

ETUDE DES CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DE LA CONTRACEPTION D'URGENCE CHEZ LES ETUDIANTES DE L'Université de Goma « UNIGOM » et de L'Université libre des Pays des Grands Lacs «ULPGL » à GOMA.

Par Dr MASHEKA KAPFUMBA Jean-Claude affecté à la division provinciale de la santé du Nord-Kivu

Email : mashekakapfumba@gmail.com

Résumé

Notre réflexion porte sur les connaissances, attitudes et pratiques de la contraception d'urgence chez les étudiantes de l'UNIGOM et de l'ULGL.

Nous avons mené une enquête transversale portant sur 677 étudiantes recrutées après un échantillonnage en grappe dans les deux universités. Sur la base d'un questionnaire préétabli, nous avons interviewé les étudiantes après leur acceptation à participer à l'enquête.

Les données recueillies ont été analysées avec le logiciel STATA 15 et la comparaison des variables effectuée avec le test de khi carré et un seuil de signification de 5 %.

Après nos investigations ; nous avons constaté que 625 (92,32%) étudiantes avaient déclaré avoir déjà entendu parler de la contraception d'urgence et la proportion de répondantes avec connaissances suffisantes était de 80,32%. L'évaluation de l'attitude vers une contraception d'urgence révèle que 533 (85,28%) répondantes avaient une attitude positive à l'égard de la CU. Sur 625 répondantes ayant déjà entendu parler de la CU, 416 avaient déjà eu des rapports sexuels parmi lesquelles 294 (70,67%) avaient déclaré avoir déjà utilisé la CU. Les étudiantes célibataires (OR ajusté=1,9 [1,1-3,2]), celles ayant des connaissances suffisantes (OR ajusté=3,0 [1,6-5,8]) et celles ayant une attitude positive (OR ajusté=2,4 [1,1-4,9]).

Les étudiantes connaissaient la méthode et y ont accès facilement. Cependant la répétition de l'utilisation souligne le besoin d'information de ces étudiantes sur les moyens classiques de contraception. Il convient de mener la réflexion sur l'intensification de la sensibilisation au campus en vue de réduire le risque d'avortement clandestin actuellement élevé.

Mots-clés : Comportement sexuel ; Connaissances, Attitudes ; Pratiques en santé ; Contraception post coïtale ; Étudiantes.

Abstract

Our reflexion focuses on the knowledge, attitudes and practices of emergency contraception among female student at the university of Goma and the university of free country of Great Lakes. We conducted a cross-sectional survey of 677 female students recruited after cluster sampling at the two universities. On the basis of a pre-established questionnaire, we interviewed the students after their participation in the survey.

The data collected was analysed with the STATA 15 software and the comparison of the variables carried out with the chi-square test and a single significant test of 5 percent.

After our investigation, we found that 625 (92,32 %) female students reported having heard of emergency contraception and the proportion of respondents with sufficient knowledge was 80,32%. The evaluation of the attitude towards emergency contraception reveals that 533 (85, 28%) of the respondents had a positive attitude towards EC, 416 had already had sexual intercourse among which 294 (70, 67%) said they had already used the C.U . single students (adjusted OR= 1,9) (1,1-3,2), those with sufficient knowledge (adjusted OR= 3,0) (1,6-5,8) and those with a positive attitude (adjusted OR = 2,4) (1,1-4,9).

The students knew the method and have easy access to it. However , the repetition of the use underlines the need for information of these students on the classic means of contraception. This is the need to reflect on the dissatisfaction of campus outreach to reduce the risk of clandestine abortion that is currently high.

Keywords : Sexual behaviour ; Knowledge ; Attitudes ; Practices in health ; Postcoital contraception ; Students.

INTRODUCTION

De nombreuses jeunes femmes sont à risque élevé de grossesse non désirée. Elles ont une contraception et n'ont généralement pas accès aux services de planification familiale ou ne se sentent pas à l'aise d'utiliser ces services. Pour prévenir les grossesses non désirées chez les adolescentes, les contraceptifs d'urgence peuvent aider à prévenir les risques pour la mère et l'enfant associés à une grossesse et à la procréation précoces. La grossesse chez les adolescentes peut entraîner une stigmatisation sociale grave et des conséquences sur la santé de la mère et de l'enfant. Dans de nombreux pays en développement, la grossesse limite considérablement l'éducation d'un adolescent et l'opportunité économique des frontières à l'avenir (Bearak J et al 2020).

Entre 2015 et 2019, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) avait enregistré dans le monde une moyenne annuelle de 73,3 millions d'avortements provoqués (sécurisés ou non). Les grossesses non désirées conduisent souvent à des avortements à risque et leur prévention conduit à celle de l'avortement.

Chaque année, environ 536 000 décès maternels ont lieu dans le monde et 99% de ces décès auront lieu dans des pays en développement. Chaque année, 4,7 % à 13,2 % des décès maternels peuvent être attribués à un avortement non sécurisé (Ganatra B et al 2017). Dans les régions développées, on estime que pour 100 000 avortements à risque, 30 femmes meurent. Ce chiffre atteint 220 décès pour 100 000 avortements à risque dans les pays en développement et 520 décès en Afrique

subsaharienne. Pratiquement tous les décès et cas d'incapacités dus aux avortements pourraient être évités par l'éducation sexuelle, l'utilisation de moyens de contraception efficaces, l'accès légal à l'avortement provoqué médicalisé, et à des soins prodigués à temps en cas de complications (Singh S et Maddow-Zimet 2016).

La plupart des décès surviennent dans des pays où l'avortement est légalement restreint, ce qui conduit à des procédures effectuées dans des conditions dangereuses. Environ 7 millions de femmes sont hospitalisées chaque année à la suite d'avortements à risque dans les pays en développement [Vlassoff M et al 2008]. Le coût annuel de traitement des principales complications dues aux avortements pratiqués est estimé à 553 millions de dollars (USD) (Hang B et Moneyham L 2008).

Face à cette situation d'avortement, l'OMS a suggéré l'usage de la pilule de contraception d'urgence (PCU) et son intégration dans les programmes nationaux de santé. Il s'agit d'une méthode de rattrapage utilisée pour éviter les grossesses non désirées suite aux rapports sexuels non protégés ou à la rupture accidentelle des préservatifs ou encore suite à l'oubli des pilules chez la femme (Goyaux N et al 2001 ; Fourn N et al 2014). La contraception d'urgence fait référence aux méthodes de contraception qui peuvent être utilisées pour prévenir la grossesse après un rapport sexuel. Ceux-ci sont recommandés pour une utilisation dans les 5 jours mais sont plus efficaces plus tôt ils sont utilisés après l'acte sexuel. La contraception d'urgence est indiquée pour prévenir la grossesse après des rapports sexuels non protégés ou insuffisamment protégés (Kgosiemang B et Blitz J 2018).

