



Faculté des sciences économiques, sociales, politiques et de communication
Institut d'analyse du changement dans l'histoire et les sociétés contemporaines
Centre de recherche en démographie

Le recours à la contraception d'urgence au Cameroun : le cas de la ville de Yaoundé

Thèse présentée par :

Josiane Laure NGO MAYACK

En vue de l'obtention du grade de :

Docteur en Sciences Politiques et Sociales (Démographie)

Membres du jury :

Président :

Pr. Thierry Eggerickx (UCL)

Promotrice :

Pr. Catherine Gourbin (UCL)

Membres du comité d'accompagnement :

Pr. Armelle Andro (Paris I Panthéon-Sorbonne)

Pr. Ester Rizzi (UCL)

Membre extérieur :

Pr. Anne Calvès (Université de Montréal)

Louvain-la-Neuve, 8 juin 2017

Remerciements

Je voudrais tout d'abord témoigner ma reconnaissance et ma gratitude au professeur Catherine Gourbin, promoteur de cette thèse. Sa confiance, ses critiques constructives et ses conseils avisés ont contribué à l'aboutissement de ce travail de recherche. Sa grande réactivité et sa disponibilité ont été particulièrement encourageantes durant le parcours doctoral.

Je remercie chaleureusement les professeurs Armelle Andro et Ester Rizzi pour avoir accepté d'être les membres du comité d'accompagnement de la thèse. Leurs lectures critiques, leurs remarques et suggestions m'ont permis de progresser et d'améliorer la qualité du travail. Je remercie le professeur Anne Calvès pour avoir accepté de faire partie du jury de thèse. Son examen minutieux du présent travail de recherche et ses recommandations lors de la défense privée ont fortement contribué à l'amélioration de ce document. Je remercie également le professeur Thierry Eggerickx pour avoir accepté de présider le jury.

La réalisation de cette thèse a bénéficié du soutien financier de l'Université Catholique de Louvain (UCL) à travers l'octroi d'une bourse doctorale « *coopération au développement* ». J'exprime ma gratitude à l'UCL et au service de l'administration des relations internationales (ADRI). Ma gratitude va également à l'endroit de la Fédération Wallonie-Bruxelles pour la bourse de voyage accordée afin de financer l'enquête de terrain à Yaoundé.

Je remercie le professeur Evina Akam pour m'avoir permis d'effectuer un séjour de recherche à l'Institut de Formation et de Recherche Démographiques (IFORD) à Yaoundé, dans le cadre de la collecte des données.

Je remercie les enquêtrices qui ont participé au recueil des données.

J'adresse mes remerciements aux membres du Centre de recherche en démographie de l'UCL, pour l'accueil, la convivialité et la qualité des conditions de travail durant ma formation. Ce cadre fut stimulant et enrichissant tant sur le plan scientifique que sur le plan humain.

Mes remerciements vont également à l'endroit de ma famille et de mes amis. À Christelle, Yvan et Francis mes frères et sœur, merci. À mes parents pour leurs encouragements, leur soutien et leur confiance indéfectibles, qu'ils trouvent ici par ces quelques mots, l'expression de mon infinie reconnaissance et de ma profonde gratitude. Cette thèse est aussi la vôtre.

Je remercie enfin tous ceux qui ont contribué d'une manière ou d'une autre à l'accomplissement de ce travail de recherche.

Table des matières

Liste des tableaux	vii
Liste des figures	viii
Liste des annexes	ix
Liste des sigles et des abréviations	x
Introduction générale.....	1
Première partie : Volet contextuel et théorique	8
Chapitre 1 : Caractéristiques générales de la planification familiale au Cameroun et à Yaoundé.....	9
1.1. L'évolution de la fécondité.....	10
1.1.1 La pratique contraceptive	11
1.1.2 Les risques liés à l'activité sexuelle	15
1.1.3 L'entrée dans la vie sexuelle, l'âge à la première union et l'âge à la première naissance	17
1.1.4 L'avortement provoqué	21
1.2 L'évolution dans le traitement des questions de populations	23
1.2.1 D'une position gouvernementale pro-nataliste... ..	23
1.2.2 ...à l'adoption de la régulation de la fécondité	27
1.2.3 Les acteurs de la planification familiale.....	35
Conclusion.....	37
Chapitre 2 : Les déterminants du recours à la contraception au Cameroun	39
2.1 Les facteurs explicatifs de l'utilisation de la contraception moderne au Cameroun .	39
2.1.1 Les facteurs de l'offre	39
2.1.2 Les facteurs de la demande	42
2.2 Relations entre pouvoirs publics, prestataires de services et clientes en matière de planification familiale.....	47
2.2.1 Approches explicatives relatives à l'engagement politique et à l'offre de services	47
2.2.2 Les prestataires de services de santé : acteur intermédiaire entre les pouvoirs publics et les patients	58

Conclusion.....	62
Chapitre 3 : Connaissances, attitudes et pratiques en matière de contraception d’urgence en Afrique subsaharienne.....	64
3.1 Connaissance et utilisation de la contraception d’urgence en Afrique subsaharienne	66
3.1.1 Le niveau de connaissance de la contraception d’urgence.....	66
3.1.2 Les déterminants du recours à la contraception d’urgence	74
3.2 L’enquête Emergency contraception in Africa (ECAAF).....	77
3.2.1 Les tensions normatives autour de la sexualité et de la procréation	79
3.2.2 Perceptions et usages de la pilule contraceptive d’urgence	80
3.2.3 Contraception d’urgence et rapports de genre.....	81
3.2.4 De l’acceptation sociale de la pilule contraceptive d’urgence	82
Conclusion.....	83
Chapitre 4 : Cadre théorique et méthodologie de l’étude	85
4.1 Cadre théorique de l’étude.....	85
4.1.1 La problématique.....	85
4.1.2 Les hypothèses	87
4.2 Cadre conceptuel de la recherche	88
4.2.1 Définition des concepts	88
4.2.2 L’opérationnalisation des concepts de la recherche	95
4.3 Cadre méthodologique.....	98
4.3.1 Les données	98
4.3.2 Quelques difficultés d’accès au terrain de l’étude	103
4.3.3 Approche méthodologique	104
Deuxième partie : Volet empirique.....	106
Chapitre 5 : Pratiques contraceptives et utilisation de la contraception d’urgence	107
5.1 Connaissances des femmes sur la contraception d’urgence	107
5.1.1 Des informations insuffisantes sur la méthode	107
5.1.2 Les perceptions de la contraception d’urgence	120
5.2 Contraception et communication entre les partenaires.....	124

5.2.1	L'attitude du conjoint masculin à l'égard de la contraception moderne	124
5.2.2	Les modes de survenue de la discussion en matière de planification familiale	127
5.3	L'utilisation de la contraception d'urgence	129
5.3.1	Pratiques contraceptives et utilisation de la contraception d'urgence.....	129
5.3.2	Profil des utilisatrices de la contraception d'urgence.....	131
5.3.3	Convergence et divergence dans le projet familial du couple.....	135
5.3.4	Les résistances à l'utilisation de la contraception d'urgence	140
5.4	L'accès à la contraception d'urgence dans la ville de Yaoundé.....	144
5.4.1	Une méthode coûteuse	145
5.4.2	Les attitudes des prestataires de services de santé à l'égard des utilisatrices de la contraception d'urgence : le point de vue des femmes	149
5.4.3	Les opinions des femmes sur la vente libre.....	154
Conclusion.....		157
Chapitre 6 : Les significations individuelles et sociales du recours à la contraception d'urgence.....		159
6.1	Les usages de la contraception d'urgence	160
6.1.1	Les logiques sous-jacentes à l'utilisation régulière.....	160
6.1.2	Les logiques sous-jacentes à l'utilisation occasionnelle	165
6.1.3	Les logiques sous-jacentes à l'utilisation unique	167
6.2	La contraception d'urgence et les normes sociales en matière de sexualité et de procréation	170
6.2.1	Regards sur la sexualité et la fécondité prémaritales	171
6.2.2	Positionnements à l'égard de la condamnation sociojuridique de l'avortement provoqué	172
6.3	Rapports de genre et prise de décision de recourir à la contraception d'urgence ...	178
6.3.1	En discuter ou non avec le partenaire ?.....	178
6.3.2	Les formes de participation du partenaire masculin à l'achat de la contraception d'urgence.....	183
Conclusion.....		186
Chapitre 7 : Opinions des professionnels de la santé sur la contraception d'urgence...		188

7.1	Perceptions des prestataires de services de santé à l'égard de la contraception d'urgence et de ses utilisatrices	188
7.1.1	Opinions favorables.....	188
7.1.2	Opinions défavorables.....	191
7.2	Les opinions des professionnels de la santé sur la vente libre.....	192
7.3	À propos de la visibilité de la contraception d'urgence	194
7.3.1	Réflexions de responsables de programme en santé de la reproduction sur la place de la contraception d'urgence dans l'offre contraceptive.....	196
7.3.2	Quelques opinions de prestataires sur les restrictions liées aux points de vente de la contraception d'urgence	197
7.3.3	Promouvoir la contraception d'urgence : une idée majoritairement bien reçue par les prestataires de services de santé	198
7.3.4	Sensibiliser sur l'utilité et l'utilisation correcte de la méthode.....	200
Conclusion.....		202
Conclusion générale		203
Bibliographie.....		214
Annexes		240

Liste des tableaux

Tableau 1.1 : Connaissances des méthodes contraceptives modernes selon certaines caractéristiques sociodémographiques	12
Tableau 1.2 : Prévalence du VIH/sida selon certaines caractéristiques sociodémographiques	17
Tableau 2.1 : Prix en francs CFA de quelques méthodes contraceptives en fonction du secteur d'offre.....	41
Tableau 3.1 : Délivrance de la contraception d'urgence dans les Etats africains qui vendent au moins un produit contraceptif d'urgence de marque déposée.....	75
Tableau 4.1 : Caractéristiques sociodémographiques des utilisatrices et non-utilisatrices de la CU	101
Tableau 4.2 : Caractéristiques sociodémographiques des prestataires de services de santé et des responsables de programmes de santé de la reproduction	102
Tableau 5.1 : Répartition des femmes selon la source d'information sur la CU la première fois	108
Tableau 5.2 : Occurrences du recours à la CU chez les utilisatrices.....	116
Tableau 5.3 : Typologie des opinions des conjoints par rapport à la pratique contraceptive de la femme.....	125
Tableau 5.4 : Contraception d'urgence et projet familial.....	136

Liste des figures

Figure 1 : Evolution à l'échelle nationale des taux de fécondité par groupes d'âges	10
Figure 2 : Evolution à Yaoundé/Douala des taux de fécondité par groupes d'âges.....	11
Figure 3: Evolution de la prévalence contraceptive moderne parmi les femmes en union à Yaoundé/Douala.....	14
Figure 4 : Ages médians des femmes aux premiers rapports sexuels et à la première union selon le milieu de résidence	19
Figure 5 : Schéma conceptuel de l'étude	97

Liste des annexes

Annexe 1 : Caractéristiques sociodémographiques des utilisatrices et non-utilisatrices de la CU	240
Annexe 2 : Quelques caractéristiques sociodémographiques des femmes lors de la première utilisation de la CU et au moment de l'entretien.....	242
Annexe 3 : Guide d'entretien adressé aux femmes.....	243
Annexe 4 : Guide d'entretien adressé aux prestataires de services de santé	246
Annexe 5 : Guide d'entretien adressé aux responsables de programmes en santé de la reproduction et planification familiale	249
Annexe 6: Clairance éthique	250

Liste des sigles et des abréviations

CIPD : Conférence internationale sur la population et le développement

CU : Contraception d'urgence

ECAF : Emergency contraception in Africa

EDS : Enquête démographique et de santé

EDS-MICS : Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples

ISF : Indice synthétique de fécondité

IST : Infections sexuellement transmissibles

IVG : Interruption volontaire de grossesse

ODD : Objectif de développement durable

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONG : Organisation non gouvernementale

VIH/sida : Virus de l'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise

Introduction générale

L'accès universel aux méthodes contraceptives modernes fait plus que jamais partie des composantes importantes à l'achèvement des engagements de la communauté internationale en matière de santé maternelle et infantile. Les objectifs de développement durable 3 (ODD3) et 5 (ODD5) respectivement en matière de santé et d'égalité entre les sexes, visent des aspects liés à la santé de la reproduction et les droits afférents, y compris la planification familiale. La cible 3.7 de l'ODD3 invite les gouvernements à assurer aux populations un accès élargi aux services de santé sexuelle et reproductive, notamment à des fins de régulation de la fécondité, d'information et d'éducation. La cible 5.6 de l'ODD5 met l'accent sur la garantie de la mise en place d'un cadre qui favorise l'exercice des droits sexuels et reproductifs dans le respect des textes fondamentaux qui les consacrent. Ces textes sont le programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) au Caire et celui de la Conférence mondiale sur les femmes à Beijing. L'accès aux services de planification familiale y est présenté comme un droit fondamental pour les hommes et les femmes, de décider librement et de manière éclairée du nombre d'enfants et de l'espacement des naissances. Les disparités observées dans le monde montrent que l'exercice du droit à la planification familiale n'est pas acquis (Locoh et Vandermeersch, 2006; Tabutin et Schoumaker, 2004; Nations Unies, 2013).

Les niveaux de fécondité en Afrique subsaharienne figurent parmi les plus élevés au monde. Cela s'explique notamment par les obstacles à l'accès aux services de planification familiale. Ces obstacles sont aussi bien d'ordre économique, politico-institutionnel, que socioculturel.

Bien que la prévalence contraceptive moderne au Cameroun ait augmenté, elle reste faible. Elle est de 14% selon les résultats de l'enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples en 2011 (EDS-MICS 2011). 40% des grossesses estimées au niveau national en 2013 étaient non planifiées, 79% d'entre elles concernaient des femmes qui n'utilisaient aucun moyen de contraception (Vlassoff *et al.*, 2014). Or, le niveau de connaissance des méthodes contraceptives chez les femmes s'est amélioré depuis 1991. Celui-ci est particulièrement élevé à Yaoundé où 99% des femmes connaissent au moins une méthode. Cela ne donne pas pour autant lieu à son utilisation. La prévalence contraceptive toutes méthodes confondues dans la capitale camerounaise est de 37% ; 24% pour les méthodes

modernes¹. L'absence de recours à un moyen contraceptif est un facteur explicatif de la survenue de grossesses non désirées qui peuvent conduire à des avortements provoqués.

Les avortements à risque sont l'une des principales causes de décès maternels au Cameroun. Il s'agit d'avortements effectués par des personnes non habilitées ou réalisés dans des conditions d'insécurité sanitaire. La législation nationale étant restrictive, les pratiques abortives sont souvent clandestines et mettent en danger la santé ou la vie des femmes. À Yaoundé, le recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) est fréquent chez les adolescentes et les jeunes femmes. 35% des grossesses déclarées se sont soldées par un avortement (Calvès, 2009)².

À l'échelle nationale, les 15-24 ans sont particulièrement exposés aux risques liés à l'activité sexuelle et présentent des besoins non satisfaits importants en contraception (Institut national de la statistique et ICF International, 2012; Sawadogo *et al.*, 2012). Les motifs avancés par les jeunes pour justifier leur absence de pratique contraceptive sont : la difficulté (surtout pour les jeunes filles) de négocier des rapports sexuels protégés, les difficultés d'accès aux moyens de contraception, la crainte d'effets secondaires, une activité sexuelle peu fréquente. Le vécu de (risques liés à) la sexualité chez les jeunes interroge la prise en charge de la santé sexuelle et reproductive de cette sous-population et les représentations sociales de la sexualité pré-nuptiale. La problématique de l'adaptation de l'offre de services aux besoins spécifiques des jeunes souligne les difficultés que ces derniers rencontrent dans la gestion du risque de grossesse, et interpelle sur le soutien politique aux programmes en matière de santé de la reproduction qui leur sont adressés.

¹ La contraception moderne par opposition aux méthodes contraceptives traditionnelles, désigne les contraceptifs mécaniques (le préservatif, la stérilisation, le stérilet) et les contraceptifs hormonaux oraux (pilule, pilule du lendemain), vaginaux (anneau, diaphragme, spermicide), transdermiques (patch), injectables, intra-utérins (dispositif intra-utérin hormonal). L'abstinence périodique, le retrait, la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) sont des méthodes contraceptives naturelles.

² 384 jeunes hommes et femmes âgés de 20 à 29 ans ont été interrogés dans le cadre de l'enquête. Ils ont déclaré 434 grossesses.

Le gouvernement camerounais s'est engagé à améliorer la santé reproductive des populations, en l'occurrence des femmes, et à garantir un meilleur accès à la planification familiale. La ratification de traités internationaux et autres instruments juridiques relatifs aux droits de l'Homme en général et de la femme en particulier, l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique nationale de population et de programmes de santé participent de cet engagement officiel. L'état des lieux de la santé de la reproduction et de l'accès à la contraception au Cameroun questionne non seulement le soutien politique (et ce que cela implique), mais aussi l'adhésion des populations aux moyens contraceptifs modernes. **Dans quelle mesure les femmes exercent-elles leur droit à l'accès aux méthodes contraceptives modernes au Cameroun ?** Cette question de recherche s'inscrit dans le sillage des recommandations internationales relatives à une approche de la planification familiale fondée sur les droits humains. Cette approche se fonde sur « *l'identification explicite des titulaires des droits (les individus) et des débiteurs des obligations (pouvoirs publics et autres), lesquels sont tenus d'assurer la réalisation des droits* » (Greene et al., 2012, p. v). Les bénéficiaires de ces droits devront être considérés et traités comme des agents actifs dans les choix contraceptifs et reproductifs.

Cette vision des services de planification familiale invite les Etats notamment à favoriser « *l'accès à la contraception d'urgence comme composante essentielle de la réalisation du droit à la planification familiale dans le contexte d'une approche globale de la santé sexuelle et reproductive* » (Greene et al., op.cit, p. 100). Ce qui suppose l'intégration de cette méthode dans les initiatives de vulgarisation de la contraception moderne. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « *la contraception d'urgence désigne les méthodes contraceptives qu'une femme peut utiliser dans les premiers jours suivant un rapport sexuel non protégé pour prévenir une grossesse non désirée* » (OMS, 1999, p.7). Il s'agit d'une méthode post-coïtale qui empêche ou retarde l'ovulation. Le potentiel de la contraception d'urgence (CU)³ dans la diminution des avortements à travers la réduction des grossesses non planifiées, est mis en avant dans le plaidoyer international en faveur de son intégration dans les programmes nationaux de santé reproductive (Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 1999 ; Hossain et al., 2009). Cette intégration se fait non sans difficultés compte tenu de la polémique qui entoure la CU.

³ L'acronyme CU employé dans ce travail de recherche se réfère à la contraception d'urgence.

En effet, la CU fait l'objet d'une controverse. Son mécanisme d'action est mis en cause. Les opinions et les positions défavorables à cette méthode contraceptive soutiennent qu'elle est abortive. La littérature montre que les débats sur l'autorisation de commercialiser la CU a conduit à faire de celle-ci un objet politique (Le Trividic Harrache, 2014 ; Wynn et Trussell, 2006). La problématique de l'acceptabilité sociale de la méthode reste d'actualité, notamment pour des raisons politiques et idéologiques.

Le recours à la contraception d'urgence est rarement abordé dans la littérature sur les pratiques contraceptives au Cameroun. Cette méthode a été introduite dans le pays au début des années 2000. Elle est disponible en vente libre dans les pharmacies. Pour comprendre les attitudes, les opinions et les pratiques relatives à la CU au Cameroun, il convient au préalable d'étudier de manière approfondie, le contexte de la diffusion des méthodes contraceptives en général. Les obstacles à l'accès à ces dernières peuvent s'appliquer à la CU.

La vulgarisation de la contraception d'urgence comme méthode préventive des grossesses non planifiées, ne figure pas parmi les interventions définies dans le volet planification familiale de l'actuel plan stratégique en santé de la reproduction. Contrairement à l'EDS de 2004, l'EDS-MICS 2011 ne fournit aucune information sur la proportion de femmes qui utilisent la méthode. Le défaut de communication autour de la méthode s'illustre également avec l'absence de cette dernière du débat public sur le recours à la contraception. On peut se poser la question de savoir si le silence autour de la méthode est stratégique ou non intentionnel.

De ce qui précède, nous posons la question suivante : **dans quelle mesure l'offre de la contraception d'urgence au Cameroun permet-elle aux femmes d'exercer leur droit à l'accès à l'information et au recours à cette méthode ?** Cette interrogation met l'accent sur le sujet de la cohérence entre les discours officiels/politiques et les pratiques en matière d'accès à la contraception.

Notre travail de recherche propose une explication des logiques et des pratiques afférentes au recours à cette méthode, basée sur une lecture et une analyse du contexte dont elles émanent. La contraception d'urgence est une méthode contraceptive non médicalisée dans le sens où elle ne requiert aucune prescription. Elle offre ainsi aux femmes une marge de manœuvre potentiellement plus grande que celle des contraceptifs médicalisés. Etudier le recours à la contraception d'urgence à Yaoundé, revient à analyser la place de cette méthode dans un cadre où la pratique contraceptive moderne est faible. De plus, les problématiques des

grossesses non désirées et du recours fréquent par les jeunes femmes dans cette ville à une IVG, interrogent les difficultés rencontrées par les femmes dans la pratique contraceptive. Le recours à la CU constitue un enjeu en matière de comportements contracepteurs. Examiner la manière dont ce dispositif médical s'intègre dans les pratiques contraceptives présente un intérêt pour saisir les enjeux de la survenue des grossesses non planifiées. Cela est d'autant plus important que les perceptions du recours à la CU sont mises en relation avec d'autres méthodes contraceptives et l'avortement provoqué.

Les usages de cette méthode, notamment en milieu urbain africain constituent une dimension relativement peu abordée dans la littérature. Nous entendons par « usages de la CU », l'utilisation de cette dernière selon des logiques individuelles et subjectives. Elles reflètent une (ré) appropriation du dispositif médical par les utilisatrices. Ces logiques sont à identifier notamment à partir des situations sociales des femmes, des perceptions de la contraception, des normes sociales en matière de sexualité et de procréation et des rapports de genre. L'éclairage apporté sur ces usages et les significations données par les utilisatrices de la CU et les prestataires de services de santé renforce la pertinence de notre travail de recherche. Cet angle d'étude souligne la diversité et la complexité des logiques qui sous-tendent l'offre et la demande de la CU à Yaoundé.

Dans la présente recherche, nous appréhendons l'éventuel écart entre les discours officiels et les pratiques en matière de contraception en général et de contraception d'urgence en particulier, par une contextualisation des comportements des acteurs concernés par la problématique de cette étude. Nous analysons l'utilisation de la CU au regard de l'offre contraceptive disponible, de la relation entre les prestataires de services de planification familiale et les clientes⁴, des projets de fécondité des femmes ou du couple et des normes et valeurs en matière de sexualité et de reproduction.

L'objectif général de ce travail de recherche est de contribuer à l'amélioration des connaissances sur la place de la CU dans les pratiques contraceptives des femmes à Yaoundé. À travers une approche essentiellement qualitative, nous explorons les représentations sociales de la CU, les motivations et les réticences à son utilisation, les rapports de genre dans la pratique contraceptive, la qualité des relations entre les prestataires de service de

⁴ Les usagers des services de planification familiale sont communément appelés clients.

planification familiale et les clientes. Cet objectif général se décline en quatre objectifs spécifiques :

- *identifier les attitudes et les perceptions des prestataires de services de santé et des femmes vis-à-vis de la CU*
- *analyser les perceptions des prestataires vis-à-vis des utilisatrices de la CU et réciproquement dans le cadre du service de counseling*
- *identifier les motivations du recours à la CU*
- *identifier et analyser les facteurs qui favorisent ou entravent l'accès à la CU*

Au vu des objectifs de la recherche, nous avons interrogé des acteurs de l'offre et de la demande en CU. L'échantillon de notre étude est composé de femmes ayant déjà utilisé la CU, de non-utilisatrices, de prestataires de services de santé et de responsables de programmes en santé de la reproduction. La thèse se structure en deux parties. La première partie est le volet contextuel et théorique de l'étude et la deuxième est consacrée à l'analyse des données collectées au cours de l'étude qualitative réalisée à Yaoundé.

La première partie comprend quatre chapitres. Le premier chapitre est un descriptif du paysage de la planification familiale au Cameroun et à Yaoundé. Nous montrons l'évolution de la fécondité, de la pratique contraceptive et du cadre réglementaire en matière de santé de la reproduction.

Le deuxième chapitre se focalise sur les déterminants du recours à la contraception.

Dans le troisième chapitre nous passons en revue la littérature sur l'utilisation de la contraception d'urgence en Afrique subsaharienne. Nous discutons des connaissances, des attitudes et des pratiques en la matière.

Le quatrième chapitre présente le cadre théorique et la méthodologie de l'étude de terrain.

La seconde partie composée de trois chapitres constitue le volet empirique de la présente recherche. Nous y présentons et analysons les résultats de l'enquête qualitative. Le cinquième chapitre s'intéresse aux connaissances et perceptions des femmes sur la contraception d'urgence, aux circonstances de son utilisation et aux obstacles à son recours.

Le sixième chapitre porte sur les significations individuelles et sociales de l'utilisation de la CU du point de vue des femmes interrogées. Nous identifions et analysons les usages de la méthode, leur sens et les rapports de genre qui peuvent les sous-tendre.

Le dernier chapitre s'intéresse à l'opinion des prestataires de services de santé et des responsables de programmes en santé de la reproduction. Nous y traitons de la qualité des relations entre les prestataires et les femmes dans le cadre du recours à la contraception d'urgence, de la place de cette méthode dans la mise en œuvre des objectifs politiques de planification familiale et des enjeux de la promotion du contraceptif.

Nous achevons notre réflexion par une conclusion générale qui propose la synthèse des résultats et des pistes de recherches futures.

Première partie : Volet contextuel et théorique

Chapitre 1 : Caractéristiques générales de la planification familiale au Cameroun et à Yaoundé

L'objectif de ce chapitre est de présenter l'évolution de la politique démographique au Cameroun. Nous nous intéressons aux discours politiques à travers les cadres législatif et réglementaire de la santé de la reproduction. Ces derniers définissent et orientent les initiatives en matière de planification familiale au Cameroun. Rappelons à cet égard que d'après la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) tenue au Caire (Egypte) en septembre 1994, la santé de la reproduction se définit comme *« 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 maladies ou d'infirmités. Cela suppose donc qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire »* (Nations Unies, 1995a, p. 38). Ce concept met l'accent sur un processus décisionnel individuel ou du couple reposant sur les principes de liberté et de responsabilité en matière de reproduction et de sexualité ; principes parcourant le droit à l'accès à la planification familiale. Ce concept induit celui des droits en santé de la reproduction qui est étroitement associé aux droits humains.

Ainsi, les droits en santé de la reproduction englobent certains droits de l'Homme qui sont déjà définis dans les lois nationales, les documents internationaux sur les droits de l'homme et bien d'autres documents. Conformément aux principes du Programme d'action de la CIPD, ces droits reposent sur une reconnaissance du droit fondamental de tout couple ou individu à décider librement et de manière responsable du nombre d'enfants et du calendrier des naissances, du droit à l'information sur la contraception et du droit de prendre des décisions en matière reproductive sans subir de discrimination, de coercition ou de violence. Pour une vue globale des engagements officiels en faveur de ce droit, nous ferons un état des lieux du niveau de fécondité, nous passerons en revue les orientations gouvernementales en matière de planification familiale et nous dirons un mot sur les acteurs participant à la mise en œuvre des politiques de santé de la reproduction au Cameroun.

1.1. L'évolution de la fécondité

Selon le dernier recensement général de la population et de l'habitat de 2005, le Cameroun comptait à cette date 17 463 836 habitants dont 51% de femmes (BUCREP, 2010). Le taux d'accroissement annuel moyen de la population a été estimé à 2,9% pour la période 1987-2005 et à 2,6% pour la période 2005-2010. Les résultats des différentes enquêtes démographiques et de santé (EDS) montrent que le niveau de fécondité demeure élevé malgré une baisse sensible. Le déclin de la fécondité est amorcé au début des années 1990. Nouetagni (2010) distingue trois phases de l'évolution de la fécondité au Cameroun. La première phase qui concerne la période de 1961 à 1977 correspond à une augmentation de la fécondité. On passe ainsi de 5,4 enfants par femme à 6,4 enfants. La deuxième phase qui couvre la période de 1977 à 1985 est considérée comme une phase de stabilité et la troisième est celle du fléchissement avec une variation à la baisse de l'indice synthétique de fécondité (ISF).

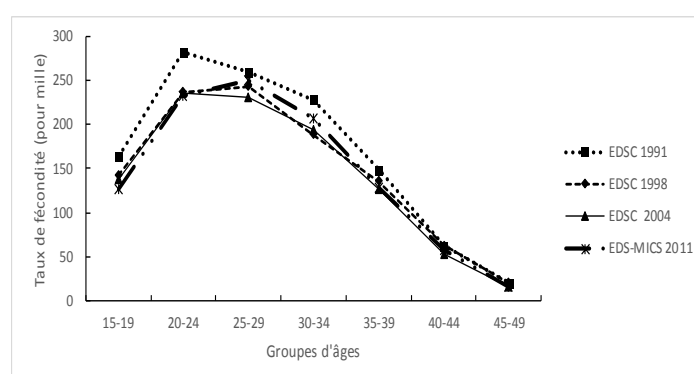


Figure 1 : Evolution à l'échelle nationale des taux de fécondité par groupes d'âges

Sources : Institut national de la statistique et ORC Macro (2005) et Institut national de la statistique et ICF International (2012)

En comparant les taux de fécondité par groupes d'âges à l'échelle nationale dans la première EDS à ceux de la dernière édition, on observe une baisse des niveaux de la fécondité à tous les âges (figure 1).

L'ISF est le nombre moyen d'enfants que mettrait au monde une femme à la fin de sa vie féconde si elle subissait les taux de fécondité observés à une période considérée. Il passe de 5,8 enfants par femme en 1991, à 5,2 en 1998, puis à 5 en 2004. L'ISF en 2011 est de 5,1 enfants par femme : 6,4 en milieu rural et à 4,0 en milieu urbain. Cet indice est de 3,3 enfants à Yaoundé/Douala et 4,5 enfants dans les autres villes (Institut national de la statistique et ICF International, 2012). Les femmes vivant en zone rurale débutent plus tôt leur vie reproductive. Selon l'EDS-MICS 2011, le taux de fécondité des jeunes femmes de 15-19 ans en milieu rural

est de 175‰, contre 89‰ en milieu urbain et 78‰ à Yaoundé/Douala. Lorsqu'on compare la courbe de taux de fécondité pour l'EDS de 1998 aux courbes des éditions de 2004 et 2011, on observe une relance des niveaux de fécondité à Yaoundé/Douala chez les femmes de 25-34 ans (figure 2).

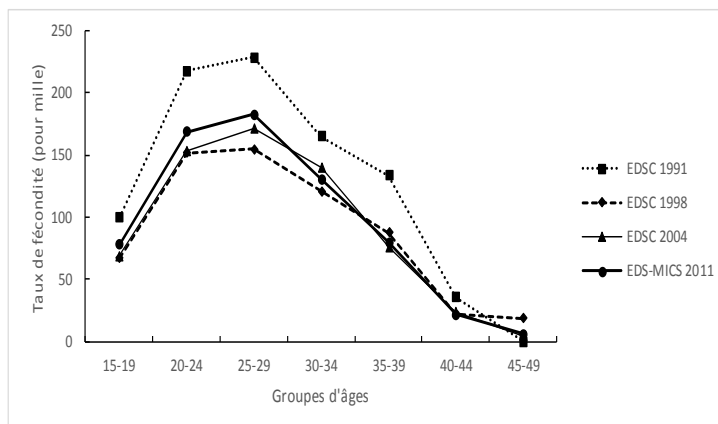


Figure 2 : Evolution à Yaoundé/Douala des taux de fécondité par groupes d'âges

Sources : Balépa *et al.* (1992), Fotso *et al.* (1999), Institut national de la statistique et ORC Macro (2005) et Institut national de la statistique et ICF International (2012)

La pratique contraceptive chez les jeunes est faible, ce qui accroît le risque de survenue de grossesses souvent non-désirées. Touko *et al.* (2001) ont réalisé une enquête à Yaoundé auprès de 462 filles-mères. Les données montrent que les grossesses non planifiées dans cette catégorie de la population résultent pour la plupart de l'échec de la contraception naturelle (61,3%). Parmi les filles-mères qui ont vécu cet échec contraceptif, 63,3% l'expliquent par un mauvais calcul de la période féconde, 14,4% par un défaut de connaissance de cette période et 8,3% désignent l'irrégularité de leur cycle.

1.1.1 La pratique contraceptive

1.1.1.1 Connaissance et utilisation des méthodes contraceptives

Selon l'EDS-MICS 2011, 94% des femmes et 98% des hommes interrogés ont déclaré connaître au moins une méthode contraceptive. L'amélioration enregistrée ces dernières années en matière de connaissance de la contraception, s'explique notamment par l'augmentation considérable chez les femmes du niveau de connaissance du préservatif masculin. 91% de femmes en 2011 connaissent le préservatif contre seulement 44% en 1991. Cependant la pratique contraceptive reste faible.

a) Les connaissances en matière de contraception

Au Cameroun, les méthodes contraceptives modernes sont plus connues que les méthodes traditionnelles. Ainsi, 94% de femmes et 98% d'hommes connaissent au moins une méthode moderne contre respectivement 72% et 79% pour ce qui est des méthodes traditionnelles. Le niveau de connaissance de la contraception moderne est plus élevé à Yaoundé et dans les autres villes du pays qu'en zone rurale (tableau 1.1).

Tableau 1.1 : Connaissances des méthodes contraceptives modernes selon certaines caractéristiques sociodémographiques

Caractéristiques sociodémographiques	Femmes qui connaissent au moins une méthode moderne	Hommes qui connaissent au moins une méthode moderne
Groupes d'âge		
15-19	91,0	100,0
20-24	94,9	98,4
25-29	94,2	99,0
30-34	94,5	98,6
35-39	94,6	98,1
40-44	93,7	98,8
45-49	92,6	97,7
Milieu de résidence		
Yaoundé	99,7	100
Ensemble urbain	98,7	99,7
Ensemble rural	89,7	97,3
Niveau d'instruction		
Aucun	82,2	93,9
Primaire	97,1	98,1
Secondaire 1 ^{er} cycle	99,6	99,7
Secondaire 2 nd cycle ou plus	100,0	100,0
Quintile de bien-être		
Le plus pauvre	81,1	94,5
Second	91,9	98,1
Moyen	98,2	99,7
Quatrième	98,9	99,7
Le plus riche	99,7	99,8

Source : Institut national de la statistique et ICF International(2012)

À l'échelle nationale, le préservatif masculin est le moyen de contraception le plus connu (91% de femmes et 97% d'hommes). Les autres méthodes connues sont chez les femmes, les injectables (75%), la pilule (74%), le préservatif féminin (70%). Chez les hommes il s'agit du préservatif féminin (78%) et de la pilule (71%). Les spermicides (mousse ou gelée), le diaphragme, la stérilisation sont les moyens de contraception les moins cités. 32,5% de femmes et 33,5% d'hommes ont affirmé avoir entendu parler de la pilule du lendemain

(contraception d'urgence). Quelles que soient les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon, le niveau de connaissance des méthodes contraceptives modernes est élevé, en particulier chez les hommes et femmes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actifs.

b) L'utilisation de méthodes contraceptives

Entre 1991 et 2011, la prévalence contraceptive des femmes en union au Cameroun, toutes méthodes confondues, est passée de 16% à 23%⁵. Entre 1998 et 2011, elle est passée de 63% à 58% chez les femmes non en union et sexuellement actives⁶. La prévalence contraceptive moderne au Cameroun est passée de 4% en 1991 à 7% en 1998, puis 13% et 14% respectivement en 2004 et en 2011. Selon l'EDS-MICS 2011, le préservatif masculin est la méthode la plus utilisée par les femmes (8%), suivi des injectables (3%) et de la pilule (2%). Ce sont les femmes qui ont un niveau d'instruction secondaire du second cycle ou plus et celles issues des ménages les plus riches qui ont les prévalences contraceptives les plus élevées, soit respectivement 49% et 41%.

En 2011, la prévalence contraceptive moderne en milieu rural est de 9% contre 21% en milieu urbain. Les femmes vivant en zone rurale souhaitent une famille plus nombreuse (6,4 enfants) que celles résidant en zone urbaine (4,8 enfants). Les femmes vivant à Yaoundé/Douala ont déclaré un nombre idéal d'enfants (4,4) moins élevé à la fois que celui déclaré par les femmes résidant dans d'autres villes du pays (5,1) et celui indiqué par les femmes vivant en zone rurale. La figure 3 montre les variations de la prévalence contraceptive moderne à Yaoundé/Douala entre 1991 et 2011. On observe un doublement de celle-ci entre 1991 et 2004 (de 12% à 26%). Une baisse est enregistrée en 2011 avec une prévalence à 23%. Pour la même année, la prévalence contraceptive moderne à Yaoundé (24%) et Douala (21%) supplante celle des autres villes du pays.

⁵ Le terme union dans l'EDS-MICS 2011 désigne l'ensemble d'hommes et de femmes qui ont déclaré être mariés ou vivre maritalement avec un(e) partenaire.

⁶ L'EDS de 1991 n'indique pas de chiffre sur la prévalence contraceptive parmi les femmes non en union et sexuellement actives.

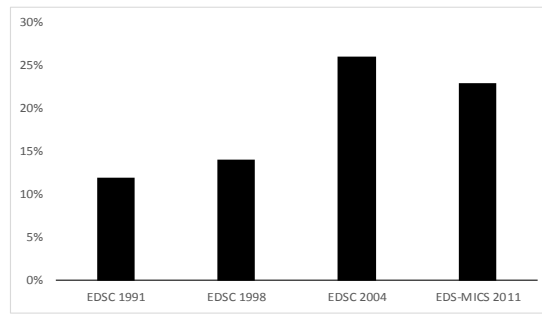


Figure 3: Evolution de la prévalence contraceptive moderne parmi les femmes en union à Yaoundé/Douala
Source : Institut national de la statistique et ICF International (2012)

Les jeunes à Yaoundé sont confrontés à des difficultés dans la pratique contraceptive. On peut citer les obstacles à l'accès aux moyens contraceptifs, la négociation difficile du port du préservatif, les difficultés d'ordre technique (erreurs dans le calcul du cycle menstruel), les services de santé peu adaptés aux besoins en santé de la reproduction des jeunes (Sawadogo *et al.*, 2012). Les adolescents et les jeunes hommes peuvent se montrer réticents à l'idée d'utiliser le préservatif parce qu'ils pensent qu'il réduit le plaisir et les sensations durant l'acte sexuel (Meekers et Klein, 2001).

Aucune statistique sur la prévalence de la contraception d'urgence n'est donnée dans l'EDS-MICS 2011. Ce qui n'est pas le cas dans l'enquête de 2004 qui, cependant, indique uniquement le chiffre concernant le niveau national. Ainsi 2,6% des femmes ont déclaré avoir déjà utilisé cette méthode contraceptive. Il est difficile d'interpréter ce chiffre. On peut supposer que peu de femmes éprouvent le besoin de recourir à cette méthode contraceptive. Il existe l'hypothèse du défaut de connaissance de cette méthode et celle où les femmes n'ont pas souhaité déclarer l'utilisation. À l'exception de trois travaux de recherche majeurs, l'utilisation de la CU au Cameroun est peu documentée. Il s'agit des travaux de Fomulu *et al.* (2007), Kongnyuy *et al.* (2007) auprès de la population estudiantine et de l'enquête de Fouedjio *et al.* (2015) auprès du personnel de santé d'un hôpital situé dans la ville de Yaoundé.

Les premiers auteurs ont mené leur enquête (entre octobre 2006 et septembre 2007) auprès de 436 étudiants des universités de Yaoundé 1 et 2 dont l'âge moyen était 23 ans. Les seconds ont interrogé (en 2005) près de 700 étudiants de l'université de Buéa (dans la région sud-ouest du Cameroun), âgés en moyenne de 21 ans. Dans la première étude, la proportion d'étudiantes

qui connaissent la CU est plus élevée que celle des étudiants qui en ont déjà entendu parler (61,1% contre 39,7%).

Dans la deuxième enquête, les étudiants en ont un peu plus déjà entendu parler que leurs camarades de sexe féminin (respectivement 63,2% et 62,7%). 13,1% des répondants des universités de Yaoundé 1 et 2 avaient déjà recouru à cette méthode. 7,4% des étudiants de l'université de Buéa interrogés ont déclaré que leur partenaire ou eux-mêmes avaient déjà utilisé la CU. Pour chacune de ces études, les auteurs ont relevé que les étudiants n'avaient pas de connaissances exactes voire aucune connaissance pour certains sur cette méthode contraceptive. La majorité d'entre eux pensent qu'elle est dangereuse pour la santé et a un effet abortif (74% de l'échantillon à Yaoundé et 51% à Buéa). Le caractère approximatif voire erroné des informations sur la CU est également observable chez le personnel de santé (Fouedjio *et al.*, 2015). Nous y reviendrons dans le troisième chapitre qui porte sur les connaissances, attitudes et pratiques en matière de contraception d'urgence en Afrique subsaharienne.

1.1.2 Les risques liés à l'activité sexuelle

Dans ce volet nous évoquons les grossesses non planifiées (qui peuvent conduire à un avortement provoqué), le multipartenariat sexuel et l'exposition au VIH/sida. Les 15-24 ans représentent au Cameroun une tranche de la population particulièrement exposée aux risques liés à l'activité sexuelle (Institut national de la statistique et ICF International, 2012 ; Rwenge, 2013 ; Sawadogo *et al.*, 2012). 11,5% des adolescents et jeunes garçons de 15-19 ans et 10,5% des 20-24 ans étaient sexuellement actifs avant d'atteindre leur quinzième anniversaire ; cette proportion chez les filles est respectivement de 18% et 21,6% (Rwenge, 2013).

1.1.2.1 Les grossesses non planifiées

Selon les dernières estimations, environ 40% des grossesses en 2013 au Cameroun étaient non planifiées (Vlassoff *et al.*, 2014). 79% des femmes concernées par ces grossesses n'utilisaient aucune méthode contraceptive. Pour les autres il s'agit de femmes qui ont vécu un échec de contraception.

1.1.2.2 Le multipartenariat sexuel

En 2011, 6 % des femmes de 15-24 ans ont déclaré avoir eu deux partenaires sexuels ou plus au cours des douze derniers mois ayant précédé l'EDS-MICS, contre 19 % des jeunes hommes. Ce multipartenariat est d'autant plus à risque qu'il s'accompagne de relations sexuelles non protégées. 53 % des femmes de 15-24 ayant eu des rapports sexuels avec des partenaires multiples au cours des douze mois précédant l'enquête ont déclaré ne pas avoir utilisé un préservatif lors des derniers rapports. Cette proportion est de 67 % chez leurs homologues masculins.

Le multipartenariat sexuel chez les jeunes à Yaoundé s'inscrit dans une forme de normalité. C'est une pratique parfois socialement valorisée entre pairs dans la mesure où elle est symboliquement associée à une forme de prestige chez les hommes (Meekers et Calvès, 1997a, Petit et Tchegnina, 2009). Les jeunes filles expliquent la multiplication de partenaires par les déceptions amoureuses, les considérations financières, la pression familiale et/ou sociale, l'influence des pairs (Petit et Tchegnina, 2009 ; Sawadogo *et al.*, 2012).

1.1.2.3 Exposition au VIH/sida

Entre 1990 et 1995, la prévalence du VIH/sida au Cameroun est de 5% (Fotso *et al.*, 1999). Elle est estimée à 7% en 2001 (UNAIDS, 2004), est passée de 5,5% en 2004 à 4,3 % en 2011 chez les 15-49 ans⁷. La région du Sud est la plus touchée avec un taux de 10,6% tandis que celle de l'Extrême-Nord (majoritairement musulmane) enregistre le niveau le plus faible avec 1,6%. Le taux de prévalence nationale au sein de la population féminine (5,6%) représente presque le double de celui estimé chez les hommes (2,9%). Les femmes sont plus vulnérables que les hommes. Comparés aux chiffres de l'EDS en 2004, ces taux ont baissé. Ils étaient alors de 6,8% chez les femmes et 4,1% chez les hommes. Dans le tableau 1.2 on peut observer une augmentation avec l'âge de la proportion des femmes séropositives jusqu'à 35-39 ans. C'est dans ce groupe d'âge que la prévalence du VIH/sida est la plus élevée chez les femmes (10,0%). On note également que les hommes et les femmes vivant à Yaoundé/Douala sont plus susceptibles d'être séropositifs que ceux qui vivent dans d'autres villes ou en milieu rural.

⁷ La collecte des données dans le cadre des EDS s'est faite par le biais de prélèvements sanguins. En 2011 les taux de refus du test de VIH en milieu urbain sont de 5% et 7% respectivement chez les femmes et les hommes. Ce taux est de 2% en milieu rural pour les femmes et les hommes.

Tableau 1.2 : Prévalence du VIH/sida selon certaines caractéristiques sociodémographiques

Caractéristiques sociodémographiques	Femmes	Hommes
Groupes d'âge		
15-19	2,0	0,4
20-24	3,4	0,6
25-29	7,6	3,0
30-34	7,3	5,3
35-39	10,0	5,8
40-44	7,1	4,7
45-49	6,4	6,3
Milieu de résidence		
Yaoundé/Douala	7,7	3,1
Ensemble urbain	6,4	3,0
Ensemble rural	4,6	2,7
Niveau d'instruction		
Aucun	2,8	1,7
Primaire	6,6	3,1
Secondaire 1 ^{er} cycle	6,6	2,5
Secondaire 2 nd cycle ou plus	5,2	3,5
Quintile de bien-être		
Le plus pauvre	2,6	1,2
Second	4,9	3,4
Moyen	5,9	2,6
Quatrième	6,9	3,1
Le plus riche	6,6	3,5

Source : Institut national de la statistique et ICF International (2012)

1.1.3 L'entrée dans la vie sexuelle, l'âge à la première union et l'âge à la première naissance

1.1.3.1 L'âge aux premiers rapports sexuels

Selon l'EDS-MICS 2011, l'âge médian aux premiers rapports sexuels chez les femmes est 17,0 ans et chez les hommes 18,7 ans. En 1991, l'entrée en vie sexuelle des femmes était plus précoce, soit 15,8 ans⁸. En 2011, les femmes résidant dans les villes de Yaoundé et Douala ont plus tardivement leurs premiers rapports sexuels (18,0 ans) que celles vivant dans les autres villes (17,2 ans) et en zone rurale (16,5 ans). Chez leurs homologues masculins, ce sont plutôt les hommes vivant en ville qui entament leur vie sexuelle plus tôt (18,4 ans) que les hommes vivant en milieu rural (19,0 ans).

1.1.3.2 L'âge à la première union

De manière globale en Afrique subsaharienne, l'entrée en union des hommes est tardive par rapport à celle des femmes. Au début des années 2000, l'âge médian au premier mariage des hommes se situe autour de 25 ans ou 26 ans, contre 20 ans pour les femmes (Hertrich, 2001 ;

⁸ L'âge médian des hommes aux premiers rapports sexuels n'a pas été calculé dans l'EDS de 1991.

Tabutin et Schoumaker, 2004). À partir de données statistiques sur les calendriers d'entrée en union des hommes et des femmes dans différents Etats africains, Hertrich (2001) a analysé l'évolution de ce calendrier à l'échelle continentale. Elle a procédé à une étude rétrospective des tendances de l'âge au mariage sur la période 1955-1999. C'est à partir des années 1970 que s'opère le recul de l'entrée en union des femmes (c'est-à-dire à plus de 18 ans) et ce, à un rythme inégal selon les sous-régions. L'augmentation de cet âge en Afrique centrale et de l'Est s'est faite de manière plus modérée dans les années 1980-1990, et plutôt lentement en Afrique de l'Ouest, et ce jusqu'à présent. Par contre, le recul peut être qualifié de « *spectaculaire* » en Afrique australe et particulièrement en Afrique du Nord avec une hausse de l'ordre de 2 à 3 ans par décennie (Hertrich, 2001, pp. 9-10).

Selon Pison (2012) les facteurs tels que l'évolution du statut des femmes, la scolarisation des filles, l'emploi des femmes, ont contribué depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale à augmenter de plus de 10 ans l'âge des femmes au mariage dans la zone du Maghreb. L'augmentation généralisée de l'âge au mariage des femmes en Afrique subsaharienne n'empêche pas la pérennité d' « *un modèle de mariage précoce* » dans des Etats tels que l'Ouganda, le Niger, le Mozambique, le Tchad (Tabutin et Schoumaker, *op.cit.*, p. 534). Notons que les dispositions juridiques sur l'âge légal au mariage ne contribuent pas à la disparition de ce modèle, car dans la plupart des pays africains francophones, l'âge légal minimum au mariage des filles se situe en deçà de 18 ans⁹.

En 2011, l'âge médian actuel des femmes à la première union est de 18,5 ans, 26 ans pour les hommes au Cameroun (Institut national de la statistique et ICF International, 2012)¹⁰. Comparativement aux résultats des précédentes EDS, on observe une augmentation de l'âge d'entrée en union des femmes : 16,5 ans en 1991, 17,4 ans en 1998 et 17,6 ans en 2004. Cela s'explique notamment par l'exode rural et l'urbanisation, le rapport aux normes traditionnelles ou coutumières, l'allongement de la durée des études des filles ou encore par le niveau de vie des individus (Institut national de la statistique et ICF International, 2012; Kishimba, 2000 ; Petit et Tchegnina, 2009). Le contexte de crise économique et la paupérisation des individus freinent les processus matrimoniaux qui sont généralement coûteux (Locoh, 2003). Cet âge est plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural (figure 4).

⁹ L'ordonnance n°81-02 du 29 juin 1981 portant organisation de l'état civil au Cameroun fixe l'âge légal au mariage à 15 ans pour la fille et 18 ans pour le garçon.

¹⁰ L'union dans cette EDS désigne les mariages coutumiers, civils, religieux et les unions de fait.

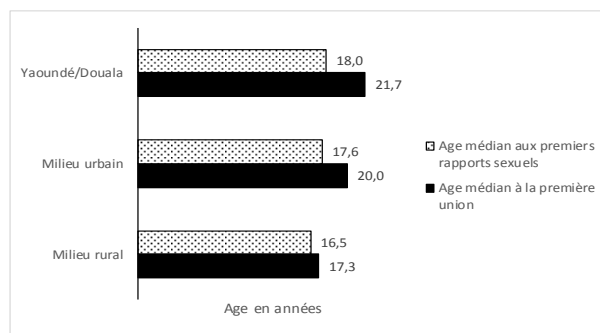


Figure 4 : Ages médians des femmes aux premiers rapports sexuels et à la première union selon le milieu de résidence

Source : Institut national de la statistique et ICF International (2012)

Selon l'EDS-MICS, les femmes à Yaoundé/Douala entrent en première union plus tard (21,7 ans) que celles résidant dans les autres villes (18,8 ans). L'augmentation de l'âge au mariage dans les villes de Yaoundé et Douala s'est accompagnée de l'émergence des grossesses prénuptiales (Kishimba, 2000). Cette augmentation n'implique pas forcément une réduction de la durée d'exposition au risque de grossesse. L'âge médian aux premiers rapports sexuels chez les femmes vivant à Yaoundé/Douala est de 18,0 ans. Le décalage entre l'âge aux premiers rapports sexuels et l'âge à la première union est plus prononcé dans ces deux métropoles et dans l'ensemble urbain (figure 4). Cette situation souligne la déconnexion entre la sexualité et le mariage en milieu urbain camerounais. Le mariage ne constitue plus le cadre exclusif du début de la vie sexuelle et par conséquent de la vie reproductive. Le risque d'une première maternité hors union augmente avec la durée d'exposition de la femme aux relations sexuelles hors union (Emina 2009).

1.1.3.3 L'âge à la première naissance

Selon l'EDS-MICS 2011, l'âge médian à la première naissance parmi les femmes de 25-49 ans au Cameroun est estimé à 19,5 ans (18,8 ans en milieu rural et 20,4 ans en milieu urbain). Cet âge varie selon le statut socio-économique, le niveau d'instruction, le milieu de résidence des femmes. Les femmes vivant dans les ménages les plus pauvres ont leur première maternité plus tôt (18,3 ans) que celles des ménages les plus riches (21,7 ans). L'âge médian à la première naissance parmi les femmes les plus instruites est de 24,0 ans. Il est de 20 ans parmi celles qui ont un niveau d'instruction secondaire, 19 ans pour celles qui ont un niveau primaire et 18,2 ans parmi celles qui n'ont aucun niveau d'instruction.

Pour étudier la primo-maternité hors union au Cameroun, Emina (2009) recourt d'une part à l'approche par les mères et d'autre part à l'approche par les enfants. La première approche consiste à étudier (à partir des données de l'EDS de 1998) la première naissance hors union par une analyse des variables intermédiaires que sont la durée d'exposition des femmes aux rapports sexuels hors union et la pratique contraceptive avant la première naissance. Les résultats montrent que plus la durée d'exposition s'étend, plus grand est le risque de grossesse pré-nuptiale. L'effet de la pratique contraceptive cesse d'être significatif dès lors que la variable du caractère désiré ou non de la naissance est contrôlé.

Emina (2009) observe que la proportion des premières naissances hors union la plus élevée (soit 49%) est enregistrée chez les femmes qui ont utilisé une méthode contraceptive moderne avant la première maternité. Plus de la moitié de ces naissances résultent de grossesses non planifiées. 38% des naissances hors union sont survenues chez les femmes qui utilisaient une méthode traditionnelle et 15% chez celles qui ont déclaré n'avoir jamais utilisé de contraception. Selon Emina, ces résultats interrogent d'une part l'usage correct et la fiabilité des moyens de contraception utilisés par les femmes, et d'autre part mettent en cause la compréhension par ces dernières de la notion de naissance désirée.

À Yaoundé/Douala l'âge médian à la première naissance est de 21,5 ans. Les unions sexuelles non-maritales dites unions informelles et les naissances hors mariage se développent au Cameroun, notamment à Yaoundé (Calvès, 2006). Face à la multiplication de ces unions les mariages collectifs ont été instaurés¹¹. Cette initiative permet aux jeunes d'accéder plus facilement au mariage, compte tenu des coûts élevés de la dot et du contexte économique difficile. À travers ces mariages, les pouvoirs publics visent la protection des droits des femmes et le cas échéant de ceux des enfants issus des unions informelles. Il est question notamment du droit de succession, du droit de propriété.

Les grossesses pré-nuptiales à Yaoundé peuvent résulter d'une stratégie des partenaires visant l'officialisation du couple et son acceptation par les proches (Abéga *et al.*, 1994). Elles constituent pour des femmes un moyen de pression sur les hommes pour concrétiser le projet de mariage (Calvès, 1999a). Calvès (2006) souligne l'ampleur des naissances hors mariage à

¹¹ Les mariages collectifs existent depuis 2007 au Cameroun. Le ministère de la promotion de la femme et de la famille en a la charge. Il s'agit de la célébration le même jour, à un même endroit et simultanément, d'une série de mariages par un officier d'état civil.

Yaoundé : 204 enfants sur les 264 qui constituent l'échantillon de son étude sont nés de parents non mariés.

Au Cameroun, les grossesses pré-nuptiales sont tolérées par exemple dans l'ethnie Bèti dont les coutumes et les mœurs en matière de sexualité sont décrites comme plus permissives que celles d'autres ethnies (Johnson-Hanks, 2003 ; Rwenge 2004 ; Yana, 1995). Les naissances hors mariage chez les Bèti sont favorablement perçues en ce sens qu'elles sont utilisées comme la preuve de la fécondabilité de la femme. Cette preuve permet de se prémunir au moment d'un mariage à venir contre les suspicions relatives à l'infécondité de la femme ; l'infécondité étant une des causes de rupture d'union au Cameroun (Rwenge, 2004).

1.1.4 L'avortement provoqué

En 2013, il a été estimé que 36% des grossesses non planifiées ont abouti à un avortement provoqué au Cameroun (Vlassoff *et al.*, 2014). La pratique est interdite et punie par la loi¹². Toutefois le législateur a prévu des cas d'exception en cas de grossesse résultant d'un viol ou d'un inceste et en cas de péril pour la vie de la mère. Les données sur l'application des sanctions pénales liées à la pratique de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) au Cameroun sont rares. Une enquête sur l'avortement dans les villes de Yaoundé et Douala consacre un volet sur le regard porté par les femmes sur la clandestinité de la pratique. Les résultats montrent que la loi n'exerce pas sur elles une force persuasive dans la mesure où pour 64% d'entre elles, c'est l'observance des normes sociales et des valeurs traditionnelles relatives à la sexualité et la fécondité qui prime (Ngwe *et al.*, 2005). Seules 25% des femmes interrogées déclarent que la peur de la loi est à l'origine de pratiques clandestines. En fonction des circonstances entourant leur grossesse et des intérêts en jeu, les femmes vont décider de se mettre ou non en marge de la loi.

Des travaux antérieurs, à l'instar de ceux de Kellerhals et Pasini (1976), d'Isambert (1982), ont mis en exergue la dimension normative et moralisatrice des perceptions de la pratique abortive. Ces auteurs en s'interrogeant sur l'avortement en tant qu'objet social expliquent que cette pratique dans son essence est porteuse de tensions émanant des rapports entre les

¹² Selon l'art. 337, al. 1 et 2 du code pénal au Cameroun, la femme qui consent à se faire avorter est passible d'une peine d'emprisonnement et/ou d'une amende tandis que l'auteur de l'avortement est passible de ces deux peines simultanément, et éventuellement la fermeture du local professionnel pour le praticien.

institutions, les normes en vigueur et les différents acteurs en présence (le politique, le législateur, le professionnel de la santé, la femme et le groupe social)

On retient donc au travers des pratiques clandestines que les dispositions législatives restrictives n'empêchent pas le recours à l'avortement provoqué au Cameroun. *«L'interdiction de l'avortement n'empêche pas sa pratique mais implique des procédés à risque »* (Guillaume, 2004, p. 90). Les femmes se tournent vers des pratiques illégales et à risque. C'est le cas des avortements clandestins dont les complications sont parfois mortelles (en raison de la méthode utilisée, de l'absence de qualification du praticien et/ou des conditions d'hygiène et de sécurité sanitaire insuffisantes). La mesure statistique de l'avortement est difficile en raison de l'illégalité et de la clandestinité de la pratique.

À Yaoundé, la plupart des avortements provoqués clandestins sont pratiqués par le personnel médical (Calvès, 2009). L'étude sur les déterminants de l'avortement provoqué chez les jeunes dans cette ville montre que les femmes qui ont déclaré avoir déjà avorté ont en moyenne 23 ans. L'échantillon est composé de 205 hommes et 179 femmes âgés de 20 à 29 ans. Chez les femmes, la principale raison du recours à l'avortement est la poursuite des études (26%), suivie de l'instabilité de la relation (23%), de l'âge et de la crainte de la réaction des parents (19%). L'argument relatif aux difficultés financières vient en cinquième position (10%). Il s'agit par contre du principal motif invoqué par les hommes (45%). 20% des femmes ont déclaré avoir recouru à un avortement sans en informer leur partenaire. 19% des avortements déclarés par les femmes résultent d'une décision commune du couple.

L'offre d'avortement médicalisé lorsqu'elle existe dans un contexte d'illégalité, est onéreuse et accessible aux individus ayant d'importantes ressources financières. Ceux qui n'en disposent pas opteront pour des services peu coûteux qui peuvent être préjudiciables pour leur santé, pour leur vie.

Après avoir présenté l'évolution de l'utilisation de la contraception dans le premier volet de ce chapitre, intéressons-nous dans le second aux étapes du discours politique sur les questions de populations.

1.2 L'évolution dans le traitement des questions de populations

La position de l'Etat camerounais sur la croissance démographique a connu deux étapes : une première caractérisée par la défense de thèses populationnistes et une seconde liée à l'adhésion à la maîtrise de la fécondité.

1.2.1 D'une position gouvernementale pro-nataliste...

La majorité des Etats d'Afrique subsaharienne à l'instar du Cameroun ont longtemps tenu et promu un discours pro-nataliste. Jusqu'au début des années 1980, ces Etats ont été réfractaires à toutes mesures visant à réduire les niveaux de fécondité sur leur territoire. Leur vision de la croissance démographique différait de celle des puissances occidentales en raison notamment de l'étendue du problème de l'infécondité en Afrique centrale, du besoin d'une main d'œuvre plus importante pour exploiter les ressources naturelles, de modèles culturels encourageant une descendance nombreuse. Gubry (1988) décrit l'évolution de la position gouvernementale du Cameroun vis-à-vis de la fécondité en disant que le Cameroun est passé « d'un natalisme nuancé vers un anti-natalisme modéré ». Cette assertion traduit le fait que la fécondité connaît une baisse certaine quoique encore faible.

1.2.1.1 Des mesures susceptibles d'augmenter la natalité

Entre 1950 et 1990 la population du Cameroun est passée d'environ 5 millions d'habitants à près de 12 millions (Gubry et Wautelet, 1993) avec un taux d'accroissement naturel allant de moins de 2% à environ 3%. Le niveau de la fécondité est particulièrement élevé dans les années 1970 avec en moyenne six enfants par femme. Les autorités politiques défendaient alors l'accroissement de la population et s'étaient engagés à ne prendre aucune mesure de réduction de la fécondité avant que la population n'atteigne 10 millions d'habitants (Bahri, 1995). C'est dans cette optique que différentes mesures politiques ont été prises pour encourager l'augmentation du niveau de fécondité. On distingue ainsi des mesures législatives et des mesures économiques ou fiscales.

a) Des lois dites « natalistes » de la période coloniale aux années 1970

La législation en vigueur au cours de cette période réprimait toute initiative susceptible d'entraver la natalité. On peut citer l'interdiction de la vente de moyens contraceptifs. Les Etats africains ont pour la plupart, conservé dans leur législation post indépendance, la loi française de 1920 interdisant la diffusion de la contraception et l'avortement. La loi n°29/69 du 29 mai 1969 portant réglementation de l'exercice de la profession de pharmacien au

Cameroun a d'ailleurs été l'expression de la continuité de la loi coloniale française dont l'objectif était de remédier aux pertes démographiques causées par la Première Guerre mondiale. Ce texte de 1969 prohibait la vente de contraceptifs et la publicité anticonceptionnelle par les pharmaciens. Une analyse du contexte de l'adoption de cette loi permet de noter une certaine incohérence au niveau des engagements de l'Etat camerounais en matière de droits de l'Homme à cette période-là.

La Déclaration de Téhéran à laquelle le Cameroun adhéra en 1968 reconnaît aux parents le droit de décider librement du nombre d'enfants souhaité et de l'espacement des naissances et consacre l'accès à la planification familiale en tant qu'un droit de l'Homme. Même si une déclaration n'a pas de pouvoir juridique contraignant, elle engage toutefois pour sa mise en œuvre la bonne foi des parties qui y ont adhéré. L'adoption de la loi n°29/69 par le Cameroun était non seulement en contradiction avec les recommandations adressées aux Etats parties à la Déclaration de Téhéran, mais représentait également une entrave à la liberté des personnes de recourir à la planification familiale. Cette liberté inclut le droit à « *l'accessibilité de l'information qui comprend le droit de recherche, de recevoir et de répandre des informations et des idées concernant les questions de santé* » (Nations Unies, 2000). En marge de cette loi de 1969 s'opérait un approvisionnement officieux en contraceptifs, surtout par ceux qui disposaient des moyens financiers nécessaires. L'interdiction de l'avortement provoqué fait également partie des mesures natalistes préconisées à cette époque. En somme, les mesures législatives phares en faveur de la natalité au Cameroun étaient en marge des orientations internationales qui prônaient un contrôle de la fécondité. Pour donner davantage d'effets aux lois, ces mesures vont être assorties à des politiques familiales natalistes.

b) Des politiques familiales natalistes

Le gouvernement camerounais a formulé dans les années 1970 une politique de revenus offrant notamment différentes allocations. Il s'agit par exemple d'allocations de naissance, d'allocations familiales mensuelles, d'un supplément familial de traitement, d'une indemnité journalière versée à la femme salariée en congé de maternité, ou encore du remboursement des frais médicaux de grossesse et de maternité. Les familles de fonctionnaires bénéficiaient de ces allocations jusqu'au 6^e ou 7^e enfant. En fin de compte, la fécondité élevée au cours de cette période est probablement imputable au moins en partie à ces mesures. En effet, la descendance finale moyenne était de 6,5 enfants par femme selon l'enquête nationale de fécondité de 1978.

Sur le plan fiscal, le montant des impôts à payer est fonction du nombre d'enfants à charge. *«Le montant de la surtaxe progressive diminue avec le nombre d'enfants, le revenu imposable étant divisé par un certain nombre de parts, qui sont fonction des enfants à charge »* (Gubry, 1988, p. 186). Cette mesure fiscale est à nouveau une adaptation de la législation coloniale. En effet cette mesure est inspirée de la loi française du 30 juin 1950 dite « Loi Lamine Gueye » qui prévoyait entre autres une égalité entre les allocations familiales attribuées aux familles de fonctionnaires d'origine métropolitaine et à celles des fonctionnaires natifs des territoires d'outre-mer. On ne dispose pas de données sur la proportion de femmes salariées qui aurait bénéficié de cette mesure. Le manque de données ne nous permet pas de saisir l'impact de ces politiques natalistes sur le niveau de fécondité au Cameroun ; celles-ci ne s'appliquaient qu'à une infime fraction de la population. On n'a pas la certitude que ces mesures aient contribué à une augmentation significative du niveau de natalité.

1.2.1.2 Les arguments justifiant la politique nataliste

La détermination du gouvernement camerounais à accélérer la croissance démographique se poursuit dans un contexte socioculturel favorable et s'articule autour d'arguments évoqués implicitement ou non. La synthèse de la littérature relative à la politique nataliste menée au Cameroun permet de relever des éléments justificatifs non exhaustifs, d'ordre sanitaire, spatial ou économique.

a) L'argument sanitaire

Sur le plan sanitaire, la politique nataliste est envisagée comme un moyen de pallier le déficit démographique causé par le niveau élevé de la mortalité infantile et de la stérilité. Les estimations faites par les Nations Unies permettent d'avoir un aperçu du niveau de mortalité infantile dans le monde depuis les années 1950. Au moment des indépendances africaines et durant la période de promotion des politiques natalistes, les tendances de la mortalité infantile observées furent les suivantes : 152‰ entre 1960-1965 et 142‰ entre 1965-1970 en Afrique subsaharienne et respectivement à ces deux périodes 145‰ et 133‰ au Cameroun (United Nations, 2011a). Malgré la légère baisse observée, l'Afrique est le continent où le taux de mortalité infantile est le plus élevé ; les autres continents ayant un taux pour la période par exemple de 1965-1970 compris entre 20‰ et 100‰. La mortalité infantile élevée observée en Afrique subsaharienne est due à de mauvaises conditions de vie des populations (malnutrition, faible accès à l'eau potable, occupation d'habitats précaires), à la précarité de leurs ressources

financières, à la prépondérance de maladies infectieuses, au dysfonctionnement des systèmes de santé publique, à la lenteur des progrès de la médecine dans cette partie du monde. Des familles adoptent une stratégie de survie consistant à multiplier les naissances pour accroître les chances qu'au moins un enfant atteigne l'âge adulte. La forte mortalité infantile constitue un frein au déclin de la fécondité. Plus la mortalité des enfants est faible, plus la fécondité est contrôlée (Tabutin et Schoumaker, 2004).

