

CONTRACEPTION D'URGENCE CHEZ LES ÉTUDIANTES EN SANTÉ AU BÉNIN ET AU MALI

Emergency contraception among health students in Benin and Mali

TRAORE L. F.¹ ; DIOP S.² ; CHANOU Y.¹, DIAWARA S. I.¹ ; DIAWARA A.¹

¹ Faculté de médecine et d'Odontostomatologie, DER de Santé publique et spécialités, UER Ecologie humaine, Anthropologie & Ethique/Bioéthique. BP : 1805 Bamako. République du Mali.

Auteur correspondant : Dr Lalla F. TRAORE, Faculté de médecine et d'Odontostomatologie, DER de Santé publique et spécialités, UER Ecologie humaine, Anthropologie & Ethique/Bioéthique. BP : 1805 Bamako. République du Mali. Tél : +223 76459047. Email : lfatouma@hotmail.com.

RESUME

But : Le but de cette étude est de contribuer à prévenir les conséquences liées à une activité sexuelle et une fécondité précoces chez les jeunes. Elle se veut d'analyser les logiques d'utilisation de la contraception d'urgence chez les étudiantes en santé. **Matériels et méthodes :** Transversale, l'étude a concerné les étudiants inscrits pour l'année académique 2012-2013 à Bamako et Cotonou. Elle avait deux volets dont un qualitatif préparatoire et l'autre qualitatif décisionnel. **Résultats :** Toutes les étudiantes enquêtées ont entendu parler de la contraception. La proportion d'étudiantes ayant déjà eu un rapport sexuel a été de 91,2%. Lors du premier rapport sexuel, seulement 20,3% des étudiantes sexuellement actives ont utilisé un moyen contraceptif. Par rapport au recours à la contraception d'urgence par les étudiantes sexuellement actives, neuf sur dix ont eu recours à la contraception d'urgence **Conclusion :** L'analyse des données de cette étude permet de savoir que la contraception d'urgence est bien connue des étudiantes en milieu universitaire médical. Et bien qu'elles soient conscientes de ses limites en termes de protection contre une grossesse non désirée et des IST/VIH, elles ne sont pas prêtes à privilégier le préservatif qui leur offre cette double protection. **Mots clés :** contraception d'urgence, sexualité, étudiantes des facultés des sciences de la santé, Bénin, Mali.

ABSTRACT

Aim: The purpose of this study is to help prevent the consequences associated with early sexual activity and fertility in young people. It is intended to analyze the logical use of emergency contraception among health students. **Materials and methods:** Cross-sectional, the study involved students enrolled for the 2012-2013 academic year. It took place in Bamako and Cotonou over two periods. It had two components, a qualitative preparatory and qualitative decisional one. **Results:** All students surveyed had heard of contraception. The proportion of students who have had sexual intercourse is 91.2%. At first sexual intercourse, only 20.3% of sexually active students used a contraceptive method. Compared to the use of emergency contraception by sexually active students, nine out of ten have used emergency contraception. **Conclusion:** The analysis of data from this study helps to know that emergency contraception is well known by students in medical academia. And although they are aware of its limitations in terms of protection against unwanted pregnancy and STIs / HIV, they are not ready to focus on condom, which offers them the double protection. **Keys words:** Emergency contraception; sexuality; students of health sciences faculties; Benin; Mali.

INTRODUCTION

Ce 21^{ème} siècle sera, dans le cadre de la santé sexuelle et reproductive, celui de tous les défis pour tous les acteurs en particulier les jeunes. En effet, ils sont de plus en plus sexuellement actifs précocement et contribuent largement à la croissance de la population globale. Les statistiques de 2010 fournies par l'UNFPA montrent que dans les pays en voie de développement 3% des femmes âgées de 20 à 24 ans ont donné vie avant 15 ans et cette proportion s'élève à 19% dans la même tranche d'âge avant 19 ans. Les chiffres de l'Afrique de l'ouest et de l'Afrique centrale sont les plus élevés en la matière ; ils sont de l'ordre de 6 et 28% respectivement (1). En d'autres termes et selon la même source, chaque année 3,2 millions d'adolescentes subissent des avortements dangereux et 70 000 d'entre elles meurent des suites des complications de la grossesse ou de l'accouchement. Et ce sont

encore les jeunes qui courent les risques les plus élevés en matière de VIH (2) et de grossesse non désirée (3). Ces données sont les témoins des difficultés et insuffisances rencontrées dans l'élaboration et la mise en œuvre des stratégies, programmes et projets de santé sexuelle et reproductive des jeunes notamment leur composante planning familial en termes de satisfaction des besoins, d'accès aux soins et d'utilisation des services.