Une étude menée à l'Université de Parakou (Bénin) auprès d'étudiantes a montré que seulement 51% des personnes interrogées avaient déjà entendu parler de contraception d'urgence. Une autre étude menée auprès d'étudiantes au Botswana a indiqué que la connaissance globale sur la contraception d'urgence était de 95% et que seulement 22% l'avaient déjà utilisé au moins une fois (Berhan Y et Berhan A 2014)

Les jeunes sont confrontés à d'importantes menaces pour la santé sexuelle et reproductive, telles que les grossesses non désirées, les infections sexuellement transmissibles, la violence sexuelle et l'exploitation. Toutes ces situations, en particulier celles liées à la grossesse chez les adolescentes, peuvent avoir des répercussions importantes sur la santé. L'avortement non sécurisé dû à une grossesse non planifiée est l'une des principales causes de morbidité maternelle et de mortalité chez les femmes (World Health Organization 2006). Le risque de décéder suite à un avortement non sécurisé était le plus élevé en Afrique (Singh S et Maddow-Zimet 2016). Sur ce continent, l'OMS estime que près de la moitié des avortements ont lieu dans les pires conditions de sécurité. De plus, la mortalité due aux avortements à risque pèse de manière disproportionnée sur les femmes d'Afrique. Alors que ce continent comptabilise 29% de tous les avortements à risque, il s'y produit 62% des décès dont ils sont la cause.

L'amélioration de connaissances sur l'utilisation des contraceptifs est une étape cruciale vers la réduction de l'incidence des grossesses non désirées. Si la contraception d'urgence était largement utilisée, les grossesses non désirées et le besoin d'avortement provoqué pourraient être considérablement réduits (Addo VN et al 2009).

Dans de nombreux pays à faible revenu, le manque de connaissances et d'accès à la contraception d'urgence peut entraîner le recours à l'avortement à risque chez les jeunes femmes, ce qui contribue de manière significative à la mortalité et à la mortalité maternelles (World Health Organization 2006). Des études ont montré qu'il y avait une lacune dans les connaissances, l'attitude et l'utilisation de la contraception d'urgence dans les études menées dans différents pays en développement. Différentes études menées en Éthiopie, en Ouganda, au Ghana et au Kenya ont indiqué que la sensibilisation à la contraception d'urgence autour de 50% et l'utilisation est inférieure à 20% (Nworah JO et al 2010 ; Tajure N et Knowledge 2010 ; Byamugisha JK et al 2006 ; Mollen CJ et al 2008).

Cette notion d'utilisation de contraception d'urgence est toujours confrontée à plusieurs facteurs entre autres les caractéristiques sociodémographiques des jeunes filles, les connaissances et attitudes en regard avec la CU ainsi que la disponibilité et l'accessibilité de la CU. À cet égard, la question principale que l'on pourrait se poser est la suivante : les étudiantes l'Université de Goma et celles de l'ULPGL/Goma utilisent-elles la CU après des rapports sexuels non protégés ?

À cette question principale, viennent se greffer d'autres interrogations importantes.

- Quelle serait la fréquence d'utilisation de la CU chez les étudiantes l'UNIGOM et celles de l'ULPGL/Goma ?
- Quelle seraient les déterminants de l'utilisation de la CU chez les étudiantes dans ces deux universités de la ville de Goma ?

En guise d'hypothèse nous observons que dans d'autres pays africains, en RDC en général et dans la ville de Goma en particulier, de nombreuses jeunes filles universitaires seraient exposées à des grossesses non désirées et recourent moins à la contraception d'urgence ; Les caractéristiques personnelles, les connaissances et attitudes à l'égard de la contraception d'urgence constitueraient les facteurs qui influencent l'utilisation de la contraception d'urgence.

C'est ainsi que nous avons mené cette étude qui s'est fixé comme objectifs :

L'objectif général de cette étude est de contribuer à l'amélioration des connaissances sur les méthodes contraceptives d'urgence chez les étudiantes dans la ville de Goma.

De manière spécifique, la présente étude va :

- Déterminer le niveau de connaissances sur les méthodes contraceptives d'urgence chez les étudiantes de l'Université de Goma et celles de l'Université Libre des Grands Lacs (ULPGL) dans la ville de Goma ;
- Explorer l'attitude des étudiantes de l'UNIGOM et de l'ULPGL sur les méthodes contraceptives d'urgence ;

- Évaluer le niveau d'utilisation des méthodes contraceptives d'urgence chez les étudiantes de l'UNIGOM et de l'ULPGL.

I. MATERIEL ET METHODE

II.1. Type et période d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive, transversale analytique, réalisée du 1^{er} au 20 Mai 2021 auprès des étudiantes des Universités de Goma et ULPGL.

II.2. Population d'étude

Les étudiantes des Universités de Goma et ULPGL ont été choisi comme notre population d'étude. Ces derniers constituent nos deux strates et comptent un total de 5240 étudiantes inscrites régulièrement. Un échantillon de 682 étudiantes a été tirée aléatoirement pour participer à cette étude et répartie de manière équiprobable sur les deux Universités, Goma et ULPGL, pris commse strates.

II.3. Détermination de la taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon est calculée à l'aide de la formule mathématique de Lynch lorsque la taille de la population est connue :

$$n \geq \frac{NZ_{\alpha}^2(p \times q)}{Ne^2 + Z_{\alpha}^2(p \times q)}$$

$$n = \frac{5240 \times (1,96)^2 \times (0,5 \times 0,5)}{5240 \times (0,035)^2 + (1,96)^2 \times (0,5 \times 0,5)} = 682 \text{ étudiantes}$$

Où

n = la taille de l'échantillon

N = la taille de la population d'étude

Z_{α} = est le paramètre critique de loi normale au seuil de 5% dont la valeur est de 1,96

p = est le taux d'utilisation des contraceptives d'urgence, estimée par défaut à 50% soit 0,5 car la proportion exacte est supposée inconnue

q = est le taux de non-utilisation des contraceptives d'urgence, estimée par défaut à 50% soit 0,5 car la proportion exacte est supposée inconnue

e = correspondant à la marge d'erreur évaluée à 3,5% soit 0,035

L'échantillon est réparti dans la population de manière suivante :

Université	Effectif	Proportion
UNIGOM	341	0,50
ULPGL	341	0,50
Echantillon	682	1

II.4. Critères d'éligibilité

Pour que les participants soient inclus dans cette étude, les critères suivants devaient être remplis :

- Être inscrite comme étudiante régulièrement inscrite à l'Université de Goma et ULPGL ;
- D'avoir donné son consentement éclairé.