La stérilité posait à l'époque un enjeu sanitaire et démographique qui s'est progressivement muté en intérêt politique. L'enjeu sanitaire résidait à la fois au niveau de la prévalence des maladies sexuellement transmissibles qui avaient été identifiées comme cause principale de la stérilité pathologique et au niveau de la santé de la femme en particulier. Sur le plan démographique, la stérilité a eu un effet inhibiteur sur la fécondité en Afrique ; Gubry et Wautelet (1993) invoquent d'ailleurs, « *l'existence de vastes zones d'infécondité* » au Cameroun comme facteur explicatif des faibles niveaux de natalité enregistrés, par rapport à ceux observés dans d'autres pays du continent. Selon Evina (1989) l'ISF au Cameroun en 1980 a été réduit de 1,3 enfants en raison de ce problème sanitaire (contre 1,6 enfants en Centrafrique et 1,9 en République démocratique du Congo et au Congo-Brazzaville).

b) L'argument historique

L'histoire coloniale des Etats africains a souvent été invoquée pour expliquer le sous-peuplement du continent, du fait notamment des déplacements de population au cours de la période coloniale (Amin, 1972 ; Tabutin et Schoumaker, 2004). La densité globale en Afrique subsaharienne en 1950 était estimée à environ 7,7 habitants/km² soit la plus faible densité au monde comparée la même année à celle de l'Amérique latine (8,1 habitants/km²), de l'Europe (23,7 habitants/km²) ou encore de l'Asie (44 habitants/km²) (United Nations, 2011b). Les Etats africains n'hésiteront pas lors de la conférence de Bucarest en 1974 à promouvoir le repeuplement de leurs terres. Le problème selon eux ne devait pas être posé en termes de surpopulation (comme l'affirmaient les puissances occidentales) mais plutôt en termes de faibles densités. Le Cameroun a écarté l'idée de surpeuplement dans son premier plan quinquennal de développement (1960-1965) ; il s'agissait davantage d'un « déséquilibre prononcé » dans la répartition de la main d'œuvre que d'une question de « surpopulation. L'argument historique est combiné ici à un souci de rentabilité économique.

c) L'argument socioéconomique

Durant les années qui ont suivi l'indépendance du Cameroun, l'une des préoccupations majeures est le développement économique en actionnant le levier de la croissance démographique. Il s'agit « *de peupler le pays, considéré comme sous-peuplé, afin d'en augmenter « la puissance », d'accroître le marché et de faire des économies d'échelle en rentabilisant les investissements* » (Gubry et Wautelet, *op.cit.*, pp. 645 ; 647). C'est une vision défendue par les tiers-mondistes qui considèrent que le développement est le meilleur contraceptif. Le gouvernement camerounais a souhaité impulser le développement économique du pays par le biais de la politique nataliste exécutée. Cette politique devrait, selon lui, permettre à long terme l'augmentation du potentiel de la main d'œuvre. C'est une stratégie qui allait à contresens de la thèse malthusienne proposée aux pays du Tiers-Monde dans le but de les mettre en garde contre les conséquences négatives de l'accroissement de leur population. En substance, cette thèse soutient que la croissance démographique est un frein majeur à l'essor économique des pays en développement, et que pour assurer cet essor ces derniers devraient mener une politique de contrôle de la croissance de leur population. En d'autres termes, la croissance démographique dans les pays du Tiers-Monde serait la cause de leur sous-développement. Le dualisme entre développement et croissance démographique est un sujet qui continue d'alimenter les débats. Si déterminer l'impact de la croissance démographique sur le niveau économique ou de développement d'un Etat est un exercice difficile, il est plus probable de constater que l'accroissement de la population intensifie les inégalités dans la disponibilité des ressources (Chesnais, 1987 ; Tabutin et Thiltgès, 1992 ; Tapinos, 1991). Face justement à la pression démographique sur les ressources disponibles au début des années 1980 et surtout à la crise économique ayant conduit à la mise en place du « Programme d'ajustement structurel », le gouvernement camerounais va mettre de côté les politiques natalistes menées jusque-là.

1.2.2 ...à l'adoption de la régulation de la fécondité

La redéfinition des priorités gouvernementales en matière de santé reproductive va s'accompagner d'un certain nombre d'engagements officiels. L'adhésion aux normes internationales et régionales et l'élaboration d'un cadre national réglementaire témoignent d'un choix tourné vers les libertés individuelles en matière de santé sexuelle et reproductive.

1.2.2.1 Les engagements au niveau international

Ces engagements sont formulés dans des textes fondamentaux auxquels l'Etat camerounais a souscrit. Nous passons ici en revue d'une part des traités internationaux, et d'autre part les textes spécifiques à la région africaine.

a) L'adhésion aux normes reconnues par la communauté internationale

Les Etats parties au Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966) à l'instar du Cameroun sont tenus en vertu des dispositions de l'article 12 de prendre les mesures nécessaires visant la diminution de la mortalité infantile et le développement sain de l'enfant. On peut y voir déjà à cette époque une référence aux services de régulation de la fécondité. Les services de planification familiale concourent à prévenir et à espacer les grossesses afin par exemple de diminuer les risques de décès du nourrisson, de la mère, en raison de naissances rapprochées. L'espacement des naissances permet d'améliorer la survie de l'enfant.

En ratifiant la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (Nations Unies, 1979), l'Etat camerounais s'est engagé entre autres à assurer : *« l'accès à des renseignements spécifiques d'ordre éducatif tendant à assurer la santé et le bien-être des familles, y compris l'information et des conseils relatifs à la planification de la famille »* (art.10, al.h) et d' *« éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine des soins de santé en vue de leur assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, les moyens d'accéder aux services médicaux, y compris ceux qui concernent la planification de la famille »* (art.12, al.1). À ce niveau, il est question de l'autonomisation des femmes, notamment en ce qui concerne les décisions en matière de santé en général et de santé reproductive en particulier. Ce fut un élément de discussions à l'occasion des rencontres internationales portant sur la population ; rencontres qui ont insisté entre autres sur l'importance de la liberté reproductive des femmes.

À l'occasion de la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994 au Caire (CIPD) et de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes en 1995 à Beijing, les gouvernements se sont engagés à garantir l'égalité et la non-discrimination en matière de droits sexuels et reproductifs. Ainsi, *« les droits fondamentaux des femmes comprennent le droit d'être maîtresses de leur sexualité, y compris leur santé en matière de sexualité et de procréation, sans aucune contrainte, discrimination ou violence et de prendre librement et de*

manière responsable des décisions dans ce domaine » (Nations Unies, 1995b, §. 40). Les droits sexuels et reproductifs font partie intégrante des droits de l'Homme consacrés dans les instruments internationaux y afférents.

Le Cameroun ayant adhéré au programme d'action de la CIPD ainsi qu'à la Plate-forme de Beijing, il s'est engagé d'office à améliorer la qualité de vie des populations en général et plus singulièrement à promouvoir les droits des femmes en matière de santé de la reproduction. Ces droits sont ainsi énoncés dans le programme d'action : d'une part « *le droit de tous les couples et des individus de décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances et de disposer des informations nécessaires pour ce faire, et du droit de tous d'accéder à la meilleure santé en matière de sexualité et de reproduction* », et d'autre part « *le droit de tous de prendre des décisions en matière de procréation sans être en butte à la discrimination, à la coercition ou à la violence* » (Nations Unies, 1995a, pp. 38-39). Les programmes élaborés dans ce sens ont pour but d'aider les couples et les individus à atteindre leurs objectifs en matière de procréation en leur fournissant les informations et les moyens nécessaires à cet effet. Le recours à ces moyens contraceptifs apparaît donc comme une des conditions sine qua non à l'expression des droits en matière de santé de la reproduction.

Dans le cadre de cette étude, nous retiendrons les droits cités dans le programme d'action de la CIPD. Ce programme sert de cadre de référence pour les plans d'actions des Etats membres en matière de politiques de population. Il est donc pertinent pour nos analyses dans la suite de cette étude de nous intéresser à deux principaux droits identifiés dans ledit programme. Il s'agit du droit de décider librement de la taille de la famille et de disposer des méthodes contraceptives pour y arriver, et le droit de ne subir aucune contrainte dans les choix de fécondité.

b) Les normes régionales

Les conférences d'Alma Ata en 1978, de Lusaka en 1985, de Bamako 1987, la Déclaration d'Hararé en 1987 ont permis de poser les bases des réformes destinées à universaliser l'accès aux soins de santé primaires. L'accès à des services de planification familiale à un moindre coût fait partie de ces soins. L'article 18 de la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples ratifiée en 1989 par le Cameroun invite les Etats parties à veiller sur la santé physique et morale des familles. La Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant à laquelle est

partie l'Etat camerounais depuis 1996, mentionne explicitement l'engagement des pays signataires à développer des services de planification familiale. Le Protocole de Maputo en vigueur depuis 2005, ratifié en 2009 par le Cameroun, définit la responsabilité des Etats en son article 14 quant à leur obligation de garantir aux femmes le libre choix des méthodes contraceptives, ainsi que le droit d'exercer un contrôle sur leur fécondité. Cet article du protocole a provoqué une levée de boucliers dans un certain nombre de pays africains parce qu'il préconise aux Etats d'assurer aux femmes l'accès à un avortement médicalisé en tant que droit reproductif. L'Eglise catholique au Cameroun a fait savoir dans une lettre ouverte son désaccord quant à la ratification du Protocole de Maputo et une manifestation avait été organisée dans ce sens. Bien que ce protocole soit novateur dans le paysage législatif des droits de la femme en Afrique, on en retient généralement que les dispositions de l'article 14 qui sont diversement interprétées.

1.2.2.2 La réglementation nationale

Contrairement aux précédents plans quinquennaux de développement qui jusque-là reprenaient les grandes lignes de la politique nataliste de l'Etat, le cinquième et le sixième plan (1981-1986 et 1986-1991) s'inscrivent dans cette nouvelle orientation de maîtrise de la fécondité. On y retrouve d'ailleurs quelques extraits relatifs à la notion de parenté responsable. Ces extraits informent plus sur les stratégies que devra adopter le gouvernement pour parvenir à son objectif, qu'ils ne renseignent sur la signification de cette notion. On peut en saisir un essai de définition dans un discours prononcé en 1980 par le Chef de l'Etat de l'époque. De manière globale il s'agit de « *sensibiliser chacun pour qu'il limite sa descendance en fonction* » du niveau et de la qualité de vie auxquels il aspire » (Gubry, 1988, p. 189). En somme l'idée est d'amener les individus et/ou les couples à fonder une famille en fonction de leurs ressources. Le choix des autorités va se porter sur l'adoption des programmes de planification familiale recommandés par les pays occidentaux. Des mesures furent prises pour faciliter la mise en place de ces programmes.

À cet effet, les précédentes mesures législatives relatives à l'interdiction de la promotion de la contraception furent abrogées. Une nouvelle loi encadrant la profession des pharmaciens fut promulguée, les autorisant à informer le public sur les moyens contraceptifs et à en vendre (loi n°080/10 du 14 juillet 1980 sur la profession des pharmaciens). Des structures vont progressivement être créées : la Commission nationale de la population (1985), l'Association Camerounaise pour le Bien-être familial, plus connue sous l'acronyme CAMNAFAW (1987),

le Programme de Marketing Social au Cameroun (1989) devenu l'Association Camerounaise de Marketing Social, des services de santé maternelle et infantile et de planification familiale (SMI/PF).

À la suite des recommandations formulées à l'issue des conférences régionales mentionnées ci-dessus, le gouvernement adopte en 1993 une déclaration de Réorientation des Soins de Santé Primaires (REOSSP). Elle évoque succinctement la planification familiale. Les services afférents sont inscrits dans le paquet minimum d'activités disponibles dans un centre de santé. Le symposium national sur la santé de la reproduction organisé en 1999 a abouti à l'élaboration progressive de textes définissant les axes stratégiques pour améliorer la santé sexuelle et reproductive des populations en général et des jeunes et des femmes en particulier. Les huit composantes retenues à l'occasion de ce symposium sont : la planification familiale, la santé maternelle et infantile (SMI), la lutte contre les IST et le VIH/sida, la santé reproductive des adolescents, la lutte contre les pratiques néfastes (l'excision, la violence sexuelle domestique, le mariage précoce), la lutte contre l'infécondité ou l'infertilité et les dysfonctionnements sexuels, la lutte contre les cancers génitaux et mammaires, et enfin la prise en charge de la santé reproductive des personnes âgées.

Se fondant sur ce dispositif institutionnel et juridique, le gouvernement a renforcé le cadre normatif d'intervention en matière de santé de la reproduction comprenant notamment : la déclaration de la politique nationale de population, la stratégie sectorielle de santé, la politique des services de santé de la reproduction, les procédures des services de santé de la reproduction, le plan stratégique du programme national de santé de la reproduction, le plan national de développement sanitaire. Nous en donnons une brève description ci-après.

a) La déclaration de la politique nationale de population (DPNP)

Cette déclaration s'inscrit en droite ligne des recommandations formulées au cours de la CIPD, concernant notamment la promotion et l'amélioration de l'accès aux méthodes contraceptives modernes. La DPNP donne des précisions sur les mesures à prendre pour réaliser chaque objectif. Non seulement on y retrouve des stratégies de mise en œuvre pour chacun des objectifs, mais également une information sur les résultats escomptés pour chacun d'eux. Par exemple en matière de planification familiale, l'objectif spécifique est de « *promouvoir et faciliter l'accessibilité volontaire aux services de planification familiale en vue d'assurer la maîtrise de la fécondité...* ». La stratégie proposée est celle de

« l'implantation de ces services sur toute l'étendue du territoire national avec un effort particulier dans les zones rurales et les zones urbaines à habitat spontané ». Notons que l'inégale répartition des infrastructures sanitaires, la difficile accessibilité des infrastructures sanitaires en milieu rural sont toujours d'actualité au Cameroun. Sur la forme, la DPNP est un texte dense au regard de la kyrielle d'objectifs à la fois généraux (sept) et spécifiques (trente-cinq) qu'on y trouve. Sur le fond, cela interpelle sur le réalisme ou plutôt sur la faisabilité de ces objectifs. On pourrait avoir le sentiment d'être parfois en présence de *« politiques de population –qui–se muent ainsi en politiques de société où, par souci de se donner bonne conscience, on incorpore le plus de programmes possibles »* (Ngondo, 1994, p. 102). Le risque étant que les objectifs fixés ne soient pas atteints. À ce sujet, il est clairement mentionné dans la DPNP que le gouvernement ne réalisera les objectifs fixés que dans la mesure des moyens disponibles.

Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels précise que chaque Etat partie devra s'acquitter de ses obligations au maximum des ressources dont il dispose. Le comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies dans son observation générale n°14 va plus loin et attribue à l'Etat, la charge de la preuve en cas d'impossibilité de respect des obligations énoncées dans le Pacte. C'est-à-dire que le comité n'exclut pas la possibilité qu'un Etat manque à ses obligations en matière de droit à la santé en raison de la faiblesse des ressources disponibles, toutefois ce dernier doit pouvoir démontrer qu'il a déployé tous les efforts nécessaires pour s'acquitter desdites obligations avec les moyens dont il disposait.

Cette déclaration a été actualisée en 2002 en vue d'avoir une cohérence entre les stratégies nationales et les changements démographiques connus par le pays entre temps, tout en gardant le lien avec les échéances fixées par la communauté internationale (les OMD à cette période-là). Sur le plan de la forme, la deuxième version de la déclaration se veut plus condensée que la précédente. Les objectifs ont été revus à la baisse mais le fond des idées reste le même. Le thème de la lutte contre le SIDA est très présent dans la version actualisée compte tenu du rythme d'expansion de la pandémie sur le territoire national et de son niveau de prévalence important au sein de la jeune population.

b) La Politique des services de santé de la reproduction

Le symposium national avait recommandé d'élaborer une politique spécifique pour mettre en œuvre les lignes directrices de l'accès aux soins et services de santé de la reproduction. Cette politique devrait comprendre : une politique sous-sectorielle, des politiques, normes et procédures et un programme national de santé de la reproduction. Dans le document sur la politique des services, il est question d'une présentation du concept de la santé de la reproduction et d'un descriptif des domaines d'intervention pour la mise en œuvre des stratégies nationales. Le texte est fortement inspiré de celui de la stratégie sectorielle de la santé. La planification familiale est citée parmi les composantes communes à la santé de la mère, des adolescents et des jeunes et la santé des hommes. Les objectifs sont la prévention des grossesses non désirées, l'espacement des naissances, la lutte contre les IST et le VIH/sida, la lutte contre l'infertilité. L'offre des services de contraception suivra à la fois la stratégie fixe (prestations au sein des formations sanitaires) et la stratégie avancée (dans les communautés à travers le marketing social).

c) Procédures des services de santé de la reproduction

C'est un document assez détaillé qui renseigne sur ce que doivent être des services de qualité. Le cadre de la consultation est présenté à travers le descriptif des tâches qui incombent aux prestataires. Ces derniers sont sensés connaître leurs obligations à l'égard des patients ; rien n'en est moins sûr dans la pratique. La prestation de services de planification familiale se décline en trois types de soins : promotionnels, préventifs et curatifs. Les soins promotionnels consistent en un counseling sur la contraception, en la promotion de comportements sexuels sains, et en l'utilisation du préservatif. Les soins préventifs se rapportent aux informations sur la puberté, la protection contre les IST et le VIH/sida, les méthodes contraceptives et l'abstinence sexuelle. Les soins curatifs sont relatifs à la prise en charge des grossesses précoces, des grossesses non désirées, au traitement des cas d'IST et de VIH/sida et aux soins post-abortum. À ce sujet, toutes les structures sanitaires au Cameroun ne fournissent pas des soins post-abortum et peu de données sont disponibles quant à la prise en charge.

d) Plan stratégique national de la santé de la reproduction, maternelle, néonatale et infantile (2014-2020)

En matière de planification familiale, les objectifs poursuivis sont l'atteinte d'un taux de prévalence contraceptive moderne de 30% chez les femmes en âge de procréer d'ici 2020, et la réduction de moitié de la prévalence des grossesses précoces chez les adolescents et les jeunes. Ces objectifs sont similaires à ceux prévus par le précédent plan stratégique qui prenait comme horizon, 2015. Des taux de 30% et 15% étaient escomptés respectivement en milieux urbain et rural d'ici 2015. En 2011, 20,8% des femmes de 15-49 ans en union et vivant en zone urbaine utilisent une méthode contraceptive moderne contre 8,7% en zone rurale. En 2014, la prévalence contraceptive toutes méthodes confondues est de 42,4% en milieu urbain et de 27,7% en zone rurale (Institut national de la statistique, 2015a). Parmi les interventions prioritaires définies pour repositionner la planification familiale dans le paquet d'activités des formations sanitaires, on trouve notamment :

- l'amélioration des infrastructures et des équipements
- le développement et la mise en œuvre d'un plan de formation ou de recyclage des personnels de santé en méthodes contraceptives, particulièrement celles de longue durée
- l'augmentation du budget national pour la planification familiale
- la standardisation des tarifs des méthodes contraceptives et la promotion de l'accessibilité financière.

Contrairement au précédent plan stratégique, l'actuel plan ne formule pas d'objectif spécifiquement consacré à la réduction des cas d'avortements provoqués. Cependant, ceux-ci sont mis en lien avec les grossesses précoces dans le document. Quelques facteurs expliquant la faible prévalence contraceptive sont mentionnés dans le plan. Il s'agit entre autres : de ruptures fréquentes des stocks de contraception dans les formations sanitaires, de la faible qualité des services fournis, de la faible accessibilité financière et géographique aux services et aux produits contraceptifs, de la dépendance des pouvoirs publics aux financements extérieurs pour l'approvisionnement en contraceptifs, des normes socioculturelles.

1.2.3 Les acteurs de la planification familiale

Les activités relatives à la planification familiale au Cameroun incombent à la direction de la santé familiale du ministère de la santé publique. Elle a notamment la charge de l'élaboration et du suivi de la mise en œuvre de la politique gouvernementale en matière de santé reproductive, des programmes de promotion et de protection de la santé maternelle et infantile, de l'adolescent, de l'homme, de la personne âgée. Les prestations de services de planification familiale sont disponibles aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé. Dans le secteur public, ces services sont disponibles au niveau des hôpitaux de district. Les hôpitaux de district sont les structures sanitaires rattachées au niveau périphérique de la pyramide sanitaire au Cameroun. Selon l'organisation de cette pyramide, il revient à ces hôpitaux de mettre à la disposition des populations, le paquet minimum d'activités dans lequel sont incluses les prestations de planification familiale. L'orientation stratégique actuelle est celle de l'intégration des soins de santé maternelle et infantile et des services de planification familiale à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (c'est-à-dire également aux niveaux central et intermédiaire).

La Direction de la Santé familiale bénéficie dans son travail de l'appui d'organismes internationaux tels que le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la Coopération technique allemande (GIZ), ou d'Organisation non gouvernementales (ONG) locales. Les ONG telles que l'Association Camerounaise des Femmes Juristes (ACAFEJ), l'Association Camerounaise pour le Marketing Social (ACMS), Population Services International (PSI), Cameroon National Association for Family Welfare (CAMNFAW) contribuent sur le terrain à la promotion de la santé de la reproduction et à la défense des droits afférents. Les deux dernières organisations apportent leur appui à des formations sanitaires dans le cadre des prestations en matière de planification familiale. Parmi ces ONG, la CAMNFAW se pose comme l'une des ONG nationales leader dans le domaine de la santé de reproduction au Cameroun. Fonctionnelle depuis 1989, cette association se déploie principalement dans le domaine de la promotion des services de planning familial et de santé maternelle et infantile (consultations gynécologiques, prénatales et post natales, services en matière d'IST, de médecine générale, vaccination des enfants et des femmes enceintes). Ses actions portent aussi sur l'information et l'éducation des jeunes. On peut citer à titre d'exemple : la stratégie programmatique AIDS,

le programme Adolescents-Jeunes (à travers lequel la CAMNAFAW met en place, coordonne, suit et évalue des activités liées à la santé reproductive des jeunes).

Avec l'appui de ses partenaires extérieurs, l'Etat camerounais finance les activités de planning familial. Les stratégies de marketing social appliquées ont pour objectif principal de rendre accessibles à la grande majorité de la population et en l'occurrence aux plus démunis, des méthodes contraceptives à un prix modique. S'il existe dans les ressources allouées au secteur de la santé une ligne budgétaire consacrée à l'achat des médicaments, elle n'est pas utilisée pour l'achat des contraceptifs. Pourtant ces derniers y compris la contraception d'urgence, font partie de la liste nationale des médicaments essentiels au Cameroun¹³. La rubrique médicaments est une composante du programme *Renforcement du système de santé*. C'est le quatrième programme prioritaire de la stratégie sectorielle de santé du Cameroun pour la période 2001-2015. Entre 2009 et 2011, les dépenses effectuées par l'Etat dans cette rubrique sont passées de 731 millions FCFA à plus d'1 milliard FCFA. L'achat des contraceptifs ne fait pas l'objet d'une ligne budgétaire spécifique et est encore tributaire du financement de bailleurs de fonds.

À la suite du retrait en 2003 de l'agence américaine United States Agency for International Development (USAID), principal fournisseur de contraceptifs au Cameroun, l'Etat a élaboré et mis en œuvre une stratégie pour assurer l'approvisionnement en produits contraceptifs et leur sécurisation. La mise en œuvre de cette stratégie s'est accompagnée de ruptures de stocks de moyens contraceptifs. Le plan stratégique du programme national de santé de la reproduction pour la période 2005-2010 avait estimé à 45 millions FCFA, le montant destiné à assurer le financement pérenne des produits contraceptifs nécessaires pour les besoins du pays, et à 1,8 milliards FCFA le budget pour l'achat des produits contraceptifs¹⁴. Le plan stratégique 2010-2015 a reconduit le budget de 45 millions FCFA. Pourtant, des faiblesses et des manquements ont été relevés dans l'exécution du précédent plan stratégique. De plus, les besoins en produits contraceptifs n'ont pu a priori rester au même niveau entre 2005 et 2015. L'actuel plan ne fournit pas d'informations sur l'allocation budgétaire en matière de planification familiale. Nous ne disposons pas de données qui entérinent l'allocation effective des montants mentionnés ci-dessus et qui renseignent sur la répartition entre les pouvoirs

¹³ Cette liste est disponible à l'adresse suivante : www.who.int/selection_medicines/country_lists/cmr_2001.pdf.

¹⁴ Ce n'est qu'en 2013 que le Ministère de la santé va inscrire pour la première fois dans son budget, une ligne consacrée à l'achat des contraceptifs.

publics et les ONG, de la prise en charge de l'achat des contraceptifs. Le précédent plan stratégique prévoyait une somme de 4,8 millions FCFA pour renforcer la coordination des parties prenantes engagées (à l'instar des ONG) dans l'approvisionnement de méthodes contraceptives et des prestations de services de planification familiale. Il conviendrait de préciser que ces ONG collaborent souvent avec des partenaires internationaux qui assurent l'approvisionnement en contraceptifs.

Conclusion

L'adhésion du gouvernement camerounais au discours international sur la régulation de la fécondité s'est accompagnée de changements dans la politique nationale de population. Ces changements ont nécessité de repenser l'opérationnalisation du concept de santé de la reproduction tout en restant cohérent avec les recommandations internationales. Celles-ci sont prises en compte, pour la plupart, dans les différents textes constituant le cadre réglementaire de la santé de la reproduction au Cameroun. Ces textes ne sont pas coercitifs et leur mise en œuvre dépend surtout de l'engagement des acteurs politiques. Bien que des efforts aient été entrepris pour doter le pays d'une politique sous-sectorielle, la loi sur la santé de la reproduction manque toujours à l'appel. L'adoption de cette loi avait pourtant été recommandée lors du symposium national organisé en 1999. Le but de cette loi est d'asseoir un cadre juridique interne garantissant les droits sexuels et reproductifs. Parallèlement, cela permettrait de regrouper et d'harmoniser les dispositions existantes qui sont assez denses et éparses et d'uniformiser les interventions envisagées sur le terrain.

Au cours de l'atelier organisé en 2000 au Mali sur la législation en matière de santé reproductive en Afrique de l'Ouest, deux types de barrières à la mise en place d'une loi de ce type ont été identifiées (Action mondiale des parlementaires, 2000). Il s'agit des barrières juridiques et des barrières non juridiques. Les obstacles juridiques consistent en un vide juridique et en l'absence d'un code d'éthique en matière de VIH/sida, en l'absence d'harmonisation des législations en matière de santé reproductive dans la sous-région et en des délais très longs entre l'adoption et l'application des lois. Il ressort des conclusions finales de cet atelier que les difficultés dans l'élaboration des lois en santé de la reproduction dans des pays africains peuvent s'expliquer par une documentation insuffisante ou inexistante, une assistance technique faible ou insuffisante, ou par une réticence ou à une lourdeur

administrative de la part du pouvoir exécutif. S'agissant des barrières non juridiques, elles renvoient aux obstacles d'ordre socioculturel (*cf.* point 4.1.1.1 du chapitre 4).

Il convient également de retenir que bien que la connaissance des méthodes contraceptives se soit améliorée au cours des dernières années au Cameroun, le niveau de la fécondité demeure élevé et la prévalence contraceptive faible. Les corollaires des comportements sexuels à risque auxquels sont particulièrement exposés les jeunes mettent en exergue les difficultés rencontrées en matière de protection des rapports sexuels et de prévention des grossesses non désirées, des IST et du VIH/sida. Les jeunes constituent d'ailleurs l'une des cibles des programmes de santé au Cameroun. Le chapitre suivant est un prolongement de l'état des lieux que nous avons fait jusqu'ici de l'évolution de l'utilisation de la contraception au Cameroun. Il s'agira de s'intéresser aux facteurs déterminant le recours aux méthodes contraceptives au Cameroun.

Chapitre 2 : Les déterminants du recours à la contraception au Cameroun

Ce chapitre passe en revue les facteurs de la contraception au Cameroun. La première section est consacrée aux déterminants de la pratique contraceptive moderne. La seconde section présente le cadre des interactions entre les acteurs de l'offre des services en matière de planification familiale (pouvoirs publics et personnel sanitaire) et les femmes, principales actrices de la demande. Afin d'analyser le lien entre les acteurs concernés par la problématique de la recherche, nous nous focalisons sur les facteurs institutionnels et la qualité des services de la planification familiale.

2.1 Les facteurs explicatifs de l'utilisation de la contraception moderne au Cameroun

Le concept de besoins non satisfaits en planification familiale est défini dans les EDS au Cameroun comme l'absence d'utilisation d'une méthode contraceptive par des femmes en union, qui ne souhaitent plus avoir d'enfants dans les deux années à venir. Selon l'EDS-MICS 2011, environ 17% des femmes de 15-49 ans en union ont des besoins non satisfaits en planification familiale, dont 11% pour espacer les naissances et 5% pour les limiter. La proportion de femmes à Yaoundé/Douala ayant des besoins non satisfaits en planification familiale est de 21 % contre 18% en 2004, 11% en 1998 et 22% en 1991. Pour appréhender les comportements contracepteurs des femmes nous allons nous intéresser aux facteurs de l'offre et de la demande de contraception au Cameroun.

2.1.1 Les facteurs de l'offre

Les éléments liés à l'offre sont d'une part la disponibilité et l'accessibilité des services et d'autre part l'environnement culturel. Les obstacles à l'accessibilité des services de planification familiale entravent la mise en œuvre des programmes en la matière et le recours aux services et aux produits contraceptifs.

2.1.1.1 L'accessibilité des services

L'accessibilité des services de santé renvoie au rapport qualité-coût des prestations et à la teneur des revenus des usagers pour disposer de ces services. L'accessibilité s'appréhende également du point de vue de la situation géographique des infrastructures sanitaires. Nous nous intéressons seulement à l'accessibilité géographique et financière des services de planification familiale.

a) L'accessibilité géographique

L'accessibilité géographique prend en compte d'une part la distance qui sépare le lieu de résidence des ménages des établissements sanitaires les plus proches, et d'autre part le temps mis par les individus pour s'y rendre. Il ressort de la troisième enquête camerounaise auprès des ménages que l'accessibilité géographique des structures de santé n'est pas le problème majeur, mais plutôt les disparités observées entre zone urbaine et zone rurale. 80% des ménages au Cameroun résident à moins de 5 km d'une structure de santé de base (Institut national de la statistique, 2007). 99,3% des ménages urbains résident à moins de 5 km d'une structure de santé contre 69,3% des ménages ruraux. Comme nous l'avons indiqué dans le précédent chapitre, la prévalence contraceptive est plus faible en zone rurale qu'en zone urbaine.

L'inégale répartition des services de planification familiale pourrait expliquer l'accès limité des femmes rurales aux méthodes contraceptives. Les femmes qui résident à Yaoundé et Douala sont mieux exposées à l'information sur la contraception et accèdent plus facilement à la contraception moderne. « *Ces deux agglomérations semblent constituer le lieu idéal où peut se pratiquer au mieux la contraception au Cameroun* » (Evina, 2005). Les services de planification familiale sont disponibles aussi bien dans les établissements sanitaires du secteur public que dans certaines infrastructures du secteur privé. La plupart des structures sanitaires privées offrant des prestations de planification familiale sont concentrées dans ces deux villes. On compte environ 49 cliniques qui fournissent des services de santé reproductive et de planification familiale. Elles sont pour la plupart situées dans la ville de Yaoundé (IPPF, 2008)¹⁵.

L'indisponibilité des moyens de transports, le mauvais état des routes sont des facteurs qui amenuisent l'utilisation optimale notamment des services obstétricaux au Cameroun (Beninguisse, 2003). En zone rurale où la prise en charge traditionnelle de la grossesse et de l'accouchement est plus accentuée, la distance géographique par rapport à l'accoucheuse traditionnelle (la matrone) est déterminante. C'est-à-dire que les chances d'utilisation des services obstétricaux augmentent de 67% si l'accoucheuse traditionnelle est plus éloignée que le centre de santé (Beninguisse, 2003). Il ne suffit pas que les structures sanitaires soient physiquement accessibles, il faudrait également que les méthodes contraceptives soient

¹⁵ Nous ne disposons pas d'informations précises sur la répartition de ces cliniques.

disponibles. Les ruptures de stock, une gamme peu variée de contraceptifs sont des éléments à prendre en compte dans les éléments d'analyse de la fréquentation des services de planification familiale.

b) L'accessibilité financière

Les dépenses annuelles moyennes pour les besoins de santé dans les ménages pauvres sont plus de quatre fois inférieures à celles des ménages non pauvres : respectivement 4 431 FCFA et 18 311 FCFA (Institut national de la statistique, 2007). Chaque individu des ménages urbains dépense par an en moyenne 20 583 FCFA contre 8 512 FCFA pour celui des ménages ruraux. Qu'elle soit objective ou subjective, la pauvreté au Cameroun inhibe les comportements de régulation de la fécondité (Nouetagni, 2010). En raison du coût de la contraception moderne, les femmes en union vivant dans des ménages pauvres recourent davantage aux méthodes contraceptives naturelles ou traditionnelles. *« La pauvreté objective limite l'accès à la contraception moderne et favorise l'usage de méthodes moins onéreuses, allant des procédés traditionnels à l'avortement [...], contrairement aux femmes non pauvres, davantage portées vers des moyens médicalisés compte tenu de leur niveau de vie »* (Nouetagni, *op.cit.*, p. 312). Le coût élevé de la contraception moderne conduit les femmes surtout celles des ménages pauvres à se tourner vers des méthodes plus abordables, avec le risque que celles-ci soient moins efficaces. Le coût de certains contraceptifs est supérieur au seuil de pauvreté estimé à 931 FCFA par jour (Institut national de la statistique, 2015b). 37,5% de la population camerounaise vit en dessous de ce seuil. Le prix des produits contraceptifs n'est pas à la portée de tout le monde. Cela expliquerait que les femmes privilégient un moyen de contraception plutôt qu'un autre ou alors qu'elles n'en utilisent pas.

Tableau 2.1 : Prix en francs CFA de quelques méthodes contraceptives en fonction du secteur d'offre

Méthodes contraceptives	Prix dans le secteur public	Prix dans le secteur privé	Prix dans des cliniques privées pratiquant le marketing social
Dispositif intra-utérin (DIU)	2000	2500	2000
Injectable (flacon de Depo Provera)	500	1000	280
Implant (Jadelle)	3500	2800	5000
Pilules (plaquette)	150	170	160

Source : Ministère de la Santé Publique (2014)

Le coût de la CU dans les pharmacies et les centres de santé privés oscille entre 3320 FCFA et 5000 FCFA. Les variations de prix sont surtout liées à la marque de contraceptif d'urgence vendu. Il existe la possibilité de s'en procurer sur le marché noir des médicaments (cf. point 5.4.1). Le prix le plus bas du paquet de préservatifs masculins est 100 FCFA (paquet de trois unités). Une large gamme de préservatifs masculins est disponible au Cameroun et le coût augmente en fonction de la marque. L'insertion du Norplant (implant contraceptif) est particulièrement élevée. Le montant est d'environ 7000 FCFA dans un établissement sanitaire public.

Comme l'indique le tableau 2.1, le coût de certaines méthodes contraceptives varie selon le secteur d'offre de services. Indépendamment de la marque, des prix différents sont pratiqués pour une même méthode. En 2014 une circulaire visant à harmoniser les prix des moyens de contraception a été publiée¹⁶.

2.1.2 Les facteurs de la demande

L'activité économique est un déterminant de la demande contraceptive. Le recours à la contraception moderne est influencé par les ressources financières individuelles. Dans le cas du Cameroun, le faible niveau de vie des ménages annihile l'intention des individus d'adopter une pratique contraceptive moderne pour réguler les naissances (Nouetagni, 2010). L'exercice d'une activité économique par la femme lui procure les moyens d'acquérir les moyens de contraception modernes. Toutefois, il faut préciser que l'influence de l'occupation principale sur la pratique contraceptive dépend du secteur d'activité de la femme. Au Cameroun, les agricultrices et les femmes au chômage sont celles qui pratiquent le moins la contraception moderne par rapport aux autres femmes (Akoto et Kamdem, 2001). Selon Rwenge (1994), l'occupation principale de la femme peut constituer une source de conflit entre le rôle de mère et son emploi. Ce cas de figure est propice à l'adoption d'une pratique contraceptive moderne.

2.1.2.1 L'âge

La pratique contraceptive moderne est plus élevée chez les jeunes générations. En 2011, 22% des femmes de 20-24 ans utilisent une méthode contraceptive moderne, 19,6% chez les 25-29 ans et 16,6% chez les 30-34 ans. La prévalence contraceptive moderne la plus faible est enregistrée chez les 45 ans et plus, soit 8,1%. Noubissi et Sanderson (1999) ont élaboré une typologie des couples visant à analyser l'influence des normes et des valeurs en matière de

¹⁶ Faute d'informations, nous ne sommes pas en mesure de dire la suite qui a été donnée à cette circulaire.

fécondité sur la vie reproductive du couple. Trois groupes de variables ont été retenus : les facteurs socioéconomiques (âge, province et lieu de résidence, niveau d'instruction, religion et type d'union), les normes et les valeurs et enfin les comportements procréateurs (pratique contraceptive, fécondité réalisée de chacun des conjoints).

Les auteurs constatent que les couples entrant dans la catégorie « traditionnelle » font partie soit des plus âgés, soit des plus jeunes. Le groupe traditionnel âgé (une moyenne d'âge de 36 ans et 52 ans respectivement pour les femmes et pour les hommes) est constitué de couples qui rejettent la contraception. Le groupe dit traditionnel jeune (une moyenne d'âge de 26 ans et 36 ans respectivement pour les femmes et pour les hommes) bien que fortement attaché aux normes et valeurs culturelles, est dans un processus de changement d'attitudes à l'égard de la régulation de la fécondité. Dans le groupe moderne jeune (une moyenne d'âge de 27 ans pour les femmes et 34 ans pour les hommes), les couples discutent de planification familiale et y sont favorables.

Les différences entre générations en matière de pratiques contraceptives s'expliquent aussi par le fait que les plus jeunes sont en âge de pleine fécondité tandis que les femmes de 45 ans et plus se rapprochent de la fin de leur vie génésique. Cependant, *« par rapport aux générations de femmes de plus de 45 ans, en fin de vie génésique et ayant déjà atteint généralement le niveau de fécondité souhaité, les jeunes générations, en pleine constitution de leur descendance, ont moins de chance d'utiliser la contraception moderne. En particulier à 25-34 ans, âge de pleine fécondité, les femmes concernées ont 0,21 fois moins de chance d'utiliser une contraception moderne que celles âgées de plus de 45 ans »* (Evina, 2005, p. 25).

2.1.2.2 Le niveau d'instruction de la femme et du conjoint

Les femmes ayant un niveau d'instruction du second cycle du secondaire ou plus ont un taux d'utilisation contraceptive plus élevé que celles qui n'ont aucun niveau d'instruction (Institut national de la statistique et ICF International, 2012). La proportion la plus élevée des besoins non satisfaits en planification familiale est enregistrée chez les femmes du niveau d'instruction du primaire, soit 26,2%. En deuxième position viennent les femmes du niveau d'instruction du premier cycle du secondaire (23,4%), suivies de celles qui n'ont aucun niveau d'instruction (23,2%) et enfin des femmes ayant un niveau d'instruction du second cycle du secondaire ou plus (16,9%). À partir des données de l'EDS de 1998, Evina (2005) a étudié l'influence du niveau d'instruction du couple sur la pratique contraceptive au

Cameroun. Pour ce faire, il distingue les couples homogames (où les conjoints sont de niveau d'instruction égal) des couples hypogames (où la femme est plus instruite que son conjoint), des couples hypergames (où l'époux est plus instruit que sa femme). De manière globale, l'auteur arrive à la conclusion selon laquelle le faible niveau d'instruction des conjoints est un obstacle au recours à la contraception. Quel que soit le moyen de contraception utilisé ce sont les couples homogames qui ont la prévalence contraceptive la plus faible, soit 19,8% contre 27,8% pour les hypergames et 30% pour les hypogames. Quel que soit le niveau d'instruction des conjoints, la pratique contraceptive moderne est plus élevée chez les couples hypogames (9,1%) par rapport aux autres catégories de couples (8,3% et 6,6% respectivement pour les hypergames et les homogames). L'utilisation de la contraception croît avec le niveau d'instruction du couple et la discussion sur la planification familiale.

2.1.2.3 La discussion entre conjoints sur la planification familiale

Selon les résultats de la dernière EDS de 2011, 53% des femmes ont déclaré n'avoir jamais discuté de planification familiale au cours de l'année précédant l'enquête. « *Les caractéristiques de chaque conjoint vont influencer ses propres normes et valeurs, mais aussi la communication dans le couple et, de ce fait, la construction des normes et valeurs du couple* (Noumbissi et Sanderson, 1999, p. 135). L'absence de discussion de la contraception entre conjoints et une opinion défavorable de l'homme à la planification familiale sont préjudiciables à la pratique contraceptive au Cameroun. Les chances d'utiliser une méthode contraceptive sont davantage élevées chez les femmes qui discutent de planification familiale avec leur conjoint (Noumbissi et Sanderson, 1999). La communication entre conjoints donne à celles-ci l'occasion de faire part de leur opinion et de leurs aspirations.

Selon Akoto *et al.*, 2002, les besoins non satisfaits en limitation des naissances sont influencés par la discussion au sein du couple. À partir d'analyses de régression logistique multivariées, les auteurs arrivent à la conclusion qu'au Cameroun, les femmes qui discutent de planification familiale avec leur conjoint ont 50% moins de chance d'avoir des besoins non satisfaits en limitation des naissances que celles qui ne le font jamais. « *La décision d'arrêter d'avoir des enfants au sein d'un couple n'incombe pas à la seule femme [...]. Au Cameroun, cette décision reposerait même beaucoup plus sur « l'accord » (réel ou supposé) du conjoint* ». Le taux d'utilisation de la contraception moderne est huit fois plus élevé lorsqu'il y a discussion de la planification familiale au sein du couple (Evina, 2005) que lorsqu'il n'y en a pas. Les résultats d'enquêtes réalisées en 2000 auprès d'hommes et de femmes en âge de

procréer dans les villes de Bafoussam (région de l'Ouest) et de Mbalmayo (région du Centre) au Cameroun, montrent que la fréquence de la discussion au sein du couple de sexualité et de planification familiale, le niveau d'instruction de la femme, sont positivement associés à l'utilisation du préservatif masculin (Rwenge, 2007a). Par contre, les risques d'utiliser cette méthode diminuent dans des couples à écart d'âge important.

2.1.2.4 Le type d'union

La probabilité pour une femme qui ne cohabite pas avec son partenaire d'utiliser un moyen de contraception moderne est six fois plus élevée que chez celle qui vit en couple (Evina, 2005). 48% des femmes sexuellement actives et qui ne sont pas en union utilisent une méthode contraceptive moderne contre 14% des femmes en union (Institut national de la statistique et ICF International, 2012). Le préservatif masculin est la méthode la plus utilisée dans chacun de ces deux groupes de femmes : par 41% de celles qui ne sont pas en union et 8% de celles qui le sont. Les femmes célibataires disposent d'une plus grande marge de manœuvre que les femmes mariées pour recourir à la contraception. Les enjeux autour de la grossesse non sont pas les mêmes pour ces

2.1.2.5 Le milieu de résidence

La résidence en milieu urbain augmente la probabilité d'utilisation d'une méthode contraceptive, en raison notamment d'une meilleure dotation en infrastructures, services et équipements nécessaires aux prestations en planification familiale. En 2011, la pratique contraceptive moderne des femmes vivant à Yaoundé ou Douala est 2,6 fois supérieure à celle des femmes vivant en zone rurale, 1,2 fois supérieure à celle des femmes habitant dans d'autres villes du pays et 1,1 fois supérieure à celle des femmes de l'ensemble urbain. Le milieu de socialisation de la femme est déterminant dans sa capitalisation des chances de recourir plus tard à la contraception (Evina (2005). Le milieu de socialisation est le lieu au sein duquel la femme a passé son enfance. Trois variables caractérisent ce milieu : l'ethnie, le lieu de résidence pendant l'enfance et la religion. Ainsi, les femmes socialisées à Yaoundé ou Douala mais qui entament leur vie reproductive dans d'autres villes ou en zone rurale ont toutes méthodes confondues, une plus faible pratique contraceptive, que les femmes qui ont passé leur enfance en milieu rural et qui donnent naissance dans l'une de ces métropoles ou dans d'autres villes. Le milieu de réalisation de la fécondité va influencer les pratiques contraceptives, tout comme le fait de résider ou non avec le conjoint.

2.1.2.6 L'environnement culturel

Au Cameroun comme dans la plupart des sociétés africaines la famille nombreuse est le modèle culturel valorisé ; ce modèle est considéré comme étant une source de prestige notamment pour l'homme. C'est un facteur d'élévation du statut social de la femme. Les préférences culturelles en matière de fécondité n'abondent pas dans le sens de la limitation des naissances ; ce qui n'est pas de nature à favoriser une perception positive de la contraception auprès des populations. Toutefois, comme le soulignent Calvès et Meekers (1997), le choix d'une descendance nombreuse par les femmes au Cameroun n'est pas forcément imposé par l'environnement culturel. Les motivations sont hétérogènes et dépendent notamment du statut matrimonial de la femme, de sa situation financière, de la valeur économique de l'enfant.

Le degré d'attachement aux modèles culturels traditionnels de procréation, les normes religieuses agissent sur les attitudes à l'égard de la contraception et les pratiques contraceptives (Akoto et Kamdem, 2001, Evina, 2005). L'analyse des coefficients de corrélation entre les normes et valeurs en matière de fécondité, la connaissance de la contraception, la pratique contraceptive et la modernisation¹⁷ montre qu'au Cameroun les pratiques contraceptives sont fortement associées aux normes et valeurs (Noumbissi et Wayack, 2000). Celles-ci sont davantage préconisées aux jeunes filles qu'aux jeunes hommes. La sexualité prémaritale de ces derniers est tolérée et inscrite par le groupe social dans un schéma d'initiation sexuelle, d'apprentissage.

L'un des aspects qui exprime dans les opinions le rapport difficile à la contraception est celui d'une éventuelle diminution du plaisir, en l'occurrence le plaisir masculin. Cet argument influe sur l'usage du préservatif masculin, conduisant ainsi des jeunes filles à opter pour des rapports sexuels non protégés afin de contenter leur partenaire (Bajos *et al.*, 2013 ; Calvès, 1999b, Sawadogo *et al.*, 2012). Parmi les obstacles auxquels se heurte la négociation de l'utilisation d'une méthode contraceptive en Afrique subsaharienne, en l'occurrence le préservatif masculin, figurent les rapports de pouvoir en matière de fécondité, les inégalités de

¹⁷ La modernisation renvoie ici à la diffusion de modèles culturels extérieurs. Elle contribuerait à une meilleure connaissance de la contraception à travers notamment la circulation d'idées, de normes ou de pratiques. Noumbissi et Wayack (2000) se réfèrent au lieu de résidence, au niveau d'instruction des partenaires, aux conditions de vie du ménage et à l'exposition de la femme aux mass-médias pour saisir l'effet de la modernisation sur la pratique contraceptive.

statut au sein du couple et de la société (Barbieri et Hertrich, 2005 ; Désalliers, 2009 ; Lasee et Becker, 1997).

Après cette synthèse des facteurs explicatifs de l'utilisation de la contraception moderne au Cameroun, la deuxième section de ce chapitre est consacrée aux approches explicatives sur les interactions entre les différents acteurs de l'offre et de la demande des services de contraception identifiés dans le cadre de notre recherche. Ces interactions vont avoir un impact sur la pratique contraceptive.

2.2 Relations entre pouvoirs publics, prestataires de services et clientes en matière de planification familiale

Les acteurs directement concernés sont les responsables de programmes en santé reproductive, les prestataires de services (y compris les organisations non gouvernementales œuvrant dans le domaine de la santé de la reproduction) et les femmes. L'offre de services de planification familiale ne se résume pas à l'accessibilité ni à la disponibilité des méthodes contraceptives. Elle peut également s'apprécier en termes de relations entre les acteurs de l'offre et ceux de la demande. Ainsi, afin d'appréhender et d'analyser la dynamique de ces relations dans le contexte du Cameroun et les pratiques contraceptives, nous partirons des approches explicatives qui mettent en perspective le(s) lien(s) entre les trois cibles sus-mentionnées.

2.2.1 Approches explicatives relatives à l'engagement politique et à l'offre de services

Il est question d'une part de l'approche institutionnelle et d'autre part de la qualité de l'offre dans l'accès aux services de santé en général et de planification familiale en particulier.

2.2.1.1 L'approche institutionnelle

Piché et Poirier (1995) ont mis en exergue les nuances du terme « institutions ». Nous nous inspirons de leur point de vue pour aborder l'approche institutionnelle. Dans leur revue de littérature sur les approches institutionnelles de la fécondité, ces auteurs soulignent la faible attention accordée par les chercheurs à la définition de ce terme. Le cas échéant, l'acception du mot « institution » est nettement influencée par la discipline d'appartenance des tenants du courant. Piché et Poirier retiennent qu'au-delà des nuances, les institutions sont appréhendées globalement comme l'ensemble des structures qui définissent les modes d'organisation et de

productions sociales. En fonction des auteurs convoqués dans notre étude, les institutions renvoient soit à l'organisation sociétale, soit aux institutions politiques. C'est ce dernier aspect qui nous intéresse et qui a servi notamment à l'édification du cadre conceptuel de la recherche.

a) *La dimension systémique de l'approche institutionnelle*

Développée durant les années 1980, la théorie du changement institutionnel met en exergue l'effet des entités, des formes d'organisations socio-politiques, économiques et culturelles sur les choix de fécondité. Il s'agit de structures dont le fonctionnement demande aux individus de développer des stratégies d'adaptation. Mason et Palan (1981) parlent de « structures d'opportunité » qui varient en fonction des classes sociales. Greenhalgh (1990) interroge les fluctuations du système dans une société donnée au cours de l'histoire. Selon Delaunay *et al.* (2006) l'approche institutionnelle « *admet l'idée selon laquelle les comportements et attitudes en matière de fécondité sont façonnées par différentes institutions : les structures familiales, les systèmes de parenté, les classes sociales, le marché du travail, les structures patriarcales et les structures foncières* » (p. 28). Les auteurs mentionnés ci-dessus soulignent la dimension historique qui parcourt la théorie. Cette dimension y occupe une place importante dans la mesure où elle rend compte, non seulement de l'impact des changements structurels au sein des sociétés sur leur situation démographique, mais aussi des spécificités des contextes de la transition démographique. Ce sont justement ces spécificités qui sont défendues dans la théorie ; il est question de souligner les diversités du déclin de la fécondité dans le monde. Ainsi, une attention est portée d'une part aux éléments macro-structurels de chaque société et d'autre part à l'action individuelle. De ce fait, l'approche institutionnelle cherche à relier les niveaux macro et micro d'analyse des déterminants de la transition démographique.

Dans le contexte africain, l'approche institutionnelle dans sa dimension systémique questionne les structures familiales. Celles-ci sont influencées par les processus de production, la situation économique des ménages. Adjamagbo (2001) intègre le facteur genre dans la mesure où « *le concept de relations de genre combiné aux préoccupations du courant institutionnel conduit à mettre en contexte les relations hommes-femmes dans un environnement où l'accès aux facteurs de production et leur contrôle s'avèrent le plus souvent défavorables aux femmes.[...] ...expliquer le niveau de fécondité des femmes par l'activité et le statut dans l'activité de leur mari ne découle pas d'un choix arbitraire* » (pp. 347 ; 353). L'auteur relève dans la région rurale agraire de Sassandra (Côte-d'Ivoire), que les modes de

production varient en fonction du modèle familial dominant, les choix de fécondité faisant partie intégrante des stratégies de survie économique du ménage. En outre, la taille de la famille dans cette région est associée au degré de contrôle que l'époux exerce sur les facteurs de production. Il apparaît par exemple que les niveaux de fécondité sont plus élevés chez les femmes dont le conjoint travaille de manière indépendante (les agriculteurs indépendants en l'occurrence) que chez celles dont le conjoint est un salarié.

b) L'aspect « institutions politiques »

Comme mentionné en introduction de la section sur l'approche institutionnelle, c'est la dimension institutions politiques qui nous intéresse car elle invite à réfléchir sur l'action de l'Etat en matière de santé reproductive. Cette variante de l'approche reste encore peu développée dans les travaux de recherche. Cependant, des études menées sur les comportements sexuels des jeunes en Afrique subsaharienne font référence à la dimension institutions politiques. Il s'agit d'appréhender et d'analyser les comportements sexuels des jeunes en Afrique, à travers les initiatives prises en matière de santé sexuelle et reproductive par les décideurs politiques.

Selon Rwenge (1999), l'approche institutionnelle « *suppose que l'activité sexuelle des jeunes en milieu urbain serait aussi fonction de l'importance que les décideurs accordent aux lois et programmes les concernant* ». Kalambayi (2007), Kobelembi (2005) ont étudié les comportements sexuels des jeunes respectivement dans les villes de Kinshasa (République démocratique du Congo) et de Bangui (République centrafricaine). Ils ont procédé à une revue de la législation sur le mariage, du code de la famille, des normes coutumières ou culturelles relatives à l'union et à la sexualité, du cadre politique et programmatique dans le domaine de la santé reproductive. Les auteurs retracent de manière historique l'évolution de la législation ayant trait de près ou de loin à la sexualité des jeunes notamment.

Selon Zibi Nsoe (2007) l'exercice des droits sexuels et reproductifs au Cameroun est problématique dans la mesure où ils ne sont pas suffisamment pris en compte dans la législation nationale. Certes l'Etat est partie à un certain nombre de traités internationaux relatifs aux droits de l'Homme, mais les mesures d'exécution obligatoires dans l'ordre juridique interne ne revêtent pas toujours dans la pratique, un caractère automatique. Ce qui

devrait pourtant être le cas au nom du principe du *Pacta sunt servanda*¹⁸ en droit international public. Cette situation offre un cadre favorable à la violation des droits de la femme et des enfants et risque de susciter des problèmes de santé liés à la sexualité et à la reproduction. L'approche institutionnelle telle qu'elle s'applique à notre réflexion, s'apparente à un outil permettant d'identifier de manière générale les obstacles aux droits sexuels et reproductifs au Cameroun.

Pour ce faire, nous partirons des facteurs institutionnels identifiés par Rwenge, Kalambayi et Kobelembi à savoir : les politiques et les programmes de santé, les services de santé. Il s'agit là de facteurs institutionnels politiques que Dorvilier (2010) distingue des facteurs institutionnels civils (à savoir les structures familiales et les modes de production). La première moitié du travail a déjà été entamée dans le précédent chapitre à travers la présentation du cadre juridique et réglementaire de la santé de la reproduction au Cameroun. La seconde moitié consistera dans les chapitres analytiques à mettre en perspective ce cadre avec les discours recueillis auprès des enquêtés. En effet, selon Anoh *et al.* (2005), « *l'évolution de différents pays africains nous montre que, de l'adoption d'une politique de fécondité à la mise en œuvre de programmes de planification familiale à l'échelle nationale, il existe souvent un décalage de plusieurs années, celles qui séparent les discours gouvernementaux de leur traduction en actes effectifs de la puissance publique* » (p. 195). Les auteurs soulignent pour le cas de la Côte-d'Ivoire que, l'écart entre la législation en vigueur en matière de contraception pour les femmes mariées et les pratiques, constitue un obstacle aux progrès de la planification familiale et aux droits reproductifs des femmes. Le personnel de santé, les responsables de programmes de planification familiale demandent aux femmes qu'elles soient accompagnées de leur mari ou qu'elles disposent d'une autorisation écrite de celui-ci, si elles souhaitent obtenir un moyen de contraception. Or aucune disposition législative ou réglementaire ne préconise cette mesure. L'aspect institutions politiques a pour but de nous aider à analyser le traitement fait par les pouvoirs publics au Cameroun, des recommandations internationales en matière d'accès universel à la contraception moderne.

Le Trividic Harrache (2014) a étudié le traitement politique des droits sexuels et reproductifs au Chili. L'auteur s'intéresse au rôle joué par le processus de politisation de la contraception d'urgence dans la structuration démocratique chilienne. L'analyse repose sur des entretiens

¹⁸ Ce principe juridique en droit international public dispose que les traités lient les parties et celles-ci sont tenues de l'exécuter de bonne foi.

individuels menés auprès d'acteurs politiques, de professionnels de la santé, sur l'observation participante et une analyse documentaire des textes officiels et de lois. Cette méthode contraceptive se décline à la fois comme un objet moral, sexuel mais aussi politique.

Selon Palermo *et al.* (2014), l'accueil réservé à la contraception d'urgence dans les pays en développement n'a pas fait l'objet de recherches poussées, pourtant l'accès à la méthode, notamment en Afrique, connaîtrait une certaine progression. Concernant le Cameroun, nous ne disposons pas d'informations sur l'accueil qui a été fait à la mise sur le marché de cette méthode. En se référant au statut légal de l'avortement au Cameroun, les réticences vis-à-vis de la contraception d'urgence en raison d'un effet supposé abortif pourraient être transposables au contexte camerounais. La vente actuelle de la contraception d'urgence se déroule sans débats, du moins dans l'espace public. L'autorisation de la commercialisation de ce moyen de contraception interpelle notamment sur la question de son acceptation par les populations, par les autorités politiques et sanitaires.

Il nous semble important dans les chapitres analytiques à venir, d'inclure à l'étude des facteurs institutionnels politiques, le volet relatif à la qualité des services offerts. Il est également révélateur de la réalité sociale et politique de l'engagement en faveur de la planification familiale et des pratiques y relatives.

2.2.1.2 Cadre théorique de la qualité des services

Selon Donabedian (1980), la qualité est une propriété des soins médicaux qui se manifeste non seulement à travers les aspects technique et humain des prestations, mais aussi à travers l'accessibilité et la continuité des services (la continuité renvoie aux stratégies mises ou à mettre en œuvre pour inciter à l'utilisation régulière des services de santé et favoriser ainsi le suivi des patients). Le cadre conceptuel proposé par l'auteur repose sur trois niveaux d'analyse à savoir la structure, le processus et les résultats. La structure représente les ressources (physiques, matérielles, humaines, financières) dont dispose le personnel médical pour effectuer son travail. Le processus fait référence à l'ensemble des échanges dans le cadre de l'offre de services et soins médicaux entre le personnel et les patients. Enfin les résultats impliquent l'effet des soins reçus à la fois sur l'état de santé actuel ou futur du patient (*impact direct*) et sur la satisfaction de ce dernier par rapport au traitement reçu et à son comportement sanitaire (*impact indirect*). Le cadre proposé par l'auteur suggère que prétendre à des services

de santé de qualité et optimiser les résultats supposent l'existence de (infra) structures adéquates et l'implication du personnel médical. La qualité des services et des soins de santé par les différents acteurs du système de santé fait ressortir les caractères contextuel et subjectif du mot « qualité ». Il s'agit d'« *un construit social dépendant de qui évalue, des valeurs auxquelles on réfère et des normes implicites ou explicitement choisies* » (Ellis et Whittington, 1993 cités par Haddad *et al.*, 1997, p.65). Dès lors, il n'est pas étonnant que prestataires de services de santé et bénéficiaires aient des points de vue divergents sur le sujet. Les acteurs sont influencés par leurs expériences personnelles et par le rôle que chacun d'eux joue dans le système de santé.

a) La qualité des services selon la perspective des prestataires

Différents facteurs peuvent influencer la qualité des prestations fournies. Il s'agit par exemple du niveau de la formation du personnel, du niveau des ressources, de la gestion administrative des établissements de santé, de la disponibilité des stocks de médicaments, des interactions avec le patient, de la motivation individuelle du personnel médical (Agyepong, 1999 ; Lantis *et al.*, 2002, Sbarouni *et al.*, 2012, Shabila *et al.*, 2012). Bien que la notion d'accessibilité géographique soit souvent rattachée à la qualité, il convient de rappeler que la proximité des services de santé ne garantit automatiquement ni leur accès, ni leur qualité. La question de l'accessibilité de ces services relève davantage du domaine des pouvoirs publics que des prestataires. Les pouvoirs publics et les bailleurs de fonds ont une vision de la qualité des soins qui intègre principalement les questions de ressources, de logistique, de coût, de rentabilité des investissements (Creel *et al.*, 2002).

Haddad *et al.* (1997) souligne l'absence d'homogénéité de la signification du concept parmi le personnel médical. Elle varierait en fonction du groupe professionnel¹⁹. « *Celui des professionnels de santé porte en lui plusieurs visions de la qualité. Les médecins traditionnellement très impliqués dans la définition et l'évaluation de la qualité des soins, mettent habituellement l'accent sur la compétence professionnelle, l'obligation de moyens (l'adéquation des processus) et les conséquences de ces processus sur la santé des patients [...]. Leur perspective tendant à privilégier la compétence technique au détriment de ce que l'on peut appeler la compétence interpersonnelle peut être opposée à celle d'autres groupes*

¹⁹ D'après l'auteur, l'approche de la qualité des services de santé par les pouvoirs publics repose sur le bien-être collectif. Ils privilégient d'une part le processus de garantie de la qualité et la mesure conjuguée à l'optimisation de la productivité, et d'autre part l'efficacité des prestations.

professionnels, les professions infirmières, par exemple, dont le discours en matière de qualité traduit des préoccupations plus marquées en matière d'humanisation des soins et de communication avec la clientèle » (pp. 63-64). Même s'il n'existe pas d'approche commune de la qualité des soins parmi les prestataires, nous ne pensons pas que le distinguo opéré à propos des perspectives de chacune des catégories du personnel médical soit une règle générale. Comme l'ont d'ailleurs souligné ces auteurs, le concept est contingent y compris au sein d'un même corps de métier.

Beninguisse *et al.* (2004) optent d'ailleurs pour une définition qui englobe le personnel sanitaire et qui met plutôt en exergue les caractéristiques du système dans lequel il exerce. D'après eux, la qualité des soins selon la perspective des prestataires désignerait « *la prestation des soins sûrs efficaces ainsi que les ressources et l'organisation qui la détermine* » (p. 246). Trois aspects se dégagent de cette définition : les aptitudes professionnelles des prestataires, les moyens mis à leur disposition et la gestion administrative. Ce qui n'est pas sans rappeler la logique des trois niveaux d'analyse constituant le cadre conceptuel de la qualité des soins chez Donabedian. L'approche de ce concept du point de vue des prestataires traduit aussi les limites rencontrées dans l'exercice de leur fonction.

Le débat sur l'obligation de moyens et sur l'obligation de résultats des prestataires de services de santé prend en compte la question de la qualité des services. Les prestataires sont tenus de respecter des exigences relatives à la procédure des soins sans quoi, leur responsabilité pourrait être engagée. Ce qui expliquerait que l'accent soit mis sur l'aspect technique des soins. L'analyse de Jaffré et d'Olivier de Sardan (2003) du fonctionnement des formations sanitaires en Afrique de l'Ouest montre que les soignants (les prestataires) ont un ordre de priorités qui ne place pas au premier rang, les dimensions technique et humaine des services et soins de santé. « *Le problème, en Afrique aujourd'hui, est que, d'un côté, la capacité de soigner ainsi que le prestige accordé à la fonction de soignant donnent un pouvoir discrétionnaire aux personnels de santé qu'aucune « société civile » ne vient freiner, et que, de l'autre, rien, en ville tout au moins, ne pousse les personnels médicaux à développer une compétence sociale et relationnelle envers les malades anonymes* » (p. 344). À partir d'enquêtes réalisées auprès de formations sanitaires et de ménages pauvres dans cinq capitales africaines (Abidjan, Bamako, Conakry, Dakar, Niamey) il ressort que le parcours des usagers est ardu en raison notamment de pratiques discriminatoires, de la lenteur des prestations, de la

corruption, de l'insuffisance de ressources, des tensions entre soignants et soignés, du refus de prise en charge. *« Ce à quoi on assiste et qui prévaut comme une espèce de norme admise, c'est la démission de la hiérarchie et le « chacun pour soi ». Lorsqu'on observe les rares structures de « bonne réputation », elles tiennent quasiment au charisme et à l'autorité (compétence professionnelle et intégrité morale) de leurs responsables »* (Souley, 2003, p. 155). L'inaction de la hiérarchie a pour conséquence l'enracinement progressif des dysfonctionnements dans les formations sanitaires et la fourniture de services et soins de moindre qualité. Le problème relève à la fois du comportement des professionnels de santé, du système de santé et politico-administratif prévalant. Ce qui pourrait expliquer une inadéquation entre l'offre et les attentes des patients.

Parmi les autres approches de la qualité des services de planification familiale du point de vue des prestataires, on note celle de l'International Planned Parenthood Federation (IPPF), de l'Agence des États-Unis pour le Développement International (United States Agency for International Development-USAID). L'IPPF a dressé une liste de 10 besoins des prestataires à partir desquels ils devraient concevoir la qualité des soins. Ces besoins sont les suivants : la formation, l'information, l'infrastructure et une organisation efficaces, la fourniture de contraceptifs (disponibilité des stocks), l'existence et le suivi de directives relatives au fonctionnement des services de planification familiale, l'appui d'autres prestataires, le respect (entre prestataires et entre ceux-ci et les clients), les encouragements, les réactions de la hiérarchie, des clients et enfin l'expression d'idées personnelles.

L'USAID a développé en 1993 l'initiative « Maximisation de l'Accès et de la Qualité » (MAQ) qui compte 25 indicateurs de la qualité des soins dont 13 se rapportent aux compétences des prestataires (Creel *et al.*, 2002). Cette initiative est un outil permettant d'identifier les obstacles à l'accès aux services de planification familiale et de formuler des stratégies pour améliorer la qualité de ces services. Les domaines d'intervention couverts par cette initiative sont notamment l'élaboration de politiques, la refonte des systèmes de soins, la création de systèmes de surveillance de la qualité, la formulation de lignes directrices relatives à la qualité de soins au sein des structures sanitaires. On constate que l'USAID à travers cet outil d'analyse se focalise sur la modification du comportement des prestataires pour améliorer la qualité des services de planification familiale. Si 13 indicateurs de la qualité des soins concernent les prestataires, 3 seulement se rapportent aux clients (la participation active

à la discussion et à la sélection des méthodes, l'obtention de la méthode librement choisie, la confidentialité des informations fournies par le client).

b) La qualité des services de santé selon la perspective des clients

La perspective des clients appliquée aux recherches sur la qualité des services de santé a pour but de cerner les attentes, les préférences des patients. La qualité selon cette perspective tient compte « *des soins qui répondent aux besoins et préoccupations des clients* » (Beninguisse *et al.* 2004, p. 246). La qualité des services de santé en Afrique subsaharienne est critiquée ; elle constitue un facteur dissuasif de recours aux formations sanitaires (Prual, 1999 ; Ransom et Yinger, 2002 ; Jaffré et Olivier De Sardan, 2003 ; Beninguisse *et al.* 2004). En effet, « *la recherche a mis en exergue les avantages de prendre en compte l'opinion des clients sur la qualité des soins. Cette dernière entraîne en effet une plus grande satisfaction de la clientèle, un usage continu et durable des services et une meilleure santé* » (Creel *et al.*, 2002, p. 1). Les critères de qualité peuvent varier d'un patient à un autre, l'échelle de priorités étant propre. Déjà Haddad *et al.* (1997) identifiaient : le niveau de compétence des prestataires des services de santé, les relations entre ceux-ci et les bénéficiaires, la prise en charge de ces derniers, l'équipement médical.