Depuis 1994, le lien a été établi de façon indissociable entre les questions de population et celles de développement au Caire (Egypte) (4). La planification familiale a été clairement perçue comme étant la mesure devant permettre aux couples et aux individus d'atteindre leur objectif de procréation, d'empêcher les grossesses non désirées et à risque (5). En 1995 à Beijing (Chine), à la Quatrième conférence mondiale sur les femmes, la promotion du bien-être de la femme

(à tout âge) était à l'ordre du jour et les questions relatives à la santé, aux droits sexuels et reproductifs ont été traitées (6). De ces conférences, jusqu'à la déclaration des Objectifs du millénaire pour le développement, la communauté internationale et les gouvernements des différents pays signataires des conventions en matière de santé sexuelle et reproductive n'ont cessé d'élaborer des stratégies et d'intervenir pour assurer à chaque âge requis et à chaque individu le bien-être qui lui est dû dans le domaine de la santé de la reproduction à travers la planification familiale. En effet pour la majorité des pays en voie de développement avec des pyramides des âges à base large et la vulnérabilité des systèmes de développement, la planification familiale pourrait être la solution pour prévenir les risques liés à une fécondité et activité sexuelle précoces en termes de morbidité, de mortalité maternelle et infantile (7).

Au vu des réalités et les besoins du monde de ce XXI^{ème} siècle, le principal défi à relever concernant les jeunes est de leur permettre de réaliser le plein de leur potentiel et de contribuer valablement à créer un avenir meilleur durable (8). Assurer aux jeunes l'accès aux informations, à l'éducation, aux soins et services en matière de santé sexuelle et reproductive y compris les produits contraceptifs en est la stratégie. Globalement ou prise une à une, chacune des composantes de cette stratégie peut en effet influencer le comportement des jeunes en faveur d'une participation responsable à leur santé sexuelle et reproductive (9). Ainsi en admettant que l'éducation est un facteur de protection contre les comportements à risque car donnant aux jeunes la capacité de faire un traitement adéquat des informations liées à leur santé, la présente étude se veut d'analyser les logiques d'utilisation de la contraception d'urgence chez les étudiantes des facultés des sciences de la santé (sciences infirmières, médecine, odontostomatologie et de pharmacie) au Mali et au Bénin.

La compréhension des attitudes et pratiques en matière de sexualité et de reproduction des jeunes, même s'il s'agit d'une proportion spécifique, peut contribuer à prévenir les risques liés à une activité sexuelle et fécondité précoces de même que les effets démographiques qui peuvent en découler.

MATERIELS ET METHODES

L'étude a été de type transversal et a concerné les étudiants inscrits pour l'année académique 2012-2013. Elle s'est déroulée sur deux périodes, de juin à août 2013 à Bamako et d'octobre à décembre au Bénin. Elle avait deux volets dont un qualitatif préparatoire et l'autre qualitatif décisionnel. Les données du premier volet, collectées à partir de questionnaires,

renseignaient sur les caractéristiques sociodémographiques, les connaissances, attitudes et pratiques en matière de contraception d'urgence. Celles du second volet ont été recueillies à partir des entretiens de groupes focalisés avec les étudiants dans les deux capitales concernées. Elles concernaient leurs opinions sur la contraception d'urgence ; leurs choix préférentiels et leurs attitudes.

Pour participer au volet qualitatif préparatoire de l'étude, les étudiantes devaient être consentantes et être étudiantes de la 1^{ère} à la 6^{ème} année selon les spécialités (médecine, pharmacie, odontostomatologie, assistance sociale, kinésithérapie, nutrition et diététique). La taille de l'échantillon a été calculée à partir de la formule de Schwartz et porté sur 400 étudiantes sélectionnées de façon aléatoire, soit 200 étudiantes dans chaque capitale.

La collecte des informations s'est effectuée dans le respect des règles d'éthiques. Les questionnaires ont été remplis sans aucune forme de contrainte ou rémunération.