II.5. Collecte des données

Nous avons choisi d'évaluer leurs connaissances sur la contraception hormonale d'urgence à l'aide d'un questionnaire de recherche structuré ; cet outil garantit l'anonymat, permet d'interroger un grand nombre d'étudiantes. Le questionnaire était composé de huit questions fermées ciblant leurs connaissances sur la contraception hormonale d'urgence en abordant les connaissances, l'attitude et l'utilisation des contraceptives d'urgence.

Ils ont été remis en mains propres en début de chaque journée afin d'en préciser l'intérêt et de garantir l'anonymat aux étudiantes. Un temps de cinq à dix minutes était laissé afin qu'ils y répondent, puis les questionnaires étaient récupérés.

Dans un premier temps, le questionnaire a été testé en conditions réelles en mars 2021 auprès des étudiantes des Universités de Goma et celles de l'ULPGL. Ce test a permis de réaliser des modifications pour aboutir à la forme finale du questionnaire.

Une formation des enquêteurs d'une durée de deux (2) jours avec prétest du questionnaire auprès de 20 personnes a été réalisée. Les enquêteurs étaient au nombre de vingt (20) soit dix (10) par zone sanitaire.

Le questionnaire était administré à chaque personne incluse dans l'étude. Il comportait des variables portant sur le profil sociodémographique, les connaissances, les attitudes et pratiques sur la CU. Les connaissances portaient sur les déclarations en rapport avec la CU. Les attitudes s'intéressaient à la réponse affective, à la réaction, à la confiance et à la rumeur en ce qui concerne la CU.

II.6. Variables d'étude

Le questionnaire comportait plusieurs domaines liés aux facteurs sociodémographiques, aux connaissances, aux attitudes et à l'utilisation de la CU.

II.6.1. Variables indépendantes

Les détails sociodémographiques incluent l'âge, le niveau d'études, le statut matrimonial, la religion, le statut parental et les sources d'informations sur la CU. Les connaissances et les attitudes en rapport avec la CU ont également été considérées comme variables indépendantes dans notre étude.

Les connaissances ont été évaluées à l'aide d'un questionnaire à 7 items adapté de Abate *et al.* [17] et modifié pour convenir aux répondantes. Chaque réponse correcte pèse 1 point et 0 pour les réponses incorrectes. Plus les points sont élevés, plus la répondante est compétente.

Les attitudes ont été évaluées à l'aide de 8 questions de type Likert qui ont été adoptées par Abate *et al.* [17]. Les réponses étaient : fortement en désaccord, en désaccord, neutre, d'accord et fortement d'accord pesant respectivement 1 à 5 pour chaque énoncé positif. Dans notre étude, nous avons coté -2 pour la réponse « fortement en désaccord », -1 pour « en désaccord », 0 pour « neutre », 1 pour « en accord » et 2 pour « fortement d'accord ».

II.6.2 Variable dépendante

L'utilisation de la contraception d'urgence a été considéré comme variable dépendante.

Les participantes ont indiqué s'ils avaient déjà utilisé au moins une fois la contraception d'urgence (« oui » ou « non »).

II.7. Traitement et analyse des résultats

Les données ont été saisies sur Excel et analysées sur Epi-Info 3.3.2 et STATA 15.

L'analyse des données comportait deux parties : une partie descriptive et une partie analytique.

À propos des résultats descriptifs, les fréquences ont été calculées. Le calcul de moyennes avec leur écart-type a été effectué pour les variables quantitatives.

Pour évaluer la connaissance sur la CU, un score d'un (1) point a été attribué aux personnes ayant donné la bonne réponse, et un score de zéro (0) à la mauvaise

réponse. L'évaluation des connaissances sur la CU a été réalisée à l'aide de l'échelle Skills avec le calcul d'un score de connaissance dont une valeur supérieure à 60 % est dite bonne.

Pour identifier une attitude face à la CU, nous avons adopté l'échelle de 0 à 16 pour une attitude positive et de -16 à 0.

Pour les résultats analytiques, des analyses bivariées et multivariées ont été réalisées. Une analyse bivariée a été faite de croisements entre variables. Une comparaison de proportions était faite à l'aide du test du Khi 2 ou de celui de Fisher selon leurs conditions d'applicabilité. Le test était significatif si le p-value était inférieur à 0,05. L'odds ratio, entouré de son intervalle de confiance (IC) permettait de quantifier la force du lien.

II.8. Considérations éthiques

A un niveau élevé, l'autorisation et l'approbation ont été obtenues au niveau des secrétariats Académiques de l'Université de Goma et celle de l'ULPGL. Au niveau individuel, le consentement verbal a été reçu de chaque participant avant la collecte des données. Les répondantes ont reçu des informations détaillées et une description de la recherche et le fait que sa participation était volontaire et qu'elles pouvaient se retirer à tout moment si nécessaire. L'anonymat et la confidentialité des répondantes ont été assurées en utilisant des codes à la place de leurs noms, de sorte qu'aucune information n'a pu être liée à des répondantes spécifiques. De plus, la confidentialité a été garantie par le stockage des outils de collecte de données complétés dans un endroit sûr et verrouillé et seul le chercheur a accès aux données collectées.

III. RESULTATS

1. Caractéristiques sociodémographiques

Le tableau I montre la répartition des répondantes en fonction de caractéristiques sociodémographiques

Tableau I : Répartition des répondantes en fonction des caractéristiques sociodémographiques

Variable	Effectif (n=677)	Pourcentage
Age		
<20 ans	127	18,76
20-24 ans	412	60,86
25-29 ans	124	18,32
≥30 ans	14	2,07
Statut matrimonial		
Mariée	77	11,37
Célibataire	600	88,63
Niveau de scolarité		
1 ^{er} cycle	431	63,66
2 ^{ème} cycle	246	36,34
Statut parental		
Parents vivant ensemble	515	76,07
Parents divorcés	60	8,86
Père et/ou mère décédés	102	15,07
Situation d'habitation		
Vit avec ses parents	496	73,26
Vit avec des amies	31	4,58
Vit avec son conjoint	71	10,49
Vit seule	79	11,67
Religion		
Catholique	283	41,80
Protestante/Pentecôtiste	272	40,18
Musulmane	47	6,94
Méthodiste	15	2,22
Autres	60	8,86

Sur les 677 étudiantes participant à l'enquête, 79,62% étaient âgées de moins de 25 ans. La plus jeune avait 16 ans et la plus âgée 36 ans. L'âge moyen était de $22,2 \pm 2,9$ ans. Pour la plupart, elles étaient célibataires (88,63 %). Plus de 41% étaient catholiques, 40,18% étaient protestantes, 6,94% étaient musulmanes et 11,08% étaient d'autres confessions religieuses. Près de trois quart d'étudiantes vivaient avec leurs parents et 63,66% étaient au 1^{er} cycle.