Au Cameroun, les études sur la qualité des soins en santé de la reproduction portent surtout sur les services obstétricaux. Bien qu'il existe une inadéquation entre l'offre et la demande des femmes (Beninguisse, 2003 ; Rwenge, 2007b) et que des réserves sont émises, des taux de satisfaction élevés ont été enregistrés²⁰. Cela s'expliquerait par une forme de passivité de la part de ces femmes dans la mesure où elles s'adaptent au mode de fonctionnement des structures sanitaires (Rwenge, 2007b). Nous y voyons aussi de la résignation dans la mesure où d'autres alternatives ne s'offrent pas forcément à ces femmes, et quand bien même, elles ne disposent peut-être pas de ressources suffisantes pour accéder à des services de meilleure qualité. Il y a aussi l'option du recours aux soins traditionnels. Une des propositions faites par Beninguisse (2003) pour améliorer la fréquentation des services obstétricaux au Cameroun est de créer une culture de la qualité. Il s'agit d'une « *culture dans laquelle les praticiens*

²⁰ Il s'agit des résultats d'une enquête (Rwenge, 2007b) réalisée en août 2005 et entre janvier et février 2006 dans trois districts de santé au Cameroun : Bafang, Mfou et Nkongsamba. 1133 femmes ont constitué l'échantillon. Il s'agissait de femmes ayant fréquenté les services public et privé de soins prénatals au cours des six derniers mois précédant l'étude. Bien qu'elles considèrent comme insuffisante la qualité des soins reçus, 91% des répondantes à Bafang et 93,5% à Mfou et Nkongsamba sont satisfaites.

auraient des comptes à rendre à ceux qu'ils servent » (p. 220). Il reste à définir les caractéristiques et les modalités d'opérationnalisation de la notion de redevabilité qui se dégage de cette proposition.

En somme, la qualité des soins apparaît clairement comme une notion pluridimensionnelle. Qu'en est-il des services de planification familiale ?

c) Les services de qualité en matière de planification familiale

Le cadre analytique de Bruce et Jain (1991) s'articule autour de la qualité des services et soins de planification familiale. Le concept ici se définit à travers six principaux éléments qui sont selon Bruce (1990), les principales composantes de la problématique de la qualité des services de planification familiale. Il s'agit : du choix des méthodes contraceptives, de l'information donnée aux clients, des compétences techniques des prestataires de services de planification familiale, des relations entre prestataires et clients, des mécanismes de suivi et de continuité de la pratique contraceptive des clients, d'un réseau de services adaptés aux besoins des clients.

Bruce (1990) articule sa réflexion autour de la manière dont le personnel sanitaire traite les patients et de la qualité des soins qui leur sont fournis. L'auteur précise qu'il n'y a aucune obligation à appliquer scrupuleusement le cadre qu'il a conçu pour l'évaluation d'un programme de planification familiale ; il s'agit d'un schéma indicatif à partir duquel les évaluateurs pourront construire leurs propres critères.

Jain *et al.* (1992) expliquent à ce sujet qu'il serait difficile d'élaborer et d'appliquer des critères universels de qualité au vu des différents contextes dans lesquels sont exécutés les programmes de planification familiale. L'ordre de priorités diffère d'un pays à un autre, selon les réalités qui sont les siennes. Néanmoins, les auteurs suggèrent la formulation d'« *éléments minimum* » qui permettraient d'avoir une vision d'ensemble du concept. On perçoit ici le souhait des auteurs de voir s'ériger une sorte de nomenclature de base à partir de laquelle les Etats devront penser leurs services et soins de santé reproductive qui à long terme, devront contribuer à la baisse du niveau de fécondité. Aussi les auteurs proposent comme exemple d'élément minimum de la qualité, le but poursuivi par les programmes de planification familiale. Selon les auteurs, des services qui aident les clients à réaliser leur projet de fécondité sont des services de qualité. Cela rejoint le propos de Kols et Sherman (1998) selon lequel des services de santé reproductive de qualité consisteraient à « *offrir toute une gamme*

de services sûrs et efficaces qui répondent aux attentes et préférences des clients » (Kols et Sherman, 1998 cités par Beninguisse *et al.*, 2004, p. 246).

Différentes études ont démontré l'influence de la qualité de ces derniers sur la pratique contraceptive (Steele *et al.*, 1999 ; Koenig, 2003 ; Ramarao *et al.*, 2003). Des résultats d'une recherche basée sur un panel de nouveaux utilisateurs de la planification familiale dans deux provinces des Philippines ont montré qu'en croisant la variable de la pratique contraceptive au moment de l'enquête avec la satisfaction de ces utilisateurs de la qualité du service et/ou des soins reçus dans les centres de planning familial, il y a des niveaux plus élevés de continuité de la pratique contraceptive. Par exemple, parmi les utilisateurs ayant déclaré avoir reçu les informations dont ils avaient besoin durant la consultation, 66% continuaient d'utiliser une méthode contraceptive moderne contre 51% pour ceux n'ayant reçu aucune information (Ramarao *et al.*, 2003). On observe un écart plus important lorsqu'il s'agit de la variable relative à la relation avec les prestataires de services.

Pour les utilisateurs ayant eu des relations cordiales avec ces derniers, 63% poursuivent la pratique contraceptive ; alors qu'aucun de ceux ayant entretenu de mauvais rapport(s) ne continue d'utiliser une méthode. La situation est similaire au Niger, en Gambie, où la discontinuité de la pratique contraceptive est davantage observée parmi les femmes qui déclarent n'avoir pas été (suffisamment) renseignées sur les effets secondaires des méthodes contraceptives (Cotten *et al.*, 1992). Les craintes liées à la contraception moderne expliquent les préférences des femmes en Afrique pour les méthodes naturelles (Guillaume et Desgrées du Loû, 2002 ; Guillaume, 2004).

Analysant sur une période de seize mois l'effet de la qualité des services de planification familiale sur le comportement des individus en matière de contraception dans cinq régions du Sénégal, Sanogo *et al.* (2003) ont formé un échantillon constitué de deux groupes. On trouve d'une part des femmes recourant aux services de planification familiale dans des centres de référence, et d'autre part celles recourant aux services de centres de santé²¹. Cinq critères de qualité (chacun d'eux se déclinant en indicateurs) ont été retenus dans le cadre de cette recherche : le choix des méthodes contraceptives, l'évaluation des besoins en contraception de

²¹ Les centres de référence au Sénégal sont des cliniques qui ont été créées principalement pour répondre aux problèmes relatifs au fonctionnement des services usuels de planification familiale. Chaque centre de référence couvre une région tandis que le centre de santé couvre un district.

la cliente, la communication d'informations, le traitement respectueux des client(e)s et le service de suivi. A partir d'analyses multivariées, l'étude révèle entre autres que la qualité des soins est meilleure dans les centres de référence ; des différences significatives sont observées entre ces deux types de structures sanitaires notamment lorsque sont prises en compte les variables relatives à la relation prestataire-cliente, à l'évaluation des besoins de la cliente en matière contraceptive et la communication d'informations sur la contraception. Les femmes ayant fréquenté les services de planification familiale des centres de référence ont 1,3 fois plus de chance de continuer à utiliser une méthode contraceptive que celles fréquentant les centres de santé.

2.2.2 Les prestataires de services de santé : acteur intermédiaire entre les pouvoirs publics et les patients

Nous évoquons successivement la relation entre les pouvoirs publics et les prestataires et celle qui existe entre ces derniers et les usagers de services de santé.

2.2.2.1 L'exécution de politiques

Les directives nationales de santé élaborées au niveau macro sont exécutées au niveau méso par les prestataires de services de santé (personnel de santé, ONG). Les ressources humaines, financières, logistiques concourent à la réalisation des stratégies définies et à la satisfaction des besoins des cibles visées par ces stratégies. En raison de leur statut d'exécutant, il existe un rapport hiérarchique entre les prestataires de services de santé et les autorités officielles sanitaires. Ce type de rapport pose problème dès lors que les autorités tentent d'échapper à leurs responsabilités et se reposent sur le personnel de santé pour faire face aux besoins des populations.

Pour illustrer les relations de pouvoir entre les autorités politiques et le personnel sanitaire en Afrique, on peut citer une étude réalisée par Fassin (1994). Celui-ci en analysant l'intervention des pouvoirs publics congolais dans la lutte contre le SIDA, évoque le fait que les autorités politiques ont en amont délégué aux professionnels de la santé la responsabilité de réfléchir à un plan d'action, faisant ainsi d'eux, les principaux interlocuteurs dans la lutte contre le SIDA. S'agissant de la contraception d'urgence au Cameroun, nous ne disposons pas d'élément attestant que les autorités politiques se reposent sur l'avis du personnel médical pour organiser la communication sur la méthode. Fassin souligne le danger de cette mise en retrait volontaire des autorités politiques, le danger étant leur déconnexion de la réalité d'une

urgence sanitaire. C'est un point que nous approfondirons dans le chapitre suivant, lorsque seront évoqués les aspects théoriques ayant trait notamment à l'influence de l'Etat sur les comportements sanitaires.

Notons cependant que l'auteur ne remet pas en question les compétences du personnel médical. Dans une autre étude consacrée à la relation entre la santé et le politique, il précise que ce personnel a un pouvoir non négligeable sur la prise de décisions gouvernementales, mais un pouvoir qui n'est pas par essence politique. Fassin (1996) affirme ainsi que : *« si le pouvoir médical ne relève pas a priori du politique, il peut s'y inscrire de différentes manières : [...] parce que ses compétences lui font jouer un rôle dans la maîtrise d'un problème sanitaire collectif, parce que ses prérogatives font l'objet de mesures étatiques visant à les contrôler, ou encore parce qu'il intervient dans la production de normes individuelles »* (p. 25). La relation entre la santé et le politique est une relation de pouvoirs dans laquelle chacun de ces domaines déploie des formes d'intervention pour assurer le bien-être physique, mental et social des individus.

2.2.2.2 La dissymétrie de la relation prestataires-clients en matière de services de planification familiale

D'un point de vue général, la littérature souligne les tensions qui existent dans les relations entre les prestataires de service de santé et les patients en Afrique subsaharienne. Les facteurs contextuels, sociaux, individuels notamment, rendent compte d'une réalité qui est telle que les structures sanitaires sont perçues par les usagers comme des lieux inhospitaliers (Jaffré et Olivier de Sardan, 2003) et de clientélisme (Blundo et Olivier de Sardan, 2001). Ce qui est préjudiciable à la fréquentation desdites structures mais aussi à la santé des populations.

Dans le contexte africain, la revue de littérature sur la question cible principalement les centres de santé maternelle et infantile et les sages-femmes. Ces centres sont considérés comme les lieux par excellence de la manifestation de la violence (De Koninck, 1997, Moussa, 2003 ; Olivier De Sardan, 2001 ; Jaffré, 2003). Cette violence, entendue ici comme toute forme de contrainte, est verbale, psychologique et débouche sur une relation unidirectionnelle au cœur de laquelle le prestataire, en l'occurrence la sage-femme, est le principal protagoniste. Moussa (2003) a observé l'expression de la violence durant les consultations de planification familiale dans des centres de santé maternelle et infantile de la ville de Niamey (Niger). L'auteur a identifié quatre principaux domaines dans lesquels cette

violence ce manifeste : la durée de l'attente, la qualité de l'accueil, le manque de communication et l'absence de confidentialité, d'intimité. Nous ne reviendrons pas sur les questions liées à l'attente et à la confidentialité des consultations ; nous nous appesantirons plutôt sur les deux autres domaines qui sont selon Fassin (1990) la clé du concept de la qualité des soins. « *Dans la notion de qualité, il faudrait pouvoir prendre en compte la façon dont les gens sont traités, au double sens que peut revêtir ce mot, c'est-à-dire comment ils sont soignés mais aussi comment ils sont reçus* » (Fassin, 1990, cité par Moussa, 2003, pp. 5-6). Ces deux moments jouent un rôle non négligeable dans le recours aux services ou soins de santé.

a) *L'absence de civilités*

L'une des formes de violence observée est celle qui est faite aux règles de la bienséance. Les femmes usagers des services de planification familiale reprochent aux prestataires leur manque de respect, de courtoisie. À Niamey, (mais aussi dans d'autres villes africaines), elles sont ignorées, ne sont pas prises au sérieux, et sont parfois infantilisées. Les qualificatifs utilisés par les enquêtées pour décrire les sages-femmes sont les suivants : « hautaines », « autoritaires », « impitoyables ». Il n'y a aucun signe se rapportant à « la dimension minimale de la rencontre » évoquée par Simmel (1998). Cette dimension renvoie à une prise de conscience de l'existence de l'autre, dans son individualité. L'absence d'éléments minimum de bienséance s'est banalisée et relève au détriment des patientes, de l'ordre du normal. Jaffré (2003) déplore la forme de violence qu'engendre la normalité. Elle se transforme progressivement en routine qui « *annihile l'attention et conduit à ne plus prendre conscience de l'existence de l'autre* » (p. 304). Certaines sages-femmes disent être conscientes de leur attitude et des reproches qui leur sont adressées, toutefois les torts seraient partagés.

Elles mettent en cause d'une part, le comportement belliqueux de certaines usagères des services de planification familiale et d'autre part, des facteurs tels que la charge de travail, la démotivation liée au défaut de paiement des salaires ou à leur insuffisance. Au Bénin, De Koninck (1997) note les mêmes justifications. Les informations collectées auprès des femmes fréquentant les trois centres hospitaliers (deux en milieu urbain et l'autre en zone rurale) retenus pour son étude, montrent que celles-ci font très peu confiance aux prestataires et ne s'y rendent qu'en situation d'urgence. Si le contexte de déroulement des consultations de planification familiale en Afrique subsaharienne entretient la distance entre les acteurs, il

existe toutefois pour les patientes, des moyens de la réduire. N'ont droit à des égards que celles qui ont une certaine notoriété, ou qui entretiennent des liens familiaux avec une ou plusieurs sages-femmes, ou encore qui connaissent au sein du personnel de santé, une personne qui jouerait l'intermédiaire entre elles et les sages-femmes. Ce dernier cas de figure s'apparente à ce qu'Olivier De Sardan (2001) appelle le PAC, c'est-à-dire parents, amis et connaissance. C'est l'acteur qui humanise momentanément les interactions entre prestataires de services de santé et bénéficiaires.

b) Le manque de communication

C'est une caractéristique quasi-inhérente à la plupart des structures sanitaires en Afrique subsaharienne. Les travaux de Jaffré et d'Olivier De Sardan (2003) rendent compte d'une manière claire du problème de dialogue entre les professionnels de santé et les patients. Comme évoqué plus haut, la relation entre les sages-femmes et les patientes est à sens unique : les premières choisissent à la place des secondes, car l'avis de ces dernières est très peu sollicité. Les femmes interrogées au sujet du déroulement des consultations de planification familiale à Niamey pointent du doigt le caractère expéditif. La faible quantité d'échanges verbaux est une entorse à l'essence même du counseling axé sur l'interaction entre le soignant et le soigné. Dans l'exemple sus-cité, il ne peut y avoir pour reprendre les termes de Moussa (2003), une « information, éducation, communication (IEC) personnalisée ». Cette absence se fait d'autant plus ressentir lorsque les patientes sont de jeunes filles.

Bationo (2012) a analysé les interactions entre les prestataires de services de planification familiale et les jeunes filles de 14-24 ans dans la ville de Ouagadougou (Burkina Faso). Les considérations liées à la qualité de l'accueil, à la gêne, au manque d'intimité, de confidentialité entre autres, sont également perceptibles chez les jeunes patientes. La communication entre ces dernières et les prestataires va dépendre des facteurs tels que l'âge du professionnel de santé (plus il est âgé, plus son discours est moralisateur et est perçu comme une sanction, un jugement par la patiente), leur genre (elles ont tendance à se sentir plus en confiance avec des prestataires de sexe féminin, surtout dans le cas de figure où un examen clinique s'impose), par l'effectif du personnel de santé présent en salle de consultations. La honte oriente dans un sens comme dans l'autre les interactions entre les prestataires et les jeunes patientes. *« Elle joue un rôle dans la gestion des interactions, parce que le recours aux services de planification familiale intègre la dimension biologique du corps, les normes sociales de la sexualité et autres considérations sociales, et suppose un*

examen du corps biologique » (p. 28). Là aussi la consultation est expéditive soit du fait du prestataire, soit de celui des jeunes patientes. Dans le premier cas de figure, les jeunes filles interrogées reprochent entre autres au personnel de santé, leurs préjugés qui laissent peu de place à la « *coopération conversationnelle* », le manque d'informations sur l'utilisation et les effets secondaires des méthodes contraceptives. Deuxièmement, ces jeunes filles ont avoué en raison de la gêne ressentie, ne pas avoir parfois évoqué avec le prestataire le problème de santé justifiant la consultation ; elles ont orienté la discussion sur autre chose de manière à ce que celle-ci se déroule rapidement.

Il s'installe entre les deux acteurs une certaine distance qui s'accroît avec la stigmatisation. Bationo dit de cette dernière qu'elle est « *un facteur récurrent dans les interactions sociales entre les personnels de santé et les jeunes filles ; elle permet d'interpeller les bénéficiaires sur des comportements qui ne sont pas appréciés par la communauté* » (p. 29). Des interactions entre les prestataires de services de planification familiale et les jeunes bénéficiaires, transparaît en filigrane la problématique des clivages générationnelles dans le domaine de la sexualité. De ce qui précède, on peut s'interroger sur la perspective dans laquelle les prestataires de services de planification familiale inscrivent leur action, étant donné qu'il existe un écart entre leurs comportements et les normes officielles qui régissent leur profession.

Conclusion

La pratique contraceptive moderne au Cameroun est influencée par des facteurs aussi bien endogènes qu'exogènes à la femme. Le contexte dans lequel s'opère le recours aux services de planification familiale met en exergue les difficultés rencontrées par les femmes dans la décision de la pratique de la contraception. Celles qui résident en milieu urbain sont mieux exposées à l'information sur la planification familiale grâce notamment à la concentration de l'offre de services dans cette zone. Ce qui renforce les inégalités entre l'ensemble rural et l'ensemble urbain. Au Cameroun, des variations sont observées dans l'utilisation de la contraception selon le type d'union, l'âge de la femme, son niveau d'instruction, celui du conjoint, l'attitude de celui-ci vis-à-vis de la planification familiale.

Les approches explicatives mobilisées ici sur les interactions entre les acteurs de l'offre et de la demande de la contraception, interrogent sur l'articulation entre la volonté politique en matière d'un accès large à la contraception moderne, les préoccupations fondées ou non des

prestataires de services de santé et les aspirations des femmes. Il ressort de la lecture de ces approches une hétérogénéité du positionnement des acteurs à l'égard de la contraception. Cette hétérogénéité pourrait expliquer les dysfonctionnements rencontrés dans la prestation de services de planification familiale.

Chapitre 3 : Connaissances, attitudes et pratiques en matière de contraception d'urgence en Afrique subsaharienne

Ce chapitre aborde les aspects généraux sur le recours à la contraception d'urgence en Afrique subsaharienne. Les principaux points passés en revue sont : les niveaux de connaissance et d'utilisation et les représentations sociales de la contraception d'urgence. La présentation du contexte régional a pour but de mettre en exergue la pluralité des discours et des pratiques. Cette démarche permet dans les chapitres analytiques ultérieurs, d'étudier le cas camerounais dans une approche comparative afin d'identifier les similarités et/ou les spécificités avec le cadre régional.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « *la contraception d'urgence désigne les méthodes contraceptives qu'une femme peut utiliser dans les premiers jours suivant un rapport sexuel non protégé pour prévenir une grossesse non désirée* » (OMS, 1999, p.7). Cette définition reste imprécise quant à l'intervalle de temps dans lequel la méthode doit être utilisée. Des études montrent que selon la composition et le dosage des hormones, cette méthode contraceptive doit être utilisée au plus tard dans les 72 à 120 heures après le rapport sexuel non protégé (Ellertson *et al.*, 2003 ; Fine *et al.*, 2010 ; Rodrigues *et al.*, 2001 ; Piaggio *et al.*, 1999). De par sa dénomination et son mode d'emploi, il ne s'agit pas d'une méthode régulière. L'OMS a identifié trois principales circonstances qui répondent au besoin d'utiliser une méthode contraceptive d'urgence : l'absence de contraception, l'échec ou l'usage défectueux d'un moyen de contraception et le viol. Il existe deux méthodes de contraception d'urgence : la méthode hormonale sous la forme d'une pilule et le dispositif intra-utérin au cuivre. Le dispositif intra-utérin au cuivre empêche la fécondation. Il est recommandé de l'insérer (par un professionnel de la santé) dans les cinq jours qui suivent le rapport sexuel non ou mal protégé.

Les essais visant à mettre au point la contraception d'urgence remontent aux années 1940. Il faudra attendre les années 1970 pour assister à la publicisation de ce type de contraception, à travers la méthode Yuzpe. Cette dernière combine de fortes doses d'œstrogènes et de progestatifs²². En raison de l'importance des effets secondaires causés, elle sera remplacée dans les années 1980 par le Levonorgestrel qui est un progestatif. On le retrouve dans la méthode orale. Les pilules qui contiennent uniquement du Levonorgestrel sont qualifiées de

²² Il s'agit d'hormones entrant dans la composition de méthodes contraceptives orales. L'œstrogène contribue notamment à la régulation du cycle menstruel et le progestatif a un effet inhibiteur de l'ovulation.

contraception d'urgence hormonale par progestatif seul ou de méthode par progestatif seul. Les pilules à base d'acétate d'ulipristal sont commercialisées depuis la fin de la première décennie des années 2000. Ce sont des pilules contraceptives d'urgence qui peuvent être utilisées jusqu'à cinq jours après le rapport sexuel non ou mal protégé.

La pilule contraceptive d'urgence communément appelée pilule du lendemain a été introduite dans la plupart des pays Africains au début des années 2000. Ce sont davantage les pilules contenant du Levonorgestrel qui y sont vendus (sous des marques telles que Norlevo, Optinor, P2, Postpill, Pregnon, Stédiril). Les mécanismes d'intégration de ce contraceptif dans l'offre contraceptive des pays d'Afrique subsaharienne, l'impact de son utilisation sur la vie sexuelle et reproductive des femmes sont faiblement documentés. L'introduction de ce moyen de contraception sur le continent survient dans un contexte d'émergence de formes de pratiques contraceptives post-coïtales traditionnelles (Teixeira *et al.*, 2012)²³.

Notre thèse porte essentiellement sur la pilule contraceptive d'urgence. À ce jour, la plupart des études qui portent sur les niveaux d'utilisation de cette méthode (Morgan *et al.*, 2014a ; Palermo *et al.*, 2014), les connaissances, les attitudes et/ou les perceptions en la matière (Moreau *et al.*, 2005 ; Teixeira *et al.*, 2012 ; Whelan *et al.*, 2011), se focalisent sur la forme orale. Dans ces travaux, l'expression « contraception d'urgence » est généralement employée pour désigner la méthode orale. Pour les besoins de notre recherche nous avons choisi d'utiliser également cette formulation. Toutefois, l'expression « pilule du lendemain » a été utilisée durant les entretiens réalisés. Cette appellation est plus familière aux répondants et a largement été mentionnée durant les entretiens que nous avons réalisés.

Ce chapitre se subdivise en deux sections. La première section est consacrée à la connaissance de la CU et aux facteurs d'utilisation en Afrique subsaharienne. La deuxième section est une synthèse de l'enquête multicentrique Emergency contraception in Africa (ECAF) réalisée entre 2006 et 2007. Cette enquête porte sur la diffusion des nouveaux modèles contraceptifs, avec un intérêt particulier pour le recours à la CU au Burkina-Faso, au Ghana, au Maroc et au Sénégal. La majorité des travaux menés sur l'utilisation de ce moyen de contraception en Afrique concernent les pays anglophones. L'enquête ECAF apporte des éléments d'information sur des Etats d'Afrique francophone.

²³ Les auteurs font référence aux douches vaginales post-coïtales, à la prise de décoction de plantes.

3.1 Connaissance et utilisation de la contraception d'urgence en Afrique subsaharienne

Les recommandations internationales prônent la mise en place de stratégies d'élargissement de l'accès à la pilule contraceptive d'urgence. Toutefois, on dispose de peu d'informations sur les stratégies de visibilisation de cette méthode en Afrique. Nous reviendrons sur cet aspect lorsque seront évoqués la question de l'acceptabilité de la méthode et les normes socioculturelles relatives à la sexualité et à la procréation. La première partie de cette section est une synthèse de la littérature sur les connaissances relatives à la pilule contraceptive d'urgence en Afrique subsaharienne. Ensuite nous abordons les déterminants du recours à la méthode.

3.1.1 Le niveau de connaissance de la contraception d'urgence

La connaissance de la contraception d'urgence est faible en Afrique par rapport à d'autres régions du monde. Les données tirées d'EDS réalisées à partir des années 2000 montrent que la proportion de femmes connaissant la CU en Afrique (15,03%) est moins importante qu'en Amérique Latine (35%), en Asie de l'Ouest et en Europe (24,43%). Seule l'Asie a une proportion inférieure à celle de l'Afrique soit 11% (Westley *et al.*, 2013). Palermo *et al.* (2014) ont analysé les niveaux des connaissances et les tendances de l'utilisation de la CU dans 45 pays du monde : 24 en Afrique, 8 en Asie de l'Ouest, 6 en Amérique Latine et Caraïbes et 7 en Europe²⁴. Toutes régions confondues, c'est en Colombie que la proportion de femmes connaissant l'existence de la CU est la plus élevée soit 66% et au Tchad qu'elle est la plus faible (2%). Le Kenya est le pays d'Afrique qui compte le plus de femmes ayant déjà entendu parler de la méthode (40%). Bien qu'ils soient faibles, les niveaux d'utilisation de la contraception d'urgence les plus élevés en Afrique subsaharienne sont enregistrées au Nigeria et au Kenya. Entre 2% et 3% des femmes dans ces deux pays ont déclaré avoir déjà recouru au contraceptif (Melhado, 2014). La proportion de femmes connaissant l'existence de cette méthode au Nigeria (15%) a peu varié ces dernières années, contrairement au Kenya qui a connu une augmentation progressive (Morgan *et al.*, 2014b).

Le statut matrimonial exerce une influence sur la connaissance de la méthode. Au Kenya et au Nigeria, les femmes sexuellement actives qui vivent en milieu urbain et qui n'ont jamais été

²⁴ Les données proviennent d'enquêtes démographiques et de santé réalisées entre 2000 et 2012.

mariées, sont plus susceptibles de connaître la CU que celles qui ont déjà été mariées (Morgan *et al.*, 2014b). Par contre au Bénin et au Libéria, les femmes ayant déjà été mariées ont plus de chances d'en avoir entendu parler que celles mariées au moment de l'enquête ou qui ne l'ont jamais été (Palermo *et al.*, 2014)²⁵. Au Libéria, au Malawi, au Mali, à Madagascar, en Namibie, au Rwanda, au Sénégal et au Zimbabwe, les femmes n'ayant jamais été mariées ont des chances moindres que celles mariées au moment de l'enquête, d'en avoir entendu parler²⁶. Le Swaziland est l'Etat dans lequel les femmes qui n'ont jamais été mariées ont plus de chances (1,5) que celles qui le sont de connaître la méthode. Dans la plupart des pays d'Afrique retenus par les auteurs de l'étude, les femmes qui ont un niveau d'instruction secondaire ou supérieur ont plus de chances de connaître l'existence de la CU que celles ayant un niveau d'instruction primaire. Le niveau socioéconomique de la femme est également un facteur déterminant. Plus ce niveau est élevé, plus la femme a de chances d'en avoir entendu parler. Le questionnement sur la connaissance de ce contraceptif par les femmes va au-delà du fait d'avoir conscience de son existence. La qualité des informations sur l'utilisation de la méthode est un paramètre à prendre à compte.

3.1.1.1 La connaissance du délai exact d'utilisation

La contraception d'urgence n'est efficace que si elle est prise au plus tard dans les 72 à 120 heures qui suivent le rapport sexuel non ou mal protégé. Son potentiel à empêcher la survenue d'une grossesse décroît dans le temps, selon le moment de l'utilisation. L'efficacité des pilules à base de Levonorgestrel est estimée à 95% dans les 24 heures suivant le rapport sexuel, à 85% entre 24 heures et 48 heures et à 58% entre 49 heures et 72 heures (WHO, 1998). Les jeunes en Afrique constituent un groupe vulnérable aux risques liés à l'activité sexuelle (grossesses non planifiées, infections sexuellement transmissibles). Des travaux réalisés en milieu étudiant montrent que la plupart des étudiantes connaissent l'existence de la contraception d'urgence. Cependant elles ne sont pas forcément en mesure d'indiquer le délai imparti à l'utilisation de la méthode. En Ethiopie 30% des étudiantes de l'Université de Jimma qui ont déjà entendu parler du contraceptif ont été en mesure d'indiquer le délai d'utilisation de 72 heures (Tajure et Pharm, 2010). Cette proportion est d'environ 38% chez

²⁵ Les odds ratio sont respectivement de 1,35 et 1,9 au Bénin et au Libéria.

²⁶ Les odds ratio varient de 0,46 au Mali à 0,77 en Namibie.

les étudiantes de l'Université de Lagos au Nigeria (Ebuehi *et al.*, 2006a). En Ouganda, près de 42% des étudiantes interrogées à l'université de Makerere ne connaissent pas le délai d'utilisation de la contraception d'urgence, et 33% et 2,5% ont respectivement mentionné les délais de 72 heures et 120 heures (Byamugisha *et al.*, 2006).

Les canaux d'information sur la contraception d'urgence sont variés. Les amis sont la source d'information la plus citée par les étudiants au Bénin (Fourn *et al.*, 2014), en Ethiopie (Tajure et Pharm, 210), au Nigéria (Ebuehi *et al.*, 2006a) ou encore en Ouganda (Byamugisha *et al.*, 2006). Au Cameroun, les principales sources d'information en matière de CU chez les étudiants à Buéa (Kongnyuy *et al.*, 2007) et Yaoundé (Fomulu *et al.*, 2007) sont les proches, le personnel de santé et les médias. L'enquête réalisée à Buéa montre que les étudiants qui ont pour principal canal d'information sur la CU les amis ou la famille ont des connaissances inexactes du contraceptif²⁷. Dans les universités de Yaoundé 1 et Yaoundé 2, ce sont les étudiants qui s'informent sur la CU via les médias qui la connaissent le mieux comparé aux étudiants qui se réfèrent uniquement à leurs proches. Plus de la moitié des étudiants interrogés à l'université de Buéa (environ 55%) ont une attitude défavorable vis-à-vis de la CU contrairement à leurs homologues des universités de Yaoundé 1 et Yaoundé 2. Bien que les réponses données par ces derniers montrent globalement une opinion positive sur la CU, ils émettent des réserves (risque d'abandon d'une pratique contraceptive régulière, absence de protection contre les IST).

En Ethiopie, les responsables politiques et les autorités de santé ont délibérément choisi de communiquer le moins possible sur ce produit médical (Both et Samuel, 2014). Ils souhaitent éviter la polémique relative à la controverse suscitée par la méthode. L'accent est plutôt mis sur les méthodes contraceptives régulières.

Une étude s'est intéressée à l'influence des réseaux informels de communication sur l'attitude des femmes en matière de planification familiale au Sénégal (Ngom, 2000). Ils ont trois fonctions : transmettre les informations sur les méthodes contraceptives, évaluer les avantages et les risques de ces dernières et enfin décider de la légitimation sociale de ces méthodes. Selon Ngom (2000), ces réseaux jouent un rôle non négligeable dans la prise de décision des femmes, à travers notamment les échanges interpersonnels d'expérience. Toutefois, ils

²⁷ La situation contraire a été observée auprès d'étudiants dans une université en Jamaïque. La majorité des étudiants qui se renseignent sur la CU auprès de sources dites informelles, ont une bonne connaissance de celle-ci (Sorhaindo *et al.*, 2002).

drainent avec eux des résistances à la pratique contraceptive dues en partie aux rumeurs, aux informations erronées qu'ils peuvent véhiculer. Pour le cas de la contraception d'urgence, différentes informations sur son principe d'action circulent. L'absence d'information délivrée par les prestataires de services de santé est une des raisons qui explique les lacunes des utilisatrices. Il arrive que les prestataires n'ayant pas été (suffisamment) formés à la méthode, ne disposent pas de l'information exacte.

Fouedjio *et al.* (2015) ont interrogé 118 prestataires de services de santé (infirmier(e)s, médecins, personnel du service de gynécologie-obstétrique) dans un hôpital de la ville de Yaoundé²⁸. 87,5% des répondants connaissent l'existence de la CU ; 3,4% ont une bonne connaissance de la méthode. 40,7% des enquêtés ont un niveau moyen de connaissance sur ce contraceptif, 44,1% ont des connaissances insuffisantes et environ 12% en ont une mauvaise connaissance. Les auteurs estiment que ce faible niveau de connaissance de la CU par le personnel de santé s'expliquerait par la composition de l'échantillon d'étude. Selon eux, ce sont les médecins qui sont supposés connaître le mieux la CU. Dans cette enquête, les médecins représentent 28% des enquêtés contre 50,8% pour les infirmiers. Un autre facteur explicatif du faible niveau de connaissance invoqué par Fouedjio *et al.* (2015) est celui de possibles insuffisances dans la formation du personnel de santé en CU.

3.1.1.2 Le mécanisme d'action

Le mécanisme d'action de la contraception d'urgence est toujours en cours d'exploration. Les réserves émises montrent que le mode d'action exact reste difficile à cerner jusqu'à présent. Le mécanisme qui est abordé dans ce volet est celui des pilules contenant uniquement du Levonorgestrel. Selon des études, ces pilules agissent en bloquant ou en retardant l'ovulation. Les expérimentations montrent que la prise de cette pilule avant l'ovulation empêche la survenue du pic de l'hormone lutéinisante (Croxatto *et al.*, 2001 ; Marions *et al.*, 2004 ; Okewole *et al.*, 2007). Ce pic est responsable du déclenchement de l'ovulation. La contraception d'urgence va agir en inhibant la maturation folliculaire, bloquant ainsi l'apparition du pic. Il est reconnu sans réserve à ce moyen de contraception, la capacité d'interférer avec le processus ovulatoire.

²⁸ 75,4% des prestataires sont des femmes et 24,6% des hommes.

Par contre, les conclusions scientifiques sont beaucoup plus prudentes en ce qui concerne l'action après l'ovulation. Selon deux études réalisées dans les années 1970, cette méthode contraceptive permet d'éviter la fécondation par des effets sur la muqueuse utérine. Les modifications subies par la muqueuse entraveraient la mobilité des spermatozoïdes (Kessuru *et al.*, 1974 ; Kessuru *et al.*, 1975). Les recherches réalisées une trentaine d'année plus tard sont peu concluantes. Une possible action du progestatif Levonorgestrel sur la mobilité des spermatozoïdes n'a pas pu être clairement démontrée (Brito *et al.*, 2005 ; Do Nascimento *et al.*, 2007 ; Yeung *et al.*, 2002). Toutefois, les chercheurs sont d'avis que ce progestatif ne peut interrompre la nidation (Noe *et al.*, 2010 ; Novikova *et al.*, 2007) et n'a aucun effet sur une grossesse en cours (Gemzell-Danielsson *et al.* 2013 ; Zhang *et al.*, 2009).

Les questionnements et les préoccupations récurrents autour du mécanisme d'action de la contraception d'urgence alimentent les discours sur un effet supposé abortif de la méthode. Une possible confusion est entretenue entre la contraception d'urgence et la pilule RU-486. Cette dernière est une pilule abortive. Elle est prise après la confirmation de la grossesse afin de l'interrompre. Or la CU est une méthode post-coïtale destinée à prévenir la grossesse. La polémique autour de l'action abortive de la CU est ancrée dans une certaine mesure dans le débat sur le début de la vie. Bien qu'il n'y ait aucune preuve scientifique que la CU empêche la nidation, d'aucuns soutiennent cette thèse. L'individualisation de l'embryon fait que l'ingestion de la CU et son « action » sur le processus de nidation participe pour ceux-là à un processus abortif.

Il y a des prestataires de services de santé qui sont d'avis que la CU est une forme d'avortement. Cela a été observé notamment en Afrique du Sud (Blanchard *et al.*, 2005), au Ghana (Steiner *et al.*, 2000) au Nigéria (Ebuehi *et al.*, 2006b). L'enquête de Fouedjio *et al.* (2015) révèle que 46% des prestataires de services de santé interrogés dans un hôpital à Yaoundé pensent que la CU est une pratique abortive²⁹. L'association qui est faite entre ces deux dispositifs explique en partie les résistances à la promotion de la CU. Selon cette même enquête, la moitié des répondants (soit 56,3%) sont favorables à la promotion du dispositif médical. La formation spécifique en CU des prestataires est un point essentiel dans la mesure où ils constituent un des canaux d'information en matière contraceptive.

²⁹ Les auteurs n'indiquent pas les caractéristiques sociodémographiques des prestataires des services de santé qui assimilent la prise de la CU à un avortement provoqué. Aucune précision n'est apportée sur le fait que ces prestataires aient suivi ou non une formation en CU.

3.1.1.3 La problématique de l'utilisation régulière de la CU

La contraception d'urgence est une méthode contraceptive occasionnelle. De manière générale, l'OMS a identifié trois situations qui justifient son recours. Il s'agit de l'absence de contraception, de l'échec ou de l'usage défectueux d'une méthode contraceptive et du viol. L'utilisation répétée de la CU, entendue comme son usage régulier est une problématique abordée très souvent dans les études portant sur la méthode. L'incidence sur la santé (en termes d'effets secondaires) et la vie sexuelle de la femme est particulièrement ciblée. Les travaux menés jusqu'ici ont conclu que l'utilisation répétée de la CU n'expose la santé de la femme à aucun risque majeur connu (Grimes *et al.*, 2001 ; OMS, 2012 ; Shelton, 2002 ; Norris et Ellertson, 2002). Les effets ressentis tels que les nausées, les troubles du cycle menstruel sont considérés comme des effets secondaires mineurs (Task force on post-ovulatory methods of fertility regulation, 2000).

L'OMS recommande de ne pas utiliser la CU plus d'une fois par semaine ou plus de 24 fois en six mois (Chin-Quee *et al.*, 2014). Au Kenya 58% des clients de pharmacies interrogés ont déjà acheté au moins deux fois par mois une CU (Keesburry *et al.*, 2011). Les femmes enquêtées ont acheté 3,8 fois en moyenne ce contraceptif dans les six mois qui ont précédé l'enquête. D'après Chin-Quee *et al.* (2014), l'ampleur de l'utilisation répétitive de la CU au sein d'un échantillon composé uniquement de clients de pharmacies est à relativiser. Cette méthode contraceptive est davantage vendue dans les officines que dans les centres de santé publics. Les femmes recrutées aux abords des points de vente comme dans l'étude de Keesburry *et al.* (2011) ont plus de chances d'avoir utilisé plusieurs fois la CU que celles faisant partie d'un échantillon diversifié.

Dans l'étude de Chin-Quee *et al.* (2014), il s'agit d'un échantillonnage stratifié à plusieurs degrés. Il est constitué de femmes vivant dans les villes de Lagos (Nigeria) et de Nairobi (Kenya). Les femmes interrogées à Lagos ont recouru cinq fois en moyenne à la CU durant les six derniers mois qui ont précédé l'enquête, contre deux fois pour celles de Nairobi. 15% des utilisatrices de CU à Nairobi l'utilisent comme méthode principale contre 41% à Lagos. Seulement 1% et 0,2% des utilisatrices respectivement à Lagos et à Nairobi n'ont pas fait usage de la méthode suivant les recommandations de l'OMS. Au regard des résultats obtenus,

Chin-Quee *et al.* (2014) concluent qu'on ne peut pas parler d'une utilisation abusive de la CU dans ces deux villes.

Les travaux de Keesburry *et al.* (2011) et de Chin-Quee *et al.* (2014) interpellent sur le sens des notions « utilisation répétée » et « utilisation abusive ». Où la frontière se situe-t-elle ? On pourrait se baser sur l'intervalle proposé par l'OMS. Toutefois cet intervalle n'exclut pas la possibilité d'une utilisation répétée. La confusion que peut entraîner ces deux notions fait qu'il faudrait définir les critères qui explicitent le passage du répétitif à l'abusif.

Au Nigéria par exemple, des prestataires associent clairement l'usage répété à l'usage abusif (Lang *et al.*, 2012). Comme l'indiquent les études sur les perceptions de la CU par les prestataires de services de santé, ces derniers sont défavorables à une utilisation récurrente de la méthode. Un recours fréquent à la méthode créerait pour certains d'entre eux un cadre favorable à la banalisation du produit auprès des (potentielles) utilisatrices. D'après la même étude, les prestataires interrogés pensent que l'utilisation de la CU favorise les comportements sexuels irresponsables chez les femmes. 12% des professionnels de santé au Ghana (Steiner *et al.*, 2000), plus de la moitié des professionnels enquêtés au Kenya (Keesbury, 2009) pensent que l'utilisation de la CU encourage la promiscuité sexuelle. Ils craignent que le recours à ce dispositif médical remplace l'usage régulier de méthodes contraceptives classiques.

Toutefois, aucune étude n'a pu démontrer jusqu'ici que le recours à la CU est associé à une augmentation de l'activité sexuelle à risque. La distribution anticipée de la méthode auprès de jeunes femmes ne cause pas une substitution aux moyens contraceptifs qu'elles utilisent habituellement (Gold *et al.*, 2004). Aucune différence n'a été notée dans la fréquence des rapports non protégés des femmes ayant reçu en avance la CU par rapport à celle des femmes qui n'en ont pas bénéficié (Polis *et al.*, 2007).

Des professionnels de la santé en Afrique du Sud (et également en Amérique Latine) estiment qu'il devrait avoir un nombre limité d'utilisation de la CU (Mc Fadyen *et al.*, 2003). Cela demanderait la mise en place d'un système de contrôle des achats de la CU par les femmes. Cette option consisterait par exemple en un durcissement des conditions de vente avec notamment l'arrêt ou le réaménagement du système de la vente libre. L'opérationnalisation de la proposition de ces prestataires sur la limitation de l'utilisation de la CU interroge sur les conditions d'exercice du droit d'accéder librement à la contraception. D'après Lovvorn *et al.* (2000), une disponibilité accrue de ce contraceptif n'accroît pas la fréquence des rapports

sexuels non protégés au Ghana. « *L'ensemble des résultats convergent quel que soit le pays observé : la contraception orale d'urgence ne remplace pas la contraception quotidienne, bien au contraire, et avoir une contraception d'urgence en avance faciliterait une utilisation optimale, sans engendrer un recours plus fréquent à cette méthode contraceptive* » (Amsellem-Mainguy, 2007, p.48). La CU pourrait servir de porte d'entrée à une pratique contraceptive régulière. Les besoins de la femme en matière de contraception peuvent évoluer en fonction des trajectoires de la vie sexuelle et reproductive³⁰.

Comme souligné plus haut, l'opposition à un usage fréquent de la CU est motivée par les risques pour la santé. Selon l'OMS, l'utilisation répétée de la contraception d'urgence n'est pas risquée pour la santé de la femme. « *Une utilisation fréquente peut avoir des effets secondaires, comme l'irrégularité du cycle menstruel, bien qu'un usage répété n'entraîne aucun risque connu pour la santé* » (OMS, 2012). L'OMS fixe une limite à une à quatre fois par mois (Task force on post-ovulatory methods of fertility regulation, 2000). Cet organisme international désapprouve le recours répétitif à la méthode.

3.1.1.4 Les effets secondaires

Les effets secondaires les plus courants de la CU au Levonorgestrel sont les nausées, les vomissements, les céphalées (Ellertson *et al.*, 2000 ; Trussell, 2012). Le raccourcissement du cycle menstruel peut survenir si la CU a été utilisée au début du cycle (Raymond *et al.*, 2006 ; Tirelli *et al.*, 2008). D'autres conséquences telles que les douleurs abdominales, les douleurs à la poitrine ont également été observées chez des utilisatrices de la méthode (Trussell, 2012). Ces effets secondaires disparaissent généralement dans les 24 heures. Pour certaines femmes, il s'agit d'un moindre mal à supporter par rapport à la gêne occasionnée par d'autres méthodes contraceptives. Ainsi, « *la contraception d'urgence n'est pas utilisée comme méthode de rattrapage mais surtout comme une méthode post-coïtale ordinaire moins nocive que les autres méthodes hormonales* » (Teixeira *et al.*, 2015, p. 192). Les études qualitatives réalisées dans les capitales africaines Addis-Abeba (Gold, 2011) et Accra (L'Engle *et al.*, 2011) indiquent que les utilisatrices s'accommodent des effets secondaires de la CU. Selon elles, ces derniers sont plus tolérables que ceux d'autres méthodes contraceptives. Elles s'en accommodent également parce que le mode d'emploi est moins contraignant que celui de la

³⁰ Selon Bajos et Ferrand (2005), il existe « une bonne contraception » adaptée pour chacun de ces moments : le préservatif pour les premiers rapports sexuels, le préservatif et la pilule ou la pilule seule lorsqu'on est engagé dans une relation stable et le stérilet après la naissance du premier enfant.

pilule quotidienne ou des injections par exemple. Cependant, les effets secondaires vécus ou rapportés de la CU constituent pour certaines femmes un facteur dissuasif d'utilisation (Byamugisha *et al.*, 2009 ; Kongnyuy *et al.*, 2007). D'où l'importance de distinguer tout le long de ce chapitre ce qui relève du discours médical ou scientifique, de ce qui se rapporte aux représentations sociales.

Pour conclure cette partie, il convient de retenir que les connaissances (exactes) des femmes en Afrique subsaharienne en matière de pilule contraceptive d'urgence varient selon leurs caractéristiques sociodémographiques. C'est un moyen de contraception dont les prestataires de services n'ont pas toujours la maîtrise faute de formation. La promotion de la méthode est problématique en raison notamment des utilisations en marge des recommandations et de leurs corollaires, des incertitudes autour du mécanisme d'action, de l'association de ce contraceptif à l'avortement provoqué. L'absence volontaire ou non d'information sur la CU, les insuffisances dans la formation du personnel de santé constituent un terrain favorable au développement de connaissances approximatives voire erronées sur la méthode. Nous allons maintenant nous intéresser aux déterminants du recours à cette pilule.

3.1.2 Les déterminants du recours à la contraception d'urgence

Les déterminants abordés dans ce volet sont l'offre en contraception d'urgence, le contexte culturel et la religion.

3.1.2.1 L'offre

Le recours à la CU est influencé par la disponibilité et le coût. Le système de vente libre de la contraception d'urgence dispense les utilisatrices de l'obligation d'une prescription médicale. Cependant, les conditions régissant la vente de la contraception d'urgence varient d'un Etat à un autre. Cette dernière est soit en vente libre, soit vendue sous réserve de présentation d'une ordonnance médicale. En raison de la particularité de cette pilule, le statut régissant sa vente fait l'objet de débats. Faut-il durcir les conditions d'accès étant donné qu'il ne s'agit pas d'une méthode ordinaire, ou rester cohérent avec la notion d'« urgence » et en faciliter ainsi l'accès ?

L'Afrique du Sud fait partie des premiers pays africains à avoir autorisé la vente libre de la CU sur son territoire. L'Angola, le Burundi, le Cap-Vert, les Comores, l'Erythrée, la Gambie, la Guinée-Bissau, la Guinée Equatoriale, la Lybie, le Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, la

Somalie, le Soudan, le Sud-Soudan sont les Etats africains qui n'ont pas de produits contraceptifs d'urgence enregistrés (ICEC, 2014)³¹. Palermo *et al.* (2014) ont observé les taux d'utilisation les plus élevés de CU dans des pays où la méthode a été enregistrée plus tôt. Les Etats tels que le Rwanda, Sao Tomé-et-Principe ont les taux les plus faibles.

Les analyses multivariées et univariées indiquent qu'au Ghana, les utilisatrices qui trouvent la méthode disponible (92%) et son prix abordable (88%) ont plus de chances de l'utiliser (Amalba *et al.*, 2014). En Egypte, la proportion des utilisatrices de la CU (24,5%) est plus faible que celle observée au Ghana (40%). Seulement 21,2% des femmes interrogées en Egypte pensent que cette méthode est disponible contre 6% qui estiment qu'elle ne l'est pas et 72,8% qui l'ignorent (El-Sabaa *et al.*, 2013). L'attitude des prestataires de services de santé est un élément à prendre en compte dans l'accès à la CU. Au Kenya les prestataires qui ont un niveau de connaissance élevé en matière de CU sont plus susceptibles de la recommander à une patiente ou à une cliente (avec un odds ratio de 1,7). Il y a trois fois plus de chance qu'ils soient disposés à la fournir (Judge *et al.*, 2011). Une meilleure formation des professionnels de santé aux méthodes contraceptives d'urgence peut positivement influencer leur utilisation.

Tableau 3.1 : Délivrance de la contraception d'urgence dans les Etats africains qui vendent au moins un produit contraceptif d'urgence de marque déposée

Pays africains où la CU est vendue sans ordonnance*	Pays africains où la CU est délivrée à la présentation d'une ordonnance*
Afrique du Sud, Bénin, Burkina-Faso, Cameroun , Congo-Brazzaville, Côte d'Ivoire, Ethiopie, Gabon, Ghana, Guinée-Conakry, Kenya, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Niger, Nigéria, Sénégal, Tunisie	Algérie, Botswana, Djibouti, Lesotho, Egypte, Madagascar, Maroc, Namibie, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sierra Leone, Tanzanie, Tchad, Togo, Zambie, Zimbabwe.

Source : <http://www.cecinfo.org/country-by-country-information/status-availability-database/>

*Il s'agit de pays qui ont au moins un produit de contraception d'urgence enregistré.

³¹ L'enregistrement d'un produit pharmaceutique est une étape indispensable avant sa mise à la disposition du public. Durant la phase d'enregistrement on s'assure de l'efficacité et de la non dangerosité du produit. À l'exception du Cap-Vert, de la Lybie, de la Somalie et du Soudan, les autres pays importent la CU.

3.1.2.2 Les facteurs culturel et religieux

Les croyances religieuses sont un motif de résistance à l'utilisation de méthodes contraceptives. L'appréciation de la pilule contraceptive d'urgence au regard des préceptes religieux peut varier d'un pays à un autre. En 2001, la Tunisie est le premier pays arabe au monde à avoir procédé à l'enregistrement national d'un produit contraceptif d'urgence. Cela s'est passé quasiment sans polémique. Ce qui ne fut pas le cas au Maroc où des enjeux socioéconomiques, politiques et le facteur religieux se sont entremêlés.

Une enquête réalisée dans la ville de Tamale dans le nord du Ghana révèle qu'environ 45% des femmes estiment que leur religion est favorable à l'utilisation de la CU (Amalba *et al.*, 2014)³². Paradoxalement, ce sont celles qui pensent le contraire qui sont plus susceptibles d'utiliser ce moyen de contraception. C'est également le cas au Nigéria (Lang *et al.*, 2012). Selon Amalba *et al.* (2014), l'affranchissement de l'interdit culturel ou religieux pourrait s'expliquer de deux façons.

Premièrement, le niveau d'instruction des femmes et leurs interactions avec les professionnels de santé contribuent à une meilleure connaissance de la méthode et à une utilisation décomplexée.

Deuxièmement, cette pilule représenterait pour ceux qui l'associent à une forme d'avortement, une méthode d'interruption volontaire de grossesse plus acceptable et moins stigmatisante que d'autres moyens prévus à cet effet. Dans leur enquête réalisée dans la ville de Diré Daoua (à l'est de l'Éthiopie), Abate *et al.* (2014) se sont intéressés aux déterminants de l'utilisation de la CU auprès de femmes ayant bénéficié de services d'avortement au sein d'établissements sanitaires. 16% des 390 répondantes pensent que la CU est interdite par leur religion³³.

Les trois enquêtes majeures portant sur l'utilisation de la contraception d'urgence au Cameroun font état de la confusion qui existe entre cette méthode et l'avortement provoqué. D'après l'enquête de Fouedjio *et al.* (2015) réalisée auprès de prestataires dans un hôpital de

³² 49% des femmes interrogées sont musulmanes, 47,5% sont chrétiennes et 3,5% sont traditionalistes.

³³ Environ 10% des femmes interrogées ont déjà recouru à la contraception d'urgence. La quasi-totalité des utilisatrices sont des chrétiennes.

Yaoundé, 46% pensent que la CU est une méthode abortive. Au vu de la confusion entre la CU et l'IVG, nous pouvons ajouter la condamnation sociojuridique de l'avortement provoqué au Cameroun pour étayer l'argument éthico-religieux. La pratique religieuse va renforcer la condamnation morale ; l'avortement étant considéré par certains comme un crime, un péché. Les évêques au Cameroun ont fait savoir dans une déclaration, leur opposition à la ratification par l'Etat camerounais du protocole de Maputo en 2009. L'article 14 du protocole est particulièrement mis en cause. Il dispose entre autres que l'accès à l'avortement médicalisé est un droit reproductif des femmes et que les Etats africains doivent le garantir et le protéger. Par interprétation, on peut dire que le refus de recourir à la contraception d'urgence pour celles qui l'assimilent à un acte abortif, repose notamment sur des croyances religieuses.

En définitive, la contraception d'urgence est une méthode mal connue et peu utilisée en Afrique subsaharienne. Sa diffusion s'opère dans des sociétés où la pratique contraceptive moderne est faible et la sexualité pré-nuptiale en milieu urbain se développe. L'enquête *Emergency Contraception in Africa* (ECAF) permet d'analyser le recours à la CU dans un contexte marqué par des tensions normatives en matière de sexualité et de procréation.

3.2 L'enquête Emergency contraception in Africa (ECAF)

L'enquête ECAF (Emergency Contraception in Africa) est une enquête multisite ayant pour but de situer les pratiques contraceptives dans les trajectoires de vie individuelles. Elle s'est déroulée dans quatre capitales africaines à savoir Accra (Ghana), Dakar (Sénégal), Rabat (Maroc) et Ouagadougou (Burkina-Faso) entre 2006 et 2007. Des différents contextes d'étude, il émerge une « sexualité sans finalité procréative » qui se distingue des modèles familiaux classiques. La pilule contraceptive d'urgence est un moyen de parvenir à cette finalité. L'enquête ECAF se propose d'analyser sa place dans le paysage contraceptif des pays retenus. Trois principaux arguments expliquent le choix géographique opéré pour l'enquête ECAF. D'abord, il s'agit de pays qui présentent des politiques de planification familiale et des niveaux de prévalences contraceptives différents. Ensuite, ces Etats partagent une proximité sociétale du point de vue des normes familiales et sexuelles. Cependant cette proximité se manifeste différemment d'un pays à un autre. Ce qui justifie le choix du Maroc où les normes sont plus marquées, plus rigides, bien que le pays ait connu une transition démographique plus rapide que les trois autres. Enfin, dans une perspective de genre, le choix géographique repose sur le degré d'expression de la domination masculine dans ces pays.

À l'exception du Maroc, la CU était déjà disponible et en vente libre au Burkina-Faso (depuis 2003), au Ghana (2000) et au Sénégal (2000) au moment de l'enquête. Le contexte d'étude au Maroc s'oppose à celui des trois autres pays dans la mesure où les modèles familiaux et les normes sexuelles y sont plus rigides. Le Maroc a été choisi comme contrepoids aux autres Etats. L'étude a consisté en des entretiens semi-directifs visant à appréhender les difficultés contraceptives par le prisme des modèles familiaux et sexuels en vigueur. L'échantillon est constitué de 199 femmes, 102 hommes et de 54 professionnels de santé (dont 16 à Ouagadougou, 15 à Accra et 23 à Rabat) aux profils divers³⁴.

Il conviendrait de relever que tous les articles actuellement disponibles issus de l'enquête ECAF ne portent pas sur l'utilisation de la contraception d'urgence. Nous présentons uniquement ceux qui évoquent le moyen de contraception.

Adjamagbo *et al.* (2013) étudient les enjeux individuels et collectifs des grossesses non planifiées dans la capitale Dakar. Le recours à la contraception d'urgence est l'une des options choisies en cas de crainte d'une grossesse non prévue. C'est un moyen de contraception accessible aux femmes les mieux dotées en capitaux personnels (sur les plans social, économique ou intellectuel).

Bajos *et al.* (2013) évoquent dans leur article que la contraception d'urgence est une des modalités de gestion de grossesse non prévue crainte par les enquêtées. Les auteurs se focalisent sur le rapport des femmes à la contraception dans les quatre capitales. C'est un rapport problématique qui est au carrefour d'injonctions normatives : norme procréative, préservation de la fertilité, prescriptions coutumières ou religieuses sur la sexualité préconjugale, domination du plaisir sexuel masculin.

Le primat des injonctions normatives est également évoqué dans le cas d'étude de Rabat. La contraception d'urgence représente pour les individus, une modalité de « conciliation » entre normes sociales en matière de sexualité et aspirations individuelles. Pour les individus célibataires³⁵ et sexuellement actifs, utiliser la contraception d'urgence permet de mener dans la mesure du possible une activité sexuelle discrète et d'éviter une grossesse hors mariage

³⁴ Les publications actuelles sur l'enquête ECAF ne donnent pas d'information sur l'effectif de prestataires de services de santé interrogé à Dakar et à Rabat.

³⁵ Le terme célibataire est utilisé dans notre travail de recherche pour désigner les personnes qui ne sont pas mariées. Lorsque le statut de célibataire d'une enquêtée est évoqué dans nos analyses, cela signifie qu'elle est en couple. Lorsqu'une répondante n'est pas en couple nous le précisons.

parfois perçue comme un déshonneur familial. À cet effet, Bakass et Ferrand (2013) parlent d'un « bricolage culturel », c'est-à-dire « *donner l'impression de respecter la règle tout en la transgressant* » (p. 45). L'émergence de ce bricolage interpelle dans le cas d'étude cité, d'une part sur la prégnance des modèles familiaux et des normes sexuelles plébiscités par les groupes sociaux, et d'autre part sur le rapport des individus à ces modèles et normes.

Mayhew *et al.* (2013), se sont intéressés aux connaissances, attitudes et pratiques des personnels de santé en matière de contraception d'urgence au Burkina-Faso et au Ghana. La quasi-totalité des professionnels interrogés connaît cette méthode contraceptive. Ils sont d'avis que la méthode devrait être vendue uniquement dans les structures sanitaires (y compris les pharmacies) par le personnel formé à cet effet. Une mauvaise connaissance de la méthode par les prestataires conduit à communiquer aux utilisatrices des informations erronées. Elles s'exposent ainsi à un risque d'échec contraceptif.

Après avoir succinctement présenté le contenu des différents articles évoquant la contraception d'urgence nous proposons ci-dessous une synthèse des principaux résultats auxquels l'enquête ECAF a abouti.

3.2.1 Les tensions normatives autour de la sexualité et de la procréation

Comme nous l'avons mentionné précédemment, le cadre normatif est un des éléments clés de la grille de lecture des comportements individuels dans les quatre capitales africaines. Ce cadre recommande fortement aux individus un type d'attitudes en matière de sexualité et de fécondité. Les injonctions socioreligieuses sur la sexualité hors union, la valorisation sociale de la femme à travers la maternité, l'interdiction de l'avortement provoqué sont des normes communes relevées dans l'analyse contextuelle des pays ciblés par l'enquête ECAF. Ces normes sont plus rigides et plus marquées au Maroc. Bien qu'il y ait en milieu urbain dakarois une certaine tolérance pour la sexualité prémaritale, la chasteté est fortement préconisée. Le contexte normatif à Yaoundé diffère dans la mesure où la prescription de la chasteté prémaritale n'est pas prégnante.

L'enquête ECAF montre que selon les enjeux en présence, d'autres logiques s'organisent autour de grossesses pré-nuptiales. Le statut de mère célibataire est mal perçu dans ces pays ; il réduirait les chances de la femme de trouver un bon parti pour le mariage. Toutefois, il existe des cas de figure où la survenue d'une grossesse pré-nuptiale non planifiée permet à la femme d'imposer aux proches une relation et de contracter éventuellement un mariage. On parle ainsi

de grossesses stratégiques. À Dakar par exemple, ce type de grossesse sert notamment à « *pérenniser un couple socialement atypique* » (Adjamagbo *et al.*, 2013, p. 78). Le contexte relationnel de survenue de la grossesse, les rapports de genre, l'opinion de la famille ou des proches, la situation socioéconomique des partenaires sont des facteurs pris en compte par les jeunes Dakarois pour décider de l'issue d'une grossesse prénuptiale.

À Yaoundé, les grossesses prénuptiales peuvent également revêtir une dimension stratégique s'inscrivant notamment dans une logique de (re)dynamisation de la relation ou une logique financière (Calvès, 1999b-a). La croyance selon laquelle une grossesse hors mariage est un moyen pour les femmes d'inciter leur partenaire à les épouser est répandue dans la capitale camerounaise.

3.2.2 Perceptions et usages de la pilule contraceptive d'urgence

Les résultats reportés ici sont ceux issus de l'article de Teixeira *et al.* (2012). C'est le seul des articles ECAF à présenter des analyses sur les perceptions et les usages de la contraception d'urgence en Afrique de l'Ouest (Burkina-Faso, Ghana et Sénégal). L'échantillon de l'étude est constitué de 149 femmes et de 77 hommes âgés de 18 à 40 ans. Une faible proportion de répondants connaît cette méthode contraceptive, soit 60 femmes et 26 hommes. Bien que les enquêtés qui en ont déjà entendu parler lui trouvent des avantages (facile d'utilisation, moins contraignante, discrétion d'emploi), la contraception d'urgence s'ajoute aux contraceptifs post-coïtaux traditionnels en l'occurrence, qu'ils connaissent ou dont ils ont déjà fait usage.

Il n'y a pas de différences majeures de point de vue sur la méthode d'un pays à un autre. Elle est perçue surtout par les hommes interrogés comme une forme de domination de l'Occident sur la santé génésique des populations africaines. Au Sénégal, les enquêtés sont d'avis que la vente de ce produit encourage des comportements sexuels irresponsables. Au Burkina-Faso et au Ghana on y voit plutôt une influence positive. Cette méthode contraceptive serait utile aux femmes engagées dans des relations occasionnelles afin d'éviter une grossesse non désirée. La contraception d'urgence suscite quelques appréhensions. Le risque de stérilité, l'effet abortif de la méthode, les différents usages sont des inquiétudes relevées chez les répondants.

Pour ce qui est de l'utilisation correcte de cette méthode contraceptive, Teixeira *et al.* (2012) constatent que la notion d'urgence est reléguée en arrière-plan par les utilisatrices. Certaines planifient le recours à ce dispositif médical. Les auteurs parlent de « *emergency preventive contraceptive reaction* » (p.7) pour souligner la dimension planification de la prise du

contraceptif. L'urgence ne constitue plus le cadre unique au sein duquel les individus recourront à ce moyen de contraception. Son utilisation est répétée et même anticipée. Ce qui explique qu'il est considéré parfois par des utilisatrices comme une méthode post-coïtale « ordinaire » parmi d'autres. Cela ne lui confère pas pour autant une légitimité sociale, surtout auprès des hommes. Les appropriations locales de la notion d'urgence ne cadrent pas toujours avec le discours médical qui circonscrit l'usage de ce moyen de contraception. L'introduction de nouvelles méthodes contraceptives se fait dans un contexte sociopolitique, économique, culturel susceptible d'influencer les opinions, les comportements individuels en la matière.

3.2.3 Contraception d'urgence et rapports de genre

Il ressort des discours recueillis une vision genrée de l'utilisation de la contraception d'urgence dans les pays d'Afrique de l'Ouest. Les hommes sont réticents vis-à-vis de cette méthode parce que son utilisation les exclurait, notamment par la non-indispensabilité de leur consentement. L'argument d'une sexualité dépravée que favoriserait la méthode est davantage masculin que féminin. Les femmes sont plus soucieuses d'éventuels effets secondaires sur leur santé. La marge de manœuvre conférée aux femmes par cette méthode, s'apparente à une échappatoire au contrôle social exercé sur leur sexualité et leur fécondité. « On demande aux jeunes filles de ne pas avoir de rapports hors mariage et de procréer dans le mariage ; on attend donc d'elles qu'elles souhaitent avoir un enfant dès lors qu'elles ont des rapports sexuels. On attend des jeunes hommes qu'ils prouvent leur virilité en ayant des rapports sexuels avant le mariage, et qu'ils ne se préoccupent pas de prévention des grossesses, une affaire de femmes» (Rossier *et al.*, 2013, pp. 117-116). C'est le principe du double standard sexuel. Pour certaines femmes interrogées, l'utilisation de la contraception d'urgence permet de se soustraire (ponctuellement ou plus longtemps dans le cadre d'un usage régulier) au poids de la domination masculine et aux injonctions normatives en matière de fécondité.

En filigrane, il se dégage des discours masculins autour de cette pilule un certain malaise généré par l'existence de ce contre-pouvoir. Teixeira *et al.* (2012) soulignent que lorsqu'on parle de CU, la sexualité de l'homme est rarement abordée. Tout se passe comme si la femme était la principale responsable de la pratique contraceptive du couple. Dans ces cas, il lui revient implicitement ou explicitement de prendre des dispositions pour gérer au mieux la vie contraceptive et reproductive du couple. Dans la plupart des sociétés africaines, la prévention des grossesses pré-nuptiales met en exergue des inégalités entre les deux sexes. Ainsi, les

rapports de genre dans le couple, le type d'union, le projet familial pèse dans les décisions en matière de pratiques contraceptives. Comme le soulignent Rossier *et al.* (2013), les logiques féminines et masculines en matière de prévention des grossesses non planifiées sont fonction d'une perspective d'union immédiate ou non, de la nature de la relation de couple.

L'acceptation de la méthode au sein des populations de l'enquête ECAF est mitigée. Les logiques individuelles sont fortement imprégnées du contexte social, local de la sexualité. L'étude de Teixeira *et al.* (2012) montre qu'en Afrique de l'Ouest, la contraception d'urgence est perçue comme un produit médical inadapté aux sociétés africaines. Par contre, comme nous le verrons dans le point suivant, il se dégage chez les prestataires de services de santé un avis plutôt favorable à cette pilule.

3.2.4 De l'acceptation sociale de la pilule contraceptive d'urgence

Mayhew *et al.* (2013) ont classé les professionnels de la santé interrogés dans les villes d'Accra (Ghana) et de Ouagadougou (Burkina-Faso) en fonction de leurs perceptions à l'égard de la CU. Globalement les prestataires de services de santé sont favorables à ce moyen de contraception. Les auteurs distinguent ainsi : les prestataires qui considèrent que l'utilisation de la cette pilule cause l'abandon d'une pratique régulière de la contraception ordinaire, les prestataires qui voient en cette méthode un « point d'entrée » pour l'utilisation des contraceptifs classiques et ceux qui pensent qu'elle n'influence pas le recours aux méthodes ordinaires.

À partir d'entretiens qualitatifs menés, une typologie des attitudes et des perceptions des prestataires vis-à-vis de la CU a été élaborée par les auteurs. Cette typologie met en exergue quatre niveaux d'acceptation de ce moyen de contraception : **négatif** (fortes inquiétudes relatives aux risques abortif et de substitution aux contraceptifs classiques, préférence pour un accès restreint), **inquiet** (craintes concernant le risque de substitution, préférence pour un accès restreint), **prudent** (faibles préoccupations concernant l'effet abortif, le risque de substitution, favorable à la disponibilité de la méthode dans les centres de santé), **positif** (aucune préoccupation concernant le caractère abortif et le risque de substitution, favorable à un accès large).

Les prestataires interrogés dans le cadre de l'enquête de Fouedjio *et al.* (2015) à Yaoundé partagent quelques-unes des craintes exprimées par les professionnels de la santé à Accra et à Ouagadougou. La majorité des répondants à Yaoundé perçoivent la CU comme un dispositif

promouvant les relations sexuelles non protégées. Ils sont d'avis pour la plupart que ce moyen de contraception encouragerait les adolescents à débiter leur vie sexuelle tôt.