Pour le traitement des données, les résultats des entretiens de groupes focalisés et des entretiens ont été transcrits puis saisis pour permettre leur exploitation à partir des grilles d'analyses qualitatives. Concernant les données individuelles, elles ont été codifiées en numérique afin de permettre leur exploitation.

Les logiciels qui ont servi à l'exploitation des données et à la saisie du rapport ont été SPSS 21.0 pour la saisie et l'analyse des données ; Excel 2007 pour les graphiques et les tableaux ; Word 2007 pour le traitement de texte et Atlas ti pour les données des focus group.

RESULTATS

Données sociodémographiques : Parmi les échantillons, la tranche d'âge 19-22 ans a été la plus représentée avec 48% à Bamako et 42,5% à Cotonou. Les âges extrêmes étaient 16 ans pour l'étudiante la plus jeune à Cotonou et 28 ans pour la plus âgée à Bamako. Par rapport au statut matrimonial, toutes les étudiantes (100%) de l'échantillon de Cotonou étaient célibataires contre 66,5% de celles de l'échantillon de Bamako. Au total 83,2% des étudiantes étaient célibataires. La répartition des étudiantes par religion donne 73% de musulmanes à Bamako et 93,5% de chrétiennes à Cotonou. Pour le niveau d'étude, ce sont les étudiantes de la première année qui étaient prédominantes à Bamako tout comme à Cotonou avec respectivement 35% et 39%. Concernant la résidence, 100% des étudiantes à Cotonou habitent en famille et 72% de celles à Bamako sont au Campus.

Connaissances sur la contraception : De façon générale, toutes les étudiantes ont entendu parler de la contraception. Pour ce qui est du contenu à lui donner, la majorité des

étudiantes (43%) estiment que la contraception signifie «l'espacement des naissances». Cette proportion n'est pas très différente de celle (41%) qui pense qu'elle équivaut à « limiter les naissances ». Pour la santé de la mère et celle de l'enfant, les proportions sont respectivement 13,5% et 2,5%. L'évaluation du niveau de connaissance des étudiantes sur les moyens de contraception a révélé que la pilule, le préservatif, la technique du retrait, l'abstinence, le DIU, le Norplant, les spermicides sont les moyens les plus connus des étudiantes (96,8%). Le moins connu des moyens contraceptifs est le patch oestroprogestatif avec 2,7%.

Contrairement à la contraception ordinaire, la contraception d'urgence n'est pas connue de toutes les étudiantes (2 et 6,5% respectivement à Bamako et Cotonou n'en ont jamais entendu parler). L'évaluation du niveau de connaissance des étudiantes qui ont entendu de contraception d'urgence sur les différents types de contraceptifs dans ce do

maine a établi que c'est la pilule du lendemain qui est la plus connue (100% à Bamako et 97,3% à Cotonou). Pour ce qui est de la connaissance des limites de la contraception d'urgence contre tout risque de grossesse, 54 et 77,5% des étudiantes respectivement à Bamako et à Cotonou savent qu'elle ne protège pas ses utilisatrices contre tous les risques. Pour ce qui est des IST, l'unanimité a été faite autour du fait que la contraception d'urgence n'offre pas une protection contre les IST lors des groupes d'entretien focalisés. Pour combler cette insuffisance, les participants préconisent le mono-partenariat sexuel et la fidélité dans les couples.

Comportements et pratiques : Les proportions d'étudiantes ayant déjà eu un rapport sexuel sont respectivement 96 et 86,5% à Bamako et Cotonou. L'âge moyen au premier rapport sexuel est de 14,7 ans à Cotonou et 16,3 ans à Bamako. Parmi les étudiantes sexuellement actives, seules 26% utilisent une méthode contraceptive à Bamako contre 8,7% à Cotonou. Les moyens utilisés sont en premier le préservatif, la Jodelle et la technique du retrait.

Par rapport au recours à la contraception d'urgence par les étudiantes sexuellement actives, 9/10 en ont eu recours et cela avec uniquement la pilule du lendemain à Bamako comme à Cotonou. Le rapport sexuel non protégé a été la principale raison évoquée pour l'utilisation de la contraception d'urgence par les étudiantes à Cotonou comme à Bamako (43,2 et 43,9%). L'automédication (49% à Bamako et 47% à Cotonou) a été la principale décision pour le recours à la contraception d'urgence. Le conseil du partenaire, des ami(e)s ou des camarades a été évoqué comme

motivation pour l'utilisation de la pilule du lendemain.