2. Antécédents d'activité sexuelle

Sur un total de 677 répondantes, 421 (62,2%) avaient déclaré avoir déjà des rapports sexuels et 256 (37,8%) n'avaient pas encore eu.

Le tableau II donne la distribution des 421 répondantes en fonction des antécédents d'activité sexuelle.

Tableau II : Distribution des répondantes en fonction des antécédents d'activité sexuelle

Variable	Effectif (n=421)	Pourcentage
Age au premier rapport sexuel		
<15 ans	65	15,44
15-19 ans	243	57,72
≥20 ans	113	26,84
Antécédent de grossesse		
Oui	129	30,64
Non	292	69,36
Antécédent d'avortement		
Oui	89	21,14
Non	332	78,86
Nombre de partenaires sexuels les 12 derniers mois		
1	259	61,52
≥2	162	38,48

L'âge au premier rapport sexuel était compris entre 15 et 19 ans chez 57,72% des répondantes ; 30,64% d'entre elles ont déjà été enceintes au moins une fois et 21,14% ont un antécédent d'avortement. Plus d'un tiers (38,48%) des répondantes avaient deux partenaires ou plus.

3. Connaissances en rapport avec la contraception d'urgence

Des 677 étudiantes enquêtées, 625 (92,32%) avaient déclaré avoir déjà entendu parler de la contraception d'urgence et 52 (7,68%) n'en avaient jamais entendu parler.

La figure 1 montre la source d'information de répondantes en ce qui concerne la contraception d'urgence.

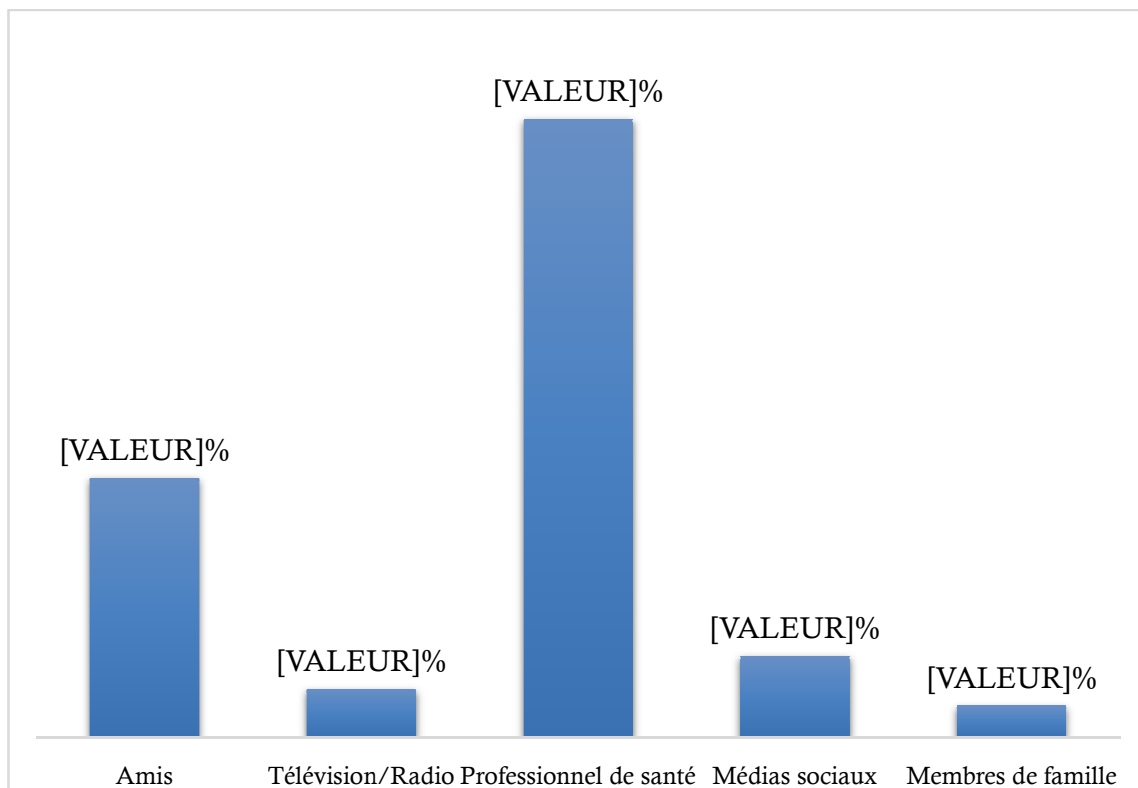


Figure 1 : Source d'information sur la contraception d'urgence

La plupart de répondantes (372/625) avaient comme source d'information le personnel de santé, 156 (24,96%) étaient informées par leurs amis et 49 (7,84%) étaient informées à travers les médias sociaux.

Le tableau III montre les réponses des répondantes aux items concernant les connaissances sur la CU. Les scores de connaissances calculés allaient de 0 à 7 avec une moyenne de $4,5 \pm 1,6$. La proportion de répondantes avec connaissances suffisantes était de 80,32% (502/625) et celle de répondantes avec connaissances insuffisantes était de 19,68% (123/625).

Tableau III : Réponses des répondantes aux items en rapport avec les connaissances

Items en rapport avec les connaissances	Effectif (n=625)	Pourcentage e
Choses à faire après un rapport sexuel non protégé		
Utiliser des pilules contraceptives d'urgence	516	82,56
Aucune alternative	18	2,88
Avortement	4	0,64
Je ne sais pas	87	13,92
Types de méthodes de contraception d'urgence		
Pilules contraceptives d'urgence (contraception orale)	512	81,92
Dispositif contraceptif intra-utérin	9	1,44
Dépo-provera	6	0,96
Je ne sais pas	98	15,68
Délai de prise de contraceptifs oraux d'urgence		
N'importe quand	24	3,84
Avant les rapports sexuels	39	6,24
24 heures après les rapports sexuels	280	44,80
72 heures après les rapports sexuels	174	27,84
120 heures après les rapports sexuels	7	1,12
Je ne sais pas	101	16,16
Dose de pilules contraceptives d'urgence		
Une dose	241	38,56
Deux doses	232	37,12
Trois doses	10	1,60
Je ne sais pas	142	22,72