Dans le prolongement des conclusions de l'enquête ECAF, nous avons investigué les enjeux du recours à la CU en matière de rapports de genre. Pour ce faire, nous nous sommes notamment intéressée à l'opinion masculine sur la contraception, aux perceptions de la responsabilité contraceptive au sein du couple, au projet de fécondité dans le couple. Nous avons entrepris d'approfondir la question des usages de la CU évoquée brièvement dans l'enquête ECAF. Dans les chapitres sur les résultats de notre étude terrain, ces usages sont mis en perspective non seulement avec des caractéristiques sociodémographiques des femmes, mais aussi avec les logiques de santé publique, les logiques sociales et individuelles en matière de sexualité et de procréation.

La visibilité ou la promotion de cette méthode pose problème aussi bien dans les pays du Sud que dans les pays du Nord. Bien qu'on attribue à la CU un fort potentiel dans la prévention des grossesses et des cas d'avortement provoqué (Hossain *et al.*, 2009 ; OMS, 1999), les réserves émises perdurent. Ce qui fait de l'élargissement des conditions d'accès à la CU un défi, surtout dans le contexte du VIH en Afrique subsaharienne.

Conclusion

L'objectif de ce chapitre était de passer en revue les niveaux de connaissance et d'utilisation de la contraception d'urgence et les perceptions sociales afférentes en Afrique subsaharienne. Le niveau d'utilisation est faible en raison notamment du manque d'informations, des restrictions d'accès, des craintes liées au mécanisme d'action et aux effets secondaires de la méthode. Les réserves émises vis-à-vis de la CU aussi bien dans les pays du Nord que dans les pays du Sud portent principalement sur son caractère supposé abortif et son influence sur les comportements sexuels. Les réticences exprimées sont d'autant plus fortes que l'utilisation de la CU se fait dans un contexte où la notion d'urgence à l'échelle individuelle s'inscrit parfois en marge des recommandations internationales.

La synthèse de l'enquête *Emergency Contraception in Africa* (ECAF) nous a permis d'apprécier les rapports des hommes, des femmes et des professionnels de la santé à la contraception d'urgence, sous le prisme de tensions normatives. Le recours à cette pilule est socialement perçu par une partie des répondants comme non conforme aux normes sociales en matière de sexualité. La contraception d'urgence y est considérée comme un médicament du

Nord. De plus, le choix d'y recourir met en exergue des inégalités entre les sexes, confirmées dans de précédentes études sur le genre et la contraception en général. Bien que ce moyen de contraception soit largement accepté par les professionnels de la santé (Ghana et Burkina-Faso), sa promotion reste au cœur d'enjeux aussi bien sanitaire, politique, moral, que socioculturel. En Afrique subsaharienne, l'offre et l'accès à la pilule contraceptive d'urgence sont tributaires du contexte social de la sexualité mais aussi du faible niveau d'utilisation de la contraception moderne.

Le chapitre suivant va consister en une contextualisation du positionnement des acteurs de l'offre et de la demande de contraception identifiés dans notre travail de recherche. Les cadre théorique, conceptuel et méthodologique présentés ci-après reposent sur notre question de départ, qui rappelons-le, est formulée de la manière suivante : dans quelle mesure les femmes exercent-elles leur droit à l'accès aux méthodes contraceptives modernes au Cameroun ?

Chapitre 4 : Cadre théorique et méthodologie de l'étude

Ce chapitre comporte trois grandes parties. La première porte sur la problématique et les hypothèses de recherche. Dans la deuxième partie nous définissons les concepts-clés de l'étude et expliquons les liens qui existent entre eux. Les aspects méthodologiques de la recherche sont développés dans la dernière partie.

4.1 Cadre théorique de l'étude

Dans la plupart des travaux de recherche, le recours à la contraception d'urgence est généralement abordé soit sous l'angle pharmacologique (mécanisme d'action, effets secondaires), soit en termes de gestion de la fécondité ou encore en termes d'impact de l'usage de ce contraceptif sur la pratique contraceptive régulière. Peu de travaux s'appesantissent sur la contextualisation sociale de l'utilisation de la CU. Dans le présent travail de recherche, l'approche théorique et les concepts proposés prennent en compte non seulement les pratiques contraceptives des femmes hors et avec CU, mais aussi le contexte normatif des comportements sexuels et reproducteurs. Pour ce faire, nous avons opté pour la théorie des représentations sociales (*cf.* point 4.2.1.2 sur les normes sociales). Elle propose une grille de lecture des comportements et des pratiques sociales par le prisme des normes, des valeurs, des croyances. Cette approche nous permet d'appréhender l'écart entre les savoirs dits « experts » et les savoirs « profanes » en matière de contraception, et de comprendre la manière dont ceux-ci opèrent sur la pratique contraceptive. Nous mobilisons également l'approche institutionnelle telle que décrite dans le deuxième chapitre (*cf.* point 2.2.1.1).

4.1.1 La problématique

4.1.1.1 Les obstacles aux droits sexuels et reproductifs au Cameroun

Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels (CDESC) des Nations Unies rappelle à l'attention des Etats membres que le droit à la santé suppose la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des services de santé (Nations Unies, 2000). Le chapitre 7 du programme d'action de la CIPD est consacré aux droits en matière de santé reproductive et sexuelle. Une attention particulière est accordée à l'amélioration de la qualité des services de planification familiale. Les Etats sont tenus à une obligation de moyens. Dans la pratique, cette obligation en matière de garantie des droits sexuels et reproductifs au Cameroun se heurte à deux types d'obstacles : des obstacles juridiques et des obstacles non juridiques.

Les obstacles juridiques se rapportent à l'inexistence ou à la non application de mesures concrètes destinées à exécuter les lois, les réglementations, les lignes directrices en matière de santé sexuelle et reproductive. L'Etat camerounais ne s'est pas encore doté d'une loi sur la santé de la reproduction. L'élaboration de ce texte fait pourtant partie des principales recommandations formulées à l'issue du symposium national sur la santé de la reproduction en 1999. Cette loi est destinée notamment à l'harmonisation des cadres juridico-législatif et réglementaire dans le domaine de la santé de la reproduction ; les dispositions relatives aux droits en question étant éparpillées dans différents textes. Bien que dans certains pays d'Afrique subsaharienne cette loi existe, des textes d'application ne sont pas élaborés (le Bénin, le Mali, le Sénégal, le Tchad) ; parfois la loi en question est insuffisamment vulgarisée.

Les obstacles non juridiques sont relatifs entre autres au niveau d'instruction, à la qualité de l'offre de services, aux pratiques socioculturelles et traditionnelles en matière de sexualité, de famille et de reproduction. On peut également citer les conditions socio-économiques qui exposent les femmes et les filles à de mauvais traitements physiques et sexuels multipliant les risques de grossesses non désirées et d'IST. Ce sont des éléments susceptibles de favoriser l'inaccessibilité aux soins de santé de qualité. Les rôles de mère et d'épouse attribués par le groupe social à la femme ont un effet sur sa perception et ses aspirations en matière de fécondité. L'article 5(a) de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes invite les Etats à agir contre les stéréotypes de genre dans la mesure où ils sont réducteurs, voire infériorisants. Il se trouve parfois qu'un Etat n'est pas étranger à la pérennité des stéréotypes au travers notamment de la politique et des pratiques en matière d'égalité des sexes.

4.1.1.2 Les formes de l'offre en contraception d'urgence au Cameroun

Introduite dans le pays au début des années 2000, la contraception d'urgence est peu sinon mal connue de la population. Le plaidoyer international en faveur d'un accès élargi de ce moyen de contraception met en avant son potentiel dans la réduction du nombre de grossesses non désirées et d'avortements provoqués (Grossman, 2001 ; OMS, 1999 ; Trussell *et al.*, 2004). Les responsables politiques sont invités à prendre les mesures favorisant l'accès à la CU. Le recours à la CU au Cameroun s'opère dans un contexte marqué par le silence des pouvoirs publics sur le sujet. Est-ce un choix stratégique, délibéré de la part des autorités camerounaises, ou s'agit-il tout simplement d'un désintérêt à l'égard de ce dispositif

médical ? La réglementation en vigueur autorise sa vente uniquement en pharmacie. Toutefois, certaines cliniques de santé privées en partenariat avec des ONG, des bailleurs de fonds internationaux vendent la CU. Il faut rappeler ici que la distribution de la méthode s'opère dans un environnement législatif prohibant l'avortement provoqué. C'est important de le souligner car comme nous l'avons vu précédemment, la contraception d'urgence est souvent assimilée à l'avortement provoqué.

À partir de la situation décrite, nous nous interrogeons sur le degré d'appropriation par les acteurs politiques et les professionnels de la santé au Cameroun, des recommandations de la conférence du Caire en matière d'accès élargi à la contraception moderne. La disponibilité des services et des méthodes contraceptives dans leur diversité et l'accès de la population à une information complète sur ces méthodes sont là deux des exigences qui caractérisent les droits sexuels et reproductifs. D'où la question de recherche suivante : **dans quelle mesure l'offre de la contraception d'urgence au Cameroun permet-elle aux femmes d'exercer leur droit à l'accès à l'information et au recours à cette méthode ?**

4.1.2 Les hypothèses

Pour répondre à cette interrogation, nous formulons l'hypothèse principale suivante : *les faiblesses du cadre réglementaire et institutionnel dans le domaine de la planification familiale au Cameroun sont préjudiciables à la qualité des services de contraception fournis, y compris la contraception d'urgence*. Cette hypothèse principale se décompose en cinq hypothèses spécifiques exposées ci-après.

- *L'absence de prise de position claire de la part des prestataires de services de planification familiale vis-à-vis de la contraception d'urgence, justifie la faible importance accordée à cette méthode dans la promotion des méthodes contraceptives modernes.*
- *Les interactions entre les prestataires et les femmes sont déterminantes dans l'accès aux services de planification familiale :*
 - a. *la qualité relationnelle entre ces deux acteurs est un obstacle au choix d'un moyen de contraception adapté à chaque cliente*

b. les représentations sociales des prestataires relatives à la contraception d'urgence influencent le recours des femmes à cette méthode

- Le choix et l'utilisation par les femmes de la contraception d'urgence sont conditionnés par l'opinion du conjoint en matière de contraception.*
- La participation de l'homme au processus décisionnel de l'utilisation de la contraception d'urgence repose sur les représentations de la responsabilité contraceptive dans le couple.*
- Les tensions entre les normes sociales en matière de sexualité et de procréation et les pratiques des femmes conditionnent les usages de la contraception d'urgence.*

4.2 Cadre conceptuel de la recherche

De manière globale, le cadre présenté ici propose des éléments d'analyse du rapport des pouvoirs publics, des professionnels de la santé et des femmes au droit à l'accès à la contraception moderne.

4.2.1 Définition des concepts

Trois principaux concepts sous-tendent l'étude du rapport des acteurs directement concernés par la problématique de notre recherche, au droit à l'accès à la contraception moderne. Il s'agit des normes officielles en matière de santé sexuelle et reproductive, des normes sociales et des logiques d'action.

4.2.1.1 Les normes officielles

Les normes officielles reposent généralement sur le droit positif (Bernheim et Vézina, 2008 ; Chauveau *et al.*, 2001). Elles sont codifiées et ont a priori un effet contraignant sur les individus auxquels elle s'adresse. Les lois, les règlements, les procédures administratives ou professionnelles sont considérés comme des normes officielles (Olivier De Sardan, 2008). Dans le cas d'espèce on inclut les directives internationales et stratégies nationales dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive. Nous avons passé en revue dans le premier chapitre la réglementation en vigueur en la matière. Certes les décideurs politiques, les prestataires de services de santé sont tenus de s'y conformer mais rien n'indique que cette réglementation est (suffisamment) connue des individus concernés. Le comportement des acteurs n'est pas figé par les normes officielles car elles peuvent faire l'objet d'ajustements informels ou non au gré des situations. En l'absence d'un dispositif fonctionnel pour faire

respecter et appliquer le règlement, on assiste à une imbrication des procédures officielles et des stratégies personnelles. La distance prise par les individus par rapport à la réglementation a pour conséquence de creuser l'écart entre les normes officielles et les pratiques.

Plus qu'un écart, Vimard (2000) parle d'un décalage entre l'engagement et la réalisation en matière de programmes de planification familiale en Afrique. Ce décalage se situe entre « *l'adoption d'une politique et l'implantation des services de planification à l'échelle nationale, comme entre celle-ci et les progrès de la pratique contraceptive* » (p. 2). L'explication de cet écart se trouve également dans la priorité que les pouvoirs publics accordent globalement aux questions de population. Une étude situationnelle réalisée à Yaoundé s'est intéressée au soutien accordé par le gouvernement camerounais aux politiques et programmes relatifs à la santé de la reproduction des adolescents et des jeunes. Le soutien politique a été mesuré sur l'échelle de Likert à partir de cinq éléments : les financements gouvernementaux en faveur de la santé de la reproduction des jeunes, le renforcement de la participation de la communauté pour inciter les adolescents et les jeunes à utiliser les services, les connaissances des jeunes appropriées à leurs besoins sanitaires, l'accès aux services de santé adaptés aux besoins des adolescents et la prise en charge de leur santé reproductive dans les infirmeries scolaires. Les auteurs de l'étude concluent que le gouvernement camerounais accorde en général un soutien modéré aux politiques et programmes en matière de santé reproductive des adolescents et des jeunes³⁶. Les investissements dans le domaine sont faibles et les services sanitaires adaptés sont insuffisants voire défailants (Rapport final Demtrend, 2013).

4.2.1.2 Les normes sociales

C'est un ensemble de valeurs partagées par le groupe ou la communauté. L'approche durkheimienne appréhende les normes sociales comme des valeurs que l'individu acquiert durant son processus de socialisation. Ces valeurs sont destinées à l'aider à distinguer ce qui est conforme ou non aux règles du groupe d'appartenance. Contrairement aux normes officielles, les normes sociales ne sont pas obligatoirement codifiées ; cela n'en fait pas pour autant des règles informelles. Les normes sociales sont « *accessibles par la tradition, l'éducation, la morale, la religion, ou la lecture des ethnologues classiques* » (Olivier de

³⁶ La moyenne obtenue est de 10,82 ; les valeurs minimale et maximale dans cette étude étant respectivement de 5 et de 20 sur l'échelle de Likert.

Sardan, 2008, p. 13). Etant donné que ces normes sont propres à un groupe, à une communauté, on peut aussi parler de normes culturelles. Au Cameroun, les normes culturelles procréatives valorisent la famille nombreuse, surtout en milieu rural. Le mariage représente le cadre privilégié de la constitution de la descendance. Par interprétation, le recours à la contraception se pose comme un obstacle au but reproductif assigné à l'union. La pratique contraceptive est confrontée non seulement aux normes procréatives c'est-à-dire l'ensemble des conditions socialement admises pour avoir un enfant (Bajos *et al.*, 2013), mais aussi aux rapports de genre (Andro et Hertrich, 2001 ; Rossier *et al.*, 2013).

Avoir des relations sexuelles avant le mariage en milieu urbain camerounais est devenu la norme, surtout chez les garçons (Meekers et Calvès, 1997a). Ce qui suscite un sentiment de marginalisation chez les jeunes qui sont encore vierges (Calvès, 1998). Les grossesses pré-nuptiales dans l'ethnie Bèti au Cameroun sont valorisées car elles fournissent la preuve de la fertilité des jeunes filles (Rwenge, 2004).

Le contrôle social exercé dans certaines sociétés africaines sur la sexualité des jeunes n'est pas étranger aux tensions observées notamment entre ces derniers et les prestataires de services de santé (Bationo, 2012 ; Diop, 2009). Les représentations sociales participent à l'exercice de ce contrôle social dans la mesure où elles sont liées aux normes du groupe. Les représentations sociales sont le produit d'un faisceau d'interprétations sur un sujet donné.

Pour Moscovici (1961) auteur de la théorie des représentations sociales, il s'agit d'« *un système de valeurs, de notions et de pratiques relatives à des objets, des aspects ou des dimensions du milieu social, qui permet non seulement la stabilisation du cadre de vie des individus et des groupes, mais qui constitue également un instrument d'orientation de la perception des situations et d'élaborations des réponses* » (p. 350). Les représentations sociales reposent sur trois piliers à savoir : une dimension structurale définie par un ensemble d'éléments articulés entre eux, une dimension attitudinale qui traduit la position négative ou positive de l'individu vis-à-vis de l'objet représenté et enfin le niveau d'informations à partir duquel des croyances vont être construites. Le manque d'informations au sein d'un groupe va être comblé par l'émission de différentes hypothèses s'appuyant sur un système de valeurs partagées par les membres de ce groupe. Ce système est « *un corpus de connaissances fondé sur des traditions partagées et enrichi par des milliers d'observations et d'expériences sanctionnées par la pratique. Les choses y reçoivent des noms, les individus sont classés en*

catégories ; des conjectures sont faites spontanément au cours de l'action ou de la communication ordinaires » (p. 542).

Les représentations sociales sur la contraception questionnent l'état des savoirs et des connaissances des individus, et interpellent sur l'importance des activités d'information, d'éducation et de communication. Les savoirs et les connaissances se construisent à partir d'une ou de plusieurs sources d'information. Ces sources peuvent conduire à des croyances et interprétations erronées si les informations véhiculées sont inexactes. D'où l'aspect conjectural auquel Moscovici fait allusion dans sa définition des représentations sociales.

Nous avons vu dans le précédent chapitre que les opinions recueillies auprès d'hommes et de femmes dans quelques capitales africaines montrent que la CU est perçue comme un nouvel outil de contrôle par la société occidentale, de la sexualité et de la fécondité des femmes en Afrique. Les appréhensions exprimées à l'égard de la contraception d'urgence concernent également les éventuels effets secondaires, le risque de substitution de ce dispositif médical à une pratique contraceptive régulière. L'utilisation de la CU est parfois considérée comme un acte encourageant la sexualité pré-nuptiale et les rapports sexuels non protégées. L'évaluation ou la perception du risque de grossesse et les représentations autour du mode d'action de la contraception d'urgence déterminent non seulement l'adhésion ou non à cette méthode, mais aussi la reconnaissance de son efficacité (Teixeira *et al.*, 2012).

La classification des individus que peut occasionner une représentation sociale est vérifiable notamment dans les discours des prestataires de services de santé sur la contraception. L'étude d'Amsellem-Mainguy (2007) montre que les représentations sociales des prestataires de services de santé en France sur la contraception s'articulent non seulement autour du discours médical (efficacité, risques éventuels pour la santé), mais aussi autour des caractéristiques individuelles des femmes. À ce propos, les opinions varient selon l'âge des femmes, leur projet de fécondité, leurs biographies sexuelle et contraceptive. À titre d'exemple, la pilule classique, la CU sont des méthodes conseillées aux jeunes femmes qui viennent de débiter leur vie sexuelle, tandis que le stérilet est une méthode destinée aux femmes ayant déjà entamé leur vie reproductive. Parmi les jeunes utilisatrices de la contraception, la distinction est faite entre celles que les médecins considèrent comme sérieuses et auxquelles la pilule conviendrait le mieux (en raison de la discipline quotidienne

que son utilisation implique) et celles qui sont irresponsables (les implants étant la méthode qui leur est prescrite).

Globalement, la littérature montre que les attitudes et les pratiques des prestataires de services à l'égard de la CU constituent un des obstacles majeurs à son accès dans les pays en développement. Ils expliquent leurs appréhensions, leur réticence à fournir la contraception d'urgence par l'effet supposé abortif de la méthode (Khan et Hossain, 2008 ; Ebuehi *et al.*, 2006b), par les effets secondaires sur la santé de la femme (Abdulghani *et al.*, 2009 ; Khan *et al.*, 2014), l'inquiétude face à une possible multiplication des comportements sexuels à risques surtout chez les jeunes (Both et Samuel, 2014 ; Sychareun *et al.*, 2010), l'usage répété voire abusif de la méthode (Keesbury *et al.*, 2011 ; Mc Fadyen *et al.*, 2003). Ces arguments correspondent dans la théorie des représentations sociales à la notion d'ancrage. Il s'agit du cadre de références qui donne du sens aux croyances partagées par le groupe et à partir duquel les individus vont justifier leurs pratiques.

4.2.1.3 Les logiques d'action

Sainsaulieu (1977) utilise l'expression « logique d'acteur » pour désigner des « *idées rationalisatrices porteuses de valeurs, une culture née de la pratique du travail et des relations de travail, et enfin l'expérience stratégique des rapports de pouvoir* » (Sainsaulieu, 1977, cité par Amblard *et al.*, 1996, p. 200). L'identité est une notion clé dans l'approche de Sainsaulieu. Selon l'auteur, les logiques d'acteur s'inscrivent dans une quête par ce dernier de son identité, à travers notamment des relations de pouvoir. Habermas (1987) s'intéresse aux modalités de l'agir humain à travers deux types de comportements : l'accord (ou la coopération) et l'influence. Nous optons pour la définition d'Amblard *et al.* (1996) qui se résume ainsi : **l'acteur + la situation d'action = logiques d'action**. Les individus sont décrits comme des êtres sociaux-historiques c'est-à-dire non statique et dont les logiques évoluent dans le temps. Les logiques d'action sont informelles. Elles expliquent les comportements individuels ou collectifs adoptés face à une situation, un problème. Cela rappelle le courant stratégique de Crozier et Friedberg (2014) selon lequel les individus construisent, en fonction de leurs ressources, des stratégies pour atteindre des objectifs qui peuvent être évolutifs.

L'antagonisme relevé entre le personnel de santé dans les centres de planification familiale et les clients en Afrique subsaharienne pousse chacun d'entre eux à élaborer des stratégies pour atteindre un objectif précis. Si l'objectif du client est de recevoir des prestations, celui du

personnel de santé est moins évident à identifier, surtout lorsqu'il manque volontairement à son devoir. Moussa (2003) s'est interrogé sur la possibilité d'une portée pédagogique de la « violence » des sages-femmes à Niamey. Les usagères des services de planification familiale ayant été questionnées à ce sujet ont réfuté l'idée d'une quelconque portée pédagogique du comportement des sages-femmes ; elles y voient davantage une volonté de leur part de dénigrer les patientes, qu'un souci de bienveillance. Si l'on ne dispose pas de déclaration du personnel de santé affirmant leur intention délibérée de mettre mal à l'aise ces patientes, il arrive néanmoins que celui-ci reconnaisse comme ce fut le cas dans l'étude de Bationo, avoir du mal à ne pas outrepasser ses fonctions. « La logique thérapeutique » est parfois mise de côté lorsque des jeunes filles ou garçons recourent aux services de planification familiale car les prestataires les identifient à leurs propres enfants ou à des proches. Ce qui donne lieu à des rapports difficiles.

Selon Moussa (2003), la visée du comportement des prestataires est une stratégie consciente ou non qui leur permettrait de camoufler leurs insuffisances (voire leur incompétence) professionnelles. L'auteur affirme à cet effet que *« la violence thérapeutique reflète aussi l'insouciance et la légèreté dans la gestion des embarras par ailleurs sciemment causés et entretenus par certains membres du personnel soignant. En établissant une confusion entre l'espace professionnel et l'espace social, les sages-femmes donnent-souvent inconsciemment-la preuve de ce que le terrain médical est un lieu qui répond beaucoup plus à leurs exigences et à des préoccupations extra-thérapeutiques qu'à l'activité médicale proprement dite, telle que consignée dans les textes réglementaires »* (p. 12). Nous y voyons une forme d'adaptation du personnel de santé aux éléments contextuels de l'interaction avec le patient. Cela se rapproche de ce qu'Olivier De Sardan (2003) appelle les *normes pratiques*.

D'après l'auteur ces normes sont tacites, conscientes ou non et expliquent l'écart entre les normes officielles, sociales et les comportements attendus. Les normes pratiques relevées dans les modes d'actions du personnel de santé évoqué dans les études précédentes sont une forme de résistance aux contraintes liées à l'environnement de travail. Cette résistance est également perceptible chez les utilisatrices des services de planification familiale à travers les voies auxquelles elles recourent pour donner une dimension humaine à leurs interactions avec les prestataires. Il s'agit de stratégie de résistance. Chez Bailey (1971), les stratégies, les normes pratiques dans l'analyse du jeu politique correspondent aux *règles pragmatiques*. Ce sont *« des tactiques et des manœuvres et sont orientées vers l'efficacité »* (Bailey, 1971 cité

par Olivier De Sardan, 2008, p. 14)³⁷. Selon Olivier De Sardan (2003), le privilégisme, la privatisation interne, le clientélisme, l'improductivité, la déshumanisation et la surpersonnalisation sont des exemples de normes pratiques courantes dans la fonction publique et dans les structures sanitaires en Afrique. Elles sont regroupées dans la catégorie des normes pratiques professionnelles. Par « professionnelles » il faut entendre relatif ou propre à une profession donnée. Il n'est pas question ici de compétences.

À titre d'exemple de normes pratiques professionnelles, on peut citer la décision prise en 2011 par l'ordre régional des pharmaciens suite à l'augmentation de la vente de la pilule du lendemain dans la région de l'Extrême-Nord du Cameroun. L'ordre régional des pharmaciens a décidé de conditionner la vente du contraceptif dans cette région à la présentation d'une ordonnance médicale préalablement délivrée. Du côté du ministère de la santé publique, aucune déclaration n'a été faite ni au sujet d'une constatation de l'utilisation abusive de contraceptifs d'urgence dans cette région du pays, ni au sujet de la décision d'une vente conditionnée. Notons que malgré cette décision de l'ordre régional des pharmaciens, certains d'entre eux ont continué à vendre ce type de contraceptifs sans exiger la présentation d'une ordonnance médicale.

On peut regretter le fait qu'aucun chiffre illustrant la hausse considérable de la vente de contraceptifs d'urgence dans l'Extrême-Nord n'ait été communiqué ; de plus il n'existe pas à notre connaissance d'étude(s) portant sur les facteurs explicatifs de cette hausse. Se faire établir une ordonnance en bonne et due forme avant d'acheter la pilule du lendemain interpelle notamment sur la disponibilité des médecins. Comment rencontrer un médecin à temps étant donné que cette pilule doit être ingérée dans un délai imparti ? De plus, l'accès aux soins de santé primaires dans cette région du Cameroun est entravé par une faible dotation en centres de santé (Institut National de la Statistique, 2010)³⁸. Or la planification familiale fait partie des soins de santé primaires comme prévu dans la pyramide sanitaire nationale.

Après avoir présenté les différents concepts de l'étude, nous avons élaboré un cadre qui prend en compte leur opérationnalisation au moment de la collecte des données.

³⁷ Les règles pragmatiques s'opposent chez l'auteur aux *règles normatives* qui relèvent du registre moral, de l'éthique.

³⁸ Il faut compter dans cette région en moyenne 10 775 habitants pour un centre de santé.

4.2.2 L'opérationnalisation des concepts de la recherche

Les facteurs institutionnels politiques résultent des normes officielles et participent à leur mise en œuvre. Dans le cas d'espèce, ces facteurs sont relatifs aux stratégies nationales en matière d'accès à la contraception moderne (approvisionnement, information, vulgarisation) au Cameroun, à la réglementation de la diffusion de la contraception d'urgence, à la législation sur l'avortement. En raison de leur dimension prescriptive, ces facteurs sont susceptibles d'agir sur les pratiques aussi bien des politiques, des prestataires en tant que fournisseur de services de contraception, que des femmes en tant qu'utilisatrices. Toutefois, les pratiques pouvant être modulées par les normes sociales ou religieuses sur la sexualité et la fécondité, le cas de figure d'une distanciation par rapport aux discours officiels sur l'accès à une large gamme de contraceptifs est plausible. De plus, ces normes sociales peuvent être vécues par l'individu comme une pression du groupe qui s'exerce jusque dans la vie privée, limitant parfois la marge de manœuvre. Les initiatives politiques dans le domaine de la santé reproductive et sexuelle au Cameroun, s'opèrent dans un cadre qui se caractérise entre autres par une adhésion étroite du groupe (dans lequel sont inclus les décideurs politiques) aux valeurs culturelles en matière de sexualité et de fécondité.

Les opinions sur la pratique contraceptive, les perceptions sociales de la contraception en particulier la contraception d'urgence sont pris en compte dans le cadre conceptuel de notre recherche. Ces indicateurs seront utiles pour saisir de manière globale le positionnement individuel par rapport à la planification familiale et comprendre le recours ou la résistance à la contraception. Outre le statut légal de l'avortement, le cadre conceptuel intègre également les représentations sociales sur la pratique contraceptive afin d'analyser leur place dans le choix de recourir ou non à la pilule du lendemain, méthode controversée.

Les logiques d'action dans cette recherche s'inscrivent premièrement dans le raisonnement qui fonde les choix individuels en matière de régulation de la fécondité chez les femmes interrogées. Deuxièmement, ces logiques d'actions font référence aux attitudes et pratiques des prestataires de services de santé vis-à-vis des utilisatrices de la CU. Troisièmement, nous mobilisons ces logiques chez les intervenants au niveau du ministère de la santé publique et d'ONG, pour analyser la place de la CU dans la mise en œuvre de programmes en matière de planification familiale. Globalement, le but est d'identifier par le biais des logiques d'action les motivations des différents acteurs concernés par la problématique de la recherche. Cela nous permet d'analyser leurs pratiques ainsi que les interactions entre eux. On est ici dans la

phase de l'appropriation des normes formelles. Les connaissances dans le domaine de la contraception jouent un rôle dans cette phase. Les relations entre les différents concepts de l'étude sont schématisées dans la figure 4.

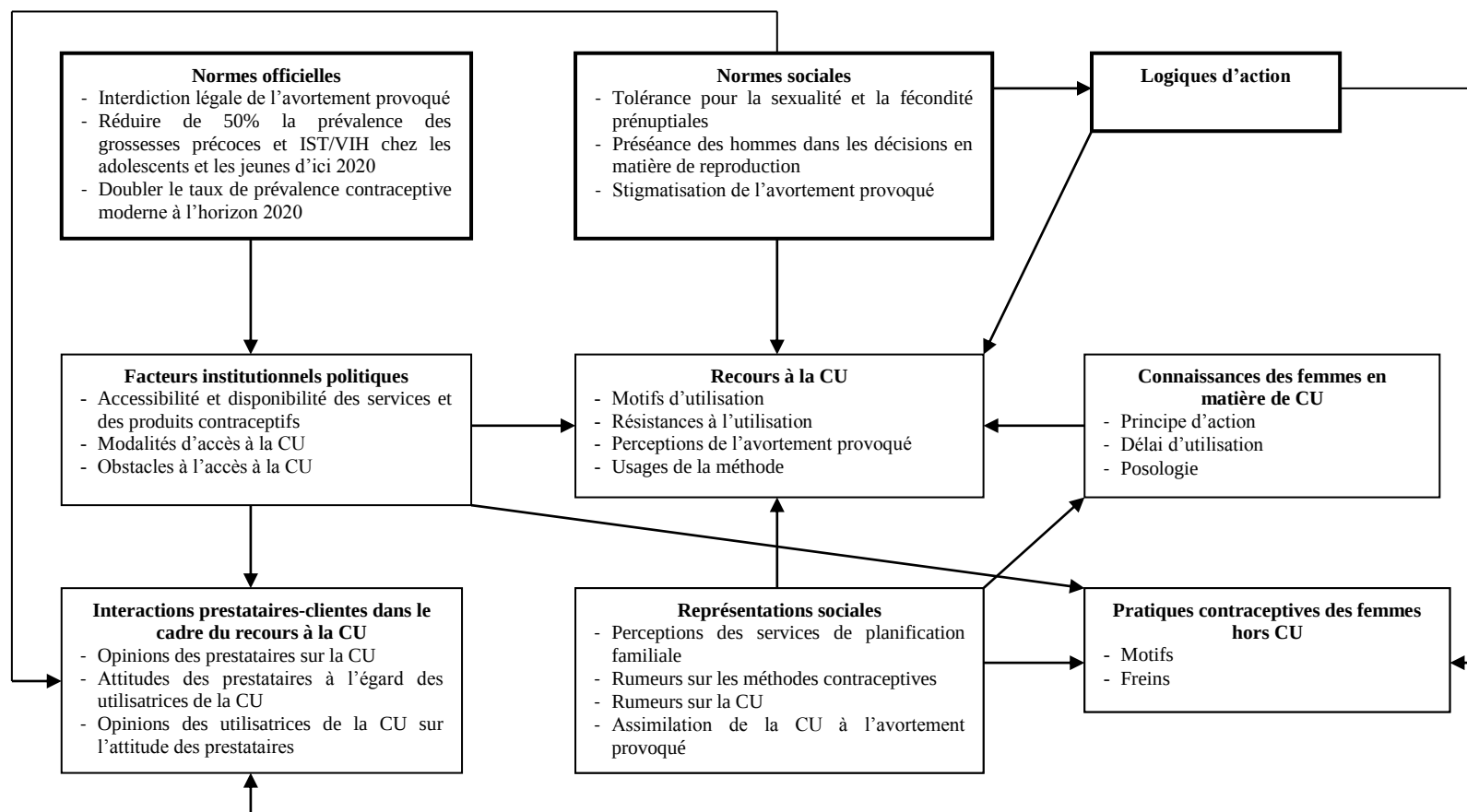


Figure 5 : Schéma conceptuel de l'étude

4.3 Cadre méthodologique

4.3.1 Les données

Nous avons choisi de réaliser l'enquête dans la ville de Yaoundé parce qu'elle dispose d'une assez bonne couverture en services de planification familiale. Ce critère est important pour pouvoir interroger différentes catégories de prestataires de services de santé. Du fait d'une meilleure dotation en infrastructures sanitaires, les femmes vivant dans cette métropole sont susceptibles d'être mieux exposées à l'information sur la contraception. Yaoundé est la ville du Cameroun qui enregistre le taux de prévalence contraceptive moderne le plus élevé (soit 24,3%). Cependant, selon l'EDS-MICS 2011, les proportions des femmes ayant déjà avorté sont plus élevées chez celles vivant à Yaoundé ou Douala (14%). Le recours à l'avortement provoqué est une pratique fréquente chez les jeunes femmes vivant à Yaoundé (Calvès, 2009). 21% répondantes ont déclaré avoir déjà recouru à l'avortement, dont 61% qui l'ont fait une fois, 24% deux fois et 16% plus de deux fois. Le choix de la zone géographique de l'étude s'explique aussi par le fait qu'en milieu urbain la diffusion de la contraception d'urgence est plus probable qu'en milieu rural par exemple. Yaoundé étant l'une des deux métropoles du pays (l'autre étant Douala), nous avons plus de chances d'entrer en contact avec des personnes ayant déjà entendu parler de la contraception d'urgence et/ou l'ayant déjà utilisée.

Les données utilisées proviennent de l'étude qualitative que nous avons réalisée avec l'appui de deux enquêtrices. Le Comité National d'Ethique de la Recherche pour la Santé Humaine (CNERSH) au Cameroun nous a délivré une clairance éthique (*cf.* annexe 6). L'enquête de terrain s'est déroulée entre novembre 2013 et mars 2014 et en janvier 2016. Elle a consisté en des entretiens semi-directifs réalisés auprès de 35 femmes (âgées de 19 à 40 ans), de 15 prestataires de services de santé (âgés de 30 à 52 ans) et de 3 responsables de programme en santé de la reproduction (âgés de 35 à 52 ans). Nous n'avons pas interrogé d'hommes sur leurs pratiques contraceptives. Toutefois, nous avons évoqué avec les femmes recrutées la question de l'implication du partenaire masculin dans la pratique contraceptive du couple. Les attitudes et les pratiques masculines abordées dans cette recherche reposent donc sur les discours de femmes. Avant chaque interview, nous avons présenté brièvement l'étude et les objectifs de la recherche aux répondants et obtenu leur consentement éclairé.

La collecte des données s'est faite par l'administration de guides d'entretiens. Nous en avons utilisé trois : un guide destiné aux femmes (*cf.* annexe 3), un autre adressé aux prestataires de

services de santé (cf. annexe 4) et un élaboré pour les responsables de programmes en santé de la reproduction au niveau du ministère de la santé publique et d'ONG (cf. annexe 5). Outre le volet identification de l'enquêtée, le guide adressé aux femmes comporte six rubriques : les connaissances et l'utilisation de la contraception en général, les relations entre les clientes et prestataires de services de planification familiale, les opinions sur la contraception, les connaissances et l'utilisation de la CU, les opinions sur cette méthode et enfin sa visibilité. Le volet relatif à l'utilisation de la CU aborde les motivations, les obstacles à son recours et les différents usages de cette dernière. Des questions sur les raisons du recours à ce dispositif médical, sur son accessibilité financière notamment, sur l'opinion du partenaire au sujet de ce contraceptif, l'appréciation des femmes de leur utilisation de la CU, la recommandation éventuelle de celle-ci à un proche ont permis de couvrir le thème des motivations.

Le guide administré aux prestataires comporte également cinq rubriques : les services de contraception, les connaissances en matière de CU, les perceptions de la méthode, les opinions sur son usage et enfin sa visibilité.

Le guide pour les responsables des programmes de santé comprend trois rubriques : le cadre réglementaire de la planification familiale, l'accès à la contraception moderne et l'offre en contraception d'urgence au Cameroun.

Les femmes interrogées ont été recrutées de deux façons. D'une part nous avons un groupe de répondantes constitué à partir d'un ensemble de femmes recrutées au sortir d'une consultation en service de santé maternelle infantile ou en service de planification familiale. D'autre part nous avons des enquêtées qui ont été recrutées par la méthode boule de neige. Aussi nous avons demandé à des femmes abordées à l'issue de la consultation médicale de nous mettre en contact avec d'autres femmes de leur entourage. L'utilisation antérieure à la présente recherche de la contraception d'urgence a constitué dans la première phase de l'échantillonnage, un des principaux critères de sélection des femmes. Nous avons fait ce choix pour pallier le risque de nous retrouver avec un échantillon final d'enquêtées qui ne comporte aucune utilisatrice de la CU. Compte tenu de nos objectifs de recherche, nous souhaitions nous prémunir contre cette éventualité. Afin d'assurer la diversité des profils des utilisatrices de la CU, nous avons tenu compte de l'âge, du niveau d'instruction, de la situation matrimoniale, de l'occupation principale (ou l'activité économique), de l'appartenance religieuse. Cela permet de souligner le cas échéant, en fonction de certaines

caractéristiques sociodémographiques des enquêtées, les variations discursives. Les femmes non-utilisatrices de la CU ont été recrutées par la méthode boule de neige, dès lors que nous avons atteint le seuil de saturation avec les données collectées auprès des répondantes utilisatrices³⁹. Nous souhaitons confronter et analyser les pratiques contraceptives hors et avec CU pour saisir le rôle que cette méthode contraceptive joue dans la régulation de la fécondité des femmes. L'inclusion à notre travail de recherche des discours de femmes qui n'ont jamais utilisé la contraception d'urgence fournit des éléments de comparaison dans l'analyse.

Le tableau 4.1 reprend les caractéristiques sociodémographiques des répondantes non-utilisatrices et utilisatrices de CU. Bien que les caractéristiques telles que l'âge, le niveau d'instruction, la situation relationnelle et l'appartenance religieuse religion (*cf.* annexe 1) des enquêtées ne soient pas également réparties, nous avons veillé à inclure dans la mesure du possible dans cette étude, une diversité sociale de profils. La plupart des femmes interrogées ont un niveau d'instruction secondaire (soit dix-sept contre douze d'un niveau d'instruction supérieur et six d'un niveau d'instruction primaire). La prépondérance des niveaux d'instruction secondaire et supérieur dans notre échantillon peut s'expliquer par le taux d'alphabétisation des femmes dans la ville de Yaoundé. Selon l'EDS-MICS 2011, Yaoundé et Douala sont les villes du Cameroun où sont enregistrées les proportions les plus élevées de personnes alphabétisées (95% des femmes et 96% des hommes). Environ 80% des femmes qui vivent dans la ville de Yaoundé ont un niveau d'instruction secondaire ou supérieur.

³⁹ Le seuil de saturation en recherches qualitatives consiste en une redondance des données recueillies qui ne favorise plus l'émergence de nouvelles informations. Par conséquent, toute collecte supplémentaire de matériau s'avère inutile. Cependant, le chercheur doit s'assurer en amont d'avoir pris en compte le critère de diversification interne de son échantillon.

Tableau 4.1 : Caractéristiques sociodémographiques des utilisatrices et non-utilisatrices de la CU

Caractéristiques des femmes utilisatrices de la CU	n=21
Groupes d'âges	
20-24	7
25-29	8
30-34	5
35-39	0
40-44	1
Niveau d'instruction	
Primaire	3
Secondaire	8
Supérieur	10
Situation relationnelle	
Célibataire	16
Mariée	5
Nombre d'enfants	
0	8
1-2	9
3-4	4
Caractéristiques des femmes non-utilisatrices de la CU	n=14
Groupes d'âges	
19-24	2
25-29	3
30-34	3
35-39	4
40-44	2
Niveau d'instruction	
Primaire	3
Secondaire	9
Supérieur	2
Situation relationnelle	
Célibataire	7
Mariée	7
Nombre d'enfants	
0	4
1-2	3
3-4	5
5-6	2

La majorité des femmes utilisatrices de la CU dans notre échantillon ont un niveau d'instruction supérieur et sont célibataires (dont quatorze en couple et deux qui ne le sont pas). Par contre, la plupart des non-utilisatrices ont un niveau d'instruction secondaire et il y a autant de femmes mariées que de femmes célibataires (dont quatre en couple et trois qui ne le sont pas). Le nombre de répondantes qui ont déjà recouru à la CU et ayant un ou deux enfants est légèrement supérieur à celui des répondantes qui ont déjà utilisé ce contraceptif et qui n'ont pas d'enfants.

Le groupe de personnes ressources interrogées est constitué non seulement d'acteurs qui participent à l'élaboration et/ou à l'exécution des programmes de santé reproductive et de

planification familiale⁴⁰, mais aussi de personnels de santé offrant des prestations en santé sexuelle et en contraception. Le but est de saisir les particularités ou les différences entre le discours des acteurs politiques (dans le sens de spécialistes ou d'élaborateurs des politiques/projets de santé reproductive) sur la CU, et celui des prestataires qui interagissent directement avec les usagers des services de santé.

Tableau 4.2 : Caractéristiques sociodémographiques des prestataires de services de santé et des responsables de programmes de santé de la reproduction

	n=18
Groupes d'âges	
30-34	2
35-39	3
40-44	4
45-49	5
50 ans et plus	4
Sexe	
Femme	14
Homme	4
Profession	
Auxiliaire de pharmacie	1
Chargé de projet en santé de la reproduction	3
Chargé du counseling en planification familiale	1
Gynécologue	1
Infirmière	2
Infirmière supérieure spécialisée en santé de la reproduction	4
Pharmacienne	1
Sages-femmes	2
Vendeur(se) en pharmacie	3

La plupart des prestataires sont des femmes. Les répondants ont des profils et des professions différents. Ils ont été recrutés au sein de huit formations sanitaires dont cinq privées et trois publiques. Parmi les formations privées figurent une clinique, deux établissements sanitaires confessionnels et deux officines de pharmacie. Au niveau du secteur public de la santé, la collecte des données s'est déroulée dans un centre hospitalier universitaire et dans deux hôpitaux de district.

⁴⁰ Nous avons interrogé une personne ressource au niveau du ministère de la santé publique et deux autres au niveau de deux ONG en santé de la reproduction.

4.3.2 Quelques difficultés d'accès au terrain de l'étude

La clairance éthique a été obtenue après des procédures administratives ardues et dans un délai assez long par rapport aux échéances officiellement prévues. La possession d'une clairance éthique ne dispense pas le chercheur d'adresser aux responsables des formations sanitaires, une demande d'autorisation d'enquêter auprès du personnel de santé et/ou des patients. Des responsables ont exigé de nous quelques conditions pour pouvoir enquêter dans la formation dont ils ont la charge. Il s'agissait notamment d'obtenir le consentement oral et écrit d'un membre du corps médical de la structure sanitaire sollicitée, et dont les domaines de recherche sont proches de notre étude. Pour réaliser l'enquête dans ces structures, nous devrions choisir ce professionnel de santé comme co-promoteur de la thèse. Ce qui requerrait le cas échéant, d'entamer des démarches administratives au niveau de notre université de rattachement. Ce membre du corps médical devait superviser l'enquête dans la structure sanitaire. Nous nous sommes entretenue avec deux gynécologues dont nous n'avons pas obtenu le consentement.

En plus de l'exigence d'une co-promotion de thèse, une des formations sanitaires approchées a émis des réserves sur notre enquête de terrain. Les réserves proviennent notamment du fait que nos interlocuteurs dans ces formations assimilent la contraception d'urgence à la pilule abortive RU-486. Leurs réticences sont également relatives à la perception de notre travail de recherche comme un plaidoyer en faveur de la contraception d'urgence. Compte tenu des perceptions sociales de l'avortement provoqué au Cameroun et de son interdiction, on nous a fait remarquer que la focalisation du travail de recherche sur la CU pourrait être assimilée à une forme de promotion d'une méthode sujette à la polémique. La demande d'autorisation d'enquête a fait l'objet de nombreuses discussions entre les responsables hiérarchiques. Nous avons pu échanger deux fois avec des autorités de la formation en question : une fois pour (davantage) expliciter les buts et les objectifs de l'étude et une seconde fois pour discuter des réticences quant à l'autorisation d'enquêter. Finalement, aucune suite favorable n'a été donnée à la demande.

4.3.3 Approche méthodologique

La présente étude adopte essentiellement une démarche qualitative. Ce travail de recherche vise à acquérir une meilleure compréhension des discours et des pratiques en matière de contraception d'urgence. La pertinence de l'approche méthodologique choisie se justifie par le fait qu'elle est adaptée pour comprendre des phénomènes à partir du contexte social duquel ils émanent. Il s'agit d'étudier les comportements humains en les restituant dans le contexte local. Ainsi, les approches qualitatives sont utiles « *pour expliquer un phénomène comportant une dimension socio-culturelle mettant en jeu des croyances, des attitudes, nécessitant d'approfondir des relations interpersonnelles, de connaître le contexte et le sens donné à l'action sociale* » (De Loenzien, 2006, p.41). Il s'agit de comprendre et d'expliquer les phénomènes et/ou les choix individuels observés à travers et au-delà des perceptions des enquêtés.

Les discours et les pratiques étudiés mettent en exergue diverses perceptions de la contraception d'urgence, différents usages et des logiques individuelles qui sous-tendent ces usages. L'approche qualitative est nécessaire pour expliquer ces différents aspects dans la mesure où il s'agit de méthodes « *plus adaptées à l'étude des perceptions, des stratégies, des logiques sous-jacentes aux comportements démographiques* » (Tabutin, 2007, p. 28). Nous tentons d'appréhender les relations interpersonnelles, les motivations, les attitudes qui s'articulent autour du recours à la contraception d'usage.

Du fait du choix méthodologique, ce travail de recherche ne prétend pas à la représentativité. Il vise plutôt l'exhaustivité des concepts au travers des questions posées durant les entretiens semi-directifs. L'atteinte du point de saturation dans la collecte des données illustre le critère d'exhaustivité dont nous parlons. Cela fait partie de ce qu'Olivier De Sardan (1995) nomme « *les formes spécifiques de validation ou de plausibilisation des données produites* » (§.5). Il s'agit d'une forme de rigueur scientifique.

L'analyse thématique de contenu est la méthode choisie pour exploiter les données collectées. Elle consiste à découper chaque entretien en des unités de sens encore appelées unités d'enregistrement ou de contexte. Ces unités peuvent consister en des mots, des phrases ou en des paragraphes. Les unités de tous les entretiens sont classées dans des catégories d'analyse qui font office de thèmes. La construction des catégories consiste en un codage des entretiens qui débouche sur l'élaboration d'une grille d'analyse. Elle peut se faire sur la base des

hypothèses de recherche formulées avant l'enquête de terrain mais aussi à partir des réponses données par les enquêtées. Ainsi la construction des catégories d'analyse peut faire émerger de nouvelles hypothèses après le travail de terrain. Les critères d'une catégorie d'analyse selon Mucchielli (1991) sont : l'exhaustivité, l'exclusivité, l'objectivité, la pertinence et la clarté. Nous avons utilisé le logiciel d'analyse qualitative NVivo 10 pour organiser, traiter et exploiter les données collectées. Ce logiciel permet un découpage ou un codage thématique et sous-thématique des discours recueillis. Dans le cadre de notre analyse de contenu, l'unité de sens retenu était le thème. Nous codions une phrase ou des paragraphes qui illustraient des thématiques présentes dans les guides d'entretiens. Cela a également permis de faire émerger de nouveaux questionnements.

Deuxième partie : Volet empirique

Chapitre 5 : Pratiques contraceptives et utilisation de la contraception d'urgence

Ce chapitre est consacré à la description des connaissances des femmes en matière de contraception d'urgence. Nous nous intéressons aux sources d'informations, aux savoirs sur le mécanisme d'action et aux perceptions. Nous abordons également les motifs d'utilisation en les mettant en lien avec les pratiques contraceptives des femmes hors CU. Cela contribue à situer le cadre de son utilisation et à mettre en évidence les critères qui président au choix du contraceptif. Afin d'avoir une vision large des connaissances et des pratiques en matière de contraception d'urgence, nous tenons compte dans ce chapitre des discours des enquêtées non-utilisatrices de la méthode. Le but est de comparer les perceptions et les positionnements vis-à-vis de la CU selon que les femmes y aient déjà recouru ou non, et de souligner les spécificités des discours des utilisatrices et des non-utilisatrices. Cette démarche comparative fournit des éléments d'information notamment sur les résistances au recours à la CU.

5.1 Connaissances des femmes sur la contraception d'urgence

La contraception d'urgence est connue par la quasi-totalité des femmes de notre échantillon. Seulement 6 femmes sur les 35 interrogées n'en ont jamais entendu parler. 21 femmes sur les 29 qui ont connaissance de l'existence de cette méthode l'ont utilisée au moins une fois. Les connaissances des enquêtées sur le sujet présentent des limites. Qu'elles aient ou non le sentiment de détenir des informations exactes, elles se les réapproprient à leurs manières. Mettre la lumière sur les interprétations individuelles de la méthode nous permettra de saisir les représentations sociales afférentes.

5.1.1 Des informations insuffisantes sur la méthode

Pour mettre en exergue les insuffisances notées au niveau des connaissances des répondantes, nous nous basons sur les sources d'information et sur le contenu des informations délivrées.

5.1.1.1 Les sources d'information

L'intérêt est porté ici au rôle informatif des proches et des professionnels de santé en matière de contraception. Les données collectées montrent que ce sont les proches qui ont parlé de la CU la première fois à la majorité des répondantes. Celles-ci ont tendance à privilégier les échanges entre paires autour de leurs expériences contraceptives pour s'informer ou pour

résoudre un problème ponctuel. La sollicitation moindre de la source médicale dans le cas d'espèce peut être mise en lien avec deux éléments. Il s'agit d'une part de la priorité (du point de vue des enquêtées) accordée à d'autres méthodes contraceptives dans les services de planification familiale, et d'autre part de la non ou de la faible fréquentation de ces services par les femmes interrogées.

a) Les proches : principale source d'information

La source d'information la plus citée est l'entourage. Dans la majorité des cas, les femmes interrogées ont pris connaissance de l'existence de la méthode grâce à un(e) ami(e), un membre de la famille ou un proche.

Tableau 5.1 : Répartition des femmes selon la source d'information sur la CU la première fois

Sources d'information	n=29
<i>L'entourage</i>	
Ami (e)	15
Sœur	2
Conjoint/partenaire	3
Camarade	2
Cousine	1
<i>Les professionnels de la santé</i>	
Délégué médical	2
Gynécologue	1
Assistant (e) en pharmacie	1
<i>Autres</i>	
Télévision	2

Arlette (étudiante de 24 ans, célibataire), Lydie (commerçante de 23 ans, célibataire, niveau d'instruction primaire) et Nina (32 ans, mariée, sans emploi, niveau d'instruction primaire) en ont entendu parler pour la première fois par leur partenaire ou mari. Arlette est très intéressée par le sujet de la contraception. « *Nous, dans la famille nous sommes fécondes, très fécondes. J'ai vu les exemples chez mes cousines* ». À cet effet, elle s'informe beaucoup sur les méthodes contraceptives. Elle pensait être suffisamment outillée en la matière, d'autant plus qu'elle entretient depuis quelques années une relation avec un homme marié. C'est ce dernier qui, au cours d'une conversation sur les filles-mères, lui parle de la CU. C'est la première fois qu'elle en entendait parler. Le mari de Nina a pris connaissance de la méthode par hasard,

dans une salle d'attente⁴¹. *« Un jour il était à l'hôpital, il était malade. Il y avait deux femmes qui parlaient d'une pilule spéciale après les rapports sexuels. Il était un peu loin d'elles, il n'a pas tout compris. Mais il a quand même retenu le mot "lendemain". Il a demandé des renseignements au docteur qui l'a examiné, le docteur lui a un peu expliqué. À son retour il est venu me dire qu'il y a une femme qui est venue là-bas et qui a demandé cette pilule. Vous voyez ? Donc il a pris les renseignements là-bas, lui aussi il est venu me dire ».* Lorsqu'Arlette et Nina en parlent, on perçoit de l'étonnement face au fait que ce sont les conjoints qui leur apprennent des choses sur un domaine qu'elles considèrent comme féminin. Lydie est beaucoup moins surprise car elle a toujours estimé que son conjoint a plus de connaissances qu'elle. Dans les trois cas, le partenaire masculin a un niveau d'instruction supérieur à celui des répondantes⁴².

Deux femmes ont connu l'existence de ce contraceptif lorsque l'urgence s'est présentée. Nadia qui est en couple (22 ans, sans emploi, niveau d'instruction secondaire) a confié à sa grande sœur ses craintes après un rapport sexuel non protégé *« en mauvaise période »*. Elle dit ceci : *« je suis allée près de ma sœur aînée je lui ai dit que je ne voulais pas concevoir et tout ; c'est elle qui m'a conseillée. Elle m'a donné le nom de la pilule du lendemain, j'ai demandé à la pharmacie »*. Sa sœur y avait déjà recouru et s'interrogeait plutôt sur le temps qui restait à Nadia pour que la méthode soit efficace. *« Elle m'a dit combien de temps ça fait (depuis la fin du rapport), je lui ai dit ça fait 12 heures. Elle m'a dit ok va en pharmacie tu demandes tel médicament »*. Contrairement à Nadia, Mathilde s'est rendue directement à la pharmacie. C'est une jeune femme de 33 ans, de niveau d'instruction supérieur, en couple et sans emploi. Sa première utilisation de la CU remonte à six ans. À cette période-là, son partenaire et elle ne souhaitent pas avoir d'enfants. Toutefois, il leur arrivait d'avoir des relations sexuelles non protégées. Une fois, elle était convaincue que celles-ci ont eu lieu pendant la période d'ovulation, cela l'a angoissée : *« moi je suis allée dans une pharmacie j'ai posé mon problème, j'ai eu les rapports pendant ma période féconde on m'a proposé ça »*.

⁴¹ C'était pour une consultation en médecine générale.

⁴² Arlette est en deuxième année d'université et son partenaire est titulaire d'un master. Les conjoints de Lydie et de Nina ont respectivement un niveau d'instruction supérieur et secondaire.

Delphine (étudiante en sciences infirmières de 28 ans, mariée) et Joëlle (infirmière de 40 ans, mariée, niveau d'instruction secondaire)⁴³ ont entendu parler pour la première fois de la CU à l'occasion d'une formation. La méthode a été évoquée dans un des cours du module sur les méthodes contraceptives. Elles avouent ne plus se souvenir du contenu du cours ce jour-là.

Nos résultats montrent que l'information sur la CU circule davantage dans le secteur informel de la communication que dans les structures sanitaires. C'est la première source d'information des enquêtées. Ce constat est similaire à celui établi dans de précédentes études notamment au Bénin, au Cameroun, en Ethiopie, au Nigéria (cf. chapitre 4). Ces réseaux informels de la communication sont des « *canaux interpersonnels de transmission de l'information. Ce sont les contacts informels de tous les jours : les séances de conversations quotidiennes avec la voisine, les causeries autour du puits ou en faisant le marché, bref, les interactions informelles avec l'entourage* » (Ngom, 2000, p. 194). Ce sont des canaux largement accessibles pouvant contribuer de manière non négligeable à la prise de décision en matière de pratique contraceptive. Se substituent-ils pour autant aux formations sanitaires ?

b) Une méthode peu abordée en consultation de planification familiale

Seule Inès (34 ans, mariée, aide-ménagère, niveau d'instruction secondaire) a entendu parler de la CU pour la première fois par sa gynécologue au cours d'une consultation. Parmi les femmes qui ont connu ce dispositif médical à travers les canaux interpersonnels, quatre ont eu l'occasion d'en rediscuter avec des prestataires de services de santé. Leurs antécédents contraceptifs ont constitué le déclencheur de la discussion lors de la consultation de planification familiale. L'évocation d'une utilisation antérieure de la méthode a permis d'entamer la conversation au cours de laquelle le prestataire s'est montré défavorable au recours à ce contraceptif.

La majorité des femmes concernées par les circuits informels de renseignements n'ont pas sollicité un professionnel de la santé par la suite. Pour ces femmes, le crédit accordé à l'information va se construire autour des retours d'expérience individuelle d'utilisation de la méthode. Cela donne lieu à un enchevêtrement entre les savoirs profanes, les croyances

⁴³ Joëlle ne fait pas partie de l'échantillon de prestataires de services de santé. Elle a été sélectionnée pour l'étude sur des critères autres que celui de son rattachement professionnel au corps médical. C'est essentiellement son opinion de femme qui nous intéresse. Cela n'exclut pas le fait que son avis peut être influencé par les connaissances théoriques et pratiques que lui confère son expérience professionnelle.

individuelles et les croyances collectives. Bien que ces femmes ne se soient pas (encore) rapprochées des prestataires, elles expriment pour la plupart le besoin de voir cette méthode présentée lors de la séance du counseling en planification familiale. De leur point de vue, la fonction informative des formations sanitaires en matière de contraception d'urgence présente des faiblesses. Mathilde (33 ans, célibataire, sans emploi, niveau d'instruction supérieur) déplore le fait qu'en consultation, certaines méthodes contraceptives soient privilégiées par rapport à d'autres. *« On se base plus sur le Norplant, la pilule qu'on prend chaque jour-là. Bon la pilule du lendemain elle n'est pas souvent présentée. On parle beaucoup plus du Norplant. Bref les choses qu'on met pendant cinq ans. Donc si on peut mettre un accent sur ce moyen de contraception-là parce que selon moi il nous permet, il me permet à moi de ne pas faire trop de euh, de pas accoucher, de pas faire les avortements, de ne pas être surprise par une grossesse »*. L'utilité individuelle perçue de la méthode justifierait également pour Chimène (26 ans, célibataire, aide-ménagère, niveau d'instruction supérieur) que *« le système soit de plus en plus ouvert pour en parler »*. On est au cœur de la problématique de l'accès à l'information en matière de contraception.

Les discours recueillis montrent que les difficultés d'accès à l'information sur la CU proviennent de l'attitude des prestataires. Toutefois, en s'intéressant à la fréquentation par les femmes des services de planification familiale, on constate que ces difficultés peuvent également être leur fait. Près de la moitié des femmes de notre échantillon total (soit 16) ne se sont jamais rendues dans un service de planification familiale. Les raisons invoquées sont l'indisponibilité personnelle, la capacité à pouvoir autogérer sa vie sexuelle et reproductive, l'absence d'un motif ou d'un besoin de consultation, le sentiment d'être suffisamment informée sur la contraception, le coût (transport, frais de consultation et éventuellement le prix du contraceptif prescrit), le sentiment de ne pas correspondre au profil du public de ce type de service. En effet certaines répondantes célibataires pensent que les services de planification familiale sont destinés soit aux femmes mariées, soit à celles qui ont déjà entamé leur vie reproductive.

À partir de l'éducation qu'elle a reçue et de son appartenance religieuse, Habiba (étudiante de 23 ans, célibataire) pense que ce sont les femmes mariées qui sont les mieux placées pour fréquenter les services de planification familiale et pour utiliser la contraception. Bernadette est également du même avis : *« c'est pour les femmes mariées. On dit planning familial, c'est pour celles qui sont déjà dans un foyer et qui veulent construire leur famille »*. Pourtant les

méthodes qui sont présentées et vendues dans ces services sont aussi utilisées par des femmes qui croient ne pas être le public cible. La fréquentation du milieu hospitalier dans le cadre du counseling en planification familiale confère une certaine officialisation de la vie sexuelle de l'usagère peu importe son statut matrimonial. Le regard des autres usagers des services de planification familiale et des prestataires peut constituer un frein au recours à ces services. La présence de la femme mariée dans cette structure sanitaire est considérée comme légitime. Le mariage est socialement perçu comme le cadre propice à l'entame de la vie reproductive des femmes. Inès et Maguy sont d'avis que les services de planification familiale sont réservés à un certain type de femmes. Chacune de ces enquêtées ajoute un autre critère qui est celui de la biographie reproductive des femmes. Selon Inès, ce sont les femmes qui estiment avoir atteint leur fécondité souhaitée qui peuvent s'y rendre. Maguy (assistante-comptable de 23 ans, n'est pas en couple) pense plutôt que ce sont celles qui ont déjà eu au moins un enfant qui sont concernées.

Pour des raisons qui leurs sont propres, ces femmes qui ne souhaitent pas se rendre dans les services de planification familiale créent une distance entre elles et les prestataires de services de santé. Cette distance les éloigne de l'information appropriée qu'elles pourraient obtenir et les expose au risque d'une mauvaise utilisation des méthodes contraceptives. Cette mauvaise utilisation peut être induite par exemple par des informations incorrectes qu'elles reçoivent d'autres personnes, sur le mécanisme d'action d'un moyen de contraception.

5.1.1.2 Les savoirs sur le mécanisme d'action

Sont concernées ici uniquement les femmes de l'échantillon qui ont déjà entendu parler de la CU, soit 29. Nous les avons interrogées sur le principe d'action, le délai d'utilisation et la posologie de la méthode. Par rapport aux utilisatrices de la CU, il est légitime que les non-utilisatrices aient peu de connaissances voire aucune sur la méthode.

a) Le mode d'action

Toutes les répondantes savent que la CU est une contraception post-coïtale. Elles maîtrisent la finalité de ce dispositif médical qui est d'éviter une grossesse non planifiée à la suite d'un rapport sexuel mal ou non protégé. Par contre leur explication du mécanisme d'action est beaucoup moins claire. Si elles savent à quoi sert la méthode, la description du processus de fonctionnement est moins évidente. Les descriptions sont plurielles, imagées, approximatives ou erronées.

Un peu moins de la moitié des femmes ont correctement répondu aux questions sur le mode d'action de la CU. Sur les 29 femmes qui ont déjà entendu parler de CU, 11 femmes ont cité l'empêchement de la fécondation pour expliquer le fonctionnement de la méthode. « *C'est un moyen de se rattraper si on a eu des rapports non protégés, ou qu'il y a eu un accident. Ça permet qu'il n'y ait pas fécondation, qu'on ne puisse pas tomber enceinte sans le vouloir* » affirme Maguy, une assistante comptable de 23 ans qui n'est pas en couple. L'objectif de ce moyen de contraception selon Fanny (28 ans, commerçante, célibataire) est d' « *empêcher l'ovule d'être fécondé* ». Inès est la seule à en avoir pris connaissance auprès d'un prestataire de service de santé. La plupart des femmes ayant bien répondu ont un niveau d'instruction supérieur (sept contre quatre d'un niveau d'instruction du secondaire). Ces onze femmes ont toutes déjà utilisé la CU.

Dix autres femmes qui ont déjà entendu parler de cette méthode ont déclaré n'avoir aucune idée de la manière dont elle fonctionne. La moitié d'entre elles sont des utilisatrices de la méthode. La plupart de ces dix femmes ont un niveau d'instruction secondaire.

Quatre autres femmes expliquent le processus de fonctionnement par les propriétés de la méthode. Elles se réfèrent soit au timing, soit à la finalité de l'utilisation de la méthode. Le timing dans le cas d'espèce correspond au fait que la CU est adaptée à la résolution d'un problème ponctuel. « *C'est quelque chose qui répond à un besoin présent, à un besoin prompt, oui par rapport à un problème précis. C'est-à-dire ça résout un problème précis à l'instant T* » déclare Chimène (utilisatrice de la CU, niveau d'instruction supérieur). Des propos corroborés par Lydie (utilisatrice de la CU, niveau d'instruction primaire) qui pense que « *la pilule-là t'aide à un moment exact pour un problème exact. Elle agit sur un problème exact* ». En pensant décrire le mécanisme d'action de la CU, ces femmes soulignent plutôt une forme de concordance entre un besoin et la solution pour y répondre. Viviane (36 ans, fonctionnaire, mariée, niveau d'instruction secondaire) n'a jamais recouru à la CU. Selon elle le mode d'action de la méthode consiste à empêcher la survenue de la grossesse en agissant sur les hormones de la femme. Joëlle (utilisatrice de la CU, niveau d'instruction secondaire) nous dit que « *ça agit dans le corps de façon qu'on peut échapper à une grossesse* ». Bien qu'étant infirmière et ayant reçu une formation sur les méthodes contraceptives, elle ne nous a pas donné une bonne description du mode d'action de ce produit médical. Elle nous a fait savoir qu'elle pourrait avoir des lacunes dues à l'oubli des notions dispensées.

En évoquant le timing et la finalité relatifs à la CU pour répondre à nos questions sur le mécanisme d'action, ces femmes ne répondent pas correctement. Elles appréhendent ce contraceptif essentiellement à travers le résultat qu'il garantit. « L'exceptionnalité » des propriétés de ce contraceptif prend parfois le dessus sur la (bonne) compréhension du fonctionnement qui permet d'arriver au dit résultat. Cette attitude a pour conséquence de conférer à la méthode une fiabilité totale. Les focalisations individuelles que nous avons perçues sur le résultat à obtenir indiquent que les femmes concernées ne croient pas à un éventuel échec d'utilisation.

Par ailleurs, on a identifié quatre femmes dont les réponses sont axées sur l'élimination ou la destruction des spermatozoïdes. Elles considèrent le sperme comme un déchet qui sera débarrassé par l'utilisation de la CU. Mathilde (33 ans, célibataire, utilisatrice de la CU, niveau d'instruction supérieur) l'exprime en ces termes « *c'est une pilule qui nous permet d'évacuer le plus rapidement possible tout le stock de sperme qui a été emmagasiné par notre vagin lors d'un rapport sexuel* »⁴⁴. Noémie (niveau d'instruction primaire) partage le même avis même si elle n'a jamais utilisé cette méthode. C'est une aide-ménagère de 40 ans, mariée et mère de quatre enfants. « *La pilule travaille dans le corps de la femme. Si tu as eu les rapports sexuels pendant la période féconde, tu l'utilises pour qu'elle évacue les spermatozoïdes* ». Cette compréhension personnelle du mode d'action de la méthode lui confère une fonction nettoyante ; « *ça lave le vagin* » nous dit Rita (élève de 19 ans, célibataire et mère d'un enfant) qui n'a jamais recouru à la méthode. L'avantage de cette fonction selon Arlette (24 ans, célibataire, utilisatrice de la CU, niveau d'instruction supérieur) c'est que « *quand tu prends la pilule tu te rends compte que la saleté est en train de sortir au niveau du ventre* ». Les réponses de Mathilde et Arlette toutes deux d'un niveau d'instruction supérieur sont assez surprenantes. On s'attend à ce qu'elles fournissent une explication scientifique du mode d'action de la CU étant donné qu'elles font partie des utilisatrices les plus instruites.