Choix préférentiels : A l'expression de leur préférence entre la contraception d'urgence et les méthodes contraceptives ordinaires, les étudiantes utilisatrices d'une méthode contraceptive et ayant eu recours aussi à la contraception d'urgence, 86,7 et 72% respectivement à Cotonou et Bamako préfèrent la contraception d'urgence. Ce choix est partagé par les garçons car pour eux tous c'est une solution rapide, pas contraignante et facile d'utilisation – *‘c'est juste un comprimé’*.

Parmi les étudiantes qui ont admis le fait que la contraception d'urgence ne protège pas ses utilisatrices contre tous les risques de grossesse, seulement 35,5 et 23,1% respectivement à Cotonou et à Bamako, acceptent de privilégier le préservatif comme moyen de prévention des grossesses non désirées. Cet état de fait est lié à un certain nombre de désagréments évoqués par les étudiantes comme *“le préservatif qui reste souvent au fond du vagin”, l'irritation, le manque de confort et de plaisir, la rupture du préservatif et la douleur lorsque le préservatif n'est plus lubrifié*. Les étudiants ont insisté sur le manque de confort et de plaisir. Ils ont cité également le retard d'éjaculation qui engendre un sentiment de frustration, d'énervement surtout chez la partenaire et ceci les fait se sentir *« nuls »*. Le dernier point souligner par les étudiants concerne le prix du préservatif – *«les bons préservatifs coutent chers en pharmacie et nous n'avons pas confiance à ceux vendus dans les boutiques»*.

Pour mieux expliciter leur perception sur le préservatif, les étudiants n'ont pas hésité à dire que *«on ne peut pas plastifier sa langue et prétendre vouloir goûter au miel, il n'y aura forcément pas de sensation»*.

DISCUSSIONS

Cette étude a permis de voir plus clair dans la logique d'utilisation des moyens de contraception d'urgence par les étudiantes en santé au Bénin et au Mali. Elle nous édifie sur leur choix qui est de trouver surtout une solution à une grossesse non désirée que d'adopter un comportement responsable pour l'éviter. Kobelembi (9) a abouti à la même conclusion par rapport à la connaissance des conséquences par les jeunes d'une sexualité précoce et l'adoption des mesures préventives. Le niveau d'éducation et la nature des matières enseignées ont eu des effets positifs sur leur niveau de connaissance en matière de contraception et celle d'urgence en particulier. Mais l'intériorisation des informations reçues afin d'aboutir à un comportement sexuel et de procréation responsable n'a pas été effectuée. Les étudiantes, malgré le fait qu'elles admettent dans la majorité des cas le fait que

les moyens en matière de contraception d'urgence ne protègent pas contre tous les risques de grossesse et d'infection, ne sont pas prêtes à privilégier le préservatif dans leur contact sexuel.

Caractéristiques socio démographiques : La tranche d'âge la plus représentée a été celle de 19-22 ans. Cela s'explique par l'âge requis pour le début à l'école (7 ans) et la durée du cycle pour aboutir au baccalauréat (12 ans) et celle des études médicales (4 ans minimum). Les âges extrêmes dans notre étude ont été respectivement de 17 et 28 ans à Bamako avec une moyenne d'âge de 22 ans. A Cotonou, l'étudiante la plus jeune avait 16 ans et la plus âgée avait 25 ans ; la moyenne d'âge était de 20 ans. Ces chiffres sont supérieurs à ceux retrouvés chez Miller (10) car ayant travaillé sur des échantillons extraits du cycle secondaire. L'âge moyen a été de 18 ans.

Pour le statut matrimonial, 100% des étudiantes de l'échantillon de Cotonou étaient célibataires. Par contre à Bamako, certaines étudiantes étaient mariées (21,5%), d'autres fiancées (12%), le reste de l'échantillon (66,5%) était célibataire. Cela pourrait s'expliquer d'une part par le fait qu'en milieu universitaire le mariage n'est pas la première préoccupation et d'autre part par la différence culturelle observée dans les pays.

La totalité des étudiantes de l'échantillon de Cotonou soit 100% vivaient en famille. Cette proportion est de 28% à Bamako contre 72% des étudiantes qui vivaient sur le campus. Ceci pourrait s'expliquer par la localisation des différentes facultés, la disponibilité des structures d'accueil et les possibilités offertes aux étudiants.