Intervalle de temps entre les doses		
12 heures	283	45,28
24 heures	45	7,20
Je ne sais pas	297	47,52
Avantage de la contraception d'urgence		
Empêcher la grossesse	550	88,00
Contraception régulière	5	0,80
Régulation du cycle menstruel	9	1,44
Avortement	3	0,48
Je ne sais pas	58	9,28
Situations d'usage pour la contraception d'urgence afin de prévenir les grossesses non désirées		
Violée/Sexe forcé	124	19,84
Rupture du préservatif (condom déchiré en plein rapports sexuels)	29	4,64
Lorsque les pilules contraceptives ordinaires ne sont pas prises	21	3,36
Lorsqu'une personne n'utilise pas de contraceptifs	10	1,60
Dans toutes les situations ci-dessus	377	60,32
Je ne sais pas	64	10,24
Moyenne du score de connaissance (extrêmes)	4,5 ± 1,6	(0 – 7)

Lorsqu'on les interrogeait sur les options disponibles pour prévenir la grossesse non désirée, 516 (82,56%) ont répondu l'utilisation de la CU tandis que 87 (13,92%) ont signalé ne rien connaître. En ce qui concerne les méthodes de la CU, la majorité des répondantes (81,92%) ont mentionné les pilules contraceptives d'urgence (PCU), tandis que seulement neuf (1,44%) avaient mentionné le dispositif contraceptif intra-utérin. Concernant le moment opportun et les doses à prendre des PCU, 174 (27,84%) d'entre elles ont décrit dans les 72 heures ; 232 (37,12%) étudiantes ont déclaré deux fois sont les doses appropriées de PCU. De même, 283 (45,28%) répondantes ont mentionné que 12 heures sont l'intervalle de temps pour prendre les PCU. En ce qui concerne l'avantage de la CU, 550 (88%) avaient déclaré le fait de prévenir la grossesse (tableau III).

4. Attitudes en rapport avec la contraception d'urgence

Le tableau IV donne la distribution des réponses de répondants aux items en rapport avec les attitudes concernant la contraception d'urgence.

Tableau IV : Réponses des répondantes aux items en rapport avec les attitudes

Items en rapport les attitudes	Très d'acco rd	D'acco rd	Neutre	En désacco rd	Fort en désacco rd
• J'utiliserais des pilules contraceptives d'urgence si j'ai des rapports sexuels non protégés	23,7%	46,7%	22,1%	3,8%	3,7%
• Les méthodes de contraception d'urgence sont sûres	12,2%	14,9%	63,2%	7,4%	2,4%
• Je recommande les méthodes de contraception d'urgence à un ami	12,3%	20,6%	56,5%	6,1%	4,5%
• L'accessibilité accrue des contraceptifs d'urgence entraîne un comportement sexuel irresponsable	53,4%	12,8%	22,7%	6,4%	4,6%
• Mon partenaire a une attitude positive envers les méthodes de contraception d'urgence	9,1%	13,0%	72,6%	3,2%	2,1%
• Si le partenaire masculin est au courant de la contraception d'urgence, il est peut-être moins susceptible d'utiliser des préservatifs	14,7%	17,1%	59,0%	5,8%	3,4%
• L'accessibilité accrue des contraceptifs d'urgence fait que les femmes cessent d'utiliser d'autres formes de contraception	13,6%	46,9%	29,3%	7,5%	2,7%
• Les méthodes contraceptives d'urgence pourraient avoir un effet sur la fécondité future	56,0%	16,3%	21,8%	3,5%	2,4%
• La contraception d'urgence soit sans danger pour la plupart des femmes	17,4%	0,0%	57,8%	0,0%	24,8%
Moyenne du score d'attitudes	4,7 ± 4,3 (-14 et 18)				

Les scores d'attitudes calculés allaient -14 à 18 avec une moyenne de 4,7 ± 4,3. L'évaluation de l'attitude vers une contraception d'urgence révèle que 533 (85,28%) répondantes avaient une attitude positive à l'égard de la CU (Tableau IV).

5. Pratiques en rapport avec la contraception d'urgence

Sur 625 répondantes ayant déjà entendu parler de la CU, 416 avaient déjà eu des rapports sexuels parmi lesquelles 294 (70,67%) avaient déclaré avoir déjà utilisé la CU et 122 (29,33%) n'avaient jamais utilisé.

La figure 2 montre la distribution de 294 répondantes concernant la fréquence d'utilisation de la contraception d'urgence. Sur 294 répondantes, 44 (14,97%) ont mentionné qu'elles avaient déjà utilisé les PCU trois fois ou plus.

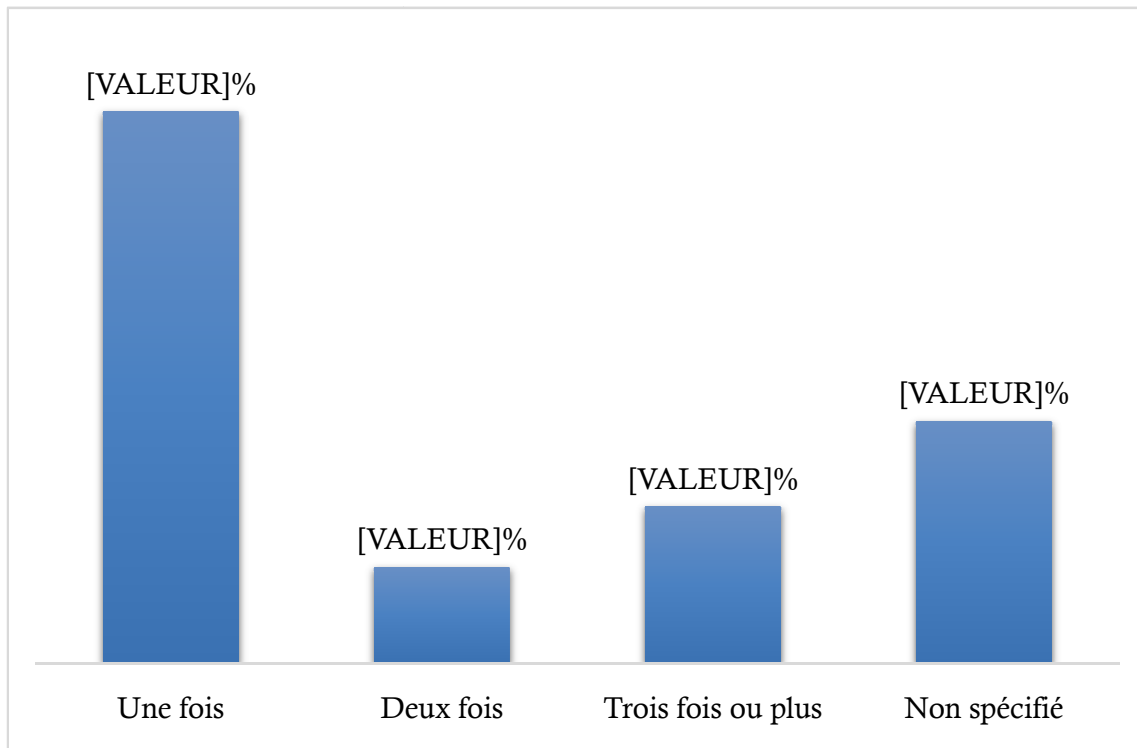


Figure 2 : Distribution de répondantes concernant la fréquence d'utilisation de la contraception d'urgence (n=294)

La figure 3 montre la distribution des répondantes selon la personne recommandant l'utilisation de la contraception d'urgence. La plupart de répondantes (165/294 soit 56,12%) avaient utilisé la CU sur recommandation de leurs amis.

