^{er} et du 2nd cycle de l'université de Ouagadougou et de OuagaII. Il est strictement anonyme et son remplissage prend environ 15 minutes.

Nos sincères remerciements pour votre franche collaboration.

Pour toute information, veuillez contacter M. Loceni BANHORO 70140053/78690211

Fiche n°

I- Identification du questionnaire

I-1 date de l'enquête /...../...../...../

I-2 UFR /..... Filière Niveau d'étude.....

II- Identification et caractéristiques socioculturelles de l'enquêté

II-1 Quel est votre âge ? /.....ans/

II-2 Quel est votre sexe ? - Masculin [.....] - Féminin [.....]

II-3 Quelle est votre religion ?

- Chrétienne [.....] - Musulmane [.....] - Animiste [.....]

- Autres (préciser).....

II-4 Quelle est votre nationalité ?

- Burkinabé [.....]

- Autre [.....] préciser.....

II-5 Quelle est votre ethnie ?

- Mossi [.....] - Gourounsi [.....] - Gourmantché [.....]

- Bissa [.....] - Samo [.....] - Peulh [.....]

- bobo [.....]

- Autre (préciser).....

II-6 Quelle est votre situation matrimoniale ?

- Mariée [.....] - Célibataire [.....]

- Concubinage [.....] - Divorcée [.....]

II-7 Si mariée à quel âge ? /.....ans/ et à quel niveau d'étude ?

- 1^{er} cycle du secondaire [.....] - 2^{ème} cycle du secondaire [.....]

- Supérieur [.....]

II-8 Si non avez-vous un partenaire régulier ?

- Oui [.....] - Non [.....]

II-9 Quel est votre lieu d'habitation pendant l'année universitaire ?

- En cité universitaire [.....] - Seule en location [.....] - Avec des amis (es) [.....]

- Avec vos parents [.....] - Avec votre conjoint [.....] - Avec un tuteur/tutrice [.....]

- Autres (préciser).....

II-10 Quel est votre lieu d'habitation pendant les vacances ?

- En cité universitaire [.....] - Seule en location [.....] - Avec des amis (es) [.....]

- Avec vos parents [.....] - Avec votre conjoint [.....] - Avec un tuteur/tutrice [.....]

- Autres (préciser).....

II-11 Quel est votre secteur de résidence ?.....

II-12 Quel est votre moyen de déplacement habituel ?

- Moto [.....] - Vélo [.....] - Bus/taxi [.....]

- Voiture personnelle [.....] - A pied [.....]

II-13 Quelle est votre source de revenu ?

- Bourse [.....]
- Amis (es) [.....]
- Autre (préciser).....
- FONER [.....]
- Activités [.....]
- Parents/conjoint [.....]

III- Connaissances et utilisation des méthodes de contraception

III-1 Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ?

- Oui [.....]
- Non [.....]

III-2 Si oui pour la première fois quel âge aviez-vous ?/.....ans / et quelle était la raison ?

- Sentiment [.....]
- Menace ou peur [.....]
- Autre (préciser).....
- Curiosité [.....]
- Devoir conjugal [.....]
- Faire comme les autres [.....]
- Besoin financier [.....]

III-3 Entretenez-vous régulièrement des rapports sexuels ?

- Oui [.....]
- Non [.....]

III-4 Ces rapports sont-ils protégés ?

- Toujours [.....]
- Jamais [.....]
- Parfois [.....]

III-5 Avez-vous déjà entendu parler des méthodes de contraception ?

- Oui [.....]
- Non [.....]

III-6 Quelles sont les méthodes contraceptives que vous connaissez ou dont vous avez entendu parler ?

III-7 Citez deux avantages et deux inconvénients des méthodes que vous connaissez

-Avantages :.....

-Inconvénients :.....

III-8 Avez-vous déjà utilisé une méthode contraceptive ?

- Oui [.....]
- Non [.....]

III-9 Si non, pourquoi ?

III-10 Quelles sont les méthodes que vous avez déjà utilisées ?

III-11 Avez-vous eu recours à un agent de santé ?

- Oui [.....]
- Non [.....]

III-12 Où peut-on avoir accès à ces méthodes contraceptives ?

- Service de santé du CENOU [.....]
- ABBEF [.....]
- Centre de santé [.....]
- Pharmacie [.....]

- Autres (préciser).....
III-13 Selon vous quelles sont les méthodes contraceptives qui protègent contre le VIH ?

.....
.....
.....

III-14 Utilisez-vous actuellement une méthode contraceptive ?

- Oui [.....] - Non [.....]

Si oui laquelle

III-15 Connaissez-vous la contraception d'urgence ?

- Oui [.....] - Non [.....]

III-16 Avez-vous déjà utilisé la contraception d'urgence ?

- Oui [.....] - Non [.....]

Si oui pour quelle(s) raison(s) ?

- Echec du préservatif [.....] - Rapport sexuel sans contraception [.....]

- autres.....

III-17 Avez-vous des enfants ?

- Oui [.....] - Non [.....]

Si oui combien /...../

La ou les grossesse(s) était (ent) elle (s) désirée(s) ?

- Oui [.....] - Non [.....]

III-18 Si non désirez-vous avoir un enfant d'ici la fin de vos études ?