Connaissances : Il est ressorti de l'étude que 100% des étudiantes des différentes facultés concernées avaient entendu parler de la contraception. Ceci n'a certainement rien d'étonnant vu les études qu'elles mènent. L'espacement de naissance est le contenu le plus répandu chez les étudiantes (43,5% à Bamako et 42,5% à Cotonou). Il est globalement suivi de près par la limitation de naissance (41%). A examiner les résultats, nous notons un paradoxe au niveau des proportions en rapport avec la santé de la mère et celle de l'enfant. Les étudiantes de ces facultés d'études médicales semblent ne pas voir le lien entre la santé de la mère et celle de l'enfant. Elles ont globalement répondu que la contraception est liée à la santé de la mère à 13,5 % contre 2,5% à celle de l'enfant. Toutes les étudiantes connaissaient au moins un moyen contraceptif parmi ceux identifiés pour l'évaluation à savoir la pilule, le préservatif, le retrait, l'abstinence, le DIU, l'implant (Norplant), le spermicide, le DID, la courbe de température et le patch oestroprogestatif.

Les moyens les plus connus des étudiantes des facultés des sciences de la santé sont la pilule, le préservatif, le retrait, l'abstinence, le DIU, l'implant (Norplant), le spermicide. Ceci s'explique certainement par leur facilité d'accès et leur mode d'emploi. Goarzin (12) a trouvé un résultat analogue avec l'étude qu'elle a mené dans laquelle la pilule, le préservatif, le stérilet, le retrait et l'abstinence étaient les moyens les plus connus des jeunes. Le DID, la courbe de température et le patch oestroprogestatif ont été les moins pratiqués par les étudiantes à Bamako comme à Cotonou. Au vu des contraintes d'utilisation, de l'efficacité et de l'apparition plus récente de ces moyens ou méthode de contraception, leur adoption s'en ressent.

La contraception d'urgence n'est pas connue à l'unanimité des étudiantes, 2 % de celles de Bamako et 6,5% de celles de Cotonou n'en ont jamais entendu parler. Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'elles n'ont pas encore amorcé une vie sexuelle active pouvant les amener à vouloir contrecarrer une éventuelle grossesse non désirée.

La pilule du lendemain est la seule connue des contraceptifs d'urgence par les étudiantes des facultés des sciences de la santé à Bamako qui ont déclaré en avoir entendu parler. A Cotonou, cette proportion est de 97,3% ; pour la pilule du lendemain et le DIU, elle est respectivement de 0,5 et 2%.

La faible proportion pour l'EllaOne à Cotonou ou le fait que les étudiantes de Bamako n'en ont jamais entendu parler s'expliquerait parce que non disponible dans les deux pays. Elle a été lancée en 2009 en Europe et est délivrée uniquement sur ordonnance. L'internet a été la source d'information des étudiantes de la FSS de Cotonou qui ont cité l'EllaOne et le stérilet comme contraception d'urgence. Concernant le stérilet, la majorité des étudiantes, bien que le connaissant, ignorait son utilisation comme contraceptif d'urgence. Ceci se rattache aux règles de prescription qui ont longtemps prévalu à son propos (contre-indication chez les nullipares, utilisation comme méthode de contraception d'arrêt). L'utilisation du stérilet a été souvent associée au fait d'avoir déjà eu des enfants non comme moyen d'espacement des grossesses ou contraception de première intention. En effet, la prévalence du stérilet augmentait avec le nombre d'enfant et avec l'âge. Le stérilet était utilisé par 1,5% des femmes de 18-25 ans alors qu'il concernait 23,3% des femmes de plus de 46 ans. Et seulement 0,5% des femmes n'ayant pas d'enfant l'utilisaient contre 33,3% des femmes ayant 4 enfants (11); (12).

Comportement/Pratique : La majorité des étudiantes de l'échantillon des deux villes ont déjà eu des rapports sexuels soit 96% des

étudiantes des facultés des sciences de la santé à Bamako et 86,5% à Cotonou. Celles qui ont déclaré être encore vierges sont de l'ordre de 4% à Bamako et 13,5% à Cotonou. Ces proportions s'expliquent par la précocité des rapports sexuels. Les résultats des travaux de Goarzin (12) et de Kobelembi (9) corroborent cette thèse. Ils ont trouvé respectivement que 49,5% et 48% des adolescentes avaient eu déjà des rapports sexuels.