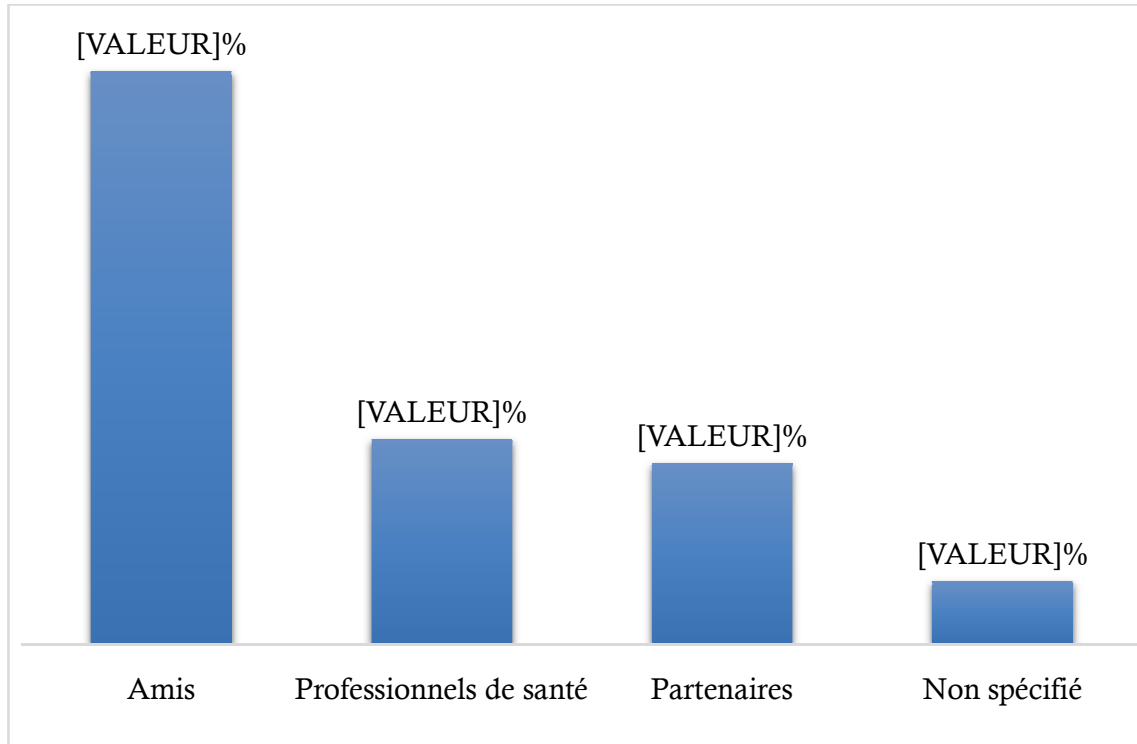


Figure 3 : Distribution des répondantes selon la personne recommandant l'utilisation de la contraception d'urgence

6. Déterminants de l'utilisation de la contraception d'urgence

Le tableau V montre les déterminants de l'utilisation de la contraception d'urgence.

Tableau V : Déterminants de l'utilisation de la contraception d'urgence chez les étudiantes à Goma

Variable	Total (N=416)	Utilisation de la CU		OR brut [IC95%]	OR ajusté [IC95%]	p
		Oui (n=294)	Non (n=122)			
Age						
<20 ans	54	39 72,22 %	15 27,78 %	1,2 [0,2- 5,0]	0,3 [0,1- 1,5]	0,13 8
20-24 ans	247	174 70,45 %	73 29,55 %	1,1 [0,2- 3,9]	0,4 [0,1- 1,6]	0,19 5
25-29 ans	102	72 70,59 %	30 29,41 %	1,1 [0,2- 4,2]	0,8 [0,2- 3,5]	0,81 3
≥30 ans	13	9 69,23	4 30,77	1,0	1,0	

			%		%			
Niveau de scolarité								
1 ^{er} cycle	238	17 9	75,21 %	59	24,79 %	1,0	1,0	
2 ^{ème} cycle	178	11 5	64,61 %	63	35,39 %	0,6 [0,4-0,9]	2,0 [0,7-5,5]	0,18 4
Statut matrimonial								
Mariée	74	40	54,05 %	34	45,95 %	1,0	1,0	
Célibataire	342	25 4	74,27 %	88	25,73 %	2,5 [1,5-4,1]	1,9 [1,1-3,2]	0,01 4
Situation d'habitation								
Vit avec ses parents	253	19 2	75,89 %	61	24,11 %	1,0	1,0	
Vit avec des amies	26	18	69,23 %	8	30,77 %	0,7 [0,3-1,7]	0,8 [0,3-2,1]	0,65 0
Vit avec son conjoint	69	38	55,07 %	31	44,93 %	0,4 [0,2-0,7]	0,6 [0,2-1,6]	0,27 6
Vit seule	68	46	67,65 %	22	32,35 %	0,7 [0,4-1,2]	0,6 [0,3-1,1]	0,08 0
Statut parental								
Parents vivant ensemble	302	21 8	72,19 %	84	27,81 %	1,0	1,0	
Parents divorcés	45	31	68,89 %	14	31,11 %	0,8 [0,4-1,7]	0,9 [0,4-1,8]	0,69 8
Père et/ou mère décédés	69	45	65,22 %	24	34,78 %	0,7 [0,4-1,3]	0,8 [0,4-1,4]	0,41 9
Religion								
Catholique	172	12 2	70,93 %	50	29,07 %	1,0	1,0	
Protestante/Pentecôtiste	163	11 4	69,94 %	49	30,06 %	0,9 [0,6-1,5]	0,9 [0,5-1,4]	0,54 3
Musulmane	32	23	71,88 %	9	28,13 %	1,0 [0,5-	0,9 [0,4-2,2]	0,76 8

						2,4]		
						1,0		
Autres	49	35	71,43 %	14	28,57 %	[0,5-2,1]	1,0 [0,5-2,2]	0,91 2
Connaissances								
Insuffisantes	54	26	48,15 %	28	51,85 %	1,0	1,0	
Bonnes	362	268	74,03 %	94	25,97 %	[1,7-5,5]	3,0 [1,6-5,8]	0,00 1
Attitudes								
Négatives	40	19	47,50 %	21	52,50 %	1,0	1,0	
Positives	376	275	73,14 %	101	26,86 %	[1,6-5,8]	2,4 [1,1-4,9]	0,02 1

Le statut matrimonial était associé de manière significative à l'utilisation de la CU ($p = 0,014$). Les femmes célibataires étaient plus susceptibles d'utiliser de la CU par rapport aux femmes mariées (OR ajusté=1,9 [1,1-3,2]). En analyse bivariée, le niveau d'éducation était significativement associé à l'utilisation de la CU traduisant que les étudiantes de 2ème cycle étaient moins susceptibles d'utiliser la CU comparativement aux étudiantes du 1er cycle (OR brut=0,6 [0,4-0,9]). Cette corrélation n'a pas été significative en analyse multivariée.