- Oui [.....] - Non [.....]

III-19 Etes-vous en grossesse actuellement ?

- Oui [.....] - Non [.....] - Ne sait pas [.....]

Si oui est-elle désirée ?

- Oui [.....] - Non [.....]

III-20 Combien d'enfants désirez-vous avoir ? /.....enfant(s)/

III-21 Avez-vous entendu parler de centres d'écoute pour jeunes ?

- Oui [.....] - Non [.....]

III-22 Savez-vous qu'il y a un centre d'écoute pour jeunes au service de santé du CENOU ?

- Oui [.....] - Non [.....]

III-23 Quel commentaire avez-vous à faire par rapport à la contraception?

.....
.....
.....
.....

III-24 Que proposez-vous pour améliorer l'accès des étudiants aux méthodes de contraception ?

.....
.....
.....
.....

**Merci pour votre contribution !
Bon courage pour vos études !**

SERMENT D'HYPPOCRATE

« En présence des maîtres de cette école et de mes chers condisciples, je promets et je jure 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 de salaire au-dessus de mon travail.

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

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque. »

Titre : connaissances, attitudes et pratiques de la contraception en milieu étudiantin des universités publiques de la ville de Ouagadougou (Burkina Faso).

Résumé

Nous avons mené une enquête dans le but d'étudier la contraception en milieu étudiantin afin d'améliorer l'accessibilité des méthodes contraceptives aux étudiants.

Il s'est agit d'une étude transversale réalisée entre le 01 Avril et le 30 Juin 2011 dans les universités publiques de la ville de Ouagadougou. Un questionnaire a été administré à un échantillon de 720 étudiants choisis de façon aléatoire.

L'âge moyen des étudiants était de 23,5 ans, la tranche d'âge de 20-24 ans était la plus représentée (68,6%). L'âge moyen au premier rapport sexuel était de 19,2 ans. Tous les étudiants avaient une connaissance en matière de contraception et 73,1% en avaient une attitude positive. Les étudiants ont pu citer au moins 02 avantages dans 70,8% des cas. Le taux d'utilisation de méthodes contraceptives était de 51% avec 56,7% et 40,9% respectivement pour les étudiants et les étudiantes. Le préservatif était la méthode la plus connue (90,8%) et la plus utilisée (81,1%) suivi par les contraceptifs oraux. La contraception d'urgence était peu connue (33,1%). En matière de protection contre le VIH/SIDA le préservatif reste la méthode la plus connue (88,5%). Des obstacles liés à des facteurs psychosociaux, l'accessibilité financière et à la disponibilité des produits de contraception ont été dégagés.

La sensibilisation et la correction des obstacles suscités pourraient contribuer à l'amélioration de la santé reproductive des étudiants.

Mots clés : contraception-étudiants-universités publiques-Ouagadougou

Auteur : Loceni BANHORO

Tel : (00226) 70 14 00 53

E-mail : b_loce@yahoo.fr

Title: Knowledge, attitudes and practices of contraception among students in public universities in the city of Ouagadougou (Burkina Faso).

Abstract

We conducted a survey to study contraception among students in order to improve the accessibility of contraceptives to students.

He is a cross-sectional study conducted between April 1 and June 30, 2011 in public universities in the city of Ouagadougou. A questionnaire was administered to a sample of 720 students randomly selected.

The average age of students was 23.5 years; the age group of 20-24 years was the most represented (68.6%). The average age at first intercourse was 19.2 years. All students had knowledge about contraception and 73.1% had a positive attitude. The students could name at least 02 benefits in 70.8% of cases. The rate of contraceptive use was 51% with 56.7% and 40.9% respectively for male and female students. The condom was the most known (90.8%) and most used (81.1%) followed by oral contraceptives. Emergency contraception was not widely known (33.1%). In protecting against HIV / AIDS condom remains the best known method (88.5%). Obstacles related to psychosocial factors, financial accessibility and availability of contraceptive products have been identified. Awareness and correction of obstacles raised could contribute to improving the reproductive health of students.

Keywords: Contraception-student- public university-Ouagadougou

Author: Loceni BANHORO

Tel: (00226) 70 14 00 53

E-mail: b_loce@yahoo.fr

MINISTERE DES ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRE ET SUPERIEUR (MESS)

BURKINA FASO
Unité-Progrès-Justice

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE
EN SCIENCES DE LA SANTE (UFR/SDS)

SECTION MEDECINE

03 BP : 7021 OUAGADOUGOU 03
Tél. : 50 33 73 97 Fax : 50 33 73 98

Ouagadougou, le 17 Août 2012

ATTESTATION DE CORRECTION

Je soussignée **Professeur Blandine BONANE/THIEBA**, directrice de thèse certifie que le **Docteur Loceni BANHORO**, a apporté des corrections à sa thèse intitulée : « Connaissances, attitudes et pratiques de la contraception en milieu estudiantin des universités publiques de la ville de Ouagadougou (Burkina Faso) » conformément aux recommandations des membres du jury.

Vu et permis d'impression

La Directrice de thèse

Pr Blandine BONANE/THIEBA

Chevalier de l'ordre National



Le Président du jury

Pr Jean LANKOANDE

Officier de l'ordre National