L'âge au premier rapport sexuel était 17 ans pour 19% de l'échantillon de Cotonou avec une moyenne à 14,7ans et des extrêmes à 14 et 21ans. Pour l'échantillon de Bamako, il est de 18 ans pour 20% des étudiantes avec une moyenne à 16,3 ans et des extrêmes à 13 et 21ans.

Parmi les étudiantes sexuellement actives, seules 26% utilisent une méthode contraceptive à Bamako contre 8,7% à Cotonou. Les méthodes utilisées sont en premier le préservatif, la Jadelle et la technique du retrait.

Par rapport au recours à la contraception d'urgence par les étudiantes sexuellement actives, neuf sur dix ont eu recours à la contraception d'urgence à Bamako comme à Cotonou. Le seul contraceptif d'urgence utilisé par les étudiantes de l'échantillon des deux villes est la pilule du lendemain (Norlévo).

La majorité des étudiantes de l'échantillon des deux villes ont utilisé la pilule du lendemain par automédication soit 49% de celles de Bamako et 47% de celles de Cotonou ; 23% des étudiantes de notre échantillon de Bamako et 26% de celui de Cotonou ont cité les partenaires pour la même question.

Les rapports sexuels non protégés sont les motifs de recours à la contraception d'urgence à raison de 44% à Bamako et 43% à Cotonou ; suivi du coït interrompu pratiqué par 28% des étudiantes de l'échantillon de Bamako et 31% de celles de Cotonou ; enfin vient la rupture ou le glissement du préservatif subi par 28% des étudiantes de notre échantillon de Bamako et 26% de celles de Cotonou. Baudry (11) dans son étude a trouvé comme première cause de recours à la contraception d'urgence le rapport sans contraception suivi de l'oubli du contraceptif oral et enfin le préservatif rompu.

Choix préférentiels : Les étudiantes utilisatrices d'une méthode contraceptive préfèrent la contraception d'urgence à raison de 72% à Bamako et 87% à Cotonou aux autres méthodes contraceptives ordinaires même si elles admettent qu'elle ne protège pas contre tout risque de grossesse non désirée. Parmi celles-ci, seulement 23 et 36% à Bamako et Cotonou ont accepté de privilégier le préservatif. Ceci est un paradoxe au vu de leur statut d'étudiantes en sciences médicales et constitue une préoccupation majeure en

termes d'adoption d'une sexualité responsable puisque la contraception d'urgence ne protège pas contre les IST/VIH-SIDA.

CONCLUSION

L'analyse des données de cette étude permet de savoir que la contraception d'urgence est bien connue des étudiantes en milieu universitaire médical des deux villes concernées. Et bien qu'elles soient conscientes de ses limites en termes de protection contre une grossesse non désirée et des IST/VIH, elles ne sont pas prêtes à privilégier le préservatif qui leur offre cette double protection.

Ce choix préférentiel des étudiantes en santé illustre parfaitement le gap à combler entre l'acquisition de la connaissance et l'adoption de comportement responsable. Il aura des effets importants à plusieurs niveaux et tout au long de la vie des individus. Au plan individuel, les conséquences peuvent aller jusqu'à la mort suite à un avortement non sécurisé. Pour un pays, la multiplication de cette issue fatale ne manquera pas de saper les efforts d'amélioration de la santé maternelle donc de développement.

REFERENCES

1. Loaiza, E., & Liang, M. (2013). *Adolescent pregnancy: A Review of the evidence*. New York: UNFPA. P. 14
2. OMS. (2006). *Prévention du VIH/SIDA chez les Jeunes : Revue Systématique des Preuves des Pays en Développement*. Le Groupe de Force Inter agence de l'ONUSIDA sur les Jeunes Gens. ONUSIDA/FNUAP/UNICEF/OMS. Série des Rapports Techniques #938 de l'OMS. Geneva: WHO. Pp. 15-24
3. UNFPA. (2013). *Etat de la population mondiale: la mère-enfant. Face aux défis de la grossesse chez l'adolescente*. New York: UNFPA. Pp. 1-15
4. United Nations. (1995). *Rapport sur la Conférence internationale sur la population et le développement*. New York: UN. P. 15
5. Nations Unies. (1995). *Résumé du Programme d'Action de la Conférence internationale sur la population et le développement*. New York: Nations Unies. Pp. 15-16
6. United Nations. (1995). *Rapport de la Quatrième conférence mondiale sur les femmes*. New York: United nations. Pp. 37-42
7. Kuate-Defo, B. (1998). *Sexualité et santé reproductive durant l'adolescence en Afrique avec une attention particulière sur le Cameroun*. Québec: Ediconseil Inc. Pp. 223-236.
8. United Nations. (2014). *Plan directeur pour la suite à donner après 2014 au Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement*. New York: United Nations. Pp. 125-138.
9. Kobelembi, F. (2005). *Le comportement sexuel des adolescents à Bangui (RCA)*. Johannesburg : African Population Studies