La probabilité d'utiliser la CU a augmenté à mesure que le niveau de connaissances des sujets d'étude a augmenté. Les répondantes avec des bonnes connaissances sur la CU étaient plus susceptibles d'utiliser la CU par rapport à celles ayant des connaissances insuffisantes sur la CU (OR ajusté=3,0 [1,6-5,8]). L'attitude des répondantes à l'égard de la CU a été associée de manière significative à l'utilisation de la CU ($p = 0,021$). Le résultat a montré que la probabilité d'utiliser la CU augmentait parmi les répondantes ayant une attitude positive (OR ajusté=2,4 [1,1-4,9]).

IV. DISCUSSION DES RESULTATS

Dans la présente étude, 80,32% des participants à l'étude connaissaient suffisamment la contraception d'urgence. L'étude a également révélé que 85,28% des répondantes avaient une attitude positive à l'égard de la CU. L'utilisation de la CU était de 70,67%. L'utilisation de la CU était significativement associée au statut matrimonial célibataire (OR ajusté=1,9 [1,1-3,2]), à un niveau suffisant de connaissances sur la CU (OR ajusté = 3,0 [1,6-5,8]) et à une attitude positive à l'égard de la CU (OR ajusté = 2,4 [1,1-4,9]).

La majorité (79,62%) des répondantes était âgée de moins de 25 ans avec une moyenne d'âge de $22,2 \pm 2,9$ ans. Dans l'étude de Mishore *et al.* [18], la majorité (94 %) des participants à l'étude inclus étaient âgés de 24 ans ou moins, ce qui est considéré comme un groupe d'âge sexuellement actif [22]. Ce constat est également conforme à une étude similaire réalisée au Nigeria [23].

Les résultats de cette enquête transversale ont montré que plus de 90% des étudiantes ont déclaré avoir déjà entendu parler de la CU et plus de 80% avaient des connaissances suffisantes sur la CU. Ce résultat concorde avec les conclusions des travaux effectués au Ghana et au Nigéria [12,24,25] et à ceux rapportés dans les pays asiatiques [26,27] bien qu'il existe des différences en termes de proportions trouvées. Ces différences s'expliqueraient par la disponibilité ou non de l'information, vulgarisant la méthode de contraception d'urgence à tous les niveaux du système de soins dans ces différents pays. Les sources d'information les plus fréquentes sont les professionnels de santé (59,52%), les amies qui ont acquis l'expérience de cette pratique ainsi que les médias en l'occurrence l'internet. Ce constat est similaire à celui fait par d'autres auteurs [28-30].

Dans une étude nigériane, la majorité des étudiants ont obtenu leurs informations sur la CU à partir de contextes formels avec Internet et amis [31]. Ceci est similaire à

une étude menée auprès de femmes éthiopiennes de premier cycle où les établissements de santé représentaient 69,3% des sources d'information sur la CU [29]. Peu d'étudiantes obtenaient des informations de leurs membres de famille ; les parents/tuteurs ne donnent pas à leurs enfants des informations sur la contraception en raison de la socioculture ou des croyances religieuses. Certains jeunes qui tombent enceintes ont un avortement provoqué par peur de la réaction de leurs parents nécessitant la pertinence de la communication parent-enfant sur les questions sexuelles [15].

La majorité de répondantes (81,92%) mentionnait la pilule contraceptive d'urgence comme méthode contraceptive d'urgence, tandis que 1,44% mentionnaient le dispositif contraceptif intra-utérin. Seules 27,84% d'étudiantes avaient correctement indiqué que 72 heures étaient le délai d'utilisation de la méthode. L'étude a également constaté que les connaissances des répondants à l'égard de la CU étaient significativement associées à l'utilisation de la CU. Les répondants ayant de bonnes connaissances étaient plus susceptibles d'utiliser la CU que ceux ayant de mauvaises connaissances (OR ajusté=3,0 [1,6-5,8]). L'étude a également indiqué que les femmes non mariées étaient plus susceptibles d'utiliser la CU que les femmes mariées. Nos résultats sont similaires à ceux rapportés par Abate *et al.* [17] en Ethiopie. Cette constatation est différente de l'étude menée par Alemtu auprès des étudiants de la ville d'Arba Minch en Ethiopie [32].

Plus 85% des participants à l'étude avaient une attitude positive à l'égard des contraceptifs d'urgence. Bien que les femmes instruites aient généralement une attitude positive à l'égard de la CU.

Contrairement à d'autres médicaments contraceptifs, la CU n'est pas administrée régulièrement. Il est administré dans les cas de relations sexuelles non protégées, qui comportent le risque d'une grossesse indésirable [14]. La connaissance de l'accessibilité et la prise en charge dans le délai défini sont nécessaires pour une utilisation appropriée et efficace de la CU [33,34].

Parmi celles qui en ont entendu parler, 70,67% ont déclarées avoir déjà utilisé la CU. Cette proportion observée dans le milieu universitaire corrobore celle rapportée par une récente enquête réalisée au Cameroun [30] et au Bénin [8]. Mais d'autres filles ne trouvent pas opportun d'en faire usage en raison de leur conviction religieuse, de la crainte d'éventuels effets secondaires. Ces constats sont relevés également chez les élèves nigérianes qui ont surtout insisté sur la conviction religieuse [35,36]. Néanmoins, 24,15% des étudiantes ont déclaré faire usage de la pilule à base de levonorgestrel même plus d'une fois dans leur vie sexuelle. En fait, la pilule à levonorgestrel est la plus fréquemment utilisée dans la plupart des pays africains [37,38]. Cette fréquence est plus élevée que celle de la littérature africaine qui indique, à l'exception de l'Afrique du Sud [37], une utilisation de moindre importance comme par exemple en Ouganda [15] et en Éthiopie [17].