Mathilde, Noémie, Rita et Arlette envisagent le mécanisme d'action de la CU non pas à travers un effet secondaire mais plutôt à travers une manifestation de l'action du produit.

⁴⁴ Bien qu'ayant reçu des instructions de la part du prestataire au moment de l'achat de la CU et bien qu'elle nous ait dit avoir lu la notice avant l'utilisation, Mathilde ne maîtrise pas le principe d'action. Le Norlevo est la marque de contraception d'urgence la plus utilisée par les enquêtées. Sur la notice il y est inscrit qu'elle empêche l'ovulation.

Cette sensation d'expulsion du sperme hors de leur corps n'est pas un effet subi ou indésirable pour ces femmes. Au contraire, cette sensation rassure les utilisatrices de l'action effective de la CU dans leur corps.

Les données que nous avons collectées montrent que les femmes les plus instruites sont les mieux informées sur le mécanisme d'action de la CU. D'une façon plus large et comme cela est démontré dans la littérature, les femmes ayant un niveau d'instruction élevé ont une meilleure connaissance des méthodes contraceptives. Ce sont des femmes qui ont la possibilité de mobiliser plusieurs canaux d'informations. À partir de renseignements diversifiés et de leurs connaissances propres elles sont en mesure d'opérer des recoupements d'informations.

b) Le délai d'utilisation

Les réponses recueillies mettent en exergue les différentes compréhensions de la temporalité de la contraception d'urgence. Quand bien même le délai des 72 heures serait indiqué par certaines répondantes, leurs explications prêtent parfois à confusion.

❖ Les connaissances des utilisatrices de la contraception d'urgence

Nous avons qualifié des enquêtées d'utilisatrices régulières, d'utilisatrices occasionnelles de la CU. Nous revenons en détail sur les critères qui justifient ces désignations dans le chapitre suivant (cf. point 6.1). Le tableau 5.2 indique le nombre d'utilisations de la CU chez les enquêtées qui y ont déjà recourue. Les réponses obtenues montrent que les 21 femmes qui recourent à la CU ne maîtrisent pas forcément le délai d'utilisation. Seulement huit femmes l'ont clairement formulé. Denise une étudiante de 25 ans en couple, utilisait régulièrement le contraceptif et dit avoir respecté scrupuleusement le timing. Elle déclare : « *il faut éviter que ça arrive à 72 heures. Il faut prendre ça dans cet intervalle. J'ai jamais atteint les 72 heures. J'ai jamais attendu 24 heures pour prendre cette pilule (rires). Il faut prendre ça le plus vite possible (rires)* ». Habiba, une étudiante de 23 ans, est la seule répondante à avoir mentionné le délai des 120 heures. Elle n'a pris la CU qu'une seule fois. Elle dit ceci : « *pour moi c'est un médicament, un petit médicament que tu prends après les rapports sexuels. Peut-être tu es en période féconde si tu ne veux pas concevoir tu prends le médicament dans les trois jours qui suivent les rapports. Il y a d'autres pilules qui existent aussi et tu peux prendre ça dans les cinq jours qui suivent les rapports sexuels. Tu ne pourras pas tomber enceinte* ».

Tableau 5.2 : Occurrences du recours à la CU chez les utilisatrices

Enquêtées	Nombre de prise de la CU
Arlette	+10
Barbara	3
Chimène	3
Delphine	6
Denise	+10
Diane	1
Fanny	2
Fernande	1
Gaëlle	1
Habiba	1
Henriette	1
Inès	4 ou 5
Joëlle	1
Lydie	+10
Maguy	4
Mathilde	5
Nadia	2
Nadine	3
Nina	10
Odile	+10
Zohra	+10

Contrairement à la contraception d’urgence au lévonorgestrel qui peut être utilisée au plus tard dans les 72 heures qui suivent le rapport à risque, celle à l’ulipristal acétate est efficace jusque 120 heures. Habiba tient l’information sur le délai des 120 heures d’une amie étudiante comme elle.

Quatre utilisatrices de la CU ont mentionné le délai de 72 heures en l’expliquant confusément. C’est le cas par exemple de Joëlle qui a recouru une seule fois à la CU. Elle a mentionné la marge horaire sans grande conviction et de manière vague. Maguy (23 ans, utilisatrice occasionnelle de la CU, pas en couple, assistante-comptable, niveau d’instruction secondaire), Nadine (32 ans, utilisatrice occasionnelle de la CU, mariée, sans emploi, niveau d’instruction supérieur) et Zohra (28 ans, utilisatrice régulière de la CU, célibataire, niveau d’instruction supérieur, assistante en ressources humaines) pensent que la CU se prend 72 heures après le rapport sexuel non ou mal protégé. Ces trois jeunes femmes qui ont pourtant recouru à plusieurs reprises à la méthode ne sont pas au fait du temps qui leur est imparti pour l’utiliser efficacement. Cela les expose à une utilisation erronée et à un risque de grossesse non planifiée. Nadine a obtenu l’information sur le délai par sa sœur et les autres par des ami(e)s. Ces exemples montrent que les réseaux informels de communication peuvent présenter des faiblesses et leur fiabilité peut être remise en cause. Avec ces sources, la circulation de

renseignements divers en matière de contraception se fait en marge d'un cadre scientifique de validation. Ce qui est préjudiciable à la qualité de l'information (Khurana et Bleakley, 2015) et peut générer des craintes et des échecs vis-à-vis de certaines méthodes contraceptives (Guillaume et Lerner, 2007). Bien que le délai des 72 heures soit évoqué par ces quatre femmes, elles n'en explicitent pas toujours l'importance. Leur compréhension et leur mise en pratique du délai les exposent à un échec contraceptif. Même si la CU peut être utilisée plusieurs jours après le rapport sexuel à risque, il est recommandé de la prendre le plus rapidement possible pour s'assurer d'une meilleure efficacité. Les incompréhensions afférentes notamment au délai d'utilisation contribuent à l'assimilation de la CU à une pilule abortive (Aubin *et al.*, 2009).

Quatre autres utilisatrices de la CU disent ne plus se souvenir de l'intervalle de temps. Il s'agit d'utilisatrices occasionnelles de la méthode. Ce dont elles se rappellent c'est que la méthode doit être prise le plus rapidement possible. Elles ne se contentent pas de savoir qu'il s'agit d'une méthode contraceptive post-coïtale. Elles ont conscience qu'elles ont un rôle actif à jouer dans son efficacité optimale.

Nous avons identifié trois utilisatrices de la CU qui ont mentionné un délai autre que celui des 72 heures qui suivent le rapport sexuel à risque. Il s'agit de Lydie (commerçante de 23 ans, célibataire, niveau d'instruction primaire), Arlette (étudiante de 24 ans, célibataire) et Diane (élève de 21 ans, célibataire). À l'exception de Diane qui n'a utilisé qu'une seule fois la méthode, les deux autres y recourent régulièrement. Lydie affirme tout en précisant ne pas être sûre, que la prise de la CU doit se faire dans les 12 heures qui suivent le rapport sexuel non protégé. Diane pense plutôt que le lendemain du rapport est le moment adéquat pour la prise. La jeune femme a une certaine assurance en répondant à la question. Elle semble confiante parce qu'elle pense avoir lu cette information sur la notice : « *là tu dois prendre le lendemain. J'ai pris le lendemain mais c'était en soirée. Oui j'ai pris le lendemain mais en soirée, dans la nuit même, vers 22h. Mais si tu lis bien la notice c'est bien écrit et tout* ». Afin de vérifier ses propos, nous lui avons demandé la marque de CU utilisée. Malheureusement elle ne s'en rappelait pas. Sur la notice du Norlevo, le délai des 72 heures suivant le rapport sexuel est mentionné. Il y a clairement une difficulté de compréhension de cette échéance. On rencontre des femmes comme Diane qui pensent que la CU doit être utilisée le jour qui suit le rapport sexuel à risque. Or ce délai vaut à compter du moment où le rapport a eu lieu.

Le jour d'après comme point de référence symbolise l'ambiguïté causée par la dénomination « pilule du lendemain ». Cela « *contribue également à brouiller son image* » d'après Aubin *et al.* (2009, p. 45). Amsellem-Mainguy (2007) situe cette ambiguïté à deux niveaux : sur le plan temporel (à partir de quel moment prendre la CU ?) et au niveau de l'intervalle de temps dans lequel se déroule le rapport à risque (plutôt en journée ou en soirée ?). L'auteur critique l'idée reçue selon laquelle les rapports sexuels se déroulent principalement la nuit. « *Penser et parler de « pilule du lendemain » induit implicitement que le rapport sexuel a eu lieu la veille de la prise (et par extension la veille au soir). Cette expression renvoie à l'idée que les êtres humains pratiquent l'essentiel de leur activité sexuelle la nuit* » (pp. 33-34). Ce qui aurait pour conséquence de différer la prise de la CU.

Deux utilisatrices de la CU nous ont dit ne pas connaître le délai. Il s'agit de Nina qui est une utilisatrice régulière de la méthode et d'Henriette qui l'a prise une seule fois. Nina nous confie que tout ce qu'elle sait c'est qu'il faut prendre rapidement le contraceptif. Au moment d'utiliser celui-ci pour la première fois, Henriette ignorait qu'il y avait un délai à respecter. Elle a pris la CU deux jours après le rapport sexuel à risque. Elle a été enceinte et a mené sa grossesse à terme. Malgré cet épisode, elle n'est toujours pas en mesure d'indiquer le temps imparti à la prise de la CU. Elle n'a pas fait la démarche de se renseigner à ce sujet. Elle garde un mauvais souvenir de cette première expérience d'utilisation de la CU, d'autant plus qu'elle a subi des effets secondaires. « *Moi j'ai pris la pilule du lendemain sachant que c'était à 100% une pilule compétente. Or je suis tombée enceinte (...). Ça a eu des effets secondaires, les oreilles se sont bouchées, le mal de tête, mes yeux (...). On doit prendre la pilule habituelle de chaque jour ou d'autres moyens contraceptifs, mais la pilule du lendemain non. On doit bannir ça* ». Suite à cette expérience malheureuse elle n'envisage pas d'utiliser à nouveau ce moyen de contraception et ne le recommanderait pas à quelqu'un.

❖ Les connaissances des non-utilisatrices de la contraception d'urgence

Une seule des répondantes qui connaissent la CU et n'y ont jamais recouru maîtrise le délai des 72 heures et l'a clairement explicité. Il s'agit de Viviane une fonctionnaire de 36 ans qui a un niveau d'instruction secondaire. Les autres répondantes de ce groupe n'ont aucune idée du délai. Dans le cas des répondantes qui connaissent l'existence de la méthode et qui ne l'ont jamais utilisée, le faible effectif de celles qui ont des connaissances exactes sur la méthode se justifie plus. Ces femmes n'ayant jamais utilisé la CU et n'éprouvant pas le besoin d'y recourir, elles ne souhaiteront probablement pas se renseigner sur celle-ci.

Globalement dans notre échantillon, la majorité des femmes ayant déjà entendu parler de la contraception d'urgence ne sont pas en mesure de clairement expliquer le délai d'utilisation. Or plus des deux tiers de ces femmes y ont déjà recouru au moins une fois. Les compréhensions individuelles de ce délai n'ont pas de lien avec l'intelligibilité de la posologie de la méthode. Contrairement à l'aspect temporel de la CU, la posologie ne souffre quasiment pas d'incompréhensions.

c) La posologie

Nadine (32 ans, utilisatrice occasionnelle) est la seule répondante qui a déclaré avoir éprouvé des difficultés au moment d'utiliser la contraception d'urgence. La vendeuse en pharmacie lui a expliqué le mode d'emploi mais elle n'a pas compris. Gênée, cette aide-soignante au chômage n'a pas osé demander à la vendeuse d'expliquer à nouveau étant donné que cette dernière semblait être de mauvaise humeur. *« Elle m'avait déjà dit avec un regard noir d'apprendre à utiliser les préservatifs »* dit Nadine. La difficulté de cette dernière vient du fait qu'elle pensait avaler une pilule uniquement comme sa sœur lui avait dit et non pas deux. Or la contraception d'urgence qu'on lui a vendue se décline en deux comprimés. *« J'étais étonnée, euh là je vois deux comprimés. J'ai lu la notice mais j'étais vraiment étonnée. J'ai eu peur j'ai appelé ma sœur, je lui ai lu la notice. Elle m'a dit de faire ce qui est écrit. Je l'ai fait (rires). Mais je ne comprenais pas pourquoi deux quoi »*. Il arrive que la posologie de la contraception d'urgence varie selon la marque et le dosage hormonal. Nadine est la seule utilisatrice de CU de notre échantillon qui a acheté un contraceptif d'urgence contenant deux comprimés.

Pour les autres enquêtées, le mode d'emploi de la contraception d'urgence est facile à comprendre. En général pour apprécier le niveau de difficulté, elles font la comparaison avec la prise quotidienne de la pilule classique. Le fait que pour la CU il y ait en général un comprimé à avaler et ce, de manière non quotidienne, les rassure d'une certaine façon. Selon elles, il y aurait ainsi moins de risque de se tromper. On a pu montrer précédemment le contraire avec quelques exemples. Le faible nombre de comprimés à prendre pour ce qui est de la CU, n'est pas le gage d'une utilisation efficace. Les perceptions du mode d'emploi, la lecture d'une notice (pour celles qui la lisent) ouvrent un champ d'interprétations et d'utilisation possibles. Les utilisatrices se réapproprient les informations et s'en servent selon leurs besoins. Toutes les enquêtées ayant déjà entendu parler de la contraception d'urgence

savent que ce n'est pas une méthode régulière. Pourtant cela ne dissuade pas certaines d'entre elles d'y recourir régulièrement.

Les individus n'appliquent pas toujours mécaniquement les instructions d'une notice. La compréhension et l'utilisation d'un médicament demande de « *déployer une certaine activité, mobiliser des ressources tirées de sa propre expérience, voire des compétences externes comme celles du médecin et du pharmacien ou d'autres acteurs, et effectuer un travail de traduction et de contextualisation des éléments fournis par la notice* » (Akrich, 1996, p. 8). Cela confère un sens à la prise du médicament. L'exploration des perceptions de la CU est une approche de contextualisation utile pour comprendre par la suite les attitudes et les pratiques des femmes.

5.1.2 Les perceptions de la contraception d'urgence

L'appartenance de la contraception d'urgence au groupe des méthodes contraceptives est discutée par les répondantes. L'image qu'elle a auprès des femmes enquêtées est celle d'un dispositif médical dont le fonctionnement laisse des zones d'ombre.

5.1.2.1 La contraception d'urgence, une méthode contraceptive à part entière ?

Le débat sur la classification de la contraception d'urgence dans l'ensemble des moyens de contraception porte sur ses caractéristiques ou propriétés. Il y a d'une part les représentations favorables qui sont relatives au rôle de la méthode dans la prévention des grossesses non planifiées et d'autre part des arguments liés à l'exigence de temporalité inhérente à la méthode.

a) L'adhésion à la fonction première de la CU : éviter les grossesses non prévues

Etant donné que la CU est destinée à empêcher les grossesses non planifiées après un rapport sexuel à risque, elle remplit le rôle d'une méthode contraceptive. Pour certaines répondantes, les critères d'utilisation qui s'y rapportent n'enlèvent en rien son appartenance au groupe des méthodes modernes de régulation de la fécondité. C'est la finalité de l'utilisation qui prévaut. Ce qui leur importe c'est ce à quoi sert la méthode. L'appartenance au groupe des méthodes contraceptives est validée ici par la protection contre le risque de grossesse. On a d'autres enquêtées qui, bien que considérant la CU comme une méthode contraceptive, critiquent le fait que des personnes entendent la question de la protection des rapports sexuels

uniquement sous l'angle du risque de grossesse. Ces enquêtées soulignent l'occultation du risque d'IST par les propriétés de la contraception d'urgence. On perçoit à travers ce type de discours un certain intérêt pour la question de la double protection (protection concomitante contre les grossesses non planifiées et les IST/VIH/sida).

b) L'urgence comme caractéristique disqualificatoire des « méthodes normales »

Deux répondantes pensent que la CU n'est pas une méthode contraceptive. Il y a selon elles les méthodes contraceptives « normales » et puis la contraception d'urgence. La normalité dans leur entendement se définit par la régularité de l'utilisation d'un moyen contraceptif. Pour ce cas de figure, l'exclusion de la CU du groupe des méthodes modernes se base sur l'élément temporel et ponctuel de son utilisation. Le fait que l'utilisation soit circonscrite à des situations précises élimine d'office ce dispositif médical du cercle des méthodes « normales ». Les utilisations répétées du dispositif ne contribuent pas à le normaliser.

La littérature sur la CU ne renseigne pas sur la manière dont les individus la définissent. Les travaux sur les perceptions relatives à cette méthode ne prennent pas en compte l'aspect définitionnel. On constate dans notre travail de recherche que c'est notamment à travers cet aspect que les individus donnent du sens à leurs croyances ou à leurs attitudes vis-à-vis de la contraception en général et de la contraception d'urgence en particulier. Ventola (2014) s'est intéressée à l'acceptation de la contraception par les acteurs médicaux en France. Elle constate que le sens donné à la contraception par ceux-ci aboutit à un cadre balisé au sein duquel des méthodes sont incluses, privilégiées, et d'autres sont rejetées car ne remplissant pas une certaine finalité. L'auteur parle ainsi d'une « fonction normative » de la contraception par les professionnels de santé.

Outre la question de la classification de la CU dans le groupe des méthodes contraceptives, les perceptions de ce dispositif médical interrogent également sur les craintes de risques sanitaires relatifs à son utilisation.

5.1.2.2 Interrogations sur les risques pour la santé

En tant que dispositif médical, l'effet de la contraception d'urgence sur la santé de la femme suscite des interrogations chez les enquêtées utilisatrices et non-utilisatrices de la méthode. De par ses caractéristiques (les situations identifiées d'utilisation, la temporalité, l'emploi

post-coïtal) qui le distinguent d'autres moyens de contraception, certaines femmes appréhendent ce dispositif ou plutôt la modernité de celui-ci à travers leurs propres craintes. Il ne s'agissait pas pour ces femmes de nier ou de surenchérir l'existence de risques sanitaires. Les représentations sociales ici s'articulent aussi bien autour des connaissances relatives aux effets secondaires de la contraception d'urgence qu'autour des croyances liées aux conséquences de son utilisation sur les comportements sexuels individuels. On a ainsi deux niveaux représentationnels : d'une part la comparaison entre les effets secondaires de la contraception d'urgence et ceux d'autres méthodes ; d'autre part les inquiétudes liées à l'adoption de comportements sexuels à risque.

a) *La comparaison avec d'autres moyens de contraception*

Les femmes interrogées abordent la question des risques sanitaires liés à l'utilisation de la contraception moderne. Des répondantes telles que Barbara, Nina et Chimène font une comparaison entre les effets secondaires de différentes méthodes contraceptives. Barbara (jeune coiffeuse de 25 ans, célibataire, niveau d'étude primaire) craint une prise de poids due à l'utilisation de la pilule classique. Elle a observé des changements physiques chez des copines qui recouraient à cette méthode. Elle ne l'a jamais utilisée car elle ne souhaitait pas vivre la même chose. Elle préfère recourir à la CU qui selon elle ne fait pas prendre de poids. Il y a ainsi pour ces femmes, des effets secondaires supportables et d'autres qui ne le sont pas. L'éventuelle prise de risque avec l'utilisation de la contraception d'urgence est mesurée à travers les effets d'autres méthodes contraceptives. Chimène (26 ans, célibataire, aide-ménagère, niveau d'instruction supérieur) préfère utiliser la contraception orale. Elle a une amie qui s'est fait poser un stérilet et qui a connu d'importants saignements pas la suite. « *Le stérilet je vous dis pourquoi, parce que moi je me dis quand ça devient interne ça devient délicat, oui. C'est pourquoi tout ce qu'on implante dans le corps, à l'intérieur-là au niveau de l'utérus, moi je trouve que c'est, c'est euh, c'est délicat et puis c'est quelque chose de très euh, de très sérieux* ». Selon elle il y a moins de risque à courir avec la contraception d'urgence car « *la pilule elle est externe (...) ça ne met pas long dans le corps et dans le sang comme le stérilet* ».

D'autres utilisatrices de la CU éprouvent des inquiétudes relatives à une utilisation répétée à moyen ou à long terme. « *Il y a des méthodes où on connaît la durée d'utilisation. Tu connais leur durée de vie. Mais la pilule du lendemain tu sais pas trop. J'utilise souvent mais je sais pas si c'est bien, je sais pas si c'est bon pour moi* » dit Nina. Parmi les femmes de notre

échantillon qui utilisent les méthodes naturelles, la méconnaissance de la CU et les rumeurs entendues sur cette dernière sont des facteurs explicatifs du non-recours à ce contraceptif. Selon elles la composition des méthodes contraceptives médicales n'est pas connue des utilisatrices. Les répondantes privilégiant les moyens de contraception naturels estiment ainsi que l'ignorance (supposée) des utilisatrices de la contraception moderne les expose à des risques sanitaires.

b) L'exposition aux comportements sexuels à risques

Nous avons perçu chez certaines enquêtées une inquiétude relative à un possible effet négatif de la contraception d'urgence sur les comportements sexuels individuels. Cette inquiétude se base sur la croyance selon laquelle l'utilisation de la CU augmenterait les comportements sexuels à risque. Fernande (journaliste de 23 ans, célibataire, niveau d'instruction supérieur) considère qu'avec la vente de la CU au Cameroun, les jeunes filles s'intéressent de moins en moins à la protection des rapports sexuels. Pour Inès (34 ans, mariée, aide-ménagère, niveau d'instruction secondaire) cette méthode induit les jeunes en erreur. « *Avec ça nos enfants seront tentés d'avoir des rapports sexuels tôt et pas protégés* » dit-elle. Fernande et Chimène soupçonnent et critiquent une intention délibérée chez des femmes de s'exposer au risque parce qu'elles ont connaissance de l'existence de cette méthode et qu'elles l'utiliseront après. Cet avis se base sur le fait que la situation d'urgence n'est plus le cadre par excellence de l'utilisation de la méthode. On est en présence dans différents cas de notre étude, d'une utilisation parfois planifiée de ce contraceptif.

Le choix de la contraception d'urgence n'apparaît pas comme l'option idéale pour certaines répondantes. Pour d'autres c'est celle qui semble répondre le mieux à un besoin, compte tenu notamment de leur expérience de la contraception, de leurs situations relationnelles et d'activités (cf. point 5.3 du chapitre 5 et point 6.1 du chapitre 6). On peut rapprocher cela de la notion de « rationalité limitée » de March et Simon (1974). Elle traduit le fait pour un individu de faire non pas un choix optimal mais un choix satisfaisant.

En conclusion de la première partie de ce chapitre, il y a lieu de retenir que les connaissances sur la contraception d'urgence présentent un certain nombre d'insuffisances. Les informations détenues par les femmes enquêtées proviennent principalement de leurs proches. Ces informations ne sont pas toujours fiables et peuvent les induire en erreur. Les perceptions de la méthode et les interprétations qui en découlent mettent en exergue des réappropriations

individuelles et sociales des savoirs. Celles-ci sont mises en œuvre et justifiées par les répondantes dans des situations précises. Afin de situer et de comprendre les motifs d'utilisation de la CU nous allons d'abord nous intéresser à la pratique contraceptive en général. La deuxième partie de ce chapitre est consacrée à la communication entre les conjoints en matière de contraception.

5.2 Contraception et communication entre les partenaires

Les discussions entre partenaires sont un élément déterminant dans la pratique contraceptive (*cf.* point 2.1.2.3). L'attitude du conjoint vis-à-vis de la contraception joue un rôle dans les pratiques contraceptives des femmes. Leur décision peut être orientée par l'adhésion ou l'opposition du partenaire masculin à la contraception. Pour analyser la dimension communicationnelle dans notre étude, nous nous focalisons sur l'attitude des hommes vis-à-vis de la contraception et sur les modes de survenue de la discussion avec la partenaire. Les attitudes des partenaires masculins dans cette étude sont celles rapportées par les femmes interrogées. Il se peut qu'elles aient sous-estimé ou exagéré ce qu'elles croient être les opinions de leur partenaire.

5.2.1 L'attitude du conjoint masculin à l'égard de la contraception moderne

Les réponses recueillies auprès des enquêtées sur l'avis de leur partenaire ou du conjoint sur la contraception ont été classées en trois types d'opinions : favorable, défavorable et sans avis. Ce dernier type d'opinion fait référence aux conjoints qui ne sont ni pour ni contre l'utilisation de la contraception moderne. D'après les discours des femmes interrogées il s'agit d'hommes qui ne s'intéressent pas du tout à la contraception. Comme indiqué dans le tableau 5.3, les avis masculins favorables aux moyens contraceptifs sont nuancés. Il récapitule selon les informations fournies par les enquêtées, les appréciations du conjoint vis-à-vis de la pratique contraceptive de la femme. Dans ce tableau récapitulatif nous n'avons pas opéré de distinction entre les conjoints des répondantes utilisatrices de la contraception d'urgence et ceux des non-utilisatrices.

Tableau 5.3 : Typologie des opinions des conjoints par rapport à la pratique contraceptive de la femme

Opinions masculines sur la contraception	Attitudes
Favorable	
Sans réserve	- Soutient la conjointe dans la pratique contraceptive - Discute aisément de contraception avec la partenaire - S'informe sur la contraception - N'éprouve pas spécialement de crainte quant à l'utilisation de la contraception moderne - Participe financièrement à l'achat de contraceptifs - S'est déjà rendu ou non à une consultation gynécologique avec sa partenaire
Avec réserve	- Est réticent à l'utilisation du préservatif ou de méthodes hormonales - Craint des risques de stérilité ou de cancer - A une préférence pour les méthodes naturelles
Défavorable	- Adhère aux croyances et rumeurs véhiculées par les pairs à l'encontre de la contraception - Peut interdire à la femme l'utilisation de la contraception moderne - Discute difficilement de contraception avec la partenaire - Est réfractaire à l'utilisation du préservatif - Attribue à la femme la responsabilité contraceptive du couple - Est plutôt réceptif aux méthodes naturelles - N'a jamais accompagné sa partenaire dans un service de planification familiale
Sans opinion	- N'est pas spécialement intéressé par les questions contraceptives - N'a pas spécialement d'avis sur le sujet de la contraception - N'a jamais accompagné sa partenaire dans un service de planification familiale

Les opinions masculines sur la CU n'ont pas été intégrées dans ce tableau. Cela sera abordé dans le chapitre suivant⁴⁵. Le type d'opinion masculine le plus cité sur la contraception en

⁴⁵ Les questions posées consistaient à savoir si la décision d'utiliser la contraception d'urgence était une décision personnelle ou partagée. En fonction de la réponse de l'enquêtée nous l'interrogeons sur l'avis ou la réaction de

général par les utilisatrices de CU concerne l'avis favorable sans réserve. Onze des utilisatrices de la CU décrivent leur partenaire comme un homme totalement favorable à la contraception en général. Il s'agit d'Arlette, Delphine, Fernande, Gaëlle, Habiba, Joëlle, Lydie, Maguy, Mathilde, Nina et Zohra. Les six utilisatrices dont le partenaire n'a pas d'avis sur les questions contraceptives sont Diane, Fanny, Henriette, Inès, Nadine et Odile. Selon Chimène, Denise et Nadia, leur conjoint respectif a des réserves sur l'utilisation de la contraception. Barbara est l'unique utilisatrice dont le partenaire n'adhère pas au recours à la contraception moderne. Au départ ce dernier était favorable à l'utilisation d'une méthode contraceptive. Ensuite, au fur à mesure des discussions avec son entourage, il a commencé à douter et à exprimer ses craintes à sa compagne. Barbara en évoquant son conjoint nous dit ceci: *« c'est moi qui commence toujours à parler de ça avec lui. On essaie de discuter de temps en temps. Avant il était d'accord que j'utilise une méthode. En fait il était d'accord mais après bon euh (silence). En fait il n'était plus d'accord c'est pourquoi j'ai arrêté aussi. J'ai arrêté parce qu'il expliquait que, en fait il a causé avec quelqu'un qui est allé lui dire que ces choses-là ne sont pas bien à la longue. Ça peut apporter les problèmes genre la stérilité à la longue ou alors euh le moment venu quand la grossesse va venir ce seront des trucs comme les jumeaux. Avoir les jumeaux donc ça l'a un peu effrayé »*. Le couple a arrêté d'utiliser un moyen contraceptif bien qu'il ne souhaite plus avoir d'enfants.

Ces différentes opinions du partenaire masculin ne prédestinent pas forcément à un type de comportement chez toutes les femmes interrogées. C'est le cas par exemple de Barbara qui bien que son copain soit défavorable à la contraception, en discute souvent avec lui. On peut également citer Joëlle et Zohra dont les partenaires respectifs adhèrent sans réserve à la contraception, mais qui ne leur font pas part de leur utilisation de la CU.

La typologie des opinions du partenaire en matière contraceptive a un triple intérêt dans l'analyse de nos données. D'abord, elle permet d'identifier et d'analyser les enjeux autour de la survenue d'une grossesse. Nous analysons par exemple les stratégies de prévention de la grossesse à la lumière des opinions des partenaires sur la contraception et de la question de la participation masculine à la pratique contraceptive dans le couple. Ensuite, la contraception d'urgence faisant partie de ces stratégies, les opinions mises en exergue nous permettent de (re)situer la place de cette méthode dans les choix contraceptifs des femmes. L'objectif ici est

son partenaire. Nous obtenions ainsi des éléments d'information sur l'opinion du conjoint par rapport à ce moyen de contraception.

de comprendre dans quelle mesure l'attitude du conjoint vis-à-vis de la contraception oriente le choix de la femme vers la CU. Enfin, cette typologie nous offre une clé de lecture pour comprendre les usages de la CU. Comme nous le verrons dans le chapitre suivant, les normes de genre, les normes sociales de la sexualité et de la procréation peuvent expliquer les différentes manières dont les utilisatrices s'approprient la CU.

5.2.2 Les modes de survenue de la discussion en matière de planification familiale

Nous nous sommes intéressée aux modes de survenue de la discussion de la planification familiale au sein du couple (ayant déjà utilisé ou non la CU). Premièrement, on observe des cas dans lesquels les discussions entre partenaires sont spontanées. L'amorce des échanges n'est subordonnée à aucun événement particulier. Il s'agit de couples où l'homme est favorable (avec ou sans réserve) à la contraception. Les échanges peuvent être initiés aussi bien par l'homme que par la femme. Ils portent sur les méthodes contraceptives en général (avantages, inconvénients) et/ou sur les projets de fécondité du couple. Dans les cas de Gaëlle (documentaliste de 29 ans, célibataire, niveau d'étude supérieur, usage unique de la CU) et d'Henriette (agent de parking de 29 ans, célibataire, niveau d'étude secondaire, usage unique de la CU) les conjoints actuels se sont intéressés dès le début de la relation à leurs antécédents contraceptifs⁴⁶. Gaëlle et son partenaire vivent ensemble et ont pour projet de fonder une famille. C'est la raison pour laquelle elle n'utilise aucune méthode contraceptive au moment de l'enquête. Les deux répondantes mentionnent l'importance de la communication entre partenaires ; comme le souligne Henriette « *on n'accouche pas n'importe comment. Il y a un temps. Donc ils [en parlant des hommes en général] sont concernés, eux aussi doivent prendre les dispositions pour qu'on ne fasse pas tout ça en désordre* ». Nous ne disposons pas d'informations qui nous permettent de savoir si Henriette et son copain vivent ensemble.

Ces échanges spontanés entre conjoints ne se déroulent pas forcément de manière régulière. Les conjoints respectifs d'Adèle (non-utilisatrice de la CU, couturière de 35 ans, mariée, niveau d'instruction du secondaire) et d'Olive (non-utilisatrice de la CU, commerçante de 30 ans, célibataire, niveau d'instruction secondaire), non-utilisatrices de la CU, s'opposent à l'utilisation des méthodes hormonales. Ils sont réfractaires au port du préservatif. L'attitude

⁴⁶ Gaëlle et Henriette n'utilisent aucune méthode contraceptive au moment de l'enquête. La première essaie de tomber enceinte et la seconde a accouché il y a quelques mois.

du partenaire de Chimène (utilisatrice occasionnelle de la CU) est similaire à celle des partenaires respectifs d'Adèle et d'Olive. Chimène affirme que les discussions qu'elle peut avoir avec son compagnon sur la contraception portent surtout sur les effets secondaires des méthodes hormonales.

Deuxièmement, on a identifié des discussions dites circonstanciées. Elles surviennent uniquement s'il s'est produit un fait qui l'exige. Il faut une situation précise qui pousse un des conjoints à entamer des échanges. La démarche est plutôt conjoncturelle. D'après les discours recueillis, les faits qui conditionnent la communication circonstanciée sont : les craintes par la femme de la survenue d'une grossesse après un rapport sexuel à risque, la demande au conjoint d'une participation à l'achat de la contraception d'urgence, les complications dues à l'utilisation de certaines méthodes (injections, implants). Diane (une élève de 21 ans qui a utilisé une fois la CU) discute rarement de contraception avec son partenaire actuel depuis le début de leur relation. Elle ne se rappelle pas l'avoir entendu un jour critiquer les méthodes contraceptives. Denise et son partenaire discutent de moins en moins de contraception depuis qu'ils ont effectué les tests de dépistage du VIH/sida. Leur séronégativité établie, ils n'utilisent presque plus de préservatif. *« On se protège parfois, mais bon c'est pas toujours facile de lui dire d'utiliser le préservatif. Donc parfois je ne dis rien et je bois ma pilule du lendemain, surtout que lui il veut déjà avoir un enfant »*. La discussion avec son partenaire sur la contraception survient lorsqu'est évoqué l'éventualité d'avoir un enfant ; un sujet de désaccord dans le couple. Le choix de ne plus utiliser le préservatif après l'annonce de leur séronégativité nous fait dire que Denise et son partenaire sont dans une relation stable.

Les répondantes dont le partenaire ne s'intéresse pas à la contraception sont toujours les initiatrices de la discussion sur la régulation de la fécondité. *« Il estime que ça ne le concerne pas. Il ne se sent pas concerné par ça dont il ne dit rien »* déclare Inès (utilisatrice occasionnelle de la CU) en évoquant son mari. Le couple connaît des différends conjugaux depuis deux ans. Les difficultés communicationnelles en matière de planification familiale remontent au début de leur relation : *« depuis qu'on se connaît il ne s'est vraiment jamais senti concerné par les choses du planning familial ; il n'a jamais le temps pour ça »*. Les partenaires qui s'intéressent peu ou pas du tout aux questions contraceptives se justifient par leur indisponibilité (notamment pour se rendre dans un centre de planification familiale) et/ou par leur approche féminisante de la pratique contraceptive.

Dans le cadre de notre recherche, les difficultés de négociation de la contraception qui nous ont été rapportées proviennent de la sensation d'inconfort de certains hommes lors du port du préservatif, des divergences autour du projet de fécondité, des craintes et des rumeurs relatives à la contraception en générale (risques de stérilité, de cancers, grossesse multiple). Les femmes qui connaissent ces difficultés doivent gérer deux impératifs. D'une part elles doivent faire le nécessaire pour ne pas tomber enceinte car elles ne le souhaitent pas. D'autre part elles ne veulent pas, pour certaines, se montrer trop insistantes de peur d'entrer en conflit avec leur partenaire. Elles optent ainsi (parfois secrètement) pour la pilule du lendemain pour tenter de contrebalancer leurs difficultés à négocier un rapport sexuel protégé. Elles se sentent rassurées dans la mesure où elles n'auront pas à passer par l'étape de la négociation.

Après avoir situé les opinions des partenaires masculins des enquêtées en matière de contraception en général, nous analysons la place de la CU dans les pratiques contraceptives des couples. Nous n'avons pas demandé aux femmes si elles avaient déjà discuté avec leur partenaire de cette méthode avant d'être confrontées au risque de grossesse non prévue.

5.3 L'utilisation de la contraception d'urgence

La contraception d'urgence s'inscrit dans des parcours individuels. Dans le cas d'espèce, les parcours individuels font référence aux pratiques contraceptives des enquêtées. Il est question de situer la prise de la contraception d'urgence en s'intéressant à l'accès à la méthode, aux circonstances de son utilisation et aux motifs relatifs au recours et au non-recours.

5.3.1 Pratiques contraceptives et utilisation de la contraception d'urgence

Au moment de l'entretien, neuf utilisatrices de la CU n'ont recours à aucun moyen de contraception, neuf autres utilisent une méthode moderne et trois une méthode naturelle. Deux principales circonstances d'utilisation de la CU ont été identifiées. Il s'agit de l'absence de pratique contraceptive et de l'échec de la contraception.

5.3.1.1 L'absence d'une pratique contraceptive

Parmi les 21 femmes qui ont déjà utilisé la CU, 9 n'utilisaient aucune méthode contraceptive au moment de l'enquête. Les raisons sont les suivantes : une grossesse en cours, le célibat, une relation conflictuelle entre conjoints, un accouchement récent, le désir du couple d'avoir un enfant, une relation à distance, les réticences du conjoint et la crainte des effets secondaires

conjuguée au facteur socioreligieux. Au moment de la prise de la CU, deux enquêtées n'utilisaient aucun moyen de contraception : l'une par crainte d'effets secondaires et l'autre en raison de considérations socioreligieuses.

5.3.1.2 L'échec de la contraception

Les échecs de contraception identifiés concernent l'oubli de pilule classique et la faible maîtrise des méthodes naturelles.

a) L'oubli de la pilule

Bien que les contraintes liées à la prise de la pilule classique soit un argument qu'on retrouve souvent dans les propos recueillis, nous n'avons enregistré dans notre étude qu'un cas d'oubli de la pilule classique. Il s'agit d'Arlette (utilisatrice régulière de la CU) dont la précédente méthode contraceptive était la pilule. Elle estime que la prise quotidienne de cette dernière demande beaucoup d'efforts : *« avant ça allait mais maintenant c'est devenu trop difficile pour moi. Il faut vraiment être très disciplinée, moi ça me fatigue à la longue et il m'arrive d'oublier »*. La pilule est une méthode qui ne convient plus à Arlette. Les oublis de pilule l'ont poussée à opter pour la contraception d'urgence qui lui semble moins contraignante.

b) La difficulté à maîtriser les méthodes naturelles

La méthode du calendrier (méthode Ogino) et/ou le coït interrompu sont des méthodes naturelles utilisées principalement par trois enquêtées qui ont déjà recouru à la CU. Il s'agit de Fanny, Mathilde et Chimène. La première a un niveau d'instruction secondaire et les deux autres ont un niveau d'instruction supérieur. Elles expliquent leur préférence pour les méthodes naturelles par les motifs suivants : l'absence de risque pour la santé, la crainte de la stérilité, les réticences du conjoint par rapport à la contraception médicale, l'absence de troubles du cycle menstruel, l'absence de prise de poids. Dans les trois cas, l'utilisation de la CU s'est déroulée dans une situation de doute sur la bonne exécution des méthodes naturelles. Il est arrivé à deux reprises à Fanny de ne pas être sûre du calcul de son cycle. Elle a utilisé deux fois la contraception d'urgence pour éviter la survenue d'une grossesse. *« Je n'utilise pas ça (en parlant de la contraception d'urgence) parce que je veux ou parce que j'aime. Quand tu n'es pas sûre d'avoir bien compté les jours tu n'as plus le choix. C'est pas parce qu'on veut c'est peut-être parce que quand tu euh (silence)... Ça arrive que tu te rendes compte qu'il y a un problème quelque part »*. Mathilde est du même avis et il lui arrive d'acheter par anticipation la contraception d'urgence pour parer à toute éventualité. Elle

déclare à cet effet : *« la pilule du lendemain je l'utilise quand je ne suis pas sûre d'avoir bien compté mon cycle. Donc pour l'instant je ne l'utilise pas. Bien sûr j'ai les pilules-là chez moi. J'utilise seulement quand le problème se présente ».*

Malgré l'échec contraceptif, Chimène dit maîtriser la méthode du calendrier : *« je ne vais pas dans les services de planning familial parce que je connais très bien compter mon cycle. Je vous ai dit au départ que moi je comptabilise et quand je comptabilise ça échoue rarement. Quand je sens que j'ai échoué je recours plutôt à la pilule du lendemain. Je n'ai jamais utilisé la pilule quotidienne, le stérilet, je n'ai jamais utilisé le Norplant⁴⁷. Donc vous voyez j'échoue rarement ».* On voit dans ces trois exemples les limites que peuvent présenter les méthodes contraceptives naturelles. Les femmes concernées admettent difficilement qu'il y a des failles dans leur façon de faire. Même si elles restent réfractaires à la contraception médicale, cela n'empêche pas qu'elles y fassent appel à l'occasion, pour pallier à l'incertitude des méthodes naturelles.

La prise de la contraception d'urgence survient donc dans des situations d'absence ou d'échec de la pratique contraceptive. Les positionnements décrits au sein du couple par rapport à la contraception convergent avec les études qui montrent les difficultés des femmes dans la gestion de leur vie reproductive.

5.3.2 Profil des utilisatrices de la contraception d'urgence

Dans ce volet nous tentons de déterminer le profil des utilisatrices de la contraception d'urgence. Nous nous basons sur leur première expérience de la méthode et leurs pratiques contraceptives pré et post utilisation de la méthode. Nous comparons les motivations qui les animent au moment de la première prise de la CU à celles qui sont les leurs au moment de l'enquête. Il s'agit de voir si les motifs qui justifient le recours à cette méthode ont changé dans cet intervalle de temps. Y a-t-il une transformation des motivations ? Ont-elles changé de pratiques contraceptives ? Nous nous intéressons à la situation relationnelle des utilisatrices lors de la première prise et au moment de l'enquête, l'âge à ces deux périodes, la situation professionnelle au moment de la CU, le nombre d'enfants au moment de la première prise et ce nombre au moment de l'enquête (cf. annexe 2).

⁴⁷ Le Norplant est un implant contraceptif hormonal sous-cutané.

5.3.2.1 Caractéristiques des utilisatrices régulières de la CU

Cinq répondantes utilisent de manière répétée la contraception d'urgence. Il s'agit d'Arlette, Denise, Lydie, Nina et Zohra. Dans ce groupe de femmes, l'écart le plus élevé entre l'âge à la première prise de la CU et l'âge au moment de l'enquête est de sept ans et concerne Zohra. Cet écart (plus grand dans le groupe des utilisatrices occasionnelles) interroge sur la capacité à se souvenir avec exactitude de la première prise de la CU et des circonstances qui l'entourent. En fonction de la durée qui sépare la première utilisation de ce dispositif médical et le moment de l'entretien, il est possible que le récit des enquêtées ne soit pas fidèle aux faits qui se sont déroulés.

Par rapport aux autres femmes qui recourent régulièrement à la CU, Lydie est la moins âgée au moment de la première utilisation ; elle a 18 ans à ce moment-là. Zohra en avait 21, Arlette et Denise 22. Nina était la plus âgée avec 31 ans. Avant de prendre cette pilule pour la première fois, il arrivait parfois à Lydie d'utiliser un préservatif. Son utilisation initiale de la méthode avait pour but d'éviter une grossesse à un jeune âge. Elle craignait les conséquences pour son avenir ainsi que la réaction de ses parents. Elle avait arrêté ses études depuis plusieurs années, n'avait aucun revenu et était en couple à cette période-là. Au moment de l'enquête, elle nous confie qu'à 23 ans elle estime toujours être trop jeune pour avoir un enfant. Le motif d'utilisation lié à l'évitement d'une grossesse à un jeune âge n'a pas changé. Le fait qu'elle ait eu depuis lors des partenaires occasionnels est une des raisons pour lesquelles elle utilise principalement la CU. Lors de l'entretien, elle affirme n'utiliser aucun autre moyen de contraception en dehors de la CU. C'est le cas de toutes les autres répondantes de ce groupe.

Nina n'utilisait aucun moyen de contraception avant de recourir la première fois à la CU. L'utilisation initiale et l'utilisation actuelle de la CU par Nina correspondent au souhait de ne plus avoir d'enfant. Au moment du premier emploi de la méthode elle en a trois, est mariée et sans activité. Les autres utilisatrices régulières étaient également en couple⁴⁸. Arlette, Denise et Zohra étaient étudiantes lors du premier recours à la CU. À ce moment-là ces répondantes qui ne sont pas mariées et qui poursuivent leurs études sont moins enclines à envisager un projet de maternité. Il faut souligner cependant qu'Arlette qui est étudiante et a deux enfants à

⁴⁸ Lydie et Zohra au moment de l'enquête sont en couple chacune avec un homme autre que le partenaire au moment de la première utilisation de la contraception d'urgence.

la première utilisation de la CU, y recourt à ce moment-là parce qu'elle veut éviter une nouvelle grossesse avant la fin de ses études. Elle utilisait de manière non-assidue la pilule classique. Zohra recourait parfois au préservatif et Denise n'avait pas de pratique contraceptive. Les raisons justifiant la préférence des enquêtées de ce groupe pour la CU sont expliquées dans le chapitre suivant (*cf.* point 6.1). Au moment de l'enquête, Arlette et Denise sont toujours étudiantes et Zohra a un emploi.

Aucun antécédent d'IVG n'a été déclaré dans ce groupe. Trois des cinq utilisatrices régulières de la CU avaient une pratique contraceptive avant de recourir pour la première fois à cette méthode. Cette pratique n'était pas régulière compte tenu des difficultés pour la prise quotidienne de la pilule classique ou la négociation des rapports sexuels protégés. En dehors du cas de Zohra, les motifs d'utilisation de la CU la première fois et au moment de l'enquête n'ont pas changé chez les utilisatrices régulières. La priorité de Zohra lors de l'utilisation initiale de la CU était d'éviter une grossesse pendant la durée de ses études. Depuis la fin de sa formation universitaire, elle a trouvé un emploi et a deux enfants. L'utilisation régulière actuelle de ce moyen de contraception correspond à l'objectif d'éviter une nouvelle grossesse prénuptiale (*cf.* point 6.1.1). On suppose pour le cas de Zohra que le motif d'utilisation de la CU a changé parce qu'entretemps elle est devenue relativement autonome.

5.3.2.2 Caractéristiques des utilisatrices occasionnelles de la CU

Dix des utilisatrices de CU déclarent recourir occasionnellement à la contraception d'urgence. Il s'agit de Barbara, Chimène, Delphine, Fanny, Inès, Maguy, Mathilde, Nadia, Nadine et Odile. Comparativement aux autres groupes d'utilisatrices, c'est dans celui-ci qu'est enregistré l'écart le plus élevé entre l'âge lors de la première prise de la CU et l'âge au moment de l'enquête. Il est de neuf ans et s'applique à Inès. Elle avait 25 à la première utilisation de la CU. Rappelons que la méthode a été introduite au Cameroun au début des années 2000. La moyenne d'âge à la première utilisation de la CU dans ce groupe est de 23,6 ans. Maguy et Nadia sont les moins âgées à la première prise (21 ans) et Mathilde la plus âgée (27 ans). Pour les répondantes dont nous avons les informations sur la situation professionnelle, quatre n'exercent aucune activité lors de la première utilisation de la CU (Barbara, Fanny, Inès et Nadia), une a un emploi (Chimène) et deux sont étudiantes (Delphine et Mathilde).

Hormis Maguy et Odile, les autres utilisatrices ont déclaré être en couple au moment de la première utilisation de la CU. Ces deux jeunes femmes ne se considèrent pas comme étant chacune en couple au moment de la première expérience de la CU parce qu'elles avaient des relations occasionnelles. C'est notamment pour cette raison qu'elles ne souhaitaient pas avoir d'enfants. La situation relationnelle de Delphine et d'Inès a évolué depuis la période de la première utilisation de la CU. Respectivement en couple lors de la première prise, elles sont mariées au moment de l'entretien : la première avec le partenaire de l'époque et la seconde avec quelqu'un d'autre.

Un cas d'IVG a été déclaré par l'une de ces utilisatrices ; il s'agit de Barbara. Barbara et Inès sont les enquêtées de ce groupe qui n'ont recouru à aucun autre moyen de contraception pré et post première utilisation de la CU. Lors de la première prise Barbara en couple était âgée de 23 ans et avait un enfant. Elle se sert de ce moyen de contraception pour espacer les naissances. Au moment de l'entretien elle a 25 ans et deux enfants. La première expérience de la CU chez Inès lorsqu'elle était célibataire répondait au besoin de reporter la première maternité. Son motif d'utilisation a évolué. La jeune femme est mariée et a quatre enfants au moment de l'enquête. Elle recourt à présent à la CU pour limiter les naissances, en raison de problèmes conjugaux (*cf.* point 5.3.3.3). Les autres enquêtées de ce groupe avaient une pratique contraceptive avant la première prise et en ont une au moment de l'enquête. La CU leur sert de méthode d'appoint ou de rattrapage.

5.3.2.3 Caractéristiques des femmes qui ont utilisé une seule fois la CU

Diane, Fernande, Gaëlle, Habiba, Henriette et Joëlle sont les six femmes qui ont recouru une seule fois à la CU. L'intervalle de temps le plus long entre l'âge lors de la première prise de la CU et l'âge au moment de l'enquête est de quatre ans. Cet intervalle concerne Gaëlle et Henriette. Elles ont pris cette méthode pour la première fois respectivement à 25 ans et 24 ans. Habiba est celle dans l'échantillon dont la première expérience de la CU au moment de l'enquête est la plus récente (dans les six mois qui ont précédé l'entretien). Diane est une élève de 20 ans lorsqu'elle utilise pour la première fois la CU. Fernande, Gaëlle et Habiba pour leur part étaient des étudiantes et étaient respectivement âgées de 22 ans, 25 ans et 23. Henriette et Joëlle avaient un emploi lors de leur première expérience de la CU étaient âgées

de 24 ans et 37 ans. Joëlle est la seule du groupe qui est mariée au moment de la première et seule utilisation de la CU.

Contrairement aux autres enquêtées de ce groupe, Habiba et Henriette ne recouraient à aucun moyen de contraception avant la première utilisation de la CU. À la suite de cette expérience, Henriette utilise le préservatif lorsqu'elle a des rapports sexuels pendant sa période féconde. On n'observe pas chez Habiba une prise de responsabilité pour une pratique contraceptive régulière. Elle a fait le choix de ne pas en adopter une en raison de ses croyances religieuses et des prescriptions coutumières (*cf.* 6.1.3). Après l'utilisation de la CU, Fernande déclare qu'elle veille à avoir le moins possible de relations sexuelles non protégées. Elle a pris la résolution d'avoir toujours un préservatif à portée de main. Joëlle et Diane utilisent le préservatif. Gaëlle et son partenaire souhaitent fonder une famille, c'est la raison pour laquelle elle n'a aucune pratique contraceptive au moment de l'enquête.

Il ressort de ce volet sur le profil des utilisatrices de la CU que la plupart d'entre elles avaient une pratique contraceptive avant de recourir la première fois à la méthode. Bien que l'échantillon ne soit pas représentatif, ce constat va à l'opposé des opinions qui comme nous le verrons, présentent les utilisatrices de la CU comme des femmes inévitablement irresponsables en matière contraceptive. Pour les enquêtées qui ont une pratique contraceptive, il arrive que celle-ci ne soit pas régulière en raison des difficultés rencontrées. On a également pu observer que pour les femmes ne recourant à aucun moyen contraceptif, l'utilisation même unique de la CU ne débouche pas forcément sur l'adoption d'une méthode régulière. Les motifs d'utilisation de ce dispositif médical peuvent évoluer dans le temps selon la situation professionnelle, les projets de vie individuels ou du couple (projet de fonder une famille), les objectifs assignés par la femme à la pratique contraceptive (espacement ou limitation des naissances). Le choix de la CU est une option qui participe à la conduite du projet familial. On n'entend ici par projet familial le souhait d'avoir ou non des enfants. Les situations vécues par les enquêtées montrent que ce projet ne fait pas toujours l'objet d'un consensus entre les partenaires.

5.3.3 Convergence et divergence dans le projet familial du couple

Les femmes interrogées utilisent la contraception d'urgence pour atteindre leurs objectifs de fécondité. Certaines pensent qu'inscrire l'utilisation de cette méthode dans une forme de

routine permet d'obtenir de meilleurs résultats. Les raisons du recours à la CU sont toutes liées à l'objectif d'éviter une grossesse non planifiée. La gestion du risque de grossesse correspond au besoin soit de reporter la première maternité, soit d'espacer les naissances, soit de les arrêter. Le tableau 5.4 est un récapitulatif des motifs d'utilisation de la CU selon l'avis des partenaires sur le projet familial dans le couple.

Tableau 5.4 : Contraception d'urgence et projet d'enfant

Le projet d'enfant au sein du couple	Contexte relationnel	Motifs d'utilisation par la femme de la contraception d'urgence
Envisagé par les deux conjoints	Couples mariés et célibataires	- Reporter la première naissance - Espacer les naissances
Envisagé uniquement par l'homme	Couples célibataires	- Attendre le moment opportun - Trop jeune pour avoir un enfant - Poursuivre ses études - Difficultés financières
Envisagé uniquement par la femme	Couples mariés	- Arrêt des naissances car nombre d'enfants souhaité atteint
Non envisageable par les deux conjoints	Relation occasionnelle	- Partenaire occasionnel - Pas de projet d'avenir avec le partenaire
	Couples mariés et célibataires	- Arrêter les naissances en raison de problèmes conjugaux - Ne se sent pas prête - Crainte de la réaction parentale (surtout pour les répondantes qui poursuivent encore leurs études) - Relation sans engagement (en couple avec un homme marié) - Relation à distance - Pas de projet de vie commune avec le partenaire - Ne souhaite pas avoir un enfant hors mariage - Difficultés financières

5.3.3.1 Reporter la première naissance

Neuf des vingt-et-une utilisatrices de la CU y recourent pour reporter la première maternité. Pour elles, il était inopportun d'avoir un enfant au moment de l'utilisation de ce dispositif médical. Denise nous confie qu'elle n'envisage aucun projet de maternité tant qu'elle n'a pas achevé ses études universitaires. Diane estime que ce serait une honte alors qu'elle est encore une élève, d'avoir un enfant. Le partenaire de Diane par contre maintient son désir de paternité face aux aspirations de sa conjointe à vouloir en priorité terminer sa scolarité. Ces jeunes femmes ne souhaitent pas se retrouver dans une posture où elles seront vivement critiquées. Le contexte social est plutôt réprobateur en ce qui concerne les jeunes filles mères. Elles peuvent faire l'objet d'une stigmatisation sociale.

Habiba est une étudiante de 23 ans en couple, de confession musulmane. Elle et son copain ne souhaitent pas avoir d'enfants pour le moment, par respect pour sa religion. Sa principale

crainte est de tomber enceinte : *« je ne pense pas que dans ma famille quelqu'un sait que j'ai une relation sérieuse avec un homme. Si je tombe enceinte ça va être mauvais pour moi. Ils sauront que je fais des choses qu'ils n'approuvent pas. C'est comme ça dans ma religion, dans ma culture. Les choses-là c'est pour les gens mariés »*. La transgression de la virginité a un coût : la stigmatisation, la honte sociale. Bakass et Ferrand (2013) ont étudié la sexualité chez les femmes au Maroc. Les auteurs observent que cette transgression peut être « moins dramatique » lorsque l'acte sexuel pénétratif est accidentel. Cela dépend des circonstances dans lesquelles l'acte s'est produit, le type de relation, les capitaux de la femme. La deuxième éventualité dans laquelle la transgression peut être relativisée c'est lorsque le rapport sexuel a eu lieu entre deux personnes qui sont mutuellement promises au mariage. Habiba n'est concernée par aucun de ces cas de figure. Le recours à la contraception d'urgence lui permet d'éviter une grossesse prénuptiale qui empirerait selon elle sa situation actuelle.

Lydie estime tout simplement être trop jeune pour avoir un enfant. Un projet de maternité n'est pas envisageable pour l'instant. Les exemples cités illustrent le souhait de femmes de retarder leur première maternité. Certaines d'entre elles à l'instar de Laura, Mathilde, Maguy ont des partenaires qui sont du même avis qu'elles. C'est le cas de Mathilde et Maguy dont respectivement le partenaire au moment de l'enquête et le partenaire de sa dernière relation ont des enfants de précédentes unions. On retrouve aussi des partenaires masculins qui ne sont pas du même avis que leur conjointe. Ce sont des cas où le couple n'a pas la même définition du « bon » moment pour avoir un enfant.

Certaines de nos enquêtées nous ont fait part du souhait, non partagé, de leur partenaire d'avoir un enfant. Quelques-unes d'entre elles n'osent pas montrer leur désaccord vis-à-vis des aspirations du conjoint. L'utilisation dissimulée de la contraception d'urgence leur permet de laisser croire à leur partenaire qu'elles ne recourent à aucun moyen contraceptif. Le moment idéal pour une première maternité est apprécié différemment et le contexte relationnel est passé au crible aussi bien par les partenaires que par leur entourage.

5.3.3.2 Espacer les naissances

Les répondantes qui ont exprimé un besoin d'espacer les naissances ne rencontrent pas d'objection de la part de leur conjoint. Les motivations de ces répondantes sont les suivantes : la situation financière du couple, le besoin de la femme d'accéder au marché de l'emploi, les risques sanitaires (antécédents de grossesses rapprochées). Delphine a déjà un enfant. Elle ne

souhaite pas en avoir un deuxième pour le moment car « *le problème là maintenant c'est qu'il faut que je finisse avec le mémoire pour qu'on cherche notre deuxième enfant après* ». Son mari la soutient dans cette décision. Zohra est une jeune femme de 28 ans, de confession musulmane, assistante en ressources humaines et qui est en couple. Elle a deux enfants nés hors du cadre conjugal. Elle a été beaucoup critiquée par ses proches durant chacune des grossesses. Malgré la pression familiale pour sceller une union maritale entre elle et le père de ses enfants, le mariage n'a pas eu lieu. Aujourd'hui elle en couple avec quelqu'un d'autre. Elle souhaite d'abord se marier avant de songer à être enceinte à nouveau. Elle utilise la CU pour reporter une troisième grossesse.

5.3.3.3 Arrêter les naissances

Inès, 34 ans (niveau d'instruction du secondaire) a déclaré ne plus vouloir d'autres enfants avec son mari. Cette mère de quatre enfants et aide-ménagère nous explique que depuis deux ans, elle entretient avec son époux des relations conflictuelles. Les tensions entre les conjoints sont dues aux infidélités du mari et à une naissance extraconjugale (un mort-né) dont le mari était le père. Depuis le début des conflits, il leur arrive « *mais très rarement* » d'avoir des rapports sexuels ; elle utilise la CU à la suite de ceux-ci. Elle et son mari ont décidé de ne plus avoir d'enfants : « *on ne veut plus d'enfants tous les deux. Le nombre qu'on a est bon, c'est quand même beaucoup* »⁴⁹. Son choix de ne plus faire d'enfants émane du fait qu'elle estime avoir fait suffisamment d'enfants. Une opinion partagée par ses amies: « *les amies c'est vrai nous avons le même point de vue hein de toutes les façons. Parce que toutes mes amies estiment que j'ai trop accouché et que ça va comme ça. Que c'est le moment de prendre soin de moi-même* ». En plus de cela, les difficultés de communication dans son couple la confortent dans le choix de ne pas envisager un projet de maternité.

Nina (32 ans, sans emploi, niveau d'instruction primaire), ne souhaite plus avoir d'autres enfants. Au moment de l'entretien elle a trois enfants et est enceinte du quatrième. En attendant d'utiliser une méthode contraceptive à long terme, elle prend régulièrement la CU. Elle n'a pas encore fait part à son mari de son souhait d'arrêter les naissances.

L'identification des motifs du recours à la contraception d'urgence interpelle sur les choix individuels et les projets du couple en matière de planification des naissances. Le projet

⁴⁹ Le mari d'Inès est surveillant général dans un lycée. Il a sept enfants : il en a quatre avec elle, deux de précédentes relations et un d'une relation extraconjugale.

parental peut souffrir ou pas de désaccord entre les conjoints. Les projets de vie, la situation relationnelle, les exigences normatives liées aux structures sociales sont des éléments qui interviennent dans la gestion de la fécondité.

Le choix de la CU, comme nous l'avons vu précédemment est à situer dans les expériences contraceptives des femmes interrogées. Les utilisatrices voient en cette méthode un moyen moins contraignant, discret ou encore moins nocif (en termes de tolérance des effets secondaires) pour arriver à atteindre leur(s) objectif(s) de fécondité. Leurs pratiques contraceptives qu'elles soient modernes ou naturelles, sont révélatrices non seulement d'attentes en matière de planification des naissances, mais aussi de représentations et de craintes relatives à la contraception en général.

Les enjeux de la survenue d'une grossesse non planifiée diffèrent selon le contexte relationnel dans lequel se trouvent les individus concernés⁵⁰. À Yaoundé, les grossesses prénuptiales peuvent revêtir une dimension stratégique s'inscrivant notamment dans une logique de (re)dynamisation de la relation ou une logique financière. Comme le montre Calvès (1999b-a), la croyance selon laquelle une grossesse hors mariage est un moyen pour les femmes d'inciter leur partenaire à les épouser est répandue dans la capitale. Cependant, la même étude révèle que les hommes et les femmes disent avoir également conscience que se servir d'une grossesse comme moyen de pression pour contracter un mariage ne s'avère pas nécessairement efficace. Sur le plan financier, une grossesse prénuptiale est parfois perçue par des jeunes filles à Yaoundé comme un facteur qui leur permettra d'élever leur statut socioéconomique. Elles envisagent cela dans le cas où le père du bébé à naître a des revenus conséquents.

Dans le cas où l'utilisation de la CU a été décidée d'un commun accord en vue d'atteindre un objectif précis, la méthode vient appuyer la démarche du couple. Par contre, lorsque les projets familiaux divergent, le recours à la contraception d'urgence peut s'inscrire dans une stratégie personnelle de la femme. Celle-ci opte pour une stratégie d'évitement à la fois du conflit (résultant des difficultés de communication avec son partenaire) et de la grossesse. On

⁵⁰ Selon Adjmagbo *et al.* (2013), ce contexte relationnel fait référence principalement au degré de légitimité (par rapport à l'entourage) de la relation, à la situation socioéconomique de chaque partenaire du couple, au contexte familial ou de socialisation de la femme, aux rapports de pouvoir en matière de choix de fécondité. À cela s'ajoute la nature de la relation, en termes de durée et d'intentions liées à un projet conjugal, au projet de fonder une famille (Rossier *et al.*, 2013).

note que dans les cas étudiés, les répondantes considèrent très souvent qu'elles sont les seules lorsque le couple ne souhaite pas (encore) avoir d'enfants, à faire des propositions dans ce sens. Le partenaire masculin est présenté comme un individu en retrait qui est d'accord sur le fait de ne pas ou plus avoir d'enfants, mais qui laisse à la femme le soin de prendre les mesures qui s'imposent. Etant donné que nous n'avons pas interrogé d'hommes, nous ne pouvons pas confirmer ou infirmer le portrait dressé par les enquêtées. Il se peut que les partenaires masculins ne soient pas que des acteurs passifs.

Après avoir identifié les motifs d'utilisation de la CU, nous présentons dans la prochaine section les freins à son recours.

5.3.4 Les résistances à l'utilisation de la contraception d'urgence

Ce volet est principalement consacré aux femmes de notre échantillon qui connaissent la contraception d'urgence et qui n'y ont jamais recouru. Elles sont huit. Parmi elles, une n'utilise aucune méthode contraceptive⁵¹, quatre utilisent une contraception moderne et trois autres une méthode naturelle.

5.3.4.1 L'assimilation de la contraception d'urgence à l'avortement provoqué

La suspicion autour d'un possible effet abortif de la CU est un argument dissuasif d'utilisation pour certaines enquêtées. Parmi les huit femmes qui nous intéressent ici, une seule croit sans réserve en cet effet abortif, trois ont un avis partagé sur la question, trois autres n'ont aucune idée et une est contre l'assimilation de la méthode à un avortement provoqué. Tatiana (28 ans, sans emploi, célibataire, niveau d'instruction secondaire) pense que l'utilisation de la CU est une pratique abortive. Selon elle, « *si tu prends ça c'est pour évacuer ce qu'il y a dans ton ventre. Tu peux évacuer un bébé qui est déjà là en train de se former, tu ne sais même pas. Il y a trop d'histoire de délai et tout ça avec la pilule-là. Comment tu es sûre qu'il n'y a pas déjà eu fécondation ? (...) Moi je pense qu'on peut voir ça comme un avortement. En tout cas moi je suis contre l'avortement c'est pour ça que j'ai peur d'utiliser la pilule du lendemain* ». La perception personnelle de la pratique abortive, l'association de la contraception d'urgence à l'avortement provoqué dissuadent Tatiana d'envisager une utilisation future de la méthode. À cela s'ajoutent les difficultés de compréhension du mécanisme d'action.

⁵¹ Il s'agit de Tatiana qui est enceinte au moment de l'enquête.

Ces difficultés sont également évoquées par Rita (élève de 19 ans, niveau d'instruction secondaire, célibataire), Olive (commerçante de 30 ans, célibataire, niveau d'instruction secondaire) et Adèle (couturière de 35 ans, mariée, niveau d'instruction du secondaire). Ces jeunes femmes ont des avis mitigés sur l'effet abortif de la CU. Premièrement, les incertitudes et le manque d'informations autour du mécanisme d'action ne contribuent pas à dissiper leurs doutes. C'est une des raisons pour lesquelles Rita et Adèle affirment ne pas vouloir utiliser cette méthode. Outre les éléments liés au principe d'action, Olive évoque la durée de vie des spermatozoïdes : *« je pense qu'on peut plus ou moins parler d'avortement. Plus ou moins euh, plus ou moins parce que ça dépend du nombre de temps que euh le spermatozoïde fait pour féconder »*. Deuxièmement, ces femmes pensent qu'il n'y a pas lieu de parler d'avortement si la prise de ce contraceptif intervient suffisamment rapidement après le rapport sexuel non ou mal protégé.

La pratique abortive est socialement et juridiquement condamnée au Cameroun. Comme nous le verrons dans le chapitre suivant, le recours à l'avortement provoqué est stigmatisé (*cf.* point 6.2.2). L'assimilation de la CU à cet acte peut expliquer que des femmes, même utilisatrices, désapprouvent le recours à cette contraception⁵². Il s'opère comme une sorte de transfert des perceptions sociales de l'avortement provoqué sur ce moyen de contraception.

Bernadette (étudiante de 21 ans, niveau d'instruction supérieur, célibataire), Sara (commerçante de 26 ans, niveau d'instruction secondaire, célibataire) et Noémie (aide-ménagère de 40 ans, niveau d'instruction primaire, mariée) préfèrent ne pas se prononcer sur le sujet. Elles estiment ne pas avoir suffisamment d'informations pour répondre à la question.

Viviane (fonctionnaire de 36 ans, niveau d'instruction du secondaire, mariée) est la seule de ce groupe de huit à affirmer que la contraception d'urgence n'est pas une méthode abortive. *« Si la pilule du lendemain est une forme d'avortement ça veut dire que les contraceptifs euh, les autres contraceptions ordinaires le sont aussi puisque tout cela concourt juste à la limitation des naissances. Toutes ces contraceptions visent quelque part le même but. Donc je trouve que c'est la même chose, on ne doit donc pas parler d'avortement »*. Viviane a

⁵² Fernande et Habiba sont deux utilisatrices de la contraception d'urgence qui regrettent d'y avoir recouru. L'une des raisons de ce regret est relative aux suspicions qu'elles ont au sujet de l'effet abortif du contraceptif. Elles se disent mal à l'aise à l'idée de savoir que la prise de ce contraceptif peut être considérée comme un avortement provoqué. Elles n'ont recouru qu'une seule fois à la contraception d'urgence.

conscience que la CU n'est pas une méthode ordinaire, mais que cela ne fait pas d'elle pour autant une méthode abortive.