Vol.20 n°2/Etude de la population africaine
vol. 20 n° 2. Pp. 65-99

10. Miller, W. (1973). *Sexuality, contraception and pregnancy in a highschool population*. California Med. , Pp. 14-21.
11. Baudry, E. (2010). *Les patientes sont-elles satisfaites de leur contraception?* Paris: Université de Paris XI. Pp. 53-60
12. Goarzin, M. (2008). *Les 15-25 ans face au risque de grossesse indésirée : enquêtes sur leurs connaissances et rôle préventif du médecin généraliste*. Paris: Université Paris VII, Denis Diderot. Pp. 63-91

Tableau 1: Répartition des étudiantes selon qu'elles aient entendu parler oui ou non de la contraception d'urgence.

		Bamako		Cotonou	
		N	%	N	%
A entendu parler de CU	Oui	196	98,0%	187	93,5%
	Non	4	2,0%	13	6,5%
Total		200	100,0%	200	100,0%

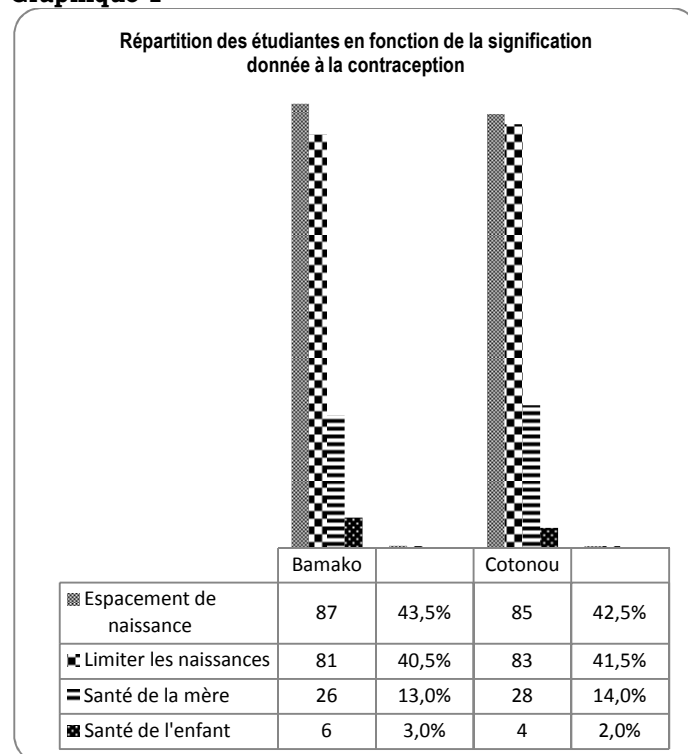
Tableau 2 : Répartition des étudiantes utilisatrices d'une méthode contraceptive selon leur préférence pour la contraception d'urgence.

		Bamako		Cotonou	
		N	%	N	%
Préfère la CU	Oui	36	72%	13	87%
	Non	7	14%	0	0%
	RAS	7	14%	2	13%
Total		50		15	

Tableau 3 : Répartition des utilisatrices de la CU ayant admis ses limites selon qu'elles acceptent de privilégier le préservatif ou non.

		Bamako		Cotonou	
		N	%	N	%
Privilégie le préservatif	Oui	25	23%	55	35%
	Non	73	68%	84	54%
	RAS	10	9%	16	10%
Total		108		155	

Graphique 1



Graphique 2 : Répartition des étudiantes sexuellement actives selon qu'elles aient déclaré avoir utilisé un moyen de contraception au premier rapport sexuel et par localité.