La plupart de répondantes (73,81%) avaient utilisé la CU sur recommandation de leurs amis/partenaires. Par ailleurs, de récentes études ont montré que les partenaires sexuels masculins ont une influence dans l'usage des pilules d'urgence et poussent les femmes à une forte volonté de ne pas poursuivre une grossesse pour laquelle leur avis n'est pas favorable. La valeur intrinsèque de la contraception est qu'elle élimine l'obligation des femmes surtout les adolescentes de choisir entre l'avortement et une grossesse non désirée. Mais force est de constater que la pratique des méthodes contraceptives modernes en général a du mal à conquérir les femmes en Afrique [8]. Dans plusieurs pays africains, les prestataires limitent l'information sur la CU, craignant une utilisation abusive ou la multiplication de comportements sexuels à risque ou encore la négligence des méthodes classiques de contraception [8]. Mais des études ayant prouvé le contraire soulignent que le recours à la CU doit être ponctuel sans entraver l'habitude contraceptive des femmes [36,37]. En milieu scolaire et universitaire, l'information est peu relayée sur les méthodes d'urgence, favorisant sans doute des taux élevés d'avortements clandestins avec des complications souvent irréversibles. L'utilisation à moindre risque et les bénéfices

attendus de la CU méritent que l'on encourage les femmes en général, les filles et les étudiantes en difficulté à utiliser ce produit contraceptif à la demande.

Limites de l'étude : Malgré l'éloquence de nos résultats, il y a lieu de se poser la question sur la véracité des déclarations de ces étudiantes. Un biais d'information ne peut être écarté dans l'interprétation des résultats. Mais le fait d'avoir observé l'anonymat pourrait réduire l'importance de ce biais lié aux réponses des étudiantes. La force de cette étude est que les répondantes avaient la volonté de participer à l'étude avec un taux de réponse de 100%.

Conclusion et Recommandations

A l'issue de notre étude, les points saillants suivants ont été retenus :

Nous avons constaté que 625 (92,32%) avaient déclaré avoir déjà entendu parler de la contraception d'urgence ; La proportion de répondantes avec connaissances suffisantes était de 80,32% ; L'évaluation de l'attitude vers une contraception d'urgence révèle que 533 (85,28%) répondantes avaient une attitude positive à l'égard de la CU ; Sur 625 répondantes ayant déjà entendu parler de la CU, 416 avaient déjà eu des rapports sexuels parmi lesquelles 294 (70,67%) avaient déclaré avoir déjà utilisé la CU ; Les étudiantes célibataires (OR

ajusté=1,9 [1,1-3,2]), celles ayant des connaissances suffisantes (OR ajusté=3,0 [1,6-5,8]) et celles ayant une attitude positive (OR ajusté=2,4 [1,1-4,9]).

Dans le souci d'éviter la survenue des grossesses non désirées chez les étudiantes, il s'avère nécessaire de proposer les recommandations ci-dessous :

- Aux autorités politico-sanitaires :
 - Doter les structures de santé un paquet complet des intrants de planification familiale y compris les contraceptifs d'urgence
 - Faciliter l'accessibilité des femmes aux produits contraceptifs d'urgence à moindre cout
 - Elaborer des lois (ou édits) et politiques claires portant promotion de l'utilisation des contraceptifs d'urgence par les femmes en vu d'éviter la survenue des grossesses non désirées
 - Introduire dans le programme d'enseignement secondaire et universitaire des cours de planification familiale et éducation sexuelle.
- Aux Organisations nationales, internationales et des Systèmes des Nations Unies :
 - D'intégrer et appuyer le plan National de planification familiale
- Aux parents, de sensibiliser leurs enfants (filles) sur l'éducation sexuelle et les méthodes de contraception.

Eléments bibliographiques

1. Bearak J. et alii, *unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019*, *Lancet GlobHealth*. 2020; 8(9):e1152-e1161.
2. Ganatra B. et alii, *Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model*, *The Lancet* 2017; 390(10110): 2372-2381.
3. Singh S, Maddow Zimet I. *Facility-based treatment for medical complications resulting from unsafe pregnancy termination in the developing world, 2012: a review of evidence from 26 countries*, *BJOG: An International Journal of Obstetrics&Gynaecology* 2016 ; 123(9) : 1489-1498.
4. Vlassoff M et al, *Economic impact of unsafe abortion-related morbidity and mortality: evidence and estimation challenges*, *IDS Research Report* 59, 2008 ; ISBN 1 85864 539 5, 94 .
5. Hang Bhs, Moneyham L, *Utilisation de la pilule d'urgence et du préservatif par les collégiens*, *Revue internat d'Études en Soins Infirmiers*. 2008;45(5):775-83.
6. Goyaux N et alii, *Complications of induced abortion and miscarriage in three African countries: a hospital-based study among WHO collaborating centers*, *Acta ObstetGynecolScand*. 2001;80(6):568-73.
7. Fourn N et alii, *Connaissances, attitudes et pratiques de la contraception d'urgence chez les étudiantes à l'Université de Parakou (Bénin)*. *Santé Publique* 2014 ; 26(4) : 541-546.
8. Kgosiemang B, Blitz J. *Emergency contraceptive knowledge, attitudes and practices among female students at the University of Botswana: A descriptive survey*, *African Journal of Primary Health Care and Family Medicine* 2018 ; 10(1) : 1-6.
9. Berhan Y, Berhan A. *Causes of maternal mortality in Ethiopia: a significant decline in abortion related death*. *Ethiopian Journal of Health Sciences* 2014 ; 24 : 15–28.

10. World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific, United Nations Population Fund and United Nations International Children's Emergency Fund. Investing in our future: a framework for accelerating action for the sexual and reproductive health of young people. Manila : WHO Regional Office for the Western Pacific ; 2006.
11. Addo VN, Dede E, Darko T, *Knowledge, practices and attitude regarding emergency contraception among students at a university in Ghana*, Int J Gynaecol Obstet. 2009;105(3):206-9.
12. Nworah JO et al, *Knowledge, attitude and practice of emergency contraception among students in tertiary schools in Anambra State Southeast Nigeria*, International Journal of Medicine and Medical Sciences 2010; 2(1):1-4.
13. Tajure N, *Knowledge, attitude and practice of emergency contraception among graduating female students of Jimma University, Southwest Ethiopia*, Ethiopian journal of health sciences 2010; 20(2): 91-97.
14. Byamugisha JK et al. *Emergency contraception and fertility awareness among university students in Kampala, Uganda*. African health sciences , 2006; 6(4): 194-200.
15. Mollen CJ et al, *Assessing attitudes about emergency contraception among urban, minority adolescent girls: an in-depth interview study*, Pediatrics 2008, 122(2) : e395-e401.