5.3.4.2 Les effets secondaires rapportés

Bernadette et Sara disent se méfier de la CU en raison des « *histoires* » qui leur ont été rapportées à propos des effets secondaires. Bernadette nous fait part du cas de la cousine de sa meilleure amie qui a utilisé pendant des années, à plusieurs reprises la contraception d'urgence. Elle a aujourd'hui des difficultés de conception. Bernadette relie ces difficultés à un usage régulier de la CU. Craignant de se retrouver dans la même situation que la cousine de sa meilleure amie, Bernadette préfère ne pas utiliser ce moyen de contraception. La sœur de Tatiana a eu des saignements abondants pendant les périodes qui suivaient la prise de la contraception d'urgence : « *elle peut saigner deux à trois fois dans le mois. Elle avait quelques malaises (...). Avec les problèmes que ça a causé sur la santé de ma sœur, je ne peux pas prendre cette pilule* ». Il a été également rapporté à Sara un dérèglement du cycle menstruel ainsi que des maux de tête consécutifs à la prise de la contraception d'urgence. « *Je n'ai pas envie d'utiliser un truc qui va me causer des soucis de santé* » dit-elle. Elle utilise la le Norplant qui lui a été recommandé par son gynécologue et qui jusqu'ici lui convient : « *je suis les conseils de mon gynéco. Je pense qu'il connaît plus sur le sujet que moi* ».

La crainte des effets secondaires de la CU est une des raisons pour lesquelles certaines femmes n'adhèrent pas à la méthode. Le partage d'expériences renforce leur conviction de s'en tenir aux méthodes qu'elles ont déjà utilisées jusqu'ici. Elles ne cherchent pas à en savoir davantage auprès des professionnels de santé aussi bien sur les effets secondaires reconnus que sur le supposé effet abortif du contraceptif. Le partage d'expériences est un cadre sans filtre dans lequel des informations erronées peuvent circuler. Les mythes et les rumeurs sont un terrain favorable à l'enracinement des perceptions négatives vis-à-vis de la contraception en général. En effet, la manière dont les effets secondaires sont rapportés peut être exagérée ou détournée.

À la différence de l'EDS de 2004, l'EDS-MICS 2011 ne fournit pas d'informations sur la proportion de femmes au Cameroun qui n'utilisent pas la contraception par peur des effets secondaires. En 2004, 7% des non-utilisatrices de la contraception justifient leur choix par les problèmes de santé et la crainte des effets secondaires. Par contre, L'EDS-MICS 2011 indique qu'environ 67% des utilisatrices de la contraception moderne ont déclaré avoir été informées

par un agent de santé ou de planification familiale, des effets secondaires ou des problèmes de la méthode utilisée. Une étude réalisée au Ghana montre que lorsque les femmes sont informées à l'avance par les professionnels de santé des effets secondaires reconnus d'une méthode, elles sont plus susceptibles soit de s'en accommoder et de continuer à utiliser la méthode, soit de la changer, plutôt que de cesser toute pratique contraceptive (Bailey, 2009).

Both et Samuel (2014) ont noté chez les jeunes interrogés en milieu urbain à Addis Abeba (Ethiopie), une volonté d'en savoir davantage sur la CU. Les auteurs soulignent dans leur étude qualitative le souci des jeunes hommes et des jeunes femmes de s'informer sur les effets secondaires possibles de ce moyen contraceptif. Ils font la démarche de chercher et de lire la documentation disponible (parfois incomplète et incompréhensible) ou de se rendre dans les pharmacies pour obtenir des renseignements. Cependant, ils se heurtent au silence des prestataires de services de santé. Ces derniers sont particulièrement inquiets par le nombre croissant de jeunes qui achètent cette méthode et par les répercussions de l'utilisation de cette méthode sur les comportements sexuels.

5.3.4.3 Un manque d'intérêt pour la méthode

Au-delà des préoccupations liées aux effets secondaires ou aux connexions avec l'avortement provoqué, la non-utilisation de la contraception d'urgence s'explique également par un manque d'intérêt vis-à-vis de la méthode. Cela s'explique différemment chez les quatre enquêtées concernées par ce point. Adèle et Olive ont une préférence pour les méthodes contraceptives naturelles. Elles estiment avoir une maîtrise suffisante des techniques en la matière et n'envisagent pas de recourir à la contraception moderne, notamment à la CU. Elles ne se sont pas encore retrouvées dans une situation qui les conduirait à envisager l'utilisation de ce dispositif médical. Viviane et Noémie préfèrent des méthodes contraceptives à moyen terme. Viviane a opté pour le Dépo-Provera qui est un contraceptif injectable renouvelable tous les trois mois. Noémie utilise le Norplant car elle ne se sent pas en sécurité avec ce qu'elle appelle « *les méthodes temporaires* » (pilule et préservatif). Elle explique le choix du Norplant par l'échec contraceptif qu'elle a connu avec les injectables. Elle a eu deux grossesses en l'espace d'un an et demi alors qu'elle utilisait un contraceptif injectable. N'étant pas satisfaite des méthodes contraceptives utilisées jusqu'ici, elle a décidé de recourir au Norplant dont l'efficacité s'étale sur un plus long terme.

5.4 L'accès à la contraception d'urgence dans la ville de Yaoundé

La contraception d'urgence est vendue au Cameroun sans obligation de détenir une ordonnance médicale. C'est ce qu'on appelle la vente libre. Ce type de vente qu'on retrouve aussi bien en vigueur dans d'autres pays du Sud que du Nord est critiqué. L'absence de prescription médicale obligatoire soulève le débat sur le risque d'une utilisation abusive du contraceptif (Campa *et al.*, 2003 ; Steiner *et al.*, 2000), sur les risques sanitaires consécutifs à un tel usage (PPAG, 2001), sur la possibilité d'une substitution de la CU à la contraception classique (Jackson *et al.*, 2003 ; Mayhew *et al.*, 2013), sur la promiscuité sexuelle (Barrett et Harper, 2000 ; Both et Samuel, 2014).

La réglementation au Cameroun attribue aux pharmacies la charge de vendre la CU. Cependant, elle est disponible dans certaines formations sanitaires privées grâce au partenariat qu'elles entretiennent avec des organisations non gouvernementales (ONG) en santé de la reproduction. La disponibilité de la méthode dans ces formations dépend de la demande des bailleurs de fonds (c'est-à-dire les domaines sur lesquels ils souhaiteraient que l'ONG se focalise), des axes d'intervention qui auront été adoptés par l'ONG, et du budget octroyé par ces bailleurs. Une coordonnatrice de projets de santé sexuelle et reproductive au sein d'une ONG nous dit ceci : *« cette année on n'a pas pu constituer le stock de contraceptifs d'urgence. Je crois que ce ne sera possible qu'à partir de l'année prochaine. Comme je disais nous réalisons nos activités dans le cadre de projets précis. Et s'il n'y a pas une année un projet qui s'occupe de la contraception d'urgence on ne peut pas le faire. On a tantôt des projets qui s'occupent seulement des méthodes de courte durée, on a tantôt des projets qui s'occupent des méthodes uniquement de longue durée. Donc pour le moment on n'a pas un projet de contraception d'urgence actuel, mais l'année prochaine c'est prévu »*. L'approvisionnement et la disponibilité de la méthode dans ce réseau privé sont conditionnés par un ordre de priorités des axes d'intervention.

Pour analyser les conditions d'accès à la CU dans la ville de Yaoundé, nous avons choisi trois éléments qui ressortent des discours des enquêtées. Il s'agit du prix, des attitudes des prestataires qui fournissent la méthode et des opinions sur la vente libre. À travers ces éléments nous touchons aussi du doigt la question de l'intégration de la méthode dans l'offre contraceptive.

5.4.1 Une méthode coûteuse

Plus de la moitié des utilisatrices de la contraception d'urgence de notre échantillon estiment qu'elle est coûteuse. Plusieurs marques de contraceptifs d'urgence sont vendues en pharmacie. Les prix sont compris entre 1000 et 5000 FCFA. La plupart des utilisatrices interrogées ont utilisé le Norlevo dont le prix va de 3320 à 4800 FCFA. 37,5% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté fixé à 931 FCFA (Institut national de la statistique, 2015b). Cette partie de la population ne peut pas a priori prétendre à l'achat d'un tel moyen de contraception. Chimène et Denise parlent d'inégalités et de discriminations. Chimène (dont le coût du dernier achat s'est élevé à 2000 FCFA) affirme qu' : *« il n'est pas accessible à tout le monde surtout que c'est une contraception d'urgence. Selon moi il devrait coûter très moins cher parce qu'il répond aux urgences »*.

Pour Denise le maintien de tels prix est une prise de risque par les autorités sanitaires. Elle y voit un facteur qui inciterait plutôt les femmes à acheter auprès des pharmacies ambulantes de rue, des méthodes présentées comme ayant plus ou moins les mêmes propriétés que la CU. Ainsi, *« beaucoup de filles ne peuvent pas aller en pharmacie à cause du prix. Généralement elles vont voir les gens en route ; il y en a qui vendent en route des comprimés, pas le Norlevo, mais des trucs qui ressemblent au Norlevo »*. Pour Inès la cherté du Norlevo est injustifiée car il n'y a qu'un comprimé dans la boîte. Elle dit ceci : *« je ne comprends pas pourquoi est-ce qu'on vend un seul comprimé à presque 4000 francs. C'est cher bien cher, trop cher pour un seul petit comprimé »*. Pour Fanny, le principal inconvénient de ce produit médical est son coût. Ne peuvent y accéder selon Lydie, que ceux qui ont les moyens financiers de l'acheter. Certaines répondantes se replient sur des contraceptifs d'urgence moins onéreux et parfois vendus dans la rue. Les enquêtées citées ci-dessus, tout en ayant des situations relationnelles et d'activités différentes sont d'avis que la CU est une méthode coûteuse. Chimène, Fanny, Lydie sont respectivement en couple, Inès est mariée et elles ont toutes les quatre un emploi. Denise est une étudiante en couple.

Dans notre échantillon, on retrouve quelques utilisatrices pour lesquelles le prix du Norlevo est abordable et d'autres qui estiment que la méthode n'est pas du tout coûteuse. Pour Delphine, Nadine et Diane le Norlevo n'est pas onéreux. Les deux premières sont mariées et la dernière est en couple. Ce sont leurs partenaires respectifs qui financent totalement l'acquisition du moyen de contraception et parfois l'achètent. Diane et Nadine ne se posent aucune question sur le prix. Diane a utilisé une seule fois la méthode et son partenaire ne lui a

fait aucune remarque sur le coût. Bien qu'ils aient des divergences d'opinion sur le projet familial, Diane a insisté pour que son partenaire lui donne la somme nécessaire à l'achat de la CU. Elle souhaite se montrer ferme sur sa décision de ne pas avoir d'enfants avant la fin de ses études. Considérant l'absence de plainte ou de critique de son partenaire sur le sujet, elle estime que le montant n'est pas un problème.

Delphine nous explique qu'elle a les moyens de se procurer cette méthode contraceptive grâce à son mari. Elle l'affirme de la manière suivante : « *c'est pas vraiment cher, très efficace un comprimé vraiment. À presque 4000 c'est pas cher (...). C'est mon mari qui achète la boîte de Norlevo ou alors il me donne l'argent pour que je le fasse. Ça coûte entre 3600 et 4000 FCFA en pharmacie. On n'a jamais eu de problème pour acheter. Mon mari a quand même l'argent* »⁵³. La participation du conjoint à l'achat et le niveau de vie du couple agissent sur leurs perceptions du prix de la contraception d'urgence. Par contre la contribution financière des partenaires de Mathilde, Fanny ou de Lydie n'empêche pas ces femmes de penser que la CU est chère. Lydie déclare : « *on peut dire que c'est pas quand même donné hein c'est aussi dans les 4000 quelque chose. Moi je peux pas m'offrir ce luxe-là. C'est mon gars qui me donne l'argent. Il achète lui-même parfois. C'est beaucoup d'argent parce que j'ai déjà utilisé ça plusieurs fois* ».

Des utilisatrices nous ont fait part d'alternatives à la CU qui leur permettent de diminuer les dépenses liées au coût de la méthode.

5.4.1.1 Les alternatives à la contraception d'urgence

Nina et Arlette nous révèlent qu'en situation de budget limité, il leur est arrivé d'acheter en bordure de route des « *petits comprimés* » qui auraient la même fonction que les produits contraceptifs d'urgence vendus en pharmacie. Nina qui est mariée et sans emploi déclare : « *quand j'ai de l'argent, je vais en pharmacie pour le Norlevo, si je n'ai pas assez je vais chez les vendeurs ambulants. Le prix là-bas c'est 500 francs, c'est deux comprimés* ». Arlette (étudiante en couple) nous avoue que même lorsqu'elle a suffisamment d'argent pour l'achat en pharmacie, elle préfère parfois, par souci d'économie, s'orienter vers les pharmacies ambulantes. Elle dit ceci : « *oui c'est trop cher. Parfois on est obligé d'acheter les petites choses parfois moins de 500 francs (...). Parfois même si on me donne l'argent qu'il faut, j'achète ce qui est moins cher (rires)* ». Arlette a déjà acheté auprès des pharmacies

⁵³ Le mari de Delphine est un homme d'affaires dans le secteur des transports.

ambulantes une boîte de deux comprimés du nom de Menstrogen, pour la modique somme de 100 FCFA. Les vendeurs lui ont attesté que c'était un contraceptif d'urgence. Elle n'a eu aucun effet secondaire suite à la prise de ces comprimés. La cherté du Norlevo conduit des utilisatrices qui n'ont pas de revenus à s'orienter vers des sources informelles d'approvisionnement. Les prix qui y sont pratiqués sont considérés comme abordables par ces utilisatrices. Pourtant, il existe des contraceptifs d'urgence moins coûteux que le Norlevo qui sont vendus en pharmacie.

Le marché noir pharmaceutique est un problème de santé publique au Cameroun. Cette offre de médicaments hors du secteur formel s'est développée dans un contexte où l'accès aux soins de santé et aux médicaments constitue une difficulté majeure pour les populations. L'approvisionnement en CU et globalement en médicaments auprès d'un circuit illicite de vente n'est pas sans risque sanitaire pour les clients. Ils acquièrent des produits médicaux dont la provenance, les conditions d'acheminement et de conservation, les propriétés (curatives ou préventives) sont douteuses. Ils ne disposent pas de conseils avisés de la part d'un spécialiste sur l'utilisation correcte du produit acheté. D'où le risque de mésusage du médicament.

La notoriété du Norlevo grâce au bouche à oreille, aux retours d'expérience sur l'efficacité du produit font que ces femmes y accordent leur confiance et l'achètent. Pour certaines cette dépense est perçue comme un sacrifice utile, nécessaire. Fanny déclare à cet effet que : *« c'est coûteux quand même. Mais bon, euh, ça ne peut pas me décourager parce que même si c'est 5000 francs je vais acheter. Je n'ai pas le choix »*. Il s'agit d'une dépense utile pour Zohra (assistante en ressources humaines, en couple) afin d'éviter les frais occasionnés par un éventuel recours à un avortement provoqué en cas de grossesse avérée. Elle préfère faire face à la cherté de la CU : *« vaudrait mieux dépenser à ce niveau que d'attraper une grossesse et se mettre à dépenser des centaines de mille pour avorter. Je trouve que c'est pas aussi bien. On ne sait pas si demain tu pourras avoir un bébé »*. Ce qui compte pour Fanny et Zohra c'est l'efficacité du produit et une garantie d'éviter une grossesse. Par contre pour Nadia (sans emploi, en couple) l'efficacité ne justifie pas le fait de dépenser autant. Elle a décidé de ne plus recourir à cette méthode, en raison notamment du prix. Elle l'explique ainsi : *« c'est cher mais c'est efficace aussi. Mais j'ai déjà commencé à me renseigner sur les injections parce que la pilule du lendemain est chère. C'est ce que je me dis qu'elle est chère. Je ne souhaite plus utiliser ça. S'il faut dépenser presque 5000 francs tout le temps quand tu l'utilises c'est beaucoup d'argent »*. À la différence de Nina et d'Arlette, des enquêtées comme Maguy

(assistante comptable de 23 ans qui n'est pas en couple) et Mathilde (sans emploi, en couple) préfèrent acheter en pharmacie les contraceptifs d'urgence dont le prix est « *plus abordable* ». Les deux femmes achètent le Stédiril⁵⁴, un contraceptif hormonal oral vendu à 1000 FCFA. Mathilde nous explique qu'elle a pris connaissance récemment de l'existence du Stédiril. Elle envisage le cas échéant de l'acheter désormais, plutôt que le Norlevo qu'elle trouve cher.

Le fait d'acheter auprès des vendeurs de rue des comprimés présentés comme un substitut de la CU fournit à ces femmes des informations sur d'autres options contraceptives. Ces femmes élargissent dans une certaine mesure leur champ de connaissances, bien que cela se passe dans un cadre non réglementaire, avec tous les risques que cela comporte. Ces alternatives contraceptives dénotent d'un niveau d'appropriation du contraceptif.

En conclusion de ce volet sur le coût de la CU, il y a lieu de retenir que les perceptions diffèrent selon la situation professionnelle et le statut matrimonial des répondantes. Le rapport qualité-prix est un élément qui convainc certaines femmes de notre échantillon de continuer à acheter une méthode qu'elles considèrent pourtant coûteuse. L'achat de ce produit médical affecte clairement leur budget, pourtant elles ne renoncent pas à l'achat. Cela peut paraître paradoxal. Il ressort que la réputation de l'efficacité de la marque Norlevo les conforte dans leur décision. On peut émettre ici l'hypothèse selon laquelle la marque du produit rassure des consommatrices sur sa qualité et son efficacité. On pourrait en dire de même parlant de la cherté du produit. Ainsi, les contraceptifs d'urgence vendus à bas prix seraient perçus comme de moindre qualité et donc moins efficaces. Cependant tout le monde n'accepte pas de payer plus cher comme nous l'avons vu précédemment.

Chimène et Joëlle émettent le souhait de voir baisser les prix: « *comme on dit urgence c'est quelque chose qui est moins cher et qui porte secours donc ça devrait être à un prix très très insignifiant, c'est-à-dire moins de 500 francs, au prix auquel tout le monde peut accéder* ». L'accessibilité financière de la contraception d'urgence au Cameroun peut aussi être analysée sous l'angle d'un acte stratégique des autorités sanitaires. Il existe une gamme assez élargie de méthodes contraceptives moins coûteuses, de méthodes dont l'efficacité est à plus long terme

⁵⁴ Le Stédiril est une pilule contraceptive d'urgence dont le dosage hormonal repose sur la méthode Yuzpe. L'avènement de cette méthode remonte aux années 1970. Elle consiste en l'administration de l'équivalent de quatre comprimés de Stédiril en deux prises, à 12 heures d'intervalle. Le dosage hormonal du Stédiril est plus fort que celui des contraceptifs d'urgence contenant uniquement le lévonorgestrel. La commercialisation du Stédiril a été arrêtée en France en raison d'importants risques sanitaires qu'il présente.

que celle de la contraception d'urgence. Ce sont également des méthodes moins ou pas du tout controversées que les femmes pourraient tout aussi bien utiliser. Au vu de tout ce qui précède, on peut se poser la question de savoir si les prix pratiqués en matière de contraception d'urgence ne sont pas une façon (implicite) d'encourager les femmes à utiliser des méthodes ordinaires et régulières. Le débat est ouvert avec notamment les attitudes des prestataires vis-à-vis des utilisatrices de ce produit médical.

5.4.2 Les attitudes des prestataires de services de santé à l'égard des utilisatrices de la contraception d'urgence : le point de vue des femmes

Les attitudes des prestataires que nous évoquons ici sont celles rapportées par les utilisatrices de la contraception d'urgence interrogées. Nous identifions donc de manière indirecte dans le présent volet, les représentations sociales de ce dispositif médical chez les prestataires de services de santé. Dans le chapitre suivant nous comparons ces opinions à celles directement recueillies auprès des professionnels de santé. Cela nous permet de vérifier les hypothèses de travail relatives à l'influence de la qualité relationnelle prestataire-cliente et des représentations sociales des professionnels de santé sur l'accès à la méthode et son utilisation. Les informations recueillies auprès des femmes mettent en exergue trois situations. La première est celle dans laquelle le prestataire n'émet aucun jugement de valeur en lien avec l'utilisation de la méthode. Cela peut se passer soit au moment de l'achat ou lorsqu'une répondante lui fait part d'une expérience antérieure d'utilisation. Sont classés ici les prestataires que des répondantes perçoivent principalement comme des commerçants. La deuxième situation est celle où les enquêtées ont relevé chez le prestataire la prédominance de la fonction de conseiller. La troisième situation décrit l'attitude moralisatrice des prestataires.

5.4.2.1 Le prestataire de services de santé perçu comme un commerçant

Les femmes qui ont utilisé une seule fois la CU ne font pas partie des utilisatrices qui perçoivent les prestataires comme un commerçant au moment de l'achat. Ce sont les utilisatrices régulières et occasionnelles de la méthode qui partagent cette opinion. Delphine qui utilise occasionnellement la CU fait partie de celles qui n'ont pas eu ou dont le conjoint n'a pas eu à recevoir une quelconque remarque de la part d'un prestataire. Elle explique cela par le fait qu'il y a certains vendeurs en pharmacie qui s'intéressent essentiellement à l'écoulement des médicaments ; « *ils servent les gens, ils veulent l'argent c'est tout* ». Odile (utilisatrice occasionnelle, pas en couple) qui n'a pas également reçu une observation d'un prestataire est du même avis. Elle observe une priorité accordée par des prestataires à la vente

du contraceptif. Voici ses propos : *« moi je n'ai pas l'impression que les vendeurs dans les pharmacies n'aiment pas vendre la pilule du lendemain. En tout cas moi on ne m'a jamais rien dit, on ne m'a pas encore regardée bizarrement là-bas. Euh je ne pense pas. Il n'y a pas de difficultés (...) Moi je me dis ils sont là pour faire leur business. Si tu peux acheter tu achètes »*. C'est également l'avis de Denise qui fournit l'argument d'une possible tolérance des vendeurs vis-à-vis de ce contraceptif. Selon elle, leur silence se justifie par le fait qu'ils toléreraient l'acquisition du produit médical parce qu'il permet aux femmes d'éviter une grossesse dont l'issue ne serait pas certaine. *« Il faut bien faire entrer l'argent dans les caisses des pharmacies (rires). Pourquoi est-ce qu'ils nous critiqueraient quand on achète ça ? Ne trouvez-vous pas que c'est plus choquant de faire avorter une femme que de voir une femme prendre la pilule du lendemain ? »*.

En suivant le raisonnement de Denise (utilisatrice régulière), l'achat de la CU s'apparente à un acte de maturité qui éviterait à la femme de commettre un acte socialement et juridiquement reprouvé. Ce qui rendrait par conséquent l'achat de la CU acceptable. Peut-on pour autant dire que le silence du prestataire est un signe d'approbation de la démarche de la cliente ? Le fait qu'il n'émet pas d'avis particulier peut aussi signifier qu'il réserve pour lui son opinion. Elle peut être favorable ou défavorable. Cela peut également renvoyer au fait que le prestataire n'a pas d'opinion sur le sujet. Dans le cas de notre étude, tous les prestataires de services de santé interrogés ont un avis sur ce moyen de contraception.

Des répondantes telles que Delphine, Fanny, Odile (utilisatrices occasionnelles) et Denise affirment qu'au cours de leurs différents achats de la contraception d'urgence, les vendeurs ne leur ont jamais demandé leurs motivations personnelles. Ce qui n'est pas le cas par exemple d'Arlette (utilisatrice régulière), de Barbara, de Mathilde (utilisatrices occasionnelles). Arlette se souvient que parfois les assistants en pharmacie l'interrogeaient sur ses motivations, sur les circonstances du rapport sexuel non protégé. Barbara raconte que : *« la dame de la pharmacie m'a demandé pourquoi je voulais acheter la pilule du lendemain. Elle m'a demandé si c'est un médecin qui m'avait prescrit j'ai dit que oui c'est un médecin qui m'avait prescrit, alors que c'était faux et que j'avais l'habitude de la prendre. Là elle m'a donné mes médicaments »*. C'est en situation d'urgence que Mathilde a entendu parler pour la première fois du contraceptif en pharmacie. Elle a brièvement échangé sur le sujet avec les vendeurs.

Delphine, Denise et Odile sont les trois enquêtées qui perçoivent les vendeurs davantage comme des commerçants, que comme des agents de santé, des conseillers. Arlette, Barbara,

Mathilde ou encore Chimène, Fanny (utilisatrice occasionnelle), Nadia n'ont insisté à aucun moment de l'entretien sur la dimension commerciale de leurs échanges avec les vendeurs en pharmacie. On peut pourtant lire à travers les déclarations de Chimène (utilisatrice occasionnelle) que cette dimension est présente. Toutefois, elle ne l'accentue pas à travers ses explications : *« tout était normal (...) Si tu demandes on te donne. Il suffit d'en demander (...) »* dit-elle. Nadia (utilisatrice occasionnelle) décrit la même expérience : *je suis allée (à la pharmacie), j'ai donné le nom de ce que je voulais, on m'a donné le montant j'ai donné l'argent* ». En fait ces femmes soulignent ici la normalité du cadre de leur acquisition de la contraception d'urgence en pharmacie. Elles n'ont rien noté d'inhabituel. Cette normalité nous donne à comprendre que pour certaines femmes, l'achat de ce moyen de contraception ne donne pas forcément lieu à des interactions différentes entre prestataires et clientes. Tout se déroule comme s'il s'agissait d'obtenir un produit médical ordinaire.

Les propos recueillis auprès de Delphine, d'Odile, montrent qu'elles estiment connaître la contraception d'urgence au point de ne pas demander d'informations supplémentaires auprès d'experts. Nous l'avons vu précédemment lorsque nous évoquions les femmes ayant connaissance de la méthode grâce aux réseaux interpersonnels. La plupart d'entre elles n'ont pas sollicité la fonction conseil d'un professionnel de santé pour un complément d'informations. La situation est telle qu' *« autant les usagers reconnaissent la compétence du pharmacien comme spécialiste du médicament, notamment lorsqu'ils disposent d'une ordonnance ou qu'ils lui présentent un problème de santé nouveau, autant ils donnent l'impression que cette confiance s'ébranle quand il s'agit de l'achat de médicaments d'usage courant ou de troubles dont ils pensent avoir l'expérience et la maîtrise »* (Mbarga et al., 2014, §.37). Le crédit accordé aux renseignements issus des réseaux interpersonnels peut expliquer le « rapport marchand » relevé par des répondantes avec les prestataires de services de santé. Bien que Delphine n'ait jamais rencontré de problème, elle avoue être parfois gênée de se rendre en pharmacie. Dans ces cas-là c'est son mari qui effectue l'achat : *« on était ensemble, il est entré dans la pharmacie j'ai préféré rester dehors. Je ne voulais pas qu'on me regarde »*. Même si le prestataire n'émet pas d'avis particulier, la cliente peut être convaincue qu'il n'en pense pas moins. La crainte d'être jugée est présente.

5.4.2.2 Le prestataire de services de santé et les oscillations entre conseiller et moralisateur

Nous avons mentionné plus haut que quatre des femmes ayant entendu parler de la contraception d'urgence pour la première fois par les proches en ont rediscuté avec des professionnels de santé. Parmi elles il y en a trois qui ont déjà utilisé la méthode et qui en ont fait part à un prestataire de services de santé. Dans les trois cas, ce dernier a émis un avis défavorable à l'utilisation de ce produit médical et a recommandé un autre moyen de contraception. Arlette (utilisatrice régulière) nous raconte une partie de la conversation qu'elle a eue avec une infirmière en santé de la reproduction. Elle dit ceci : *« elle (l'infirmière) m'a demandé à quelle occasion je prends la pilule du lendemain. J'ai expliqué que c'est quand j'ai des rapports non protégés c'est là que je prends la pilule du lendemain. En fait elle m'a fait comprendre que tout ça même n'est pas bien, que la seule méthode c'est utiliser des préservatifs »*.

La pharmacienne avec laquelle Nadine (utilisatrice occasionnelle) s'est entretenue lui a tenu des propos similaires : *« elle ne m'a pas dit de ne pas utiliser, elle m'a dit qu'au lieu de prendre ça (la pilule du lendemain), il y a le préservatif qui t'épargne la grossesse et les IST. Que ça là (la pilule du lendemain) ne protège pas des IST. Je lui ai dit que je sais (...) Pour elle c'était de me conseiller. Euh au lieu d'avoir les rapports sexuels non protégés je ferai mieux de me préserver pour ne pas tomber enceinte, au lieu de chercher à éviter au moment où les rapports ont déjà eu lieu. J'ai pris ça comme un conseil »*. Henriette qui a utilisé une seule fois la CU a discuté de la méthode avec son gynécologue lors d'une échographie ; celui-ci lui a déconseillé une future utilisation de ce dispositif médical car il ne serait pas fiable. Elle donne raison à son gynécologue dans la mesure où elle est tombée enceinte quelques temps après avoir utilisé ce contraceptif. Nadine (mariée), Arlette et Henriette (célibataires) disent n'avoir ressenti aucune animosité de la part des prestataires avec lesquels elles ont échangé. Pour elles, leurs interlocuteurs étaient dans leur rôle légitime de conseiller.

Trois répondantes nous ont fait part de récits qui soulignent le comportement moralisateurs de certains prestataires lors de l'achat de la contraception d'urgence. Les expériences relatées ont soit été vécues personnellement par nos enquêtées, soit leur ont été rapportées. Dans ces trois cas il s'agit de jeunes femmes célibataires qui souhaitent disposer de la CU. Habiba (étudiante de 23 ans en couple) qui a utilisé une fois la CU, a dû s'y prendre à trois reprises pour l'obtenir. Elle raconte qu'elle s'est rendue à la pharmacie mais la vendeuse a exigé la

présence de son copain si elle souhaitait acquérir la méthode. Ce dernier s'est rendu plus tard dans la même pharmacie, sans Habiba qui était indisponible à ce moment-là. Elle nous raconte que : *« c'est toujours une femme qui l'a reçu et elle avait carrément refusé de lui donner la pilule. Elle lui a aussi demandé de venir avec sa copine. Il m'a appelée. Je suis repartie là-bas. À la pharmacie ils m'ont demandé : « pourquoi vous ne pouvez pas vous protéger ? ». Est-ce que c'était leur problème de me dire pourquoi vous ne pouvez pas vous protéger ? Ils me demandent : « pourquoi c'est après les rapports sexuels que vous pensez à la contraception ? ». Ça n'a pas été gentil. C'est lorsque le chef de la pharmacie est venu qu'on a pu donner à mon copain cette pilule, donc ce n'était pas facile. Toute une journée pour ça. C'est moi qu'on engueule et c'est à mon copain qu'on tend le carton de la pilule »*. Habiba, son copain et les prestataires de services présents étaient dans un rapport communicationnel tendu. L'irresponsabilité du couple est pointée du doigt par les prestataires. Habiba s'est sentie particulièrement visée par les reproches adressées au couple parce que les prestataires la regardaient surtout durant les échanges. Le fait qu'on ait remis la méthode contraceptive à son copain conforte son sentiment d'être tenue pour principale responsable de la situation.

Selon Maguy (utilisatrice occasionnelle, assistante comptable de 23 ans, pas en couple), le genre du prestataire (homme ou femme) joue un rôle dans la qualité des interactions entre prestataire et cliente au moment de l'achat de la CU. Elle dit ceci : *« ça devient déplaisant parce que généralement c'est les femmes. Avec les hommes on n'a pas de problèmes. Mais quand ce sont les femmes par exemple, les femmes un peu âgées elles te regardent d'une drôle de manière comme si tu péchais ou bien comme si tu faisais quelque chose de mal, de proscrit (...) Donc ça dérange. Parfois même les hommes sont sceptiques. Mais quand j'achète et que ce sont des femmes qui me servent, elles me font les gros yeux. Il y a le comportement, le regard, l'expression corporelle et tout qui montraient que c'est comme si c'était un crime d'en acheter »*. La désapprobation perceptible des assistantes en pharmacie ne dissuade pas pour autant Maguy de continuer à utiliser cette méthode. *« Ils ont un mauvais comportement vis-à-vis des clients. Pour les personnes sensibles, si une femme va à la pharmacie et fait face à ce genre de comportement, la deuxième fois elle n'ira plus. Du coup après il y a les grossesses non désirées, les avortements, après il y a beaucoup de conséquences après »*.

Lydie (utilisatrice régulière) ne s'est jamais retrouvée dans cette situation mais des faits similaires à ceux racontés par Habiba et Maguy lui font écho. Elle dit ceci : *« j'avais une copine qui m'avait raconté qu'un jour elle se trouvait à la pharmacie et deux ados sont arrivées pour acheter la pilule-là. Les vendeurs les ont tellement bombardées de questions au point où les autres clients qui étaient là ont commencé à les regarder comme si c'était un spectacle. Ma copine m'a dit qu'il y avait une dame qui était une cliente, cette dame a engueulé les deux filles. Elles sont sorties de la pharmacie sans avoir pu acheter leur pilule. Il y a beaucoup de jeunes filles par exemple, elles veulent bien aller mais il y a des pharmacies où quand tu entres tu demandes quelque chose bien sûr c'est pour notre bien, c'est pour le bien du patient pour mieux vous renseigner qu'on vous pose certaines questions. Mais il y a certaines filles que ça peut frustrer. Elle va rentrer chez elle, se retrouver avec sa grossesse comme ça au quartier et puis aller faire n'importe quoi, abandonner son bébé, jeter, n'importe quoi »*. Les faits rapportés par Habiba, Maguy et Lydie montrent que les attitudes moralisatrices des prestataires de services de santé sont survenues lorsque les clientes sont des jeunes femmes non mariées.

Des études qualitatives menées à Ouagadougou (Burkina-Faso) montrent que les tensions existant entre les jeunes filles et les prestataires de services de planification familiale sont un facteur dissuasif de fréquentation des centres offrant ces prestations. Les jeunes filles non mariées y font l'objet de stigmatisation due au poids des normes sociales relatives à la sexualité et la reproduction (Ouattara *et al.*, 2009). Dès lors que ces jeunes filles ne se sentent pas en confiance, du moment où elles estiment ne pas être (suffisamment) écoutées, la distance entre elles et les prestataires s'amplifie (Bationo, 2012).

5.4.3 Les opinions des femmes sur la vente libre

Nous avons interrogé les femmes sur ce qu'elles pensent de la vente sans ordonnance de la contraception d'urgence. Nous prenons en compte ici l'avis des femmes qui ont déjà entendu parler de la méthode, qu'elles l'aient utilisée ou non. On obtient ainsi trois formes de positionnement sur le sujet. Il y a des réponses favorables à ce type de vente au nom du caractère urgent du besoin. Ensuite nous avons des réponses défavorables en raison de mesures de précaution liées à la vente de produits médicaux et enfin quelques répondantes ont un avis mitigé.

5.4.3.1 La priorité à l'urgence du besoin

Parmi les femmes ayant déjà entendu parler de contraception d'urgence, onze sont favorables à sa vente libre. On retrouve uniquement dans ce groupe, des répondantes qui ont déjà utilisé la méthode. Selon elles, l'absence de présentation d'une ordonnance médicale est un avantage parce qu'il faut pouvoir disposer rapidement du produit médical en raison des délais d'utilisation. C'est pour cette raison que Fanny trouve qu'il est « *normal* » qu'il soit vendu sans présentation d'une prescription. Pour Barbara et Denise, il s'agit d'un gain de temps important. Elles précisent qu'il faut tenir compte de l'indisponibilité de certaines femmes à pouvoir se rendre dans un établissement sanitaire afin d'obtenir une prescription médicale. Barbara affirme à cet effet : « *je ne peux pas condamner quelqu'un qui va acheter ça sans ordonnance parce que on n'a pas toujours euh, c'est pas toujours qu'on a le temps d'aller à l'hôpital* ». Denise souligne la difficulté d'obtenir une consultation médicale aussitôt que le rapport sexuel à risque a eu lieu.

Pour Nadine et Arlette, la vente libre est un avantage car le fait qu'une femme ne soit pas obligée de se référer au préalable à un médecin rend le contraceptif rapidement accessible. Selon elles si une grossesse survient en raison de la prise tardive de la CU, cela peut conduire une femme à avorter.

Maïté estime que le débat ne devrait pas se situer au niveau de la prescription médicale mais plutôt au niveau de l'utilisation qui est faite de la méthode. Selon elle, si les professionnels de santé discutent aujourd'hui de la prescription médicale en matière de contraception d'urgence, c'est à cause des utilisations répétées constatées. C'est pour cette raison que Maïté préfère que les autorités sanitaires en appellent à la responsabilité des femmes.

5.4.3.2 « *La pilule du lendemain est un médicament !* » ou la nécessité d'une prescription médicale

Sept des vingt-neuf répondantes qui ont déjà entendu parler de la CU souhaitent qu'une prescription médicale soit exigée au moment de l'achat. Ces sept femmes ont déjà utilisé ce dispositif médical. Selon elles il faudrait un réaménagement des modalités d'achat. Diane, Chimène et Joëlle estiment que les conditions d'accès à cette méthode doivent être durcies surtout pour les jeunes. La première affirme : « *ce n'est pas bien que même des adolescents achètent ça facilement comme ça. N'importe qui pourrait utiliser ce n'est pas bien. Donc il faut au moins l'ordonnance comme ça on sait à qui vendre ça et comment expliquer et tout.*

Parce que c'est pas bien si n'importe qui utilise, surtout les enfants d'aujourd'hui ». Pour Chimène, l'obtention d'une ordonnance médicale est une étape importante parce que « ça fait plus sérieux pour un achat aussi délicat. Euh déjà que la pilule-là est tellement critiquée. Tu n'achètes pas ça à la légère. Les jeunes n'ont pas souvent conscience des risques. L'ordonnance peut être là pour leur rappeler que c'est du sérieux ». Joëlle partage la même opinion. Elle estime que la vente libre de la CU encourage les jeunes filles à « avoir les rapports sexuels non protégés là et faire ce qu'on appelle le désordre ». On peut percevoir dans les propos de ces trois femmes, une crainte de la banalisation de la contraception d'urgence surtout chez les plus jeunes. L'obligation d'une prescription médicale serait selon elles un moyen de limiter le risque de banalisation.

Chez Gaëlle, ce risque est responsable d'une certaine forme d'insouciance. Cette insouciance créerait des automatismes chez les utilisatrices de la CU. Gaëlle l'explique ainsi qu'il suit : *« le problème c'est que tu as des femmes qui depuis qu'elles savent que cette méthode existe, elles n'ont plus de rapports sexuels protégés. Dès que tu as ce type de rapport, allez hop tu files à la pharmacie tu achètes, tu consommes sans savoir, sans prescription, sans savoir le temps qu'il faut n'est-ce pas pour pouvoir reprendre une autre. Et après elle recommence et ainsi de suite. Ça devient une habitude. Tu ne sais pas ce que ça peut te causer comme soucis de santé. Ce sont des comprimés. C'est pour cela qu'il faut vraiment l'ordonnance »*. Henriette et Mathilde invoquent aussi l'argument des risques sanitaires pour justifier la nécessité d'une prescription médicale. Suite à l'utilisation de la contraception d'urgence Henriette a eu des effets secondaires. Elle part du principe que chaque organisme humain tolère différemment les produits médicaux. C'est la raison pour laquelle elle souhaite que la vente soit mieux encadrée. Mathilde qui n'a pas eu d'effets secondaires malgré un usage répétée de la méthode est consciente que d'autres femmes peuvent vivre une expérience contraire à la sienne. Les inquiétudes relatives aux contre-indications sont perceptibles, notamment dans les propos de Fernande. Elle nous a fait part de ses antécédents médicaux. Elle déplore le fait que la contraception d'urgence soit vendue sans que les prestataires se préoccupent d'éventuels problèmes de santé des clientes. Ces problèmes pourraient entrer en conflit avec l'utilisation du contraceptif. Fernande qui y a recouru une seule fois nous raconte ceci : *« Je ne suis pas pour. Je suis contre parce que euh (silence). C'est un médicament. Je pense qu'un médicament s'obtient sur prescription médicale. Parce que moi comme je l'ai dit j'ai des problèmes de santé, j'ai des problèmes respiratoires, des problèmes cardiaques. On m'a vendu ce médicament sans me poser des questions. La vendeuse ne connaît pas mon état*

de santé, elle ne connaît pas mes antécédents. Je pouvais prendre ça et décéder sur le coup ». Pour Fernande la discussion avec un médecin pour une éventuelle prescription aiderait les femmes à obtenir plus d'informations (correctes) sur la méthode et à être plus conscientes des effets secondaires attendus.

5.4.3.3 Un positionnement mitigé

Deux enquêtées n'ont pas un avis tranché sur la question de la vente libre de la contraception d'urgence. Rita figure parmi les non-utilisatrices de la méthode. Selon elle l'absence d'obligation de présentation d'une ordonnance est un gain de temps pour les femmes qui se retrouvent en situation d'urgence. Cependant, elle craint une utilisation inappropriée du produit et la survenue d'effets secondaires. C'est pour cette raison qu'elle estime que le médecin a son mot à dire. Habiba avance les mêmes arguments. Elle n'a utilisé qu'une fois cette méthode. Elle est en partie favorable à la vente libre dans la mesure où le rapport sexuel non ou mal protégé peut ne pas avoir été anticipé par la femme. Devant le fait accompli elle devrait pouvoir bénéficier du moyen de contraception dans les meilleurs délais. Toutefois Habiba pense qu'une ordonnance serait utile en raison d'une part, des incertitudes sur un possible effet abortif et d'autre part d'un risque non nul de contre-indications pour certaines femmes.

Les expériences individuelles partagées en matière de contraception d'urgence sont brandies par les femmes comme une forme de savoir. C'est au nom de savoirs profanes, de l'urgence de la situation en présence et grâce à la réglementation en vigueur qu'elles gèrent, sans l'avis d'un professionnel de santé, la prise de ce dispositif médical. L'ordonnance présente pour certaines une contrainte qui viendrait retarder une gestion rapide du risque de grossesse non prévue. Pour d'autres c'est l'outil qui permettrait d'encadrer les pratiques individuelles afin de les rendre plus sûres.

Conclusion

L'objectif de ce chapitre était d'étudier les connaissances des femmes en matière de contraception d'urgence et d'analyser les motifs qui sous-tendent le choix et l'utilisation de cette méthode. Les données qualitatives collectées mettent en exergue une diversité des sources d'information sur cette méthode contraceptive, avec une prépondérance des canaux interpersonnels. La qualité des informations qui y circulent n'est pas toujours fiable. On a constaté à cet effet que les connaissances des enquêtées en matière de contraception d'urgence

présente un certain nombre de faiblesses. Cette méconnaissance entrave leur compréhension du mode d'action de la méthode, de son délai d'utilisation et de la posologie. Du point de vue des perceptions des femmes, ce dispositif médical n'est pas considéré pour une partie d'entre elles comme une contraception à part entière. Cela s'explique par sa prise post-coïtale, le délai d'utilisation et les situations indiquées pour y recourir. De plus l'assimilation de ce contraceptif à l'avortement provoqué est assez présente dans les esprits.

Le recours à la contraception d'urgence apparaît clairement comme un moyen de gestion de la fécondité des femmes. Pour comprendre le processus décisionnel, nous avons replacé ce choix dans l'expérience contraceptive des répondantes, les aspirations en termes de projet de maternité, leurs opinions et celles de leur conjoint sur la contraception. Il s'agit d'un moyen de contraception qui est utilisé soit régulièrement, soit occasionnellement ou une fois par les enquêtées. Les utilisatrices interrogées avaient pour la plupart une pratique contraceptive avant la première prise de la CU. Les motifs du recours à ce dispositif médical pour certaines ont évolué dans le temps, en fonction des changements survenus dans leur vie. Le choix de ce moyen de contraception, son utilisation se font non sans difficultés (coût financier, effets secondaires, discours moralisateurs de certains prestataires de santé, stigmatisation du fait d'une assimilation à une pratique abortive).

Chapitre 6 : Les significations individuelles et sociales du recours à la contraception d'urgence

Nous avons identifié dans le chapitre précédent les motivations liées au recours à la contraception d'urgence. Elle intervient diversement dans la gestion de la fécondité. Pour comprendre en profondeur le choix et l'utilisation de la méthode, nous avons choisi de nous intéresser au sens que revêt la démarche des utilisatrices. Tout au long de ce chapitre, nous allons répondre aux questions suivantes : que représente pour les femmes le fait de prendre la pilule contraceptive d'urgence ? Quels sens donnent-elles à cet acte ? Comment ces interprétations subjectives se positionnent-elles dans les attentes sociales liées à la sexualité et à la procréation des femmes ? Notre objectif est de faire émerger les significations du recours à ce contraceptif. Certaines sont directement attribuées par les utilisatrices, d'autres sont le fait des proches ou des prestataires de services de santé.

Pour comprendre comment ces significations se construisent nous avons interrogé les valeurs et les normes contextuelles en matière de sexualité et de fécondité. Le recours à la contraception d'urgence peut constituer une stratégie pour tenter de s'adapter au cadre normatif ou pour s'assurer que l'on ne s'en est pas (trop) éloigné. Le sens du recours à cette méthode est à chercher également dans les normes de rapports de genre en matière de régulation de la fécondité.

Les interprétations que nous faisons de ces significations éclairent non seulement les fondements des discours officiels et des pratiques individuelles en matière de contraception d'urgence, mais aussi les représentations communes de la sexualité. Les interprétations individuelles relatives à l'utilisation de ce dispositif médical ouvrent le champ à différentes possibilités de sens. Nous avons également appliqué l'approche par les significations individuelles et sociales pour définir les responsabilités contraceptives des conjoints. Nous analysons à cet effet la participation du partenaire masculin à la décision d'utiliser la contraception d'urgence. Enfin cette approche contribue à problématiser la question de la visibilité de cette méthode dans la gamme contraceptive disponible. Dans le dernier volet du chapitre, nous discutons de la place de la valorisation de la contraception d'urgence à la lumière du sens que les femmes donnent à leurs pratiques.

6.1 Les usages de la contraception d'urgence

Rappelons que les usages de la CU découlent des logiques individuelles et subjectives qui sous-tendent la prise du contraceptif. Il s'agit du type d'emploi qui est fait de la méthode à partir de son appropriation par les femmes. Les discours recueillis montrent que la diversité des usages peut se lire dans les perceptions (féminines et masculines) de la contraception, les difficultés de gestion de la contraception, mais aussi les aspirations personnelles des femmes, le cadre normatif des comportements sexuels et reproductifs et les situations relationnelles. Il convient de préciser que les usages de la contraception d'urgence analysés ne se rapportent pas tous aux relations sexuelles entretenues avec le partenaire au moment de l'enquête. Comme souligné dans le chapitre précédent, on distingue les utilisatrices régulières de la CU, les utilisatrices occasionnelles et les enquêtées qui n'y ont recouru qu'une fois. Les utilisatrices de la CU célibataires sont plus nombreuses que les utilisatrices mariées et celles qui ne sont pas en couple au moment de l'entretien. Cette supériorité numérique explique le fait que les utilisatrices célibataires sont plus représentées que les autres pour chaque type d'utilisation.

6.1.1 Les logiques sous-jacentes à l'utilisation régulière

Sont concernées par l'utilisation répétée de la CU, les répondantes qui l'ont utilisée ou qui l'utilisent comme principale méthode contraceptive. L'utilisation répétée suppose que le recours à la méthode soit inscrit dans une certaine routine qui va installer une régularité dans la prise du contraceptif. Les cas d'utilisation régulière de la CU ont été identifiés chez une utilisatrice qui a des relations occasionnelles (Lydie), chez des utilisatrices célibataires dont la relation s'inscrit dans la durée (Arlette, Denise et Zohra) et chez une utilisatrice mariée (Nina). Elles utilisent principalement et régulièrement la contraception d'urgence pour éviter des grossesses non prévues.

Auparavant Arlette utilisait la pilule classique. La trouvant contraignante, elle a opté pour la pilule contraceptive d'urgence de la marque Norlevo. Elle déclare l'avoir utilisée six fois. Suite aux effets secondaires subis (saignements menstruels abondants) elle a arrêté et utilise depuis un an et demi le Menstrogen. Il s'agit d'un produit fabriqué à l'origine pour traiter une aménorrhée secondaire (absence de menstruations depuis plus de trois mois). Bien que ce produit soit destiné à la régularisation du cycle menstruel, il arrive qu'il soit utilisé à d'autres

fins, notamment pour pratiquer un avortement⁵⁵. L'assimilation du Menstrogen à une méthode contraceptive d'urgence a été soulignée dans de précédents travaux.

Près de 50% des étudiantes de l'université de Benin au Nigéria qui ont déjà entendu parler de contraception d'urgence pensent que le Menstrogen en est une (Aziken *et al.*, 2003). Ce produit est également le plus cité par les étudiantes interrogées au sein de l'école polytechnique de l'Etat d'Akwa Ibom dans le sud du Nigéria (Abasiattai *et al.*, 2007). 30,6% d'entre elles qui ont affirmé avoir déjà recouru à la contraception d'urgence ont déclaré avoir utilisé le Menstrogen comme contraceptif d'urgence.

Pour revenir à Arlette, rien dans son discours ne porte à croire qu'elle a connaissance de la fonction première du Menstrogen, encore moins de l'association de ce dernier à des méthodes abortives. Arlette craint de recourir à d'autres méthodes contraceptives en raison des effets secondaires qui lui ont été rapportés par des amies. Son utilisation du Menstrogen remonte aux relations précédant celle qu'elle entretient avec son partenaire au moment de l'enquête. L'insatisfaction et les plaintes de ses amies au sujet de leurs pratiques contraceptives confortent Arlette dans le choix de s'en tenir au Menstrogen. Il s'agit selon elle d'une méthode pratique car elle est non contraignante et elle ne lui a pas encore causé des ennuis de santé. L'argument financier joue également un rôle dans le choix d'Arlette. Comme nous l'avons mentionné dans le chapitre précédent, le Menstrogen est moins coûteux que le Norlevo (100 FCFA pour le premier et de 3320 à 4800 FCFA pour le second). Arlette tente toutefois d'atténuer l'importance de l'argument financier. Elle précise durant l'interview que son choix est également guidé par des raisons médicales étant donné qu'elle a eu des menstruations abondantes à la suite de la prise du Norlevo. Elle affirme ainsi : « *même si j'ai l'argent je ne prends plus le Norlevo. Je ne prends plus la pilule du lendemain, je préfère prendre les comprimés Menstrogen, parce que si je prends la pilule du lendemain ça va me faire saigner* ».

Dans le cas de Denise la non-utilisation du préservatif a été une décision prise d'un commun accord avec son copain. Ils ont réalisé des tests de dépistage du VIH/sida qui ont été négatifs.

⁵⁵ Parmi les substances utilisées dans des hôpitaux au Ghana pour pratiquer un avortement figurent le Menstrogen, l'ergométrine et le gynaecosid (Aniteye et Mayhew, 2011). Dans le sud-est du Nigéria, 6% des femmes qui ont eu une IVG médicamenteuse ont utilisé le Menstrogen combiné à d'autres médicaments (Adinma *et al.*, 2012).

Depuis lors, Denise se préoccupe principalement de la prévention des grossesses. Elle est d'autant plus préoccupée par cela qu'elle est encore étudiante. Elle n'envisage pas (contrairement à son copain) d'avoir un enfant tant qu'elle poursuit ses études. Dans un premier temps, Denise a pris la contraception d'urgence sans informer son copain étant donné les désaccords à propos du fait d'avoir un enfant. L'insistance du copain d'une part et la lassitude de Denise à refuser la concrétisation de ce projet d'autre part l'ont conduite à dissimuler la prise mensuelle du contraceptif. Au moment de l'entretien, cela fait à peu près deux ans et demi que cette étudiante n'a plus recouru à cette méthode. Après une année d'utilisation régulière, elle a décidé de mettre un terme à sa consommation à cause d'une prise de poids. Elle affirme : « *il y a exactement trois ans et demi je faisais 70 kg et maintenant je suis à 86 kg que je cherche à perdre parce que je me suis rendue compte que j'ai pris du poids. Je suis allée à l'hôpital. Justement je suis allée à l'hôpital pour ça. J'ai dit que je prends la pilule du lendemain chaque mois. On m'a dit d'arrêter ça* ».

Denise explique cette prise de poids par le sentiment d'avoir été dépendante de ce moyen de contraception : « *en fait moi j'ai été accro à ça déjà. J'avais le sentiment d'être accro à la pilule-là parce que je la prenais après chaque rapport sexuel et après j'avais l'esprit tranquille. J'utilisais ça tous les mois. Ça s'est répercuté sur mon corps. Les kilos sont la conséquence de tout ça* ». Au moment de l'entretien Denise n'utilise aucune méthode contraceptive ; elle dit n'en avoir pas encore trouvé qui la satisfasse complètement. Le fait que son partenaire soit parfois absent pour des raisons professionnelles lui permet selon elle « *de ne pas se préoccuper de ces choses-là, d'avoir l'esprit tranquille pendant un petit moment* ». Elle et son copain ne vivent pas ensemble. Le temps de quiétude de Denise est conditionné par la période des absences de son copain et au moins jusqu'au prochain rapport sexuel. Utiliser régulièrement la CU l'aidait à atténuer sa crainte de tomber enceinte.

Lydie reconnaît qu'il lui est arrivé quelques fois d'accepter délibérément des rapports sexuels non protégés parce qu'elle avait prévu de recourir ensuite à la CU. Elle l'explique en ces termes : « *la pilule du lendemain est là pour ça. Tu peux avoir des rapports qui ne sont pas protégés parce que tu sais qu'après tu vas boire ça et tu ne tombes pas enceinte. Je prévois souvent à l'avance de prendre cette pilule donc je ne m'inquiète pas trop [...]. On ne peut pas tout le temps utiliser le préservatif, alors c'est la pilule du lendemain qu'on utilise. Je n'utilise plus vraiment le préservatif. En tout cas cette pilule est efficace. Moi j'ai jamais rien ressenti comme complications, à moins que j'aie des problèmes et que je ne sais pas. J'ai déjà*

utilisé ça euh (silence). Je ne sais pas exactement mais je crois que j'ai déjà utilisé ça plus de 10 fois quand même ». Les relations sexuelles entretenues avec des partenaires occasionnels ont conduit Lydie à planifier l'utilisation de la contraception d'urgence.

Il ne s'agit plus pour cette jeune femme d'une méthode réservée à des circonstances exceptionnelles. Elle a pris l'habitude d'employer ce contraceptif à sa convenance, faisant de celui-ci quelque chose de (presque) ordinaire. L'absence de répercussions sur sa santé d'une telle utilisation lui laisse penser que sa démarche est sans risque. L'utilisation répétée chez Lydie se situe dans un cadre de planification du geste, un cadre entretenu d'une part par une crainte des autres méthodes modernes et d'autre part par une expérience personnelle de la non-nocivité de la contraception d'urgence. On peut en dire de même de Zohra. Elle est également dans une logique de planification du recours à cette méthode qui, selon elle, lui permet de ne pas s'inquiéter lorsqu'elle sait qu'elle aura des rapports sexuels non protégés avec son partenaire.

Comme nous l'avons souligné dans le troisième chapitre, il n'a pas encore été démontré que l'utilisation répétée de la contraception d'urgence est dangereuse pour la santé de la femme. Cependant, l'Organisation Mondiale de la Santé encourage les femmes à ne pas utiliser régulièrement cette méthode contraceptive même en l'absence de preuves que cela serait néfaste pour elles.

Les répondantes qui utilisent régulièrement la CU pensent que la fréquence de la prise permet d'optimiser l'efficacité du produit. Le recours régulier procure aux répondantes concernées, une forme d'invulnérabilité qui les aide à rester sereines après un rapport sexuel qu'elles estiment potentiellement fécondant. À ce jour, aucune étude ne démontre qu'une utilisation répétée de la CU en amoindrirait ou en augmenterait l'efficacité. Il y a lieu de retenir que cette dernière dépend du temps qui s'est écoulé entre le rapport sexuel non protégé et la prise du contraceptif, et aussi du moment du cycle pendant lequel survient la prise.

Nina est mariée et mère de trois enfants. Elle estime qu'il est difficile de négocier le port du préservatif dans un couple marié, même s'il s'agit de planifier des naissances. Dans l'imagerie populaire, l'utilisation du préservatif dans le cadre nuptial éveille des suspicions d'infidélité (Akinleye et Alede, 2008 ; Pool *et al.*, 2000). Nina et son mari ont eu des divergences sur le moment approprié pour avoir un enfant. Elle a fait le choix de prendre régulièrement la contraception d'urgence pour retarder le moment de la conception d'un

enfant, surtout lorsqu'elle pense qu'elle a eu des rapports sexuels non protégés pendant la période d'ovulation. La jeune femme a également évoqué le fait de faire des économies en achetant des comprimés à moindre coût qui peuvent être aussi utilisés comme des contraceptifs d'urgence. Elle se méfie d'autres méthodes contraceptives modernes en particulier les contraceptifs injectables étant donné les expériences malheureuses de ses amies.

Nina, enceinte de son quatrième enfant au moment de l'entretien envisage d'utiliser une méthode contraceptive à long terme après son accouchement. Elle estime avoir atteint le nombre d'enfant souhaité : *« après l'accouchement je veux je vais repartir à l'hôpital. Je vais aller à l'hôpital si on peut même me placer ce qu'on met souvent aux femmes pour qu'elles n'accouchent plus, pour éviter d'être enceinte, pour éviter l'avortement parce que l'avortement n'est pas bien. Donc je préfère si j'accouche là, je pense que je vais d'abord arrêter de faire des enfants. Je vais repartir à l'hôpital pour ça. Je réfléchis encore »*. On perçoit chez la jeune femme une hésitation quant à la mise en route de ce projet. Sa seule certitude est qu'elle n'envisage plus un recours futur à la CU parce qu'elle a été très souvent sujette à des maux d'estomac consécutifs à la prise. Ce qui l'obligeait à effectuer parallèlement des dépenses pour soigner ces maux : *« il y a des fois que quand je bois ça j'ai le mal d'estomac ça me dérange. Donc je suis obligée d'acheter les remèdes pour l'estomac. Des fois ça peut alors commencer et je n'ai pas l'argent pour acheter les comprimés pour l'estomac. Ce sont des dépenses que je ne veux plus faire. C'est pourquoi je ne veux plus utiliser la pilule du lendemain. Ça agit sur ma santé avec le mal d'estomac »*.

En résumé, l'utilisation principale et régulière de la contraception d'urgence a pour but de résoudre des questions d'ordre pratique. L'argument financier (le faible coût des comprimés de substitution à la pilule contraceptive d'urgence), l'argument relatif au confort (absence de contrainte et d'effets secondaires), les enjeux autour du projet de maternité (conséquences sociales et/ou perspectives d'avenir de la femme), le rôle du partenaire dans la pratique contraceptive sont les motifs qui animent le choix de ces femmes. La décision de Denise et de son copain de ne plus utiliser de préservatif après avoir reçu les résultats du test de dépistage du VIH nous fait dire qu'ils sont dans une relation stable ; Nina pour sa part est mariée. Nous supposons que ces deux femmes suite à l'abandon de l'usage du préservatif étaient à la recherche d'un moyen de contraception aussi bien confortable que fiable pour chacun des conjoints.

Denise et Nina sont en désaccord avec leurs conjoints respectifs au sujet du projet familial. Le conjoint de Denise a des réserves sur la contraception hormonale. C'est un facteur qui, conjugué aux désaccords autour du projet familial, explique le fait que Denise utilisait régulièrement et secrètement la CU. Nina y recourt en attendant de prendre la décision d'arrêter les naissances. Elle n'a pas encore fait part de son intention à son mari. Elle le décrit comme quelqu'un de totalement favorable à la contraception. La mésentente conjugale à propos du projet familial a pesé dans le choix par ces deux femmes de la méthode contraceptive à utiliser. Nous discuterons davantage des rapports de genre en matière de pratiques contraceptives lorsque nous aborderons la question de l'implication du partenaire masculin dans la prise de décision contraceptive (point 6.3).

Bien que des enquêtées aient trouvé en la contraception d'urgence une méthode qui les satisfasse, cela ne les empêche pas d'être critique vis-à-vis de celle-ci. L'abandon effectif ou envisagé du recours à ce dispositif médical après un usage prolongé est une illustration du regard critique d'utilisatrices.

6.1.2 Les logiques sous-jacentes à l'utilisation occasionnelle

Par utilisation occasionnelle de la contraception d'urgence nous entendons une utilisation non habituelle, liée à des circonstances précises. Les dix répondantes concernées par cette catégorie emploient ou ont employé ce dispositif médical comme méthode d'appoint ou de rattrapage. Elles y ont toutes recouru plusieurs fois. Ce groupe est constitué de trois femmes mariées (Delphine, Inès et Nadine), cinq célibataires (Barbara, Chimène, Fanny, Nadia et Mathilde) et deux enquêtées qui ne sont pas en couple (Maguy et Odile). Il y a un peu plus de femmes mariées pour ce type d'utilisation qu'il y en a pour les autres types. Au moment de la prise de la CU, elles avaient chacune pour la plupart une méthode contraceptive moderne ou naturelle qu'elles utilisaient prioritairement. Pour Odile, Maguy, Nadia et Nadine il s'agit du préservatif. Chimène, Delphine, Fanny et Mathilde utilisent la méthode Ogino et/ou le coït interrompu. Barbara et Inès n'utilisent aucun moyen de contraception.

Ces dix femmes nous ont affirmé avoir pris la contraception d'urgence uniquement lorsqu'elles ont eu des rapports sexuels non protégés pendant leur période d'ovulation. Pour Odile, il est important non seulement de se prémunir des IST, mais aussi d'éviter une grossesse non prévue. C'est pour cela qu'elle préfère utiliser un préservatif. La contraception

d'urgence vient uniquement en renfort dans des situations imprévues. Elle relève au passage qui lui est arrivé d'avoir des ballonnements après avoir pris ce contraceptif. Mathilde dit avoir pris la CU chaque fois qu'elle avait commis une erreur dans le calcul de son cycle. Pour gagner du temps, il lui est arrivé d'acheter le produit en pharmacie pour le conserver à la maison afin d'en disposer rapidement le moment venu. Mathilde est convaincue de sa maîtrise de la méthode naturelle ; raison pour laquelle elle se tourne, si les circonstances l'y obligent, vers un contraceptif moderne.

Maguy et Odile ont déclaré ne pas être en couple au moment de l'enquête. On peut supposer qu'elles ont des rapports sexuels irréguliers qui entraîneraient une prise occasionnelle de la CU.

Barbara est la seule utilisatrice de la CU dont le partenaire est défavorable à la contraception. Il ressort de ses propos que l'utilisation occasionnelle est davantage motivée par les suspicions relatives aux effets secondaires que par l'opinion de son partenaire sur la contraception. Elle dit ceci : *« je l'utilise rarement parce que je sais que ce n'est pas un truc de tous les jours. Je ne sais pas euh (un moment d'hésitation). Si j'utilise ça très souvent j'ai peur de ce que ça peut me créer comme problèmes de santé. C'est mieux d'utiliser la pilule du lendemain quand c'est vraiment nécessaire, quand c'est urgent quoi. C'est comme ça que je fais, c'est pourquoi j'ai utilisé ça seulement trois fois dans ma vie »*. Barbara semble relativiser l'influence de l'opinion de son partenaire sur la fréquence de la prise de la CU. Son utilisation occasionnelle de la méthode pourrait être interprétée comme le moyen pour elle de ne pas imposer un choix contraceptif à son partenaire, compte tenu de son avis sur la question. Barbara n'a pas de pratique contraceptive régulière au moment de l'entretien.

La perception du risque de grossesse est une piste à explorer pour comprendre la fréquence de consommation de la contraception d'urgence. Toutes les utilisatrices savent qu'il ne s'agit pas d'une méthode régulière. Seulement, l'appréciation de la période de fertilité est loin d'être un exercice facile. Tous les rapports sexuels ne sont pas féconds. La plupart des utilisatrices ont mentionné que l'utilisation de la contraception d'urgence était la principale option à la suite d'une relation sexuelle non protégée durant cette période. Nous constatons que chez celles qui utilisent régulièrement ce contraceptif, il n'est pas seulement question de la crainte du rapport fécondant. Ces femmes éprouvent le besoin de disposer d'un contraceptif fiable, non contraignant et dont elles toléreraient mieux les effets secondaires le cas échéant.

Parmi les utilisatrices occasionnelles, le fait que certaines aient une pratique contraceptive avant d'utiliser la contraception d'urgence contribue à moins leur faire ressentir le besoin d'y recourir. La gestion du risque de grossesse non prévue est déjà assurée par une autre méthode de contraception. Ce qui ne les empêche pas de continuer à se sentir concernées par ce risque. De ce fait, le recours à la contraception d'urgence renforce un comportement de prévention pré-existant en cas d'insuffisances de celui-ci.

6.1.3 Les logiques sous-jacentes à l'utilisation unique

Six répondantes ont recouru une seule fois à la CU au moment de l'entretien : une est mariée (Joëlle) et les autres sont célibataires (Diane, Fernande, Gaëlle, Habiba et Henriette). Les motifs relatifs à l'utilisation unique de la contraception d'urgence sont : l'insuffisance des connaissances sur la méthode, les antécédents médicaux, les effets secondaires subis, l'échec de la méthode, la crainte des effets secondaires rapportés, l'assimilation de ce moyen de contraception à une pratique abortive, la peur de développer une accoutumance à la CU.

Au moment où elles ont été amenées à recourir à cette méthode contraceptive, Habiba et Henriette n'avaient pas de pratique contraceptive. À l'exception d'Henriette, l'unique fois que les autres répondantes ont eu recours à la CU, cette utilisation n'était pas planifiée. Les raisons justifiant cette seule utilisation sont la peur des effets secondaires, les effets secondaires subis, l'échec d'utilisation de la méthode et l'assimilation à un avortement provoqué.

6.1.3.1 La crainte des effets secondaires

Pour Diane ce n'est pas tant l'utilisation répétée de la méthode qui pose problème, mais plutôt une utilisation répétée rapprochée. Elle pense que c'est dangereux pour la santé et que cela pourrait causer chez les femmes une accoutumance à la méthode. Elle affirme à cet effet : « *Il ne faut pas trop prendre ça. Bon c'est bien parce que ça évite les grossesses, surtout les grossesses précoces quoi. Ce n'est pas aussi bien parce que si on prend la pilule-là souvent on risque de s'habituer à ça. Il ne faut pas s'habituer avec parce que sinon je crois que ça gâte quand même l'organisme, quand c'est trop. Il faut espacer les fois où on prend ça. Donc c'est bien comme ce n'est pas bien, il ne faut pas trop exagérer ce n'est pas bien* ». Pour le moment, Diane n'en est qu'à une seule utilisation non seulement parce qu'une situation justifiant une deuxième utilisation ne s'est pas encore présentée, mais aussi parce qu'elle

s'interroge sur l'intervalle de temps recommandé pour le renouvellement de la prise de la pilule. Elle est ouverte à l'idée d'une utilisation ultérieure de la méthode. Ce qui n'est pas le cas de Gaëlle. Elle n'est pas rassurée car ses interrogations sur les effets secondaires, la fréquence d'utilisation idéale, la fiabilité de la méthode demeurent. C'est pour cela qu'elle n'a jamais recommandé cette méthode à un proche. Elle estime ne pas être suffisamment informée en la matière.

6.1.3.2 Les effets secondaires subis

L'expérience de la contraception d'urgence par Fernande, Henriette et Joëlle, s'est accompagnée d'effets secondaires. Toutes les trois déplorent un trouble de leur cycle menstruel. Fernande se souvient avoir été paniquée et dans l'incertitude durant la période du dérèglement de son cycle. Elle ne souhaite plus revivre ces émotions. Elle envisage également de ne plus utiliser la contraception d'urgence en raison de problèmes de santé. Elle souffre depuis son enfance de problèmes respiratoire et cardiaque. Elle craint qu'une nouvelle prise de ce contraceptif les aggrave⁵⁶. Fernande dit faire désormais plus attention lorsqu'elle a des relations sexuelles avec son copain : *« en fait j'ai juste de décider de ne plus refaire cette erreur peu importe l'évènement qui se produit. De plus laisser mes émotions, mes sentiments prendre le dessus. Je dois toujours essayer d'avoir un préservatif, toujours avoir un rapport sexuel protégé »*. Sur la base de son expérience de la contraception d'urgence et de son avis personnel, elle ne conseillerait pas la méthode. Selon elle, son utilisation favoriserait des comportements sexuels irresponsables, surtout chez les jeunes. Henriette pour sa part a décidé de s'en tenir à une seule expérience du contraceptif en raison non seulement de la perturbation du cycle qui s'en est suivie, mais aussi et surtout parce qu'elle est tombée enceinte par la suite. Nous reviendrons sur ce dernier point dans le développement du motif relatif à l'échec contraceptif.

⁵⁶ D'après les critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives établies par l'OMS (2005), l'utilisation répétée de la pilule contraceptive d'urgence peut être préjudiciable aux femmes qui ont des antécédents de complications cardio-vasculaires graves, à celles qui souffrent de migraine, d'une angine de poitrine ou d'une pathologie hépatique grave. L'insertion d'un dispositif intra-utérin au cuivre pour la contraception d'urgence (DIU-Cu) est habituellement déconseillée lorsque la femme est atteinte d'une chlamydia ou d'une gonococcie. En général, l'utilisation d'un dispositif intra-utérin est associée à un risque élevé d'infection pelvienne. La pose du DIU-Cu est proscrite en cas de grossesse avérée afin d'éviter une infection génitale et/ou un avortement septique provoqué.

6.1.3.3 Le cas de l'échec de l'utilisation de la contraception d'urgence

Le cas d'Henriette est singulier dans notre échantillon. Elle est la seule répondante qui a déclaré avoir connu un échec avec l'utilisation de la CU. Sa crainte d'être enceinte s'est avérée exacte peu de temps après la prise du contraceptif. Cette grossesse est la raison principale pour laquelle elle refuse de recourir à nouveau à la CU. Elle a un avis négatif sur la méthode qui pour sa part, doit être retirée de la vente. Elle dit à ce sujet : « *On doit prendre la pilule habituelle de chaque jour ou d'autres moyens contraceptifs mais la pilule du lendemain non. On doit bannir ça parce que vraiment de mon côté ça n'a pas marché. Elle doit être supprimée complètement parce que ce n'est pas efficace* ». Par conséquent, elle n'envisage pas recommander ce dispositif médical à quelqu'un. Elle a mené à terme sa grossesse car il lui était inconcevable d'avorter.

On lit dans le discours d'Henriette qu'elle ne se remet pas en cause suite à l'échec contraceptif vécu. Elle reste convaincue de l'inefficacité du produit. Elle n'envisage pas la possibilité que cet échec soit peut-être dû à une mauvaise utilisation du contraceptif. Elle nous a expliqué que la prise du contraceptif est intervenue deux jours après le rapport sexuel à risque. Plus la prise du contraceptif est tardive moins il est efficace. L'efficacité des pilules à base de Levonorgestrel comme celles de la marque Norlevo est estimée à 95% dans les 24 heures qui suivent le rapport sexuel. Entre 24 heures et 48 heures ce taux est à 85% et entre 49 heures et 72 heures il est de 58% (WHO, 1998). Henriette a précisé qu'elle a pris la pilule de la marque Norlevo. Une autre hypothèse qu'on peut formuler pour tenter d'expliquer cet échec contraceptif est en lien avec le cycle menstruel. En effet, le moment du cycle menstruel pendant lequel survient la prise de la CU est déterminant. Il se pourrait que le rapport sexuel se soit déroulé pendant la période d'ovulation. Le cas échéant la CU n'est d'aucune utilité puisqu'elle est destinée à inhiber ou à retarder l'ovulation. Henriette dit que la grossesse a été confirmée quelques semaines après le rapport à risque. Après l'échec de la CU et sa grossesse, Henriette a adopté dans un premier temps et de façon régulière, l'utilisation du préservatif. Elle dit y recourir à présent lorsque les rapports sexuels se déroulent lors de la période de fertilité.

6.1.3.4 L'assimilation à un acte abortif

Selon Habiba, l'utilisation répétée de la contraception d'urgence est inappropriée pour deux raisons. Premièrement, un usage régulier selon elle amoindrirait progressivement l'efficacité du produit dans l'organisme. Étant donné que l'utilisation doit rester exceptionnelle, le fait de modifier la fréquence d'emploi selon la jeune femme ferait que le corps s'habituerait aux hormones, au risque de dénaturer leur fonction. Les utilisations à temps et à contretemps d'après Habiba diminueraient l'action du produit sur le problème à traiter le moment venu.

Deuxièmement, l'usage répété de la contraception d'urgence est inadapté selon cette enquêtée parce qu'il aurait un effet abortif. C'est pour cette raison qu'elle regrette d'y avoir recouru même si c'était nécessaire. Elle pense qu'il n'est pas impossible que ce moyen de contraception ait un tel effet dans la mesure où il est sujet à polémique. En raison de ses croyances religieuses, de la loi en vigueur sur l'avortement et de la morale sociale, elle préfère ne plus recourir à la contraception d'urgence. Elle a eu le sentiment à la suite de la première utilisation d'avoir été à l'encontre de sa religion.

Outre les effets secondaires et l'état émotionnel consécutifs à la première utilisation, Fernande n'envisage pas un éventuel recours en raison des suspicions autour de l'effet abortif. Elle ne souhaite pas être jugée sur sa pratique contraceptive vu les connexions faites entre la contraception d'urgence et l'avortement provoqué. Fernande et Habiba ne veulent pas s'inscrire en porte-à-faux avec leurs convictions personnelles, la législation et la morale sociale qui reprouvent l'avortement provoqué. Ne pas envisager une utilisation ultérieure de la contraception d'urgence et décider de prendre des mesures pour y arriver, c'est une façon pour elles de rester fidèles à elles-mêmes et aux principes du groupe social.

6.2 La contraception d'urgence et les normes sociales en matière de sexualité et de procréation

Les données recueillies montrent que la survenue d'une grossesse soulève des enjeux différents. Ceux-ci dépendent de la situation professionnelle de la femme, du statut matrimonial, du niveau de vie du couple, de la vision du projet familial, de la communication entre conjoints en matière de planification familiale. Ces enjeux pour la plupart sont inscrits dans un cadre normatif qui suggère aux individus un certain type de comportements. Dans les

développements qui suivent nous verrons comment les femmes articulent les normes en matière de sexualité et de fécondité avec l'utilisation d'une méthode controversée.

6.2.1 Regards sur la sexualité et la fécondité prémaritales

Habiba est originaire de la zone septentrionale du Cameroun, zone majoritairement musulmane. Elle nous confie avoir recouru à la contraception d'urgence pour éviter une grossesse qui mettrait sa famille dans l'embarras. Elle dit l'avoir fait par respect pour sa religion et ses coutumes. Elle est de confession musulmane. Au moment de l'enquête, Habiba n'utilise aucune méthode contraceptive régulière. Elle ne souhaite pas en faire usage parce que selon elle et d'après ses croyances religieuses et coutumières, la contraception serait réservée aux couples mariés. Le recours à la CU lui a permis d'éviter la stigmatisation liée à une grossesse prémaritale. Dans la continuité de ce dernier argument, nous nous attendions à ce qu'Habiba adopte de manière régulière un moyen de contraception pour éviter la survenue d'une grossesse hors du mariage. Elle se retrouve dans une situation où la prescription de la chasteté préconjugale n'a pas été observée et il lui faut éviter que la non-observance de cette prescription débouche sur une grossesse prénuptiale. Le fait de ne pas recourir régulièrement à une méthode contraceptive parce qu'elle n'est pas mariée, est une décision qui lui fait se sentir dans une certaine mesure en conformité avec les normes. L'attitude d'Habiba nous fait dire que la prescription de la chasteté n'ayant pas été respectée, il lui reste compte tenu de son statut de jeune femme célibataire et de son appartenance religieuse, à se préserver d'une grossesse illégitime.

La tolérance pour la sexualité et la fécondité prénuptiales est appréciée différemment selon les ethnies au Cameroun. La sexualité hors mariage des jeunes hommes et jeunes femmes est favorablement perçue en milieu Bèti (Rwenge, 2004). Ce qui est moins le cas en milieu Bamiléké ou dans des groupes ethniques originaires de la partie septentrionale du Cameroun (Johnson-Hanks, 2003)⁵⁷.

Contrairement à Habiba qui se préserve d'une grossesse socialement considérée comme illégitime, Zohra qui est de la même confession religieuse a déjà deux enfants nés hors du cadre marital. Le compagnon actuel de Zohra n'est pas le père de ses enfants. Elle ne souhaite

⁵⁷ La partie septentrionale du Cameroun est constituée des régions du Nord, de l'Extrême-Nord et de l'Adamaoua.

pas avoir un troisième enfant en n'étant pas mariée. Elle affirme à cet effet : « *ce n'est pas évident parce qu'avec nos coutumes les gens ont souvent des idées tranchées (...)* ». Il n'existe aucun projet de mariage entre Zohra et son ami. C'est la raison pour laquelle elle utilise régulièrement et de manière planifiée la CU, afin de ne pas s'inquiéter de l'issue d'un rapport sexuel non protégé. L'appartenance religieuse n'implique pas forcément chez les individus qui la partagent une approbation et/ou une même observance des préceptes édictés (N'Bouké, 2011).

Le cadre normatif en matière de sexualité et de fécondité, le degré d'attachement des individus à ce cadre, les perceptions relatives à la contraception, les enjeux autour de la grossesse non planifiée vont nourrir les choix contraceptifs individuels ou du couple. Il ne s'agit pas seulement de réguler la fécondité, mais aussi de disposer pour certaines femmes d'une option qui les rassurerait et les aiderait à déculpabiliser de leur éloignement des prescriptions socioreligieuses.

6.2.2 Positionnements à l'égard de la condamnation sociojuridique de l'avortement provoqué

La législation est restrictive quant aux possibilités de recourir légalement à une IVG. Barbara est la seule enquêtée qui a déclaré avoir eu recours à un avortement provoqué. La stigmatisation sociale, l'interdiction de la pratique abortive, les considérations morales et/ou religieuses font que la quasi-totalité des femmes interrogées voient en l'acte abortif une pratique immorale. Du fait du statut légal de l'avortement provoqué au Cameroun, la pratique est surtout clandestine, exposant ainsi les femmes à des risques pour leur santé. La contraception d'urgence apparaît pour certaines comme un moindre mal malgré la polémique qui l'entoure. En recourant à ce contraceptif, elles évitent la charge financière d'un avortement ainsi que les conséquences sociales (culpabilité, honte, exclusion familiale) et sanitaires (complications, risques de stérilité) qui peuvent en découler. Bien que dans l'ensemble, les femmes (utilisatrices ou non de la contraception d'urgence) pensent que l'avortement provoqué est un acte moralement répréhensible, on distingue des nuances dans leur positionnement. Nous avons discuté avec les enquêtées de ce qu'elles pensent d'un éventuel projet de légalisation de l'avortement au Cameroun. Sur les trente-cinq répondantes,

vingt-cinq sont défavorables à un tel projet, trois n'y voient aucune objection, trois autres sont neutres et quatre n'ont pas souhaité répondre à la question.

6.2.2.1 Opinions défavorables à la légalisation de l'avortement provoqué

Parmi les 25 femmes de notre échantillon qui sont défavorables à la légalisation de l'avortement provoqué, 19 ont déclaré n'avoir jamais recouru à la pratique⁵⁸. Les six autres femmes de l'échantillon n'ont pas souhaité répondre aux questions relatives aux antécédents en matière d'IVG. Parmi les femmes défavorables à la légalisation de l'avortement au Cameroun, seize sont des utilisatrices de la contraception d'urgence et le reste des non-utilisatrices⁵⁹. La raison la plus citée chez les utilisatrices est l'atteinte au droit à la vie. Cet argument est suivi des motifs liés à la fuite des responsabilités, à la commission d'un péché, à l'immoralité de l'acte et enfin au risque d'abus de la pratique abortive.

a) Le droit à la vie

L'avortement est perçu par sept utilisatrices comme un acte criminel, un meurtre. En tant que tel elles estiment que l'interdiction et la sanction doivent être maintenues. Pour Chimène l'avortement est un crime à la fois contre la morale et contre la loi. C'est aussi pour cette raison que Diane pense qu'il est préférable de recourir à la contraception d'urgence car cela empêche les femmes de « tuer » selon ses propres termes, si la grossesse survient après le rapport à risque. C'est un point de vue également partagé par Delphine. Pour elle les jugements qui peuvent être adressés à l'encontre des utilisatrices de la contraception d'urgence ont un poids moindre que celui de la stigmatisation sociale ou de la culpabilité qui peuvent être consécutives à la pratique abortive. Elle affirme ainsi : *« si une fille tombe enceinte, c'est mieux qu'elle accouche parce que quand elle avorte ça va la suivre toute sa vie. Elle peut s'en vouloir. Si jamais ce qu'elle a fait se sait, c'est encore plus compliqué. Tu as les commérages, les rumeurs. Alors que si tu prends la pilule du lendemain ça t'épargne tout ça. Même si les gens désapprouvent la pilule-là, même si on te regarde mal, tout ça c'est sur le moment, c'est un court instant. Alors que l'avortement ! L'avortement c'est comme un*

⁵⁸ Parmi ces 19 femmes, 13 sont des utilisatrices de la CU et 6 sont des non-utilisatrices.

⁵⁹ Les raisons de l'opposition à la légalisation de l'avortement au Cameroun chez les non-utilisatrices de la contraception d'urgence sont similaires à celles évoquées par les utilisatrices. L'atteinte au droit à la vie est le motif le plus récurrent. Le caractère tabou de la pratique abortive a été souligné par une des non-utilisatrices qui estime que la légalisation irait à l'encontre de la norme socialement convenue du secret ou du silence autour de l'acte.

crime. Quand tu as avorté les gens s'en souviennent toujours et sont prêts à te juger par rapport à ça ». Pour Diane et de Delphine les perceptions négatives de la CU doivent être relativisées par les femmes. Ces dernières auraient plus à perdre si elles optent pour une IVG.

Le motif de l'atteinte au droit à la vie est l'argument le plus cité par les utilisatrices de la CU pour expliquer leur opposition à une éventuelle légalisation de l'avortement provoqué. Ce résultat rejoint celui de N'Bouké (2011) qui étudie le recours à l'avortement provoqué dans la capitale Lomé au Togo. Le volet quantitatif de son travail de recherche porte sur un échantillon représentatif de 4755 femmes. 67% des femmes interrogées désapprouvent la légalisation de l'IVG au Togo parce qu'il s'agit selon elles d'un crime et d'un acte immoral. Parmi celles qui partagent ce point de vue, N'Bouké observe qu'il y a un peu plus de femmes qui ont déjà été enceintes mais qui n'ont jamais avorté et celles qui ont déjà avorté. On constate également dans notre étude, que des utilisatrices de CU qui ont déjà été enceintes mais qui n'ont jamais avorté ont le plus cité le caractère criminel de l'acte abortif. L'effectif des femmes qui ont recouru au contraceptif une seule fois est le plus important. Cela s'explique notamment par le fait que parmi celles-là, des enquêtées (Fernande et Habiba) assimilent le contraceptif à l'avortement et n'envisagent plus d'y recourir pour cette raison.

b) Une (auto-)déresponsabilisation de la femme

Quatre utilisatrices de la CU perçoivent la légalisation de l'avortement provoqué comme un moyen d'encourager les femmes à ne pas assumer les conséquences de leurs actes. Lydie, Mathilde, Nadia et Zohra sont défavorables à tout projet de légalisation parce qu'il s'agit selon elles d'une fuite par les femmes de leurs responsabilités. Lydie et Zohra utilisent uniquement et régulièrement la CU, tandis que Mathilde l'utilise occasionnellement et Nadia ne l'a utilisé que deux fois. Lydie et Zohra ont évoqué à plusieurs reprises le fait d'« *assumer ses responsabilités quand on ne se protège pas* ». Zohra estime que la gamme de contraceptifs disponibles au Cameroun est suffisamment variée pour que chaque femme puisse trouver une méthode qui lui convienne. Nadia et Mathilde parlent de l'« *irresponsabilité* » des jeunes filles qui entretiennent des rapports sexuels non protégés. Nadia affirme : « *quand on ne veut pas tomber enceinte on utilise une contraception. Il ne faut pas venir se plaindre après. La pilule du lendemain peut te sauver dans plusieurs situations si tu as les rapports non protégés* ». Cette « *irresponsabilité* » selon Mathilde serait encouragée et amplifiée par une éventuelle légalisation de l'avortement. Pour Joëlle une telle initiative législative n'est pas souhaitable parce que le risque d'exposition des femmes au VIH/sida et aux IST s'accroîtra.

Ces quatre enquêtées ont un avis critique sur les femmes qui n'utilisent pas de moyen de contraception et qui recourent en cas de grossesse à une IVG. Pour elles, les femmes n'ont aucune raison de ne pas avoir de pratique contraceptive parce qu'elles estiment que les méthodes sont disponibles et facilement accessibles à Yaoundé. Or l'utilisation de méthodes contraceptives ne se résume pas à une question d'accessibilité et de disponibilité. Les caractéristiques sociodémographiques de la femme (niveau d'instruction, âge, profession, statut matrimonial), celles du conjoint, la discussion entre conjoints sur la planification familiale, les normes et les valeurs socioculturelles en matière de fécondité, les perceptions et les attitudes vis-à-vis de la contraception sont des facteurs explicatifs du recours à la contraception. D'autres facteurs institutionnels, desquels font partie les volets accessibilité et disponibilité, sont à prendre en compte également. Il s'agit des politiques et des programmes de planification familiale, des infrastructures afférentes, de l'accès à l'information en matière de contraception.

De plus, ces quatre utilisatrices n'évoquent à aucun moment la responsabilité de l'homme en cas de recours à une pratique abortive. Toute la responsabilité de la survenue de la grossesse et de la décision de l'interrompre est attribuée à la femme.

c) Les raisons morales et religieuses

Le projet de légalisation de l'avortement pour Maguy et Nina n'est pas envisageable parce que selon elles il s'agit d'un acte « *immoral* ». Pour Fernande, ce serait « *la dérive* » parce que les femmes abuseront de ce nouveau droit. Arlette et Odile sont les utilisatrices qui sont défavorables à la légalisation parce que selon elles cette pratique est un péché. Elles ne seraient pas prêtes à cautionner un éventuel projet de légalisation parce qu'il irait à l'encontre de leur foi (Arlette est chrétienne et Odile est chrétienne catholique). L'appartenance religieuse influence l'opinion sur l'avortement provoqué. Les résultats de N'Bouké (2011) montrent qu'à Lomé, les femmes chrétiennes ont significativement deux fois moins de chances que les femmes chrétiennes catholiques d'approuver la légalisation de l'avortement provoqué. Autrement dit, les femmes catholiques sont plus susceptibles d'être favorables à la légalisation que les femmes d'autres obédiences chrétiennes.

En ne tenant compte que des 16 utilisatrices de CU qui sont défavorables à la légalisation, neuf sont chrétiennes catholiques, 5 appartiennent à d'autres obédiences chrétiennes (pentecôtistes, témoins de Jéhovah) et 2 sont musulmanes. En se basant sur les 25 femmes

(utilisatrices et non-utilisatrices de la CU) dans notre échantillon qui sont défavorables à la légalisation, on en a 13 qui sont des chrétiennes catholiques, 10 qui appartiennent à d'autres obédiences chrétiennes et deux qui sont de confession musulmane. Les effectifs de notre échantillon étant faibles, on ne peut pas vraiment parler de différences par rapport aux résultats obtenus par N'Bouké (2011).

6.2.2.2 Opinions favorables à la légalisation de l'avortement provoqué

Trois enquêtées se sont dites favorables à une éventuelle légalisation de l'avortement au Cameroun. Il s'agit de Fanny, Gaëlle et de Nadine. Fanny recourt occasionnellement à la CU ; elle utilise principalement les méthodes contraceptives naturelles. Gaëlle a fait usage une seule fois de la CU et n'envisage plus d'y recourir tout comme Nadine qui l'a utilisée trois fois. La raison principale avancée par ces femmes pour expliquer leur approbation de la légalisation de l'avortement provoqué est la nécessité d'assurer des conditions médicales et sanitaires adéquates de la pratique. Nadine justifie son positionnement par l'argument sanitaire. Elle dit ceci : *« Je suis pour que les IVG se passent dans les conditions d'hygiène maximales. C'est pour cela que je peux être d'accord avec une possible légalisation. En libéralisant ça évite d'aller faire ça n'importe où. Parce que vous ne connaissez pas dans quelles conditions ça se passe hein. Les conditions actuelles c'est les milieux bizarres et les gens font n'importe quoi. Si on libéralise ça fera que les gens iront facilement vers le personnel de santé, ils seront mieux informés et ils auront une bonne prise en charge »*. Gaëlle a également le souci de voir la pratique abortive mieux encadrée. Une éventuelle légalisation permettrait de diminuer le nombre de décisions isolées prises par les femmes et leur assurerait une meilleure prise en charge et un meilleur suivi médical. Selon Fanny ce sont surtout les adolescentes qui en auront besoin car cela leur éviterait de mettre en péril leur fertilité dans un contexte d'avortement clandestin, où les conditions d'hygiène et de sécurité sont douteuses.

Ces trois enquêtées appréhendent la légalisation de l'avortement au Cameroun sous le prisme d'une question de santé publique. Elles mettent en avant l'insécurité des avortements clandestins et des conséquences néfastes pour la femme. Ce sont des enquêtées qui ont déclaré ne pas avoir une expérience personnelle ou indirecte (amie ou proche) de l'avortement provoqué. Deux d'entre elles ont un niveau d'instruction supérieur, la troisième ayant un niveau d'instruction secondaire. Une étude réalisée au Burkina-Faso en milieux rural et urbain montre que ce sont les personnes les plus instruites qui sont les plus susceptibles de tolérer

l'avortement comparativement à celles qui ne sont pas instruites (Rossier, 2007). Un niveau d'instruction élevé est associé à un comportement favorable à une fécondité plus réduite, ce qui selon Wang et Buffalo (2004) expliquerait qu'il est plus probable que les femmes instruites soient favorables à la légalisation de l'avortement.

6.2.2.3 La neutralité ou l'indécision

Dans notre échantillon total il y a trois femmes qui ont opté pour le « ni pour ni contre ». Barbara utilise occasionnellement la CU, Denise y recourt régulièrement et Olive n'en a jamais utilisé. N'Bouké (2011) constate qu'au Togo, la proportion de femmes neutres ou indécises vis-à-vis de la légalisation de l'avortement est plus élevée chez les femmes qui n'ont jamais été enceintes par rapport à celle des femmes qui ont déjà été enceintes et n'ont jamais avorté et de celles qui ont déjà avorté. Cependant dans notre étude, sur les trois cas de neutralité ou d'indécision identifiés, deux concernent des femmes qui ont des enfants (Barbara et Olive).

Pour Barbara, avorter est avant tout une décision personnelle difficile à prendre. Elle reconnaît et dit comprendre que cette décision puisse heurter des sensibilités. C'est pourquoi elle se sent « *incapable de choisir un camp* ». Elle nous a confié (tout en précisant ne pas souhaiter donner plus de précisions) avoir recouru une fois à une IVG. L'attitude des femmes vis-à-vis de la légalisation de l'avortement varie selon qu'elles aient des antécédents d'IVG ou non. Denise et Olive n'ont aucune expérience d'avortement provoqué. Tout comme Barbara, elles soulignent la difficulté pour une femme de prendre la décision d'avorter. Denise n'a jamais été enceinte. Elle estime que l'IVG peut se révéler être utile car il arrive que certaines femmes n'aient pas d'autres choix que d'y recourir. Elle cite à titre d'exemple les grossesses résultant de viol, d'inceste, les grossesses des adolescentes. Cela demeure cependant selon elle un acte criminel. Denise est indécise car « *toute chose a ses bons et ses mauvais côtés* ». Olive est du même avis. C'est une mère de trois enfants qui est favorable à une « *une légalisation bien surveillée* ». Cependant elle émet une réserve relative au « *désordre* » qu'une telle loi peut causer. Elle explique son indécision sur la question de la légalisation par le fait qu'elle est partagée entre la condamnation sociojuridique de la pratique abortive (qu'elle trouve justifiée) et le droit des femmes à pouvoir ses propres choix.

Si la majorité des répondantes ont répondu à la question sur la légalisation, quatre nous ont opposé un refus. Elles nous ont expliqué qu'elles ne souhaitent pas s'exprimer sur un sujet

sensible. Paradoxalement, trois d'entre elles ont répondu (par la négative) aux questions sur une expérience d'avortement provoqué. On se serait attendu à ce que ce soit plus délicat pour elles de répondre à des questions qui concernent directement leurs pratiques personnelles qu'à une question d'opinion comme celle d'une éventuelle légalisation de l'avortement provoqué. Etant donné la sensibilité du sujet et le refus de répondre à la question sur la légalisation, on peut s'interroger sur la fiabilité des réponses des trois répondantes sur leurs antécédents en matière d'avortement provoqué. Cela vaut aussi pour les réponses des enquêtées que nous avons présentées et discutées précédemment. Vivant dans une société où la pratique abortive est interdite et stigmatisée, nous pouvons supposer que des enquêtées donnent des réponses qu'elles estiment être celles que l'enquêteur attend d'elles. Sans toutefois remettre en question la bonne foi des femmes interrogées, on peut souligner que les normes juridiques ou sociales en vigueur pourraient conduire à des discours socialement attendus de la part de ceux auxquels elles s'adressent.

Après une première partie consacrée aux différents usages de la contraception d'urgence, la deuxième partie s'intéresse à la place des rapports de genre dans la décision de recourir à la méthode.

6.3 Rapports de genre et prise de décision de recourir à la contraception d'urgence

Bien que nous n'ayons pas interrogé les hommes sur cette méthode, nous allons à partir des discours des utilisatrices, analyser le rôle qu'ils jouent dans la décision. L'opinion des femmes sur la place qu'elles considèrent être comme celle de leur conjoint ou de leur partenaire est toute aussi intéressante dans la mesure où elle nous renseigne sur la manière dont elles conçoivent la responsabilité contraceptive dans le couple. Ainsi, pour étudier la question de la responsabilité contraceptive dans notre travail de recherche, nous avons retenu deux principaux points : la discussion avec le partenaire masculin sur l'utilisation de la contraception d'urgence et les formes de participation de celui-ci à l'achat.

6.3.1 En discuter ou non avec le partenaire ?

La discussion avec le partenaire n'est pas envisagée de la même manière par les utilisatrices. Bien que la crainte de tomber enceinte après un rapport sexuel non protégé soit présente, elle ne débouche pas dans tous les cas, contrairement à nos attentes, sur des échanges avec le partenaire masculin à propos de la gestion du risque de grossesse non prévue. En fonction des réponses obtenues nous avons identifié trois types d'attitudes des utilisatrices. Ainsi on

distingue des utilisatrices qui discutent avec leur partenaire de la méthode à chaque fois qu'une situation en requiert l'usage. Il y a des enquêtées qui ont décidé de ne pas ou de ne plus faire part à leur partenaire de l'utilisation du contraceptif. Enfin on a identifié des enquêtées qui en font part de temps en temps.

6.3.1.1 Une discussion commune indispensable

La moitié des femmes qui utilisent la contraception d'urgence, soit 11, discutent à chaque fois de celle-ci avec leur partenaire avant d'y recourir. Elles ont entre 21 et 32 ans. Cinq femmes ont un niveau d'instruction supérieur, quatre un niveau d'instruction secondaire et deux un niveau d'instruction primaire. La plupart des femmes qui considèrent la discussion entre partenaires sur la CU comme indispensable ne sont pas mariées et ont un emploi. Elles sont donc relativement autonomes. Dans ce groupe des onze femmes, on trouve autant d'utilisatrices occasionnelles (5) de la CU que d'utilisatrices qui y ont recouru une seule fois (5). L'une d'elles utilise régulièrement la méthode. Ces femmes soulignent l'importance d'impliquer le partenaire masculin dans la pratique contraceptive du couple. Selon neuf d'entre elles, cela est d'autant plus nécessaire qu'elles et leurs conjoints sont d'accord sur les objectifs de fécondité dans le couple (reporter la première naissance ou espacer les naissances). Bien que les deux femmes restantes aient des divergences de point de vue sur le projet familial avec leurs partenaires, elles discutent avec eux de l'utilisation de la méthode. Pour Diane cette démarche lui permet de continuer à affirmer sa volonté de reporter sa première maternité malgré le souhait contraire de son partenaire. Bien qu'elle le décrive comme quelqu'un qui n'a pas d'avis sur la contraception, cela ne l'empêche pas de discuter du sujet avec lui.

Chez Nina le recours à la contraception d'urgence fait l'objet de discussion entre elle et son mari à propos de l'espacement des naissances. Elle souligne au passage que le fait d'en parler à son partenaire est aussi un moyen pour solliciter sa participation financière à l'achat du contraceptif. Les femmes de notre échantillon qui discutent régulièrement avec leur partenaire de l'utilisation de la contraception d'urgence ont déploré les discours qui féminisent la gestion de la vie reproductive du couple. Habiba parle par exemple de la nécessité de « *promouvoir la responsabilité partagée du risque de la grossesse* » ; Nadine souligne le fait que « *le poids de ne pas tomber enceinte pèse seulement sur la femme* ». Le fait que le conjoint de Nina et le partenaire d'Habiba aient une opinion favorable sur la contraception peut expliquer cette perception par les deux femmes de la discussion dans le couple en matière de contraception

d'urgence. On retient que pour ces enquêtées, discuter notamment de la contraception d'urgence est un pas en avant vers la responsabilisation du conjoint. Barbara évoque le fait d'« *amener aussi les hommes à s'impliquer* ».

Toutefois le fait de discuter avec le partenaire dernier n'implique pas forcément de sa part une acceptation de la contraception. C'est le cas par exemple du partenaire de Barbara qui reste convaincu que la contraception hormonale est néfaste pour la santé de la femme. Barbara dit ceci à propos de l'attitude de son copain : « *il n'avait pas le choix puisqu'on ne veut plus d'enfant pour l'instant. C'est pour ça qu'il a accepté que je prenne ça. Il n'était pas totalement d'accord mais il m'a soutenue dans ma décision* ».

Il est important de relever quelque chose de fondamental qui se dégage des discours de ces femmes sur la place de l'homme dans leur vie sexuelle et reproductive. Elles sont d'accord sur l'implication du partenaire masculin dans la gestion du risque de grossesse non prévue. Toutefois, elles ne le mentionnent pas lorsque la grossesse est avérée et qu'une IVG est potentiellement envisagée par la femme. Comme on a pu le voir précédemment dans la section sur les opinions en matière de légalisation de l'avortement provoqué, il y a des enquêtées particulièrement critiques qui conçoivent l'acte abortif comme une fuite par la femme de ses responsabilités. À aucun moment elles n'ont évoqué l'implication de l'homme dans le recours à la pratique abortive. Or comme le mentionnent Guillaume et Lerner (2009) à partir des travaux de Llovet et Ramos (2001), les hommes sont « *"l'autre moitié significative"* » *puisque'ils sont les "auteurs de la grossesse"* » (p. 65). La grossesse et l'avortement sont des phénomènes liés à la vie reproductive qui est un domaine privilégié de la manifestation des rapports sociaux de sexe. S'interroger sur l'implication ou la disqualification des hommes en matière contraceptive et dans le projet d'IVG c'est s'interroger notamment sur les rôles des hommes et des femmes en matière de fécondité et sur la manière dont ils les intériorisent.

Après le cas d'étude où le partenaire masculin est mis à contribution du point de vue communicationnel, nous verrons par la suite qu'il arrive que la faible implication ou l'absence d'implication de celui-ci soit voulue par la femme. C'est le cas de figure que nous allons à présent étudier.

6.3.1.2 Une utilisation dissimulée de la contraception d'urgence

Huit répondantes ont caché à leur partenaire l'utilisation de la contraception d'urgence. Elles sont pour la plupart célibataires (6) et ont un emploi (5). Il y a autant de femmes ayant un niveau d'instruction supérieur (4) que de femmes au niveau d'instruction secondaire (4). Parmi elles, une a eu recours une seule fois à ce dispositif médical, deux y recourent régulièrement et cinq l'utilisent occasionnellement. Joëlle qui n'a utilisé qu'une seule fois la méthode estime qu'elle n'avait aucune obligation d'informer son mari à ce sujet. Pourtant ce dernier a une opinion favorable sur la contraception. Zohra partage le même avis que Joëlle et déclare : *« je n'avais pas à lui dire quoi que ce soit. C'est moi qui porte l'enfant, c'est moi qui supporte donc je n'ai pas à lui dire »*. À l'instar du mari de Joëlle, le copain de Zohra n'émet aucune réserve sur l'utilisation de la contraception moderne. Lorsque nous lui avons rappelé nous avoir dit auparavant dans l'interview que la responsabilité contraceptive doit être partagée au sein du couple, elle a répondu : *« oui mais j'ai pas jugé utile de lui en parler tout simplement. Je peux aussi décider seule ce qui est bon pour moi »*. Cet argument est aussi repris par Fanny qui déclare : *« la grossesse c'est pas seulement lui, c'est moi aussi. C'est la femme qui porte le bébé pas l'homme. Je peux aussi décider de mon côté du moment où la grossesse arrivera ou ça n'arrivera pas »*. Selon Fanny le fait d'en discuter ou non avec son conjoint ne change rien à la situation parce qu'il ne s'intéresse pas à la contraception.

Les propos de Fanny et de Zohra mettent en exergue une certaine féminisation de la parentalité. Selon elles, le fait que la gestation se passe dans le corps de la femme justifie l'exclusion du partenaire de la prise de décision à propos de l'utilisation de la CU. Inès non plus ne se sent pas obligée d'informer son mari non pas parce qu'elle estime que c'est une affaire de femmes, mais plutôt en raison des rapports conflictuels qu'ils entretiennent. Elle dit ceci : *« de toute manière comme je t'ai dit ça fait deux ans qu'on a des problèmes. Nos rapports intimes sont rares, je ne vais pas aller lui parler de pilule et tout ça. Nous ne voulons plus d'enfant, je prends mes dispositions »*. De plus son mari n'a pas d'avis sur la contraception. En somme pour ces femmes, la discussion avec le partenaire lui donnerait un droit de regard qu'elles ne considèrent pas indispensable.

Outre l'argument du caractère non obligatoire de la discussion, il y a celui relatif à l'évitement du conflit. Denise et Nadia se retrouvent dans ce cas de figure. Leurs partenaires respectifs ont des réserves sur l'utilisation des méthodes contraceptives hormonales. Ce n'est pas tant l'utilisation d'une contraception hormonale qui poserait problème si cela est découvert par les

partenaires, mais plutôt le recours à un moyen contraceptif quel qu'il soit, étant donné les désaccords dans le couple sur le projet familial. Comme nous l'avons vu plus haut, Denise utilisait régulièrement la contraception d'urgence. Au début elle informait son copain. Elle ne le fait plus non seulement parce qu'elle se dit « *fatiguée* » d'expliquer à son copain qu'elle ne souhaite pas avoir d'enfants alors que lui il en voudrait, mais aussi pour éviter les tensions que les discussions à ce sujet génèrent. Nadia qui n'a utilisé que deux fois le contraceptif n'en a pas fait part à son copain pour les mêmes raisons. C'est accidentellement qu'il en a fait la découverte : « *c'est après la deuxième fois qu'il a su que je prenais ça. Il a su des semaines après puisqu'il avait trouvé le carton quelque part [...]. Il l'a mal pris. Il connaissait ce qu'on appelle la pilule du lendemain. Il m'a dit qu'il a quand même pris le temps de lire puisqu'il y avait la notice. Quand on a parlé de ça il était fâché contre moi parce que j'ai caché que je prenais ça* ».

Dans le cas de Chimène l'absence de discussion s'explique par la répartition des responsabilités contraceptives au sein du couple. Elle a utilisé trois fois la contraception d'urgence et n'a rien dit à son copain parce que celui-ci lui a délégué la responsabilité contraceptive du couple. Son copain a des réserves sur la contraception moderne. Elle dit à propos de l'utilisation de la CU : « *il n'avait jamais su. Lui il m'avait dit de prendre mes dispositions. Il pense toujours que c'est à moi de prendre les dispositions. C'est-à-dire s'il faut que euh en fait par exemple il faut toujours qu'il y ait des préservatifs en permanence à la maison. Et c'est souvent à moi de lui rappeler quand acheter. C'est à moi de prendre les dispositions en tout cas. Pourquoi je vais lui parler de la pilule du lendemain ? On n'a jamais partagé sur la pilule du lendemain. En fait de toute manière il est sceptique par rapport aux contraceptifs ce qui fait que j'hésite aussi à en parler* ».

Les exemples cités ci-dessus montrent que l'absence d'investissement du partenaire masculin dans le recours à la contraception d'urgence peut être une volonté de la femme. Pour comprendre la mise à l'écart de l'homme, il est important de situer l'attitude de l'homme vis-à-vis de la contraception, de savoir si les partenaires discutent de planification familiale, de connaître également les aspirations individuelles en matière de projet familial. Les perceptions par les femmes de la parentalité sont également un facteur explicatif non négligeable de cette mise à l'écart. Le fait de concevoir la fécondité dans un registre essentiellement féminin restreint la place de l'homme dans la maîtrise de la fécondité du couple.

6.3.1.3 Une discussion facultative

Pour Lydie (commerçante de 23 ans, célibataire, niveau d'instruction primaire) et Arlette (étudiante de 24 ans, célibataire) qui ont une utilisation régulière de la CU, échanger avec le partenaire sur l'éventualité de recourir à la contraception d'urgence n'est pas une obligation. Toutefois, cela ne les empêche pas parfois d'avoir une discussion à ce sujet. Contrairement aux répondantes qui sont dans une logique de non obligation totale de la discussion, Lydie et Arlette sont ouvertes à la discussion. Elles ont respectivement un partenaire qui a une opinion positive de la contraception. Elles disent ne pas associer régulièrement celui-ci à la prise de décision parce qu'elles utilisent fréquemment la méthode et que cela ne nécessite pas qu'il en soit informé chaque fois. Pour expliciter son propos, Lydie prend l'exemple des femmes qui utilisent la pilule classique : *« quand les femmes prennent la pilule de tous les jours-là elles ne sont pas obligées de tout le temps dire ça à leur copain. Tu peux en parler de temps en temps avec lui parce que c'est ton copain, parce que c'est mieux qu'il sache si tu prends tes précautions mais tu ne vas pas à chaque fois lui parler de ça. C'est comme ça que je fais avec ma pilule du lendemain »*. La discussion est facultative et permet selon Arlette d'informer le partenaire au moment opportun. La sollicitation pour le financement de l'achat du contraceptif est un moment opportun.

6.3.2 Les formes de participation du partenaire masculin à l'achat de la contraception d'urgence

Nous avons vu que l'implication de l'homme dans le processus décisionnel peut se faire au travers de la discussion avec la partenaire. La participation financière est une autre forme d'implication de l'homme. Cette participation peut se résumer à une contribution financière à l'achat de la méthode, ou consister en une contribution financière et à l'achat en personne de la méthode ou encore à un financement indirect par le biais d'une autre dépense.

6.3.2.1 La simple contribution financière

On retrouve ici la plupart des utilisatrices qui discutent du recours à la méthode avec leur conjoint et qui n'ont pas de divergence autour du projet familial. Le partenaire ne s'oppose pas au financement de l'achat de la contraception d'urgence. Nous avons analysé dans le précédent chapitre le rapport des utilisatrices au coût de ce contraceptif. Dans le chapitre précédent nous avons souligné le fait que Delphine (utilisatrice occasionnelle), Diane (une

seule utilisation) et Nadine (utilisatrice occasionnelle) ne trouvaient pas le produit cher parce que ce sont leurs partenaires respectifs qui financent l'achat. Delphine estime que les revenus conséquents de son mari facilitent l'achat de la CU. Ces femmes ont déclaré n'avoir jamais eu à acquérir le contraceptif par leurs propres ressources financières. Delphine est étudiante infirmière, Diane est élève et Nadine est une aide-soignante au chômage. Elles ne sont pas les seules utilisatrices de notre échantillon à compter essentiellement sur la contribution financière de leur partenaire. Par contre Lydie et Arlette qui ont une utilisation répétée de la CU ont déclaré qu'elles ont déjà eu à l'acheter par leurs propres moyens. Elles l'ont fait soit quand le conjoint était dans l'incapacité de leur donner la somme nécessaire, soit lorsqu'elles ont choisi d'acheter des marques de CU moins chères en pharmacie ou auprès de vendeurs ambulants dans la rue.

Nous regrettons ici l'absence d'éléments de discours pour analyser l'opinion des conjoints sur prix de la CU. Le fait que les enquêtées trouvent cher ou non cette méthode ne nous donne aucune indication sur le ressenti de celui qui finance. Il ressort des entretiens que le prix n'est pas un sujet abordé (ou alors peu) par les conjoints lors du processus décisionnel. On peut penser que pour les enquêtées qui utilisent régulièrement la méthode, le budget à prévoir est conséquent surtout si elles recourent aux marques les plus chères. Bien que cela s'inscrive dans une logique de soutien à la partenaire, il est possible que cette dépense soit vécue par des hommes comme une contrainte financière.

6.3.2.2 Participation financière et achat effectué par l'homme

Trois enquêtées nous ont confié que leurs partenaires non seulement contribuent à l'achat de la contraception d'urgence mais aussi qu'il leur est arrivé d'acheter directement celle-ci en pharmacie. La seule fois où Gaëlle et Diane ont utilisé cette méthode c'est leurs copains qui l'ont achetée parce qu'elles avaient honte de le faire elles-mêmes. L'attitude du conjoint de Diane est surprenante dans la mesure où il souhaite avoir un enfant. Sa participation financière à l'achat du contraceptif peut être interprétée comme une volonté de sa part de ne pas entrer en conflit avec sa conjointe. Il se montre coopératif peut-être parce que Diane n'a sollicité son appui financier qu'une fois et que c'est à cette seule occasion que Diane a utilisé la CU. Il se pourrait qu'il se montre réticent si Diane utilise ouvertement de manière

occasionnelle ou régulière le contraceptif. L'autre cas de figure à envisager est celui où le partenaire de Diane se raviserait sur son souhait d'avoir un enfant.

Il est arrivé une ou deux fois au mari de Nina d'effectuer directement l'achat au début de son utilisation de la méthode. Il est de plus en plus réticent à l'idée de le faire à nouveau parce que l'usage de ce contraceptif est une source de tensions au sein du couple.

6.3.2.3 La contribution financière indirecte

Cette dernière forme de participation financière du partenaire masculin renvoie à la situation où la femme prétexte une dépense autre pour obtenir la somme nécessaire à l'achat de la contraception d'urgence. Denise et Nadia nous ont confié l'avoir fait. Denise (qui est étudiante) a commencé à user de subterfuges lorsqu'elle a cessé d'informer son conjoint à propos de l'utilisation de la méthode. Lorsqu'elle avait encore recours à cette dernière, il lui est arrivé de prétexter un problème de santé pour obtenir de l'argent en vue d'une consultation médicale. Elle a également demandé des sommes d'argent pour résoudre des problèmes familiaux. Elle déclare à cet effet : *« je ne l'ai pas beaucoup fait car moi-même j'étais gênée. Je crois que je ne lui ai pas dit la vérité euh, maximum euh, au maximum quatre fois je crois hein. Après j'ai cherché à me débrouiller par d'autres moyens. Je pouvais utiliser mon argent de poche ou alors demander à des copines de me prêter de l'argent. De toute manière tout ça c'est fini ça fait longtemps que je n'utilise plus cette pilule »*. Nadia (sans emploi) qui a utilisé deux fois la méthode a également prétexté à chacune des occasions des problèmes de santé pour obtenir de l'argent afin de financer l'achat. La lassitude face aux tensions générées par les divergences en matière de projet familial, la crainte de la réaction du partenaire, la faible teneur des ressources financières de ces deux femmes expliquent leur démarche. On peut s'interroger sur la qualité de la relation dans laquelle sont engagées ces jeunes femmes.

Comme nous l'avons souligné dans le chapitre précédent, Denise est dans une relation stable. Au moment de l'entretien, Nadia est en couple avec son partenaire depuis un an. La qualité de la relation peut faciliter ou empêcher les discussions relatives à la contraception et la pratique contraceptive du couple (Bawah *et al.*, 1999 ; Cox *et al.*, 2014). L'implication de l'homme dans la vie contraceptive du couple revêt une signification différente selon qu'il s'agit d'une relation de courte ou de longue durée. Les relations dites de haute qualité sont associées à l'absence de pratique contraceptive parce que les conjoints ne sont pas obsédés par

l'évitement d'une grossesse (Wilson et Koo, 2008). Ce même type de relation peut également encourager la pratique contraceptive en raison de l'existence d'une meilleure communication conjugale.

Conclusion

L'analyse des usages de la CU a permis de souligner la place des normes sociales en matière de sexualité et de procréation dans les pratiques contraceptives. De plus, cela a permis d'interroger les rôles attribués aux hommes et aux femmes dans le domaine de la régulation de la fécondité. Il y a lieu de retenir que la CU constitue un moyen pour des femmes de composer avec le poids des normes. Les responsabilités contraceptives sont perçues de manière variable par les femmes. L'analyse de l'implication du partenaire masculin dans le processus décisionnel présidant au recours à la CU réaffirme, comme dans d'autres études, la faible pression sociale sur les hommes en matière contraceptive.

Les usages de la CU répondent à différentes logiques. Le recours régulier à la CU confère aux femmes concernées un sentiment de sécurité. Ce sentiment est parfois amplifié par l'absence d'effets secondaires et peut déboucher sur une planification de la prise de la CU. D'où les rapports sexuels non protégés délibérément entretenus par des enquêtées. L'utilisation régulière est motivée par la non tolérance des effets secondaires d'autres moyens de contraception, par les désaccords autour de la réalisation du projet de maternité, et par l'absence d'un projet d'avenir commun dans le cas de relations occasionnelles. L'utilisation régulière dans le couple marié vise l'arrêt des naissances. Les femmes célibataires souhaitent reporter un projet de maternité qui ne cadre pas avec leurs aspirations personnelles. Elles sont également soucieuses à travers l'utilisation régulière de la CU, d'éviter une grossesse (additionnelle) prénuptiale.

L'utilisation occasionnelle de la CU répond premièrement et dans la plupart des cas à une logique de renforcement d'une pratique contraceptive déjà existante. Le statut matrimonial n'entre pas en jeu dans ce type d'utilisation. C'est également le cas pour celles qui n'ont utilisé qu'une fois cette méthode.

L'utilisation unique correspond à une pratique contraceptive d'appoint chez les femmes qui recouraient déjà à un moyen de contraception. Globalement, les arguments avancés par les

enquêtées qui ont utilisé une seule fois la CU sont la peur des effets secondaires, les effets secondaires subis, l'échec d'utilisation et l'assimilation de la méthode à une pratique abortive.

Les données collectées montrent que l'opinion du partenaire sur la contraception influence la prise de la CU. Cette influence est particulièrement observable chez les utilisatrices qui connaissent des difficultés dans la négociation des rapports sexuels protégés. Le cas de figure de l'utilisation dissimulée de la CU souligne l'action de l'attitude du partenaire masculin à l'égard de la contraception, mais aussi celle des perceptions des responsabilités contraceptives dans le couple, sur la prise de ce dispositif médical. L'utilisation dissimulée est une conséquence des tensions résultant des désaccords dans le couple sur le projet familial.

Après avoir étudié dans ce chapitre et le précédent les discours des femmes utilisatrices et non-utilisatrices de la CU, nous allons à présent nous intéresser aux opinions des professionnels de la santé. L'analyse de leurs opinions à partir cette fois-ci de leur point de vue, vient enrichir la discussion ouverte dans le chapitre antérieur, sur les perceptions par les utilisatrices des prestataires de services de santé.

Chapitre 7 : Opinions des professionnels de la santé sur la contraception d'urgence

Ce chapitre décrit les discours de professionnels de la santé sur la contraception d'urgence. Les données recueillies permettent de saisir leurs attitudes vis-à-vis des utilisatrices de la méthode et renseignent sur sa place dans l'offre contraceptive. Dix-huit professionnels de la santé ont été interrogés. Il s'agit d'une part de quinze prestataires de services de santé et d'autre part de trois intervenants dans le domaine de la mise en œuvre de programmes de santé de la reproduction.

7.1 Perceptions des prestataires de services de santé à l'égard de la contraception d'urgence et de ses utilisatrices

Parmi les quinze prestataires de services de santé interrogés figurent : quatre infirmières supérieures spécialisées en santé de la reproduction, deux infirmières, un gynécologue, un chargé du counseling en planification familiale, deux sages-femmes, une pharmacienne, une auxiliaire de pharmacie et trois vendeurs en pharmacie. Globalement, la plupart des prestataires interrogés n'ont pas un avis défavorable sur la méthode. Ils lui reconnaissent une certaine utilité dans la gestion du risque de grossesse non prévue. Toutefois certains avis favorables sont assortis de réserves. Comme nous le verrons, le positionnement des prestataires de services de santé sur la CU peut parfois les conduire à se retrouver aux prises avec les obligations professionnelles et les considérations personnelles.

7.1.1 Opinions favorables

Sur les quinze prestataires de services de santé interrogés, onze ont une opinion positive vis-à-vis de la contraception d'urgence. Parmi ces onze, sept ont un avis totalement favorable et les quatre autres ont émis des réserves.

7.1.1.1 Avis positif sans réserve

Parmi les sept prestataires qui ont une opinion totalement favorable en matière de CU figurent Karine et Simone qui sont des sages-femmes, Yolande une pharmacienne, Gabrielle et Fabienne qui sont des infirmières spécialisées en santé de la reproduction et Cécile et Jérémy qui sont des vendeurs en pharmacie. On note qu'il y a des répondants qui ont des caractéristiques sociodémographiques communes. Les deux vendeurs ont un niveau d'instruction secondaire et sont respectivement mariés. Les infirmières en santé de la reproduction, les sages-femmes et la pharmacienne sont les plus instruites de ce groupe (niveau d'instruction supérieure). Pour ce qui est de l'appartenance religieuse de ces

prestataires on distingue un protestant, un pentecôtiste, deux catholiques, trois répondants qui sont d'autres obédiences chrétiennes.

Les enquêtés de ce groupe expliquent leur positionnement vis-à-vis de la méthode par son rôle dans la gestion du risque de grossesse non prévue. C'est un moyen de contraception « *nécessaire* » pour Karine et Simone, « *indispensable* » pour Cécile et Jérémy, car il résout un problème ponctuel qu'aucun autre contraceptif ne peut résorber. Outre ces arguments, Gabrielle évoque aussi le fait que certaines femmes n'ont pas d'autre choix que de recourir à la CU parce qu'elle serait moins nocive que d'autres méthodes contraceptives. Ces sept professionnels de santé ne voient aucun inconvénient à l'utilisation de la CU. Pour eux, il s'agit d'une méthode qui a une fonction précise et à cet effet, elle a sa place dans la gamme contraceptive disponible. Pour Karine et Fabienne, le plus important c'est d'amener les utilisatrices à adopter une méthode contraceptive régulière. Cette idée rejoint celle de personnels de santé au Ghana qui considèrent la CU comme un potentiel point d'entrée pour le recours à des contraceptifs classiques (Mayhew *et al.*, 2013).

7.1.1.2 Avis positif avec réserve

À la différence des enquêtés du groupe précédent, ceux du groupe adhérant partiellement à la contraception d'urgence n'ont pas des professions similaires. Thomas est gynécologue, Julia est infirmière spécialisée en santé de la reproduction, Sabine et Yvette sont respectivement vendeuse et auxiliaire en pharmacie. Bien qu'ayant une opinion favorable sur la CU, ils émettent quelques réserves. Celles-ci concernent le risque d'une utilisation régulière du contraceptif, l'impact d'une telle utilisation sur la santé des femmes et la crainte de l'augmentation des comportements sexuels irresponsables. Pour Thomas (gynécologue, niveau d'instruction supérieur, marié, catholique) les conditions de vente de la CU sont telles que l'usage de la méthode par la suite échappe au « *contrôle* » des professionnels de la santé. Il affirme ainsi : « *il y a un risque que les femmes utilisent ça n'importe comment puisqu'elles peuvent l'obtenir à tout moment. Elles n'ont même pas besoin de consulter un médecin pour pouvoir acheter ça. Donc elles font ce qu'elles veulent et c'est ce qui me dérange. Ça reste un médicament qui peut être nocif pour elles* ».

Julia (infirmière en santé de la reproduction, niveau d'instruction supérieur, mariée, protestante) est également préoccupée par les éventuelles conséquences sanitaires d'une mauvaise utilisation de la CU. Elle évoque notamment le dosage hormonal contenu dans le

contraceptif. Durant l'entretien Julia a mentionné le fait qu'elle trouvait inadéquat le terme « pilule du lendemain » car celui-ci induit en erreur certaines utilisatrices au moment de la prise. Fabienne qui a une opinion totalement favorable sur la CU est du même avis. Julia nous a aussi fait part tout comme Sabine (vendeuse en pharmacie, niveau d'instruction secondaire, célibataire, catholique) et Yvette (auxiliaire en pharmacie, niveau d'instruction secondaire, célibataire), de ses craintes quant au risque de multiplication des comportements sexuels irresponsables. Pour ces trois femmes, l'utilisation de la CU peut conduire les individus, surtout les plus jeunes à avoir délibérément des rapports sexuels non protégés. Cette crainte est fondée et confirmée comme nous l'avons vu dans le précédent chapitre, avec les cas de Lydie et de Zohra qui pratiquent volontairement des rapports sexuels non protégés parce qu'elles savent qu'elles prendront plus tard la CU.

Sabine avoue avoir parfois des réticences à vendre la méthode parce qu'elle soupçonne certaines acheteuses régulières du contraceptif de ne pas l'utiliser pour des cas d'urgence. Elle nous confie à cet effet : *« il y a certaines femmes dont j'ai déjà remarqué le visage et qui viennent souvent pour cette pilule. Parfois tu as envie de ne plus leur vendre ça parce que malgré les conseils que tu peux donner tu vas voir ces femmes revenir acheter la même pilule. Mais bon...il faut que je fasse mon travail. Donc parfois je donne encore des conseils et puis je lui donne la pilule »*. Au moment de l'interview, nous avons noté dans les propos et dans l'attitude de Sabine une certaine exaspération face aux clientes qui selon elles utiliseraient régulièrement la CU. Toutefois, la jeune femme dit rester favorable à la méthode parce qu'elle permet d'éviter les grossesses non prévues et empêche la survenue d'une grossesse dont l'issue pourrait être un avortement provoqué.

Les prestataires de services de santé favorables à la CU mettent en exergue le potentiel de la méthode dans la gestion du risque des grossesses non planifiées. Le recours à la CU est perçu par des prestataires comme une stratégie pour amorcer si ce n'est le cas, l'utilisation de moyens de contraception classiques. Si certains prestataires considèrent la CU comme nécessaire voire indispensable, cela n'empêche pas quelques-uns d'être préoccupés par l'usage qui peut en être fait et par les corollaires de cet usage en termes de risques sanitaires et de comportements sexuels. Intéressons-nous à présent aux avis négatifs sur la CU.

7.1.2 Opinions défavorables

Quatre professionnels de la santé ont un avis défavorable vis-à-vis de la contraception d'urgence. Il s'agit de Blandine et Dorothée (infirmières), de Rémi (chargé du counseling en planification familiale) et de Géraldine (infirmière spécialisée en santé de la reproduction). Celle-ci elle est la plus instruite du groupe avec un niveau d'instruction supérieur. Blandine et Dorothée ont, excepté le nombre d'enfants et la religion, des caractéristiques sociodémographiques communes. Elles exercent la même profession, elles ont entre 45-49 ans, elles ont un niveau d'instruction secondaire. Blandine est une chrétienne catholique et Dorothée une chrétienne protestante. Pour cette dernière, la CU est une méthode qui n'est pas fiable et qui pousserait les jeunes en particulier à abandonner l'utilisation du préservatif notamment. Selon Rémi (niveau d'instruction secondaire, marié, chrétien catholique), la CU encouragerait les jeunes filles non mariées à avoir des rapports sexuels plus tôt et non protégés. Il craint qu'elles planifient le recours à ce dispositif médical et qu'elles sous-estiment les risques auxquels un tel comportement les exposerait. C'est pour cela qu'il déconseille l'utilisation de la CU.

C'est également le cas de Dorothée qui a fait le choix de ne pas parler de la méthode lors des counseling avec les patientes. Géraldine (niveau d'instruction supérieur, célibataire, chrétienne) se montre réfractaire à la CU parce qu'elle ferait de l'ombre aux autres méthodes contraceptives. Elle affirme ainsi : *« il y a une utilisation anarchique de la pilule du lendemain ce qui fait que ça joue contre la promotion des autres méthodes contraceptives. Les méthodes de longue durée sont mises de côté »*. Dorothée et Géraldine voient en la CU non seulement un obstacle pour la pratique contraceptive régulière mais aussi un terrain favorable à l'exposition aux IST et au VIH/sida. Cette préoccupation est aussi partagée notamment par les professionnels de la santé du Burkina-Faso : *« leur crainte principale reste celle d'une substitution à l'utilisation du préservatif qui pourrait conduire à un risque accru de VIH »* (Mayhew et al., op.cit, p.134). Autant on évoquait tantôt la CU en tant que porte d'entrée pour une pratique contraceptive régulière, autant on est en présence ici d'enquêtées qui y voit plutôt une porte d'entrée pour certaines maladies. Dorothée, Géraldine et Blandine insistent sur l'importance de communiquer davantage sur la double protection et sur l'utilisation des méthodes contraceptives de longue durée. La CU est loin de combler les attentes des quatre professionnels de santé à l'opinion défavorable. À leurs yeux, les utilisatrices de la méthode sont des femmes irresponsables.

Parmi les avis défavorables enregistrés chez les professionnels de la santé, celui de Blandine est particulièrement critique. Blandine est infirmière dans une clinique privée, mariée et mère d'un enfant. Elle est la seule prestataire de services de santé qui pense que la CU a un effet abortif. Selon elle cette méthode met à jour « *l'irresponsabilité* » dont peuvent faire preuve certaines jeunes femmes dans leur vie sexuelle. Il s'agit toujours selon ses termes, de filles « *frivoles* », « *légères* » qui utilisent ce produit médical.

Ces discours nous permettent de souligner l'opposition irresponsabilité-responsabilité dans l'image que renvoie la CU. La conception de la responsabilité en matière de recours à la CU est dualiste au vu des opinions des utilisatrices de la méthode et de celles des prestataires peu ou pas favorables au moyen contraceptif. La majorité des enquêtées ayant déjà recouru à celui-ci estiment avoir fait preuve de responsabilité en ce sens qu'elles ont évité une grossesse non planifiée. Celles qui planifient l'utilisation de la CU inscrivent leur démarche dans une certaine rationalité. Or, les prestataires partiellement favorables et défavorables à la CU remettent en cause la maturité des utilisatrices de la CU. Ils sont perplexes quant à l'aptitude de ces femmes, en l'occurrence les utilisatrices régulières, à avoir des comportements sexuels et contracepteurs responsables.

Blandine ne cache pas le fait qu'il lui arrive quelquefois de réprimander les femmes qui souhaitent acquérir cette méthode, surtout lorsqu'il s'agit de femmes qui étaient déjà venues auparavant pour l'obtenir. Ce sont souvent de jeunes femmes qui ne sont pas mariées. Ce qui confirme les expériences relatées par Lydie et Habiba sur l'attitude moralisatrice des prestataires à l'égard des jeunes utilisatrices de CU célibataires. Ces cas montrent que la réaction de certains prestataires peut être conditionnée par l'âge et le statut matrimonial des utilisatrices de la CU. Un jeune âge et le statut de femme célibataire vont susciter une réaction plutôt moralisatrice chez les prestataires défavorables à ce moyen de contraception.

7.2 Les opinions des professionnels de la santé sur la vente libre

Plus de la moitié des prestataires de services de santé n'adhèrent pas au système de vente libre de la contraception d'urgence. La plupart font partie du personnel médical. On y trouve aussi bien des prestataires qui sont totalement favorables à la CU, ceux qui y adhèrent partiellement que ceux qui s'opposent à son utilisation. L'absence de prescription médicale favoriserait selon eux une utilisation « *anarchique* » et « *abusive* » de la méthode. Pour Julia (infirmière supérieure spécialisée en santé de la reproduction), la vente libre ne permet pas aux

professionnels de santé de veiller à une utilisation correcte du contraceptif. Elle affirme ainsi : *« il suffit qu'une femme demande la contraception d'urgence et elle est servie. Il n'y a aucun moyen de déterminer l'intervalle de temps qui s'est écoulé entre le précédent achat et l'achat qu'elle fait en ce moment. C'est vrai qu'il y a des visages qui sont familiers parce que certaines femmes utilisent très souvent ça et tu peux peut-être te rappeler de la dernière fois qu'elle est passée. Mais on n'a pas de contrôle sur l'utilisation de cette méthode. Avec l'ordonnance ce serait mieux, il y a un suivi ».*

Les deux sages-femmes et le chargé de counseling interrogés vivent la vente libre de la CU comme une « exclusion » de leurs personnes. Selon eux, il s'agit d'une mise à l'écart de professionnels de santé habilités à aider les femmes dans leurs choix contraceptifs. Comme on aurait pu s'y attendre, Blandine s'oppose à la vente sans ordonnance. Elle dit ceci : *« c'est vraiment illogique de vendre ces pilules du lendemain sans ordonnance médicale. J'ai travaillé avant dans une officine et je vendais ces pilules du lendemain sans ordonnance médicale. Mais je n'étais pas d'accord avec ce principe parce que ça banalise déjà le produit, ça fait que ça ne donne pas l'importance que ce médicament devrait avoir. Ça perd son importance et sa qualité, sa raison d'être ».* Les propos de Blandine rejoignent ceux de Chimène (utilisation occasionnelle de la CU) et de Gaëlle (utilisation unique) qui comme nous l'avons souligné dans le précédent chapitre, sont contre la vente libre parce qu'elle contribuerait à la banalisation du produit.

Parmi les prestataires qui ont un avis mitigé sur la vente libre de la CU, on trouve un membre du personnel médical (Yolande qui est pharmacienne) et deux membres du personnel non médical (Yvette et Sabine respectivement auxiliaire et vendeuse en pharmacie). Le premier a un avis totalement favorable sur ce moyen de contraception et les deux autres ont émis des réserves. D'après Yolande, l'avantage de la vente libre est le fait d'acquérir dans les meilleurs délais la méthode : *« on respecte l'urgence de la situation dans laquelle la femme se trouve et on lui épargne déjà la préoccupation d'avoir rapidement sous la main un médecin pour une ordonnance ».* Cependant, Yolande regrette que ce gain de temps se traduise chez certaines utilisatrices en « des comportements d'autosuffisance » qui leur font croire qu'elles connaissent mieux la méthode que ceux qui la vendent.

Sabine se dit « ni pour ni contre » ce type de vente car dit-elle *« je me contente de vendre cette pilule et j'évite de me poser trop de questions ».* Cette déclaration de Sabine rappelle le

point de vue d'utilisatrices de la contraception d'urgence sur le caractère marchand que peuvent revêtir les échanges entre le prestataire et la cliente.

Les seuls prestataires de services de santé qui adhèrent totalement à la vente libre de la contraception d'urgence sont deux vendeurs en pharmacie. Ils sont totalement favorables à l'utilisation du dispositif médical. Ils disent assurer une fonction de conseiller qui certes ne remplace pas l'avis d'un médecin, mais qui peut être d'une utilité dans les pratiques contraceptives des clientes. JérémY, un des vendeurs favorables explique les réticences des personnels de santé à la vente libre par les rumeurs sur l'effet abortif de la méthode. JérémY déclare : *« s'il n'y avait pas tout ce qu'on raconte là sur le fait que cette pilule est responsable d'avortement, vous verrez qu'on ne se poserait même pas la question de l'ordonnance »*.

Contrairement à nos attentes, les prestataires travaillant en pharmacie ont des avis différents sur la question de la vente libre de la CU. Compte tenu des impératifs commerciaux qui sont les leurs, nous supposons qu'il se dégagerait un consensus dans les discours sur la vente libre de ce dispositif médical. On peut difficilement éluder la question de l'intérêt financier en raison de leurs professions. Les logiques de santé publique se posent différemment pour le personnel non médical. Or, les données montrent qu'il a des propos nuancés sur la vente libre.

7.3 À propos de la visibilité de la contraception d'urgence

Par visibilité de la contraception d'urgence, nous entendons sensibilisation à l'utilisation du contraceptif et promotion de ce dernier. Ces deux dimensions sont abordées ici à la fois du point de vue des professionnels de la santé et de celui des femmes utilisatrices ou non de la CU. La contraception d'urgence figure dans la liste nationale des médicaments essentiels au Cameroun. Cela n'implique pas une connaissance et une utilisation élevée de la méthode au sein de la population. Le taux d'utilisation de la contraception d'urgence n'a pas été indiqué dans l'enquête démographique et de santé de 2011. Rappelons que l'édition de 2004 révèle qu'environ 3% des femmes de 15-49 ans interrogées, indépendamment de leur région de résidence, ont déjà utilisé ce dispositif médical.

Le cadre réglementaire en santé de la reproduction au Cameroun est doté d'un curriculum de formation en technologie contraceptive (actualisé en 2009). Il s'agit d'un document adressé aux professionnels de la santé. On y trouve des informations sur les différentes méthodes de planification familiale et des recommandations pour aider ces professionnels à acquérir ou à

renforcer des compétences dans le domaine. Le but de ce document est d'assurer aux usagers des services de planification familiale des prestations de qualité. Il existe un chapitre descriptif sur la contraception d'urgence. Il présente la méthode, son mécanisme d'action, il indique les situations adaptées au recours à cette méthode. Cependant, la contraception d'urgence n'est pas mentionnée dans les directives relatives à l'amélioration de l'offre contraceptive au Cameroun. Les objectifs visés sont formulés de manière globale ; ils concernent les « *produits contraceptifs* ». Des indices sont parfois donnés sur le type de produits lorsque sont mentionnées les expressions « double protection » et « méthodes de longue durée ». Cela ne correspond pas aux caractéristiques de la contraception d'urgence.

L'Etat camerounais à l'instar d'autres pays s'est engagé à assurer auprès des populations un accès élargi à une gamme variée de contraception. La mise en œuvre de cet engagement exige un certain nombre de ressources et doit également tenir compte de l'adhésion des populations à la contraception moderne. Les suspicions, les perceptions sociales autour de la contraception d'urgence ne favorisent pas une adhésion totale à son utilisation. Des initiatives en faveur de la visibilité de ce contraceptif signifieraient que les autorités sanitaires se soient clairement positionnées en sa faveur. Or le contexte sanitaire et les mesures prises pour résoudre des problèmes de santé publique montrent que de telles initiatives ne sont pas à l'ordre du jour.

La faible prévalence contraceptive, les IST et le VIH/sida, les pratiques abortives clandestines, le niveau élevé des besoins non satisfaits en contraception sont des problèmes de santé publique au Cameroun. Les jeunes y sont particulièrement exposés (Meekers et Calvès, 1997b, Institut national de la statistique et ICF International, 2012; Sawadogo *et al.*, 2012). L'actuel programme pluriannuel en santé de la reproduction (2014-2020) prévoit dans le cadre de la lutte contre les IST et le VIH/sida de développer et de mettre en œuvre un plan de communication intégré, axé sur la double protection⁶⁰. L'une des interventions prioritaires définies dans le volet planification familiale est relative au développement et à la mise en œuvre d'un plan de formation ou de recyclage des prestataires, surtout en méthodes de longue durée. Sur le plan de l'offre de services en contraception d'urgence, la réglementation prévoit que la vente soit essentiellement effectuée par les pharmacies.

⁶⁰ Jusqu'au précédent programme, la dénomination utilisée était celle de programme national pluriannuel de la santé de la reproduction. À présent il s'agit du plan stratégique en santé de la reproduction, en santé maternelle, néonatale et infantile.

7.3.1 Réflexions de responsables de programme en santé de la reproduction sur la place de la contraception d'urgence dans l'offre contraceptive

Trois responsables de programmes en santé reproductive ont été interrogés sur la place de la CU dans la mise en œuvre des axes stratégiques relatifs à la planification familiale. Il s'agit de deux femmes et un homme âgés de 35 à 50 ans et qui ont un niveau d'instruction supérieur. Michèle est totalement favorable à l'utilisation de la CU mais opposée à sa vente libre. Les deux autres Agathe et Corentin adhèrent partiellement au recours à cette méthode et s'opposent également à la vente libre. Michèle ne serait favorable à la promotion de la CU que si sa vente est « *mieux règlementée pour limiter ou éviter les abus* ». Elle estime tout comme Agathe et Corentin que les autres méthodes contraceptives disponibles mériteraient davantage l'attention des femmes que la pilule du lendemain. Ils conviennent de la cherté de la CU par rapport à d'autres méthodes. Agathe précise qu'il s'agit d'une « *cherté relative* ». Elle dit ceci : « *tu vois des femmes qui sont prêtes à mettre autant d'argent pour acheter cette pilule alors qu'elles pourraient utiliser des moyens contraceptifs moins chers que ça et qui sont aussi efficaces. Quand tu fais le choix d'utiliser cette pilule, surtout pour celles qui l'utilisent régulièrement, ne te plains pas qu'elle est chère* ».

Contrairement aux deux autres, Agathe s'est montrée très ferme sur la question du prix de la CU. Il s'agit selon elle d'un choix qui doit être assumé par la femme et/ou le couple jusqu'au bout, étant donné qu'il existe des moyens de contraception plus accessibles financièrement. Elle estime ainsi que les prix ne doivent pas être revus à la baisse. Elle déplore le fait que les femmes se focalisent sur la prévention des grossesses non planifiées au détriment d'autres risques liés à l'activité sexuelle.

Dans ses propos, Corentin souligne l'importance d'amener les femmes à adopter des pratiques contraceptives régulières. Il déclare à cet effet : « *il est bien que les femmes connaissent toutes les méthodes contraceptives qui sont à leur disposition. Mais cela ne veut pas dire pour autant qu'on va régulièrement leur parler de cette pilule-là. C'est une méthode occasionnelle et à court terme. Les objectifs que nous poursuivons pour la planification familiale concernent surtout les méthodes de longue durée* ».

L'utilité de la contraception d'urgence n'est pas remise en cause par ces responsables de programme en santé de la reproduction. Leurs critiques portent sur les risques potentiels de la vente libre du contraceptif, l'utilisation incorrecte et ses conséquences sur la santé. Dans le

contexte de pandémie du VIH/sida au Cameroun, ils estiment qu'une meilleure visibilité de la contraception d'urgence risquerait de brouiller les messages de sensibilisation à l'adoption de comportements sexuels responsables, surtout chez les jeunes. Il n'est pas question pour autant d'interdire la CU. Il s'agit plutôt de faire en sorte que sa vente conduise les femmes à se rapprocher des services de planification familiale. C'est en cela que le counseling en contraception d'urgence est important. Selon ces trois enquêtés, il devrait servir de passerelle entre les femmes et les services de planification familiale. Nous avons vu précédemment que ce service de counseling n'est pas systématique chez les prestataires. Les réticences à fournir des informations sur la CU soulignent la difficile acceptation de la méthode par les prestataires concernés. Or ils sont l'un des maillons de la chaîne concourant à la promotion des moyens contraceptifs.

7.3.2 Quelques opinions de prestataires sur les restrictions liées aux points de vente de la contraception d'urgence

Gabrielle et Julia (infirmières spécialisées en santé de la reproduction) sont les prestataires qui déplorent le fait que la CU ne soit pas vendue dans les services de planification familiale des hôpitaux publics. Gabrielle qui a une opinion totalement favorable sur la CU déplore cette restriction concernant les points de vente pour deux raisons. Premièrement, vendre cette méthode dans les hôpitaux publics aurait conduit selon elle les femmes qui ne sont pas familières des services de planification familiale à les fréquenter. Deuxièmement, cela aurait été l'occasion pour les utilisatrices de CU de bénéficier « *à coup sûr* » de conseils pour bien utiliser la méthode.

Par contre, l'argument avancé par Julia est purement financier. Selon elle, l'absence de la CU de la gamme de contraceptifs vendus dans les centres de santé publics est un manque à gagner. « *C'est une méthode qui est beaucoup sollicitée en pharmacie et en plus elle coûte chère. Donc ça fait une rentrée d'argent dont on se prive alors que notre travail est de conseiller mais aussi de vendre les moyens de contraception* » dit-elle. Par ses propos, Julia assume la dimension commerciale de sa profession. Elle aussi a un avis favorable (avec réserve toutefois) sur la CU. Son avis positif sur ce contraceptif justifie une opinion favorable à sa vente dans les centres de santé publics. On observe la situation contraire chez Fabienne (infirmière spécialisée en santé de la reproduction). Bien qu'ayant un avis positif et sans

réserve sur la méthode, Fabienne est d'accord avec la restriction sur les points de vente de la CU. D'après elle, cette méthode contraceptive n'a pas sa place dans la gamme disponible au niveau des services de planification familiale des hôpitaux publics. Elle explique que : « *quand on analyse bien les choses, les méthodes du planning familial dans nos services sont surtout des méthodes de longue durée ou à moyen terme. Et il y a le problème des IST et du SIDA. Donc tu vois que tu ne peux pas tenir un certain discours et à côté vendre la pilule du lendemain. C'est mieux en pharmacie comme ça là-bas il n'y a pas de contradiction* ». Pour Fabienne il s'agit de garder une certaine cohérence avec les discours officiels en ne vendant pas la CU dans les hôpitaux publics. On pourrait répondre à Fabienne que ces mêmes discours promeuvent une large accessibilité des populations à une gamme variée de contraceptifs. De plus, l'appréciation de la cohérence ou de l'absence de contradiction avec les directives officielles sur la vente de ce contraceptif est subjective. Tout dépend du point de vue auquel on se place.

L'absence de contradiction pourrait consister en la disponibilité dans ces services de santé publics, d'une méthode non ordinaire mais qui peut venir en appoint de méthodes classiques. L'absence de contradiction consisterait aussi à assurer aux femmes l'accès à l'information sur la CU. Le droit à l'information sur la contraception est une des trois composantes du droit à la planification familiale. Les deux autres composantes sont d'une part le droit des individus et des couples d'accéder à des services de planification familiale de qualité et à une gamme variée de contraceptifs, et d'autre part le consentement libre et éclairé des individus dans leurs choix contraceptifs et reproductifs (Greene *et al.*, 2012). Cela nous amène à nous interroger sur la promotion de la CU compte tenu de ce qui précède. Comment les prestataires et les utilisatrices perçoivent-ils l'idée de la promotion de la méthode ?

7.3.3 Promouvoir la contraception d'urgence : une idée majoritairement bien reçue par les prestataires de services de santé

Deux tiers des prestataires interrogés sont favorables à la promotion de la CU. Dans l'enquête de Fouedjio *et al.* (2015) réalisée au sein d'un hôpital à Yaoundé, un peu plus de la moitié des prestataires (soit 56,3%) partagent cet avis. Thomas, gynécologue, est le seul des prestataires ayant un avis favorable (avec ou sans réserve) à la CU qui n'adhère pas à l'idée de sa promotion. Comme nous l'avons évoqué tantôt, il a des réserves sur ce contraceptif. Il est

défavorable à une éventuelle promotion de la CU parce que cela encouragerait des rapports sexuels précoces et non protégés chez les jeunes non mariés. Selon lui, promouvoir l'utilisation de ce moyen de contraception dans un contexte de vulnérabilité des jeunes aux IST et au VIH/sida au Cameroun est à déconseiller.

La raison la plus citée par les prestataires qui ne voient aucun inconvénient à promouvoir la CU est l'utilité de la méthode. Karine qui a un avis totalement favorable sur la méthode insiste sur le fait que la promotion tout en mettant en exergue le potentiel de la CU, devrait insister sur l'importance de la double protection. Pour Simone qui a également une opinion favorable de la méthode, la promotion serait l'occasion de rappeler aux femmes qu'il ne s'agit pas d'un contraceptif régulier. Le but est de les encourager à adopter une pratique contraceptive régulière. Nous retrouvons ici un argument qui a également été invoqué par les responsables de programmes en santé reproductive interrogés. Pour les prestataires de services de santé comme Julia, Sabine ou Yvette qui ont un avis positif sur la méthode assorti de réserves, promouvoir c'est permettre aux femmes de mieux connaître ce qu'elles utilisent ou envisagent d'utiliser. C'est leur apprendre l'utilisation correcte de la méthode.

Les prestataires de services de santé qui ont une opinion négative de la CU sont tous défavorables à une éventuelle promotion de la méthode. Pour Géraldine une telle initiative *« amène l'anarchie, ça amène les jeunes à faire n'importe quoi avec la contraception d'urgence. Faire la promotion c'est amener les gens à avoir des comportements sexuels à risque »*. C'est un point de vue partagé par Rémi, Blandine et Dorothée. Blandine ajoute que promouvoir ce produit médical c'est cautionner l'avortement provoqué, étant donné qu'elle estime que ce contraceptif a un effet abortif. Pour Dorothée cette méthode contraceptive ne doit pas être mise en avant parce que non seulement elle inciterait à entretenir davantage de rapports sexuels non protégés mais aussi parce qu'elle ne serait pas fiable. Les arguments invoqués par ces enquêtés pour justifier leur refus de la promotion de la CU sont similaires à ceux identifiés par Fouedjio *et al.* (2015). Dans leur travail de recherche, la proportion de prestataires dans un hôpital à Yaoundé qui pensent que la CU est une méthode abortive est de 46%. Ce chiffre s'explique par le fait que 64% des répondants qui connaissent la CU l'associent à la pilule abortive RU-486. Il y a là un problème d'information chez ces répondants.

Les prestataires que nous avons interrogés sont unanimes sur le fait qu'il est nécessaire d'amener les individus et surtout les jeunes à adopter des comportements sexuels responsables, compte tenu du contexte sanitaire dans lequel ils vivent. Le recours à la contraception d'urgence sous-entend une exposition volontaire ou non à des comportements sexuels à risque. Ce qui fait dire à certains qu'une meilleure visibilité de cette méthode pourrait desservir tout le travail qui est fait pour la vulgarisation des contraceptifs de longue durée et desservir la promotion de la double protection. Pour d'autres prestataires de services de santé, cette visibilité serait sans conséquence sur ces deux points. Qu'ils soient favorables ou non à la promotion de la CU, les prestataires interrogés invoquent l'argument de santé publique.

7.3.4 Sensibiliser sur l'utilité et l'utilisation correcte de la méthode

La majorité des utilisatrices de la contraception d'urgence souhaiteraient que le recours au dispositif médical soit débattu dans l'espace public. En effet, 17 des 21 utilisatrices sont favorables à une mise en lumière de ce dispositif par les professionnels de santé. Parmi ces 17 utilisatrices, 3 utilisent régulièrement le contraceptif, 10 occasionnellement et 4 l'ont utilisé une fois. Pour Arlette, Denise (des utilisatrices régulières), Delphine (utilisatrice occasionnelle) et Joëlle (usage unique) la sensibilisation à la contraception d'urgence est importante pour mieux informer les femmes sur l'utilisation correcte de la méthode. Il est tout de même curieux de constater qu'Arlette et Denise qui utilisent régulièrement la CU (ou des comprimés faisant office de substitut dans le cas d'Arlette avec la prise du Menstrogen), sont celles qui invoquent l'argument de l'utilisation correcte. Rien dans leurs propos n'indique si elles s'incluent dans le groupe de femmes qui auraient besoin d'être sensibilisées sur cet aspect en particulier ou si elles s'en excluent.

Pour des utilisatrices occasionnelles telles qu'Odile, Maguy, Mathilde, Inès et Nadia, le potentiel de la méthode dans la réduction des cas de grossesses non planifiées et d'avortements provoqués justifierait une éventuelle initiative promotionnelle de la CU. Il s'agit selon elles d'une méthode « *utile* » dont les professionnels de santé devraient davantage discuter avec les usagers des services de planification familiale.

Bien qu'Habiba qui a utilisé une fois la CU se dise réceptive à l'idée d'une sensibilisation des femmes, elle reste convaincue que cela débouchera sur une augmentation des rapports sexuels non protégés surtout chez les jeunes. Barbara (utilisatrice occasionnelle) n'est pas du même

avis. Pour elle promouvoir la CU ne signifie pas encourager les rapports sexuels non protégés. Il s'agit plutôt d'« *informer les gens sur l'existence d'une méthode qui peut les aider dans certains cas. C'est bien de parler de ça. Chacun fait ce qu'il veut on ne force personne à prendre la pilule-là. Il y a d'autres moyens pour éviter les grossesses. À chacun de choisir* ».

Les quatre utilisatrices qui sont réticentes à la promotion de la CU pensent comme Habiba que cela encouragerait des comportements sexuels irresponsables. Zohra (utilisatrice régulière) affirme ainsi : « *il n'y a pas que les grossesses ou les grossesses précoces il y a aussi les maladies. Donc je ne pense pas que ça soit vraiment euh une bonne idée de trop parler de cette méthode-là aux femmes* ». Lydie (utilisatrice régulière) et Fernande (une seule utilisation) abondent dans le même sens. Lydie suggère à cet effet que les prestataires de services de santé continuent à mettre l'accent sur le préservatif et sur d'autres méthodes contraceptives régulières. Outre l'adoption de comportements sexuels irresponsables, Fernande est défavorable à la promotion de la CU en raison de sa mauvaise utilisation par certaines femmes et des risques sanitaires auxquels elles s'exposent. Fernande reste perplexe quant à l'effet supposé abortif de la CU : « *On ne sait pas quoi penser parce que tu as des gens qui soutiennent que c'est comme une méthode pour avorter et d'autres qui disent le contraire. Étant donné qu'il y a encore trop de discussions sur ce point-là vaudrait mieux ne pas mettre en avant cette méthode* ». Henriette pour sa part est réfractaire à la promotion de la CU en raison de l'échec d'utilisation vécu ; la méthode n'est tout simplement pas fiable selon elle.

Les perceptions négatives de la CU, l'assimilation de celle-ci à l'avortement provoqué, la stigmatisation de la pratique abortive, les attitudes vis-à-vis de la contraception hormonale constituent de potentiels freins à la vulgarisation de la contraception d'urgence. Pour d'autres utilisatrices de la contraception d'urgence, la vulgarisation n'est pas une bonne idée en raison de possibles effets secondaires consécutifs à la prise, de la polémique sur l'effet supposé abortif du contraceptif, ou encore en raison de risques de surconsommation du produit ou d'abandon d'une pratique contraceptive régulière.

Conclusion

Bien que la plupart des professionnels de la santé soient favorables à la contraception d'urgence, les avis sont nuancés. Les discours recueillis montrent que son utilisation et sa vente libre soulèvent différentes questions. Ces dernières portent sur les comportements préventifs des risques liés à l'activité sexuelle, les usages de la méthode, la substitution de celle-ci à la contraception classique, le caractère abortif de la CU, le risque de banalisation du contraceptif et les enjeux de sa promotion. Une perception positive de ce dispositif médical n'implique pas automatiquement un avis favorable à sa vente libre. Les arguments invoqués par les répondants sont révélateurs dans certains cas, des tensions entre les pratiques professionnelles et les croyances ou convictions personnelles. Le recours à la contraception d'urgence au Cameroun se fait dans un contexte où les acteurs intervenant dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive mettent l'accent sur la double protection. De plus, l'amélioration du taux d'utilisation des méthodes contraceptives de longue durée est une des interventions prioritaires du volet planification familiale de l'actuel plan stratégique en santé de la reproduction. Pour ces raisons, la plupart des prestataires et des intervenants dans le domaine de la santé reproductive estiment qu'il est préférable d'envisager la CU comme un point d'entrée pour amener à une utilisation de méthodes classiques.

Conclusion générale

Le droit à la planification familiale met à la charge des pouvoirs publics, l'obligation de garantir et de réaliser le droit à l'information et aux services de contraception. L'objectif principal de cette thèse était de comprendre dans quelle mesure les femmes ont accès à l'information en matière de contraception d'urgence. À travers l'étude des pratiques contraceptives des femmes utilisatrices et non-utilisatrices de la CU, nous avons cherché à mettre en lumière les logiques individuelles qui sous-tendent le recours à la méthode et les significations afférentes. Le but visé était la compréhension des comportements. De manière spécifique, il s'agissait : d'identifier les motivations du recours à la CU, d'identifier et d'analyser les facteurs qui entravent ou favorisent l'accès à la méthode, d'identifier les attitudes et les perceptions des femmes, des prestataires de services de santé et de responsables de programme en santé de la reproduction vis-à-vis de ce moyen de contraception. Nous avons également analysé les perceptions par les utilisatrices de la CU des prestataires de services de santé et réciproquement. Pour ce faire, une étude qualitative a été réalisée dans la ville de Yaoundé.

Les données collectées sont issues d'entretiens semi-directifs réalisés auprès de 35 femmes âgées de 19 à 40 ans et de 18 professionnels de santé (hommes et femmes) âgés de 30 à 52 ans. L'analyse thématique du contenu des entretiens a permis de faire émerger les différentes opinions, attitudes et pratiques des personnes interrogées. Celles-ci ont été regroupées à l'intérieur de catégories thématiques. Elles renseignent sur : les normes et les valeurs ambiantes en matière de sexualité et de reproduction, le rapport des femmes à la contraception, le rapport des femmes à l'avortement provoqué, les pratiques contraceptives des femmes hors et avec CU, les représentations sociales de la CU, les motivations et les résistances à l'utilisation de la CU, les rapports de genre dans le processus décisionnel du recours à cette méthode et son acceptabilité sociale. La construction de ces catégories thématiques a permis d'apporter des éléments de réponses aux hypothèses de recherche formulées de la manière suivante :

- l'absence de prise de position claire de la part des prestataires de services de planification familiale vis-à-vis de la contraception d'urgence, justifie la faible importance accordée à cette méthode dans la promotion des méthodes contraceptives modernes

- les interactions entre les prestataires et les femmes sont déterminantes dans l'accès aux services de planification familiale :
 - a. la qualité relationnelle entre ces deux acteurs est un obstacle au choix d'un moyen de contraception adapté à chaque cliente
 - b. les représentations sociales des prestataires relatives à la contraception d'urgence influencent le recours des femmes à cette méthode
- le choix et l'utilisation par les femmes de la contraception d'urgence sont conditionnés par l'opinion du conjoint en matière de contraception.
- la participation de l'homme au processus décisionnel de l'utilisation de la contraception d'urgence repose sur les représentations de la responsabilité contraceptive dans le couple.
- les tensions entre les normes sociales en matière de sexualité et de procréation et les pratiques des femmes conditionnent les usages de la contraception d'urgence.

Principaux résultats de la recherche

Connaissances et perceptions de la CU par les femmes

Les réseaux relationnels (les proches) qui sont des réseaux informels constituent la principale source d'information des femmes qui ont déjà entendu parler de la CU. Ce qui explique les connaissances approximatives voire erronées sur la CU relevées auprès d'enquêtées. Toutefois les limites du niveau de connaissance des utilisatrices de la CU sont à nuancer. Les cas étudiés montrent la capacité d'utilisatrices à mobiliser des informations sur des contraceptifs d'urgence dits de substitution, vendus sur le marché noir des médicaments. Deux attitudes différentes en lien avec le niveau de connaissance ont été identifiées chez les utilisatrices. Il y a d'une part le souhait de voir intégrer la CU dans le counseling sur les méthodes contraceptives. Cette doléance peut s'accompagner d'une demande d'information complémentaire sur la CU auprès de prestataires de services de santé. D'autre part, on a observé une attitude qui consiste à se contenter des réseaux relationnels pour se renseigner sur le contraceptif.

La CU est davantage considérée comme une méthode contraceptive à part entière par les utilisatrices. Le recours post-coïtal et la temporalité constituent un critère disqualifiant du groupe des moyens de contraception classiques, surtout pour les femmes réticentes à la CU. Les enquêtées non-utilisatrices y voient un dispositif médical favorisant l'exposition, des jeunes femmes en l'occurrence, à des comportements sexuels à risque. L'assimilation à l'avortement provoqué, les effets secondaires rapportés, les effets secondaires subis, le désintérêt pour la méthode, le coût, sont les facteurs expliquant les freins à son utilisation. Pour les enquêtées qui ont déjà recouru à la CU, il s'agit d'un moyen de contraception pratique dans la gestion de la fécondité. Il permet de pallier les difficultés rencontrées dans la gestion des pratiques contraceptives. Il donne aux utilisatrices une marge de manœuvre dans les décisions portant sur la vie reproductive du couple.

Perceptions de la CU par les professionnels de la santé

Les avis des prestataires de services de santé sur la contraception d'urgence sont majoritairement favorables. Cependant les opinions positives sont parfois nuancées. On distingue ainsi les avis positifs sans réserve et les avis positifs avec réserve. Les réserves sont relatives au risque d'utilisation répétée du contraceptif, aux conséquences d'une telle utilisation sur la santé des femmes et à la crainte d'une multiplication des rapports sexuels non protégés.

Les arguments motivant les avis défavorables sur la méthode sont la crainte de comportements sexuels irresponsables chez les jeunes femmes, l'exposition aux IST et au VIH/sida, une mauvaise utilisation de la CU, le risque de substitution à la pratique contraceptive régulière, l'absence de fiabilité de la méthode, son assimilation à l'avortement provoqué. Les avis négatifs portent également sur les utilisatrices de la méthode. Elles sont parfois considérées comme des femmes « irresponsables », « légères ». En raison de leurs perceptions négatives de la CU et des utilisatrices, des prestataires ne mentionnent pas volontairement la méthode lors du counseling. Ils privilégient le préservatif masculin qui assure une double protection (grossesse et IST/VIH/sida), des méthodes régulières à courte ou moyenne durée d'action (contraceptifs oraux et injectables) et des moyens contraceptifs réversibles de longue durée. Cela corrobore l'observation faite par des enquêtées selon laquelle la CU est mise en retrait dans les services de planification familiale. C'est un élément

de réponse à notre hypothèse qui postule que l'ambiguïté de l'opinion des prestataires de services de planification familiale sur la contraception d'urgence justifie la faible importance accordée à cette méthode dans la promotion des méthodes contraceptives modernes. Cette hypothèse est également confirmée par les opinions des responsables de programmes en santé de la reproduction.

Les responsables de programmes de santé soit adhèrent partiellement à l'utilisation de la CU, soit y sont défavorables. Ils encouragent dans une certaine mesure les prestataires à être proactifs en matière de CU. Ainsi, la discussion entre prestataires et clients devra s'inscrire dans une perspective préconisant l'adoption d'une contraception régulière. Ces responsables ont des éléments de discours ambivalents sur la CU. Ils sont critiques vis-à-vis de la méthode et positifs lorsque sont évoqués les apports attendus de la proactivité des prestataires. Une des priorités est la mise en œuvre d'objectifs relatifs à la promotion de comportements sexuels responsables et à l'utilisation de méthodes contraceptives de longue durée ou assurant la double protection. D'où les réticences de ces responsables à promouvoir la CU.

La qualité relationnelle entre les prestataires de services de planification familiale et les femmes dans le cadre du recours à la CU

L'hypothèse relative au rôle de la qualité relationnelle prestataire-cliente a été prise en compte dans le volet consacré aux opinions et attitudes que chacun des acteurs a vis-à-vis de l'autre. Du point de vue des utilisatrices de la contraception d'urgence, les prestataires assurent soit un rôle de commerçant, soit une fonction de conseiller, ou tiennent le rôle de moralisateur dans le cadre du recours à ce contraceptif. Dans le cas de figure du rapport mercantile prestataire-cliente, le volet conseil n'existe pas. Pour les utilisatrices, la fonction commerciale du prestataire au moment de la vente de la CU revêt une double signification. Il s'agit soit d'une marque de désintérêt du prestataire pour ce dispositif médical, soit de la tolérance pour son utilisation. Les enquêtées qui se trouvent dans un rapport uniquement marchand avec les prestataires n'émettent pas forcément le souhait d'en savoir davantage sur l'utilisation du contraceptif. Ceux-ci ne leur ont posé aucune question sur les motifs de l'achat. Ces enquêtées n'éprouvent pas spécialement de gêne durant les échanges avec ce type de prestataires, contrairement à celles qui se sont entretenues avec des prestataires perçus comme des moralisateurs.

Les répondantes décrivent deux autres types de prestataires : les prestataires conseillers et les prestataires moralisateurs. Ceux-ci ont pour point commun de mettre en garde contre l'utilisation de la CU et de sensibiliser sur l'importance de la double protection et d'une pratique contraceptive régulière. Certains déconseillent la méthode. Le ton moralisateur employé par les prestataires est perçu par des enquêtées comme un jugement à leur encontre. En effet, les reproches qui sont faits par les prestataires pointent souvent du doigt l'irresponsabilité des femmes. Elles sont désignées comme le principal, sinon le seul acteur dans la gestion de la vie reproductive du couple. La sexualité de la femme est davantage mise en cause que celle de l'homme. Comme souligné précédemment, les réserves des prestataires par rapport à l'utilisation de la CU tournent autour des comportements sexuels des jeunes filles. Les discours moralisateurs s'adressent surtout aux jeunes femmes célibataires et ils peuvent créer des tensions entre les prestataires et celles-ci. Cependant, cela ne dissuade pas la plupart des utilisatrices de la CU de continuer à y recourir. Il arrive à celles qui sont gênées ou honteuses, de déléguer l'achat à leur partenaire. Cela montre que l'opinion des prestataires n'a pas d'impact sur la prise de la CU par les utilisatrices. L'attitude des prestataires n'a été citée par aucune non-utilisatrice de la CU pour justifier leurs résistances au recours à la méthode.

Du point de vue des prestataires, l'utilisation, surtout répétée de la CU est un terrain favorable à une sexualité irresponsable des jeunes filles en l'occurrence, et à la vulnérabilité des femmes aux IST et au VIH/sida. Pour ces raisons, il peut leur arriver de déconseiller le recours à ce dispositif médical. Contrairement aux faits rapportés du point de vue des femmes, l'analyse des discours recueillis auprès des prestataires ne met pas en évidence l'existence de tensions entre les deux acteurs. Selon les prestataires, les échanges avec les clientes se déroulent de façon ordinaire. Il se peut qu'ils ne soient pas conscients du fait que certaines de leurs attitudes puissent indisposer les clientes ou qu'ils ne souhaitent tout simplement pas nous en faire part. Les opinions des prestataires et des utilisatrices de la CU renvoient certes à leur vécu, mais aussi à un contexte social. Celui-ci invite à ne pas exclure le fait que ces acteurs peuvent produire des discours qu'ils croient être attendus par l'enquêteur sur la relation prestataire-cliente. De ce qui précède, on peut dire que l'hypothèse de l'influence des perceptions sociales de la CU par les prestataires sur le recours à la méthode est infirmée.

Rapports de genre et recours à la CU

Nous avons observé que la discussion entre partenaires sur l'utilisation de la contraception d'urgence est appréhendée de façon variable par les enquêtées. Certaines la considèrent comme indispensable, d'autres comme facultative et d'autres refusent de s'y prêter. L'attitude des hommes vis-à-vis de la contraception en général va conditionner les échanges entre partenaires sur la CU. Les enquêtées dont le partenaire ne s'intéresse pas à la contraception, celles qui considèrent ou dont le partenaire perçoit la question contraceptive comme un domaine féminin, sont moins enclines à leur parler de la CU, que celles dont le partenaire a un certain intérêt pour la question ou qui les soutient dans la pratique contraceptive. L'hypothèse sur le rôle des représentations des responsabilités contraceptives dans la mise à contribution de l'homme dans le processus décisionnel est confirmée. Nous avons analysé au travers de perceptions notamment genrées, la contribution masculine à la pratique contraceptive du couple. Les données montrent que l'implication des hommes ne dépend pas uniquement de la définition des responsabilités contraceptives dans le couple. La situation relationnelle et le projet de maternité jouent également un rôle important.

La mise en perspective de la fréquence de la prise de la CU avec le statut matrimonial des utilisatrices montre différentes logiques individuelles. Elles sont relatives au désir de reporter une première maternité, d'espacer les naissances ou de les limiter. Les logiques chez les jeunes femmes célibataires sont à mettre en relation avec le contexte social normatif et leurs motivations et aspirations profondes. Les divergences autour du projet de maternité, les réserves du partenaire sur la contraception peuvent conduire à une utilisation dissimulée par les femmes de la CU. L'hypothèse sur l'influence de l'opinion du conjoint en matière contraceptive sur le choix et l'utilisation de la CU est confirmée. Ce facteur entre en compte dans l'action d'utilisatrices d'associer ou non le partenaire au processus décisionnel de la prise du contraceptif. La participation financière des hommes à l'achat de la CU est une modalité de l'implication masculine intégrée dans notre analyse des rapports de genre. Cette participation consiste soit en une contribution financière (en connaissance ou non de l'utilisation de la CU par le partenaire), soit en une contribution associée à l'achat physique de la méthode.

Les normes sociales relatives à la sexualité et la procréation face aux usages de la CU

Les enquêtées célibataires et celles non en couple et sexuellement actives ont fait part de leur préoccupation d'éviter une grossesse (additionnelle) socialement considérée comme illégitime. Le recours à la CU peut symboliser un certain attachement aux prescriptions socioculturelles ou religieuses. La sexualité prénuptiale dans ce cas de figure n'a pas de finalité procréative. Les logiques d'usages de la CU participent à la dissociation entre sexualité et procréation. La majorité des utilisatrices de la CU estiment qu'il ne s'agit en aucun cas d'une pilule abortive. Elles considèrent le recours à la CU comme un moindre mal, au regard des charges financières, des conséquences sanitaires et sociales que peuvent impliquer la pratique abortive interdite au Cameroun. De ce qui précède nous pouvons affirmer que les tensions entre les normes sociales en matière de sexualité et de procréation et les pratiques des femmes conditionnent les logiques d'utilisation de la CU.

Limites de l'étude

La plupart des limites relevées concernent le cadre méthodologique de l'enquête qualitative réalisée. Les rapports de genre dans le processus décisionnel en matière contraceptive ont été étudiés uniquement à travers le point de vue des femmes. Les opinions des hommes évoqués dans cette recherche sont celles rapportées par les répondantes. Ce qui aurait pour conséquence de relativiser certains résultats. La question des discours socialement attendus, en raison des normes et des valeurs ambiantes en matière de sexualité et de reproduction ou de l'effet de l'enquêteur, est un enjeu de l'enquête de terrain. Le choix de n'interroger que les femmes s'explique par le fait que nous n'avons pas pour but d'étudier les spécificités des expériences masculines et féminines de la contraception en général et de la contraception d'urgence en particulier. Nous souhaitons plutôt analyser la place de cette dernière dans l'offre contraceptive et dans les pratiques individuelles des femmes. Toutefois, nous avons conçu les grilles d'entretien en prenant en compte le concept du genre, dans la mesure où il est imbriqué dans la dimension relationnelle (par rapport au couple) des pratiques contraceptives.

L'échantillonnage constitue une potentielle limite de la thèse. Dans un premier temps, nous avons privilégié le recrutement des femmes qui avaient déjà utilisé la CU. Le but était de s'assurer de disposer à la fin de l'étude d'un groupe d'utilisatrices du moyen de contraception.

Ce qui expliquerait qu'un peu plus de la moitié des répondantes aient déjà recouru à ce moyen de contraception. Malgré cette précaution méthodologique, nous n'avons pas pu analyser et comparer les spécificités des discours des utilisatrices et des non-utilisatrices de la CU, de manière aussi approfondie que nous le souhaitions. Les difficultés rencontrées dans l'analyse tiennent parfois du fait que les entretiens réalisés sont d'une qualité différente. Néanmoins, nous notons que dans l'ensemble, les données collectées sont riches en informations.

Principaux apports de la thèse

À l'issue de cette recherche doctorale, il y a lieu de retenir que l'utilisation de la CU va au-delà de la question de la gestion de la fécondité. Nous avons contextualisé les pratiques contraceptives des femmes hors et avec CU, en tenant compte de leurs opinions sur la contraception, des rapports de genre en matière contraceptive, des opinions et des attitudes des prestataires de services de planification familiale, des normes sociétales relatives à la sexualité et la reproduction. Par rapport à l'état des connaissances, le présent travail de recherche apporte un éclairage à la fois sur les enjeux de santé publique, les enjeux sociopolitiques, les enjeux moraux ou éthiques et les enjeux liés aux rapports de genre en matière de demande et d'offre de la CU.

En termes de santé publique, il reste des défis à relever notamment pour améliorer l'accès aux méthodes contraceptives, augmenter la prévalence contraceptive au Cameroun, résorber la problématique des avortements à risque notamment chez les jeunes. De plus, le recours à la CU se fait dans un contexte de VIH/sida. L'utilisation de ce moyen contraceptif suscite un questionnement, voire une inquiétude autour de l'impact sur les comportements sexuels des jeunes spécifiquement, la pratique contraceptive régulière, l'exposition aux IST/VIH/sida. Parallèlement, ce moyen de contraception est envisagé comme un potentiel point de départ pour amener les femmes à adopter une contraception régulière.

Les différents positionnements sur la CU et son éventuel promotion, le contexte sanitaire mettent en évidence et permettent d'approfondir la question de l'acceptabilité sociale de la méthode. C'est un aspect qui n'a pas été ou peu abordé dans les précédents travaux de recherche au Cameroun. Cette question occupe une place de choix dans les enjeux sociopolitiques mais aussi moraux ou éthiques. L'assimilation de la CU à l'avortement

provoqué favorise les réticences et ne facilite pas une meilleure visibilité du dispositif médical.

Nous avons analysé dans ce travail de recherche la manière dont le recours à la CU révèle les rapports de genre et le projet familial. L'inclusion de ces éléments nouveaux a été possible grâce à la contextualisation des représentations relatives aux responsabilités contraceptives dans le couple, la construction d'une typologie des opinions du partenaire masculin par rapport à la pratique contraceptive de la femme. Cela a grandement contribué à saisir les enjeux de genre dans le choix contraceptif et les dynamiques autour du projet de maternité.

La prise en compte des différents usages de la contraception d'urgence et des significations individuelles et sociales afférentes est également un élément d'originalité de ce travail de recherche. L'analyse du recours à la CU par le prisme des usages et de leurs sens a permis d'identifier des catégories d'utilisatrices et d'examiner dans chacune d'elles les logiques sous-jacentes à la prise du contraceptif. La thèse montre ainsi la manière dont les femmes peuvent dissocier les normes de sexualité et les normes de procréation à travers l'utilisation de la CU.

Notre recherche doctorale apporte des informations sur le counseling en matière de CU, du point de vue des femmes et du point de vue des prestataires de service de planification familiale. Ces informations renseignent sur les enjeux de la qualité relationnelle de ces deux acteurs en matière d'accès à l'information sur la CU et d'utilisation de la méthode.

Quelques recommandations

Les facteurs institutionnels politiques ont été mobilisés dans la présente recherche pour analyser le recours à la contraception d'urgence. Ils ont été opérationnalisés ici à travers les opinions des prestataires de services de santé et de responsables de programmes en santé de la reproduction, la relation prestataire-cliente, la problématique de l'accessibilité de la CU. Au regard des données collectées, nous formulons ici quelques recommandations à l'endroit des pouvoirs publics camerounais :

- Renforcer l'intégration du counseling en contraception d'urgence dans l'offre de prestations des services de planification familiale. Cette initiative s'inscrit dans le sillage du droit des individus à accéder à l'information en matière de contraception. Il s'agit de fournir de manière systématique des informations sur la méthode.

- Former et recycler le personnel médical et non médical (vendeurs en pharmacie) en contraception d'urgence. Les prestataires ne pourront tenir leur rôle informatif que s'ils disposent de connaissances précises sur le moyen de contraception. L'intérêt de la formation/recyclage est double. Cela permet d'une part, d'atténuer dans la mesure du possible les perceptions sociales des prestataires sur la méthode et ses utilisatrices ; celles-ci pouvant créer des tensions dans la relation prestataire-cliente. D'autre part, c'est une garantie d'une information de qualité fournie au public, garantie utile pour la sensibilisation du public au dispositif médical.
- Inclure la contraception d'urgence dans la gamme de contraceptifs disponible dans les formations sanitaires publiques.
- Réduire le prix de la méthode. En raison du coût de la contraception d'urgence, les femmes se tournent vers des alternatives moins onéreuses vendues sur le marché informel des médicaments, avec les risques sanitaires que cela comporte.

Perspectives ultérieures de recherche

Pour compléter les analyses de cette recherche doctorale, il serait intéressant d'interroger les hommes sur leur(s) expérience(s) de la contraception d'urgence. Cela permettrait de saisir les spécificités des discours du point de vue masculin et du point de vue féminin. La collecte de données dans cette perspective fournirait des informations sur la manière dont les hommes appréhendent personnellement leur investissement dans la pratique contraceptive du couple.

La recherche qualitative ne vise pas la représentativité des résultats obtenus. Les conclusions auxquelles nous sommes parvenues ne peuvent pas faire l'objet d'une extrapolation à la population de Yaoundé. Une enquête quantitative pourrait s'intéresser aux niveaux de connaissances, d'utilisation de la CU notamment dans plusieurs villes du pays. Cela pourrait être intéressant pour observer d'éventuelles variations d'une zone géographique à une autre. Une approche quantitative permettrait également de mesurer l'impact ou l'effet du recours à la CU sur l'utilisation de méthodes contraceptives régulières. Il pourrait être envisagé d'examiner le lien entre le recours à la CU et les caractéristiques individuelles des femmes, celles de leurs conjoints et/ou celles de leurs ménages.

En complément de notre étude, il serait intéressant d'approfondir la dimension juridique du droit à la planification familiale/contraception. Cet angle d'analyse permettrait de savoir dans quelle mesure le cadre juridique influence l'offre et les pratiques en matière de CU au Cameroun. On pourrait s'interroger sur le lien entre l'absence d'un cadre juridique spécifique sur la CU et les usages de la méthode.

Bibliographie

Abasiattai, A.M., Umoiyoho, A.J., Bassey, E.A., Etuk, S.J. et Udoma, E.J. (2007), « Misconception of emergency contraception among tertiary school students in Akwa Ibom State, South-south, Nigeria », *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 10(1), pp. 30-34.

Abate, M., Assefa, N. et Alemayehu, T. (2014), « Knowledge, attitude, practice, and determinants emergency contraceptive use among women seeking abortion services in Dire Dawa, Ethiopia », *PLoS ONE*, 9(10), doi:10.1371/journal.pone.0110008

Abéga, S.C., Tamba, L.M., Balla, C., Anaba Metomo, F.N., Angah, M. et Nama, N. (1994), « Apprentissage et vécu de la sexualité chez les jeunes camerounais de 15 à 30 ans », Rapport de mi-parcours, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, Yaoundé, Université de Yaoundé 1.

Abdulghani, H.M., Karim, S.I. et Irfan, F. (2009), « Emergency contraception: Knowledge and attitudes of family planning physicians of a teaching hospital, Karachi, Pakistan », *Journal Health Population and Nutrition*, 27(3), pp. 339-334.

Action mondiale des parlementaires (2000), *La législation en matière de santé de la reproduction en Afrique de l'Ouest*, Rapport d'atelier, Assemblée nationale du Mali, 37 p.

Adinma, E.D., Adinma, J.I., Iwuoha, C., Akiode, A., Oji, E. et Okoh, M. (2012), « Knowledge and practices among medical abortion seekers in southeastern Nigeria », *The Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 43(2), pp. 471-478.

Adjamagbo, A. (2001), « Attitudes des femmes à l'égard d'une planification des naissances en contexte africain d'agriculture de rente », in Gendreau, F., (dir.), *Les transitions démographiques des pays du Sud*, Paris, AUPELF-UREF, éditions ESTEM, pp. 345-356.

Adjamagbo, A., Aguessy Koné, P. et l'équipe ECAF (2013), « Situations relationnelles et gestion des grossesses non prévues à Dakar », *Population*, 68(1), pp. 67-96.

Agyepong, I.A. (1999), « Reforming health service delivery at district level in Ghana: the perspective of a district medical officer », *Health Policy and Planning*, Oxford University Press, 14(1), pp. 59-69, <http://heapol.oxfordjournals.org/content/14/1/59.full.pdf>

Akinleye, G.A. et Alade, F.A. (2008), « Relationships among family planning, sexual fulfillment and marital satisfaction of married people in Lagos State, Nigeria », *Social Sciences*, 3(5), pp. 343-346.

Akoto, E.M. et Kamdem, H. (2001), « Etude comparative des déterminants de la pratique contraceptive moderne en Afrique », in Gendreau, F., (dir.), *Les transitions démographiques des pays du Sud*, Paris, AUPELF-UREF, éditions ESTEM, pp. 269-286.

Akoto, E.M., Tambashe, O., Amouzou, A. et Djangone, A-M. (2002), « Besoins non satisfaits en planification familiale et transition contraceptive au Burkina-Faso, au Cameroun et en Côte-d'Ivoire », *African Population Studies/Etude de la Population Africaine*, 17(1), pp. 19-45, <http://www.bioline.org.br/request?ep02002>

Akrich, M. (1996), « Le médicament comme objet technique », *Revue internationale de Psychopathologie*, pp.135-158.

Amalba, A., Mogrel, V., Appiah, M. et Mumuni, W. (2014), « Awareness, use and associated factors of emergency contraceptive pills among women of reproductive age (15-49 years) in Tamale, Ghana », *BMC Women's health*, 14, doi: 10.1186/1472-6874-14-114

Amblard, H., Bernoux, P., Herreros, G., et Livian, Y-F. (1996), *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*, Paris, Le Seuil, 245 p.

Amin, S. (1972), « Sous-développement et dépendances en Afrique noire : les origines historiques et les formes contemporaines », *Tiers-Monde*, 13(52), pp. 753-778.

Amsellem-Mainguy, Y. (2007), *La contraception d'urgence. Analyse sociologique des pratiques contraceptives de jeunes femmes*, Thèse de doctorat en sociologie, Université Paris-Descartes, 481 p, <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00903733>

Andro, A. et Hertrich, V. (2001), « La demande contraceptive au Sahel : les attentes des hommes se rapprochent-elles de celles de leurs épouses ? », *Population*, 5, pp. 721-771, http://www.persee.fr/doc/pop_0032-4663_2001_num_56_5_7197

Aniteye, P. et Mayhew, S. (2011), « Attitudes and experiences of women admitted to hospital with abortion complications in Ghana », *African Journal of Reproductive Health*, 15(1), pp. 47-55.

Anoh, A., Fassassi, R. et Vimard, P. (2005), « Politique de population et planification familiale en Côte d'Ivoire », in Gautier, A. (éd.), *Les politiques de planification familiale. Cinq expériences nationales*, Nogent-sur-Marne, Les collections du CEPED, pp. 195-231.

Aubin, C., Jourdain Menninger, D. et Chambaud, L. (2009), *La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence*, Rapport pour l'inspection générale des affaires sociales, IGAS, Rapport n°RM2009-104A, <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000049.pdf>

Aziken, M.E., Okonta, P.I. et Ande, A.B. (2003), « Knowledge and perception of emergency contraception among female Nigerian undergraduates », *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 29(2), pp. 84-87.

Bahri, A. (1995), « Politiques de population en Afrique », *Populations du Sud et Santé, Parcours et Horizons*, Paris, ORSTOM Editions, pp. 287-300

Bailey, C.E. (2009), *Three papers on side effects and modern contraceptive use among women in Ghana*, Doctoral Thesis, School of social sciences, University of Southampton, School, 289 p, http://eprints.soton.ac.uk/166579/1.hasCoversheetVersion/Thesis_CEB_Final.pdf

Bailey, F.G. (1971), *Les règles du jeu politique. Etude anthropologique*, Paris, PUF, 255p.

Bajos, N. et Ferrand, M. (2004), « La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine », *Sciences sociales et santé*, 22(3), pp.117-142, doi: 10.3406/sosan.2004.1630

Bajos, N. et Ferrand, M. (2005), « Contraception et avortements », in Maruani, M. (dir.), *Femmes, genre et société*, Paris, La Découverte, pp. 114-138.

Bajos, N., Teixeira, M., Adjamagbo, A., Ferrand, M., Guillaume, A. et l'équipe ECAF (2013), « Tensions normatives et rapport des femmes à la contraception dans 4 pays africains », *Population*, 68(1), pp. 17-39, <http://www.cairn.info/revue-population-2013-1-page-17.htm>

Bakass, F. et Ferrand, M. (2013), « L'entrée en sexualité à Rabat : les nouveaux "arrangements" entre les sexes », *Population*, 68(1), pp. 41-65, <http://www.cairn.info/revue-population-2013-1-page-41.htm>

Balépa, M., Fotso, M. et Barrère, B. (1992), *Enquête démographique et de santé Cameroun 1991*, République du Cameroun, Direction nationale du deuxième recensement général de la population et de l'habitat, Yaoundé, Macro International Inc., Columbia, Maryland USA, 287 p.

Barbieri, M. et Hertrich, V. (2005), « Écarts d'âge entre conjoints et pratique contraceptive en Afrique sub-saharienne », *Population*, 60(5), pp. 725-764, <http://www.cairn.info/revue-population-2005-5-page-725.htm>

Barrett, G. et Harper, R. (2000), « Health professionals' attitudes to the deregulation of emergency contraception (or the problem of female sexuality) », *Sociology of health & illness*, 22(2), pp. 197-216, doi: 10.1111/1467-9566.00199

Bationo Bouma, F. (2012), « Les relations entre les professionnels de santé et les jeunes filles au Burkina Faso. Stigmatisation, normes et contrôle social », *Agora débats/jeunesses*, 61, pp. 21-33, <http://www.cairn.info/revue-agora-debats-jeunesses-2012-2-page-21.htm>

Bawah, A., Akweongo, P., Simmons, R. et Phillips, J.F. (1999), « Women's fears and men's anxieties: the impact of family planning on gender relations in northern Ghana », *Studies in Family Planning*, 30(1), pp. 54-66.

Beninguisse, G. (2003), *Entre tradition et modernité. Fondements sociaux de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au Cameroun*, Academia-Bruylant, L'Harmattan, Louvain-la-Neuve, 297 p.

Beninguisse, G., Nikiéma, B., Fournier, P. et Haddad, S. (2004), « L'accessibilité culturelle : une exigence de la qualité des services et soins obstétricaux en Afrique », *African Population Studies/Etude de la population africaine*, supplément B, 19, pp. 243-266, [http : //www.bioline.org.br/pdf?ep04044](http://www.bioline.org.br/pdf?ep04044)

Bernheim, E. et Vézina, C. (2008), « La trajectoire normative dans le domaine de la santé : entre normes officielles et officieuses », *Interrogations ?*, 6.

Blanchard, K., Harrison, T. et Sello, M. (2005), « Pharmacists' knowledge and perceptions of emergency contraceptive pills in Soweto and the Johannesburg central business district, South Africa », *International family planning perspectives*, 31(4), pp.172-178, <https://www.guttmacher.org/pubs/journals/3117205.pdf>

Blundo, G. et Olivier de Sardan, J-P. (2001), « La corruption quotidienne en Afrique de l'Ouest », *Politique africaine*, Karthala, n°83, pp. 8-37, doi : 10.3917/polaf.083.0008

Both, R. et Samuel F. (2014), « Keeping silent about emergency contraceptives in Addis Ababa: a qualitative study among young people, service providers, and key stakeholders », *BMC Women's Health*, 14, doi:10.1186/s12905-014-0134-5

Brito, K.S., Bahamondes, L., Nascimento, J.A., De Santis, L. et Munuce, M.J. (2005), « The in vitro effect of emergency contraception doses of levonorgestrel on the acrosome reaction of human spermatozoa », *Contraception*, 72(3), pp. 225-228.

Bruce, J. (1990), « Fundamental elements of the quality of care: a simple framework », *Studies in family planning*, 21(2), pp. 61-91, <http://www.popcouncil.org/pdfs/councilarticles/sfp/SFP212Bruce.pdf>

Bureau Central de Recensement et d'Etude de la population au Cameroun-BUCREP (2010), *3^e RGPH, Etat et structures de la population*, vol. II, tome 1, Yaoundé, 161 p.

Byamugisha, J.K., Mirembe, F.M., Fanelid, E. et Gemzell-Danielsson, K. (2006), « Emergency contraception and fertility awareness among university students in Kampala, Uganda », *African Health Sciences*, 6(4), pp. 194-200, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1832063/pdf/AFHS0604-0194.pdf>

Calvès, A-E et Meekers, D. (1997), *Statut matrimonial et valeur des enfants au Cameroun*, Paris, Les dossiers du CEPED, n°47, 35 p.

Calvès, A-E. (1998), « Sexualité prémaritale des adolescents à Yaoundé : les hommes et les femmes ont-ils les mêmes stratégies et motivations ? », in Kuate Defo, B., *Sexualité et santé reproductive durant l'adolescence en Afrique*, Montréal, Ediconseil Inc., pp. 153-175.

Calvès, A-E. (1999a), « Premarital sexuality and fertility in Cameroon: Relevance of the social disorganization and rational adaptation models », in Tabutin, D., Gourbin, C., Masuy-Stroobant, G. et Schoumaker, B. (ed.), *Théories, paradigmes et courants explicatifs en démographie. Chaire quetelet 1997*, Louvain-la-Neuve, Academia-Bruylant, L'Harmattan, pp. 397-418.

Calvès, A-E. (1999b), « Condom use and risk perceptions among male and female adolescents in Cameroon: qualitative evidence from Edéa », Working paper, n°22, PSI Research Division, 23 p.

Calvès, A-E. (2006), « Nouveau contexte familial à la naissance, reconnaissance paternelle et prise en charge des jeunes enfants à Yaoundé », in *Enfants d'aujourd'hui, diversité des contextes, pluralité des parcours*, n°11, tome 1, Paris, Presses Universitaires de France, AIDELF, pp. 101-112.

Calvès, A-E. (2009), « Décision d'avorter et déterminants des avortements clandestins chez les jeunes de Yaoundé », in Gourbin, C. (ed.), *Santé de la reproduction au Nord et au Sud. De la connaissance à l'action. Chaire Quetelet 2004*, Louvain-la-Neuve, Presses Universitaires de Louvain, pp. 439-456.

Campa, S.L., Wilkerson, D.S., Raine, T.R. (2003), « The benefits and risks of over-the-counter availability of levonorgestrel emergency contraception », *Contraception*, 68, pp. 309-317.

Chauveau, J-P., Le Pape, M. et Olivier de Sardan J-P. (2001), « La pluralité des normes et leurs dynamiques en Afrique : implications pour les politiques publiques », in Winter, G. (dir.), *Inégalités et politiques publiques en Afrique : pluralité des normes et jeux d'acteurs*, Paris, IRD, Karthala, pp. 145-162.

Chesnaïs, J.C. (1987), « La croissance démographique, frein...ou moteur du développement ? », in Brunel, S. (dir.), *Tiers Mondes, controverses et réalités*, Paris, Economica, pp. 119-142.

Chin-Quee, D., L'Engle, K., Otterness, C., Mercer, S. et Chen, M. (2014), « Repeat use of emergency contraceptive pills in urban Kenya and Nigeria », *International perspectives on sexual and reproductive health*, 40(3), pp. 127-134.

Cotten, N., Stanback, J., Maidouka, H., Taylor-Thomas, J.T. et Turk, T. (1992), « Early discontinuation of contraceptive use in Niger and the Gambia », *International Family Planning Perspectives*, 18(4), pp. 145-149, <http://www.jstor.org/stable/2133542>

Cox, C. Hindin, M.J., Otupiri, E. et Larsen-Reindorf, R. (2014), « Comprendre la qualité de la relation des couples et la pratique contraceptive à Kumasi, au Ghana », *Perspectives internationales sur la santé sexuelle et génésique*, pp. 24-33, doi: 10.1363/FR02414

Creel, L.C., Sass, J.C. et Yinger N.V. (2002), « Qualité adaptée au client : perspectives des clients et entraves aux soins », *Nouvelles perspectives sur la qualité des soins*, 2, Population Council, Population Reference Bureau, 8 p, http://www.prb.org/pdf/QOC2Clients_Fr.pdf

Croxatto, H.B., Devoto, L., Durand, M., Ezcurra, E., Larrea, F., Nagle, C., Ortiz, M.E., Vantman, D., Vega, M. et Von Hertzen, H. (2001), « Mechanism of action of hormonal preparations used for emergency contraception: a review of the literature », *Contraception*, 63(3), pp.111-121.

Crozier, M. et Friedberg, E. (2014), *L'acteur et le système*, Paris, Seuil, 500 p.

De Koninck, M. (1997), « Le discours des femmes sur leur santé, un savoir essentiel pour l'intervention », *Recherches féministes*, 10(1), pp. 97-112, doi: 10.7202/057912ar

Delaunay, V., Adjamagbo, A. et Lalou, R. (2006), « Questionner la transition de la fécondité en milieu rural africain : les apports d'une démarche longitudinale et institutionnelle », *Cahier québécois de démographie*, 35(1), pp. 27-49, <http://id.erudit.org/iderudit/017748ar>

De Loenzien, M. (2006), « Fondement des approches qualitatives dans les études de population », in De Loenzien, M., Yana, S.D., (dir.), *Les approches qualitatives dans les études de population : théorie et pratique*, Paris, Editions des Archives Contemporaines, AUF, pp. 11-45.

Désalliers, J. (2009), « Les contraceptifs hormonaux en milieu rural burkinabé : relations conjugales négociées ou usage féminin clandestin ? », *Autrepart*, 52, pp. 31-47, doi: 10.3917/autr.052.0031

Desjeux, C. (2009), « Histoire et actualité des représentations et pratiques de contraception masculine », *Autrepart*, 52, pp. 49-63, doi: 10.3917/autr.052.0049

Diop, N., Mane, B., Faye, O., Niang, C., Thiaw, T., Sano Coly, A., MBOW, F.B. et Niang Faye, Y. (2009), *Enquête sur la contraception d'urgence (CU) au niveau des pharmacies*, Population Council, Ministère de la Santé et de la Prévention du Sénégal, 20 p, http://www.popcouncil.org/pdfs/2009RH_EnqueteCU.pdf

Djangone-Mian, A. (2005), *Sexualité, fécondité et pratique contraceptive chez les jeunes en Côte-d'Ivoire, au Cameroun, au Togo et au Burkina-Faso*, communication présentée lors du

25^e Congrès international de la population, Tours, 15 p, [http :
//iusp.princeton.edu/papers/50734](http://iusp.princeton.edu/papers/50734)

Donabedian, A. (1980), *Explorations in Quality Assessment and Monitoring. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*, 1, Ann Arbor, Health Administration Press.

Do Nascimento, J.A., Seppalla, M., Perdigao, A., Espejo-Arce, X., Munuce, M.J., Hautala, L., Koistinen, R., Andrade, L. et Bahamondes, L. (2007), « In vivo assessment of the human sperm acrosome reaction and the expression of glycodealing-A in human endometrium after levonorgestrel-emergency contraceptive pill administration », *Human Reproduction*, 22(8), pp. 2190-2195.

Dorvilier, F. (2010), « Les causes de la crise de la transition démographique en Haïti : une analyse néo-institutionnelle », communication présentée à la Chaire Quetelet 2010 : *Ralentissements, résistances et ruptures dans les transitions démographiques*, 28 p, [http :
//www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/demo/documents/Dorvillier.pdf](http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/demo/documents/Dorvillier.pdf)

Ebuehi, O.M., Ekanem, E.E. et Ebuehi, O.A. (2006a), « Knowledge and practice of emergency contraception among female undergraduates in the University of Lagos, Nigeria », *East African medical journal*, 83(3), pp. 90-95.

Ebuehi, O.M., Ebuehi, O.A. et Inem, V. (2006b), « Health care providers' knowledge of, attitudes toward and provision of emergency contraceptives in Lagos, Nigeria », *International family planning perspectives*, 32(2), pp. 89-93.

Ellertson, C., Shochet, T., Blanchard, K. et Trussell, J. (2000) « Emergency contraception: a review of the programmatic and social science literature », *Contraception*, 61(3), pp. 145-186.

Ellertson, C., Evans, M., Ferden, S., Leadbetter, C., Spears, A., Johnstone, K. et Trussell, J. (2003), « Extending the time limit for starting the Yuzpe regimen of emergency contraception to 120 hours », *Obstetrics and Gynecology*, 101(6), pp. 1168-1171.

El-Sabaa, H.A., Ibrahim, A.F. et Hassan, W.A. (2013), « Awareness and use of emergency contraception among women of childbearing age at the family health care centers in Alexandria, Egypt », *Journal of Taibah university medical sciences*, 8(3), pp. 167-172.

Emina, J. (2009), *Situation résidentielle, scolarisation et mortalité des enfants selon la légitimité de leur naissance. Une analyse du Cameroun, de la Centrafrique et de la*

République Démocratique du Congo, Louvain-la-Neuve, Presses Universitaires de Louvain, 387 p.

Evina Akam (1989), « *Infécondité et sous-fécondité : évaluation et recherches des facteurs, le cas du Cameroun* », Thèse de doctorat en démographie, Université Catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve, 271 p.

Evina Akam (2005), *Les facteurs de la contraception au Cameroun. Analyse des données de l'enquête démographique et de santé de 1998*, La planification familiale en Afrique, documents d'analyse n°6, GRIPPS, 46 p, [http :
//www.ceped.org/cdrom/gripps/pdf/cameroun.pdf](http://www.ceped.org/cdrom/gripps/pdf/cameroun.pdf)

Fassin, D. (1990), « Maladie et médecine », in Fassin, D. et Jaffré, Y., (dir.), *Sociétés, développement et santé*, Paris, Ellipses, AUELF, pp. 38-49.

Fassin, D. (1994), « Le domaine privé de la santé publique : pouvoir, politique et Sida au Congo », *Annales. Histoire, Sciences sociales*, 4, pp. 745-775, [http :
//www.jstor.org/stable/pdfplus/27584736.pdf?acceptTC=true](http://www.jstor.org/stable/pdfplus/27584736.pdf?acceptTC=true)

Fassin, D. (1996), *L'espace politique de la santé, Essai de généalogie*, Paris, Presses Universitaires de France, 324 p.

Fine, P., Mathé, H., Ginde, S., Cullins, V., Morfesis, J. et Gainer, E. (2010), « Ulipristal acetate taken 48-120 hours after intercourse for emergency contraception », *Obstetrics and Gynecology*, 115(2Pt1), pp. 257-263.

Fomulu, N., Dissake, E.D., Wankah, C. (2007), « Knowledge, attitude and practice of emergency contraception among Yaounde university students in Cameroon », *Clinics in mother and child health*, 4(2), pp. 791-796.

Fouedjio, J.H., Tsuala Fouogoue, J.T., Fouelifack, F.Y., Ngankol Mout, V. et Sando, Z. (2015), « Knowledge, attitudes and perceived barriers to emergency contraception among health staff in a tertiary hospital in Yaounde, Cameroon », *International journal of reproduction, contraception, obstetrics and gynecology*, 4(6), pp. 2014-2021, doi: <http://dx.doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20151306>

Fotso, M., Ndonou, R., Libité P.R., Tsafack, M., Wakou, R., Ghapoutsas, A. Kamga, S., Kemgo, P., Kwekem Fankam, M., Kamdoun, A. et Barrère, B. (1999), *Enquête*

démographique et de santé Cameroun 1998, République du Cameroun, Bureau central des recensements et des études de population, Ministère des investissements publics et de l'aménagement du territoire, Yaoundé, Macro International Inc., Calverton, Maryland USA, 328 p.

Fourn, N., Aguemon B., Kabibou, S., Hounkponou, F., Lafia, I. et Fourn, L. (2014), « Connaissances, attitudes et pratiques de la contraception d'urgence chez les étudiantes à l'université de Parakou (Bénin) », *Santé publique*, 26(4), pp. 541-546, <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-4-page-541.htm>

Gemzell-Danielsson, K., Berger, C. et Lalitkumar, P.G.L. (2013), « Emergency contraception-mechanisms of action », *Contraception*, 87, pp. 300-308.

Gold, M., Wolford, J., Smith, K. et Parker, A. (2004), «The effects of advance provision of emergency contraception on adolescent women's sexual and contraceptive behaviors », *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 17(2), pp. 87-96, doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpag.2003.11.018>

Gold, E. (2011), « Ethiopia's postpill emergency contraceptive: an assessment of provider and customer attitudes and behaviors », Addis Ababa, DKT Ethiopia.

Greene, M.F. (2008), « Emergency contraception: a reasonable personal choice or a destructive societal influence? », *Clinical pharmacology & Therapeutics*, 83(1), pp.17-19, doi: 10.1038/sj.clpt.6100433

Greene, M., Joshi, S. et Robles, O. (2012), *Oui au choix, non au hasard. Planification familiale, droits de la personne et développement*, L'état de la population mondiale 2012, 128 p, UNFPA, New York, http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/FR_SWOP2012_Report.pdf

Greenhalgh, S. (1990), « Toward a political economy of fertility: anthropological contributions », *Population and Development review*, 16(1), pp. 85-106.

Grimes, D.A., Raymond, E.G. et Scott, J.B. (2001), « Emergency contraception over-the-counter: the medical and legal imperatives », *Obstetrics & Gynecology*, 98, pp. 151-155.

Grossman, R. (2001), « Emergency contraceptive pills can prevent abortion », *American Journal of Public Health*, 91(7), pp. 1137-1138.

- Gubry, P. (1988), « Cameroun : d'un natalisme nuancé vers un anti-natalisme modéré ? », *Cahiers des sciences humaines*, 24(2), p. 185-198, [http : //horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/pleins_textes_4/sci_hum/25869.pdf](http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/pleins_textes_4/sci_hum/25869.pdf)
- Gubry, P. et Wautelet, J-M. (1993), « Population et processus de développement au Cameroun », in Gérard, H. (ed.), *Intégrer population et développement, Chaire Quetelet 1990*, Louvain-la-Neuve, Paris, Academia, L'Harmattan, pp. 641-667.
- Guillaume, A. et Desgrées du Loû, A. (2002), « Contraception and/or abortion ? A study of fertility regulation strategies among Abidjan women », *International Family Planning Perspective*, 28(3), pp.159-166.
- Guillaume, A. (2004), « Les pratiques contraceptives », in Guillaume, A. et Khat, M. (eds.), *Santé de la reproduction au temps du Sida en Afrique*, Nogent-sur-Marne, Les collections du CEPED, pp. 55-72.
- Guillaume, A. et Lerner, S. (2007), *L'avortement en Amérique Latine et dans la Caraïbe. Une revue de la littérature des années 1990 à 2005*, Les Numériques du Ceped, Paris, Ceped, Colegio de México.
- Guillaume, A. et Lerner, S. (2009), « Les hommes face à l'avortement en Amérique Latine », *Autrepart*, 4(52), pp. 65-80, doi: 10.3917/autr.052.0065
- Habermas, J. (1987), *Logique des sciences sociales et autres essais*, Paris, PUF, 459 p.
- Haddad, S., Roberge, D. et Pineault, R. (1997), « Comprendre la qualité : en reconnaître la complexité », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 4(1), pp.59-78, [http : //www.medsp.umontreal.ca/ruptures/pdf/articles/rup041_059.pdf](http://www.medsp.umontreal.ca/ruptures/pdf/articles/rup041_059.pdf)
- Hertrich, V. (2001), « Nuptialité et rapports de genre en Afrique. Un premier bilan des tendances de l'entrée en union au cours des 40 dernières années », communication présentée au colloque *Genre, population et développement en Afrique*, Abidjan, 32 p.
- Hossain, S., Khan, M.E., Vernon, R., Keesbury, J., Askew, I., Townsend, J. et Rumbold, V. (2009), « Guide pour les pilules de contraception d'urgence. Introduire et développer l'offre des pilules de contraception d'urgence dans les pays en voie de développement », *Guide de FRONTIERS*, Population Council, Washington DC, 31 p, http://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/frontiers/Manuals/FR_ECPHandbook_fr.pdf

Institut national de la statistique et ORC Macro (2005), *Enquête démographique et de santé du Cameroun 2004*, Calverton, Maryland, 318 p.

Institut national de la statistique (2007), *Cameroun - Troisième Enquête Camerounaise auprès des Ménages*, 2007, <http://nada.stat.cm/index.php/catalog/18#page=accesspolicy&tab=study-desc>

Institut national de la statistique, ICF International (2012), *Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples du Cameroun 2011*, Calverton, Maryland, 546 p, <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR260/FR260.pdf>

Institut national de la statistique (2015a), *Rapport national sur les objectifs du millénaire pour le développement en 2015*, 48 p, http://slmp-550-104.slc.worldbank.net/~stat54/downloads/2015/OMD_Rapport_2015_Cameroun.pdf

Institut national de la statistique (2015b), *Présentation des premiers résultats de la quatrième enquête camerounaise auprès des ménages (ECAM 4) de 2014*, Rapport préliminaire, République du Cameroun, http://slmp-550-104.slc.worldbank.net/~stat54/downloads/2015/Premiers_resultats_ECAM_4_VF.pdf

International Planned Parenthood Federation-IPPF (2008), *Report Card : Prévention du VIH chez les filles et les jeunes femmes. Cameroun*, http://web.lb.unfpa.org/hiv/docs/report-cards/cameroon_fr.pdf

Isambert, F-A. (1982), « Une sociologie de l'avortement est-elle possible ? », *Revue française de sociologie*, 23, pp. 359-381.

Jackson, R.A., Schwarz E.B., Freedman, L. et Darney, P. (2003), « Advance supply of emergency contraception: effect on use and usual contraception—a randomized trial », *Obstetrics & Gynecology*, 1, pp. 8-16.

Jaffré, Y. (2003), « La configuration de l'espace moral et psychologique des personnels de santé », in Jaffré, Y. et Olivier de Sardan, J-P., (dir), *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales de l'Afrique de l'Ouest*, Paris, APAD, Karthala, pp. 295-337.

Jaffré, Y. et Olivier de Sardan, J-P. (2003), « Réformer une éthique sous contraintes? », in Jaffré, Y. et Olivier de Sardan, J-P., (dir.), *Une médecine inhospitalière. Les difficiles*

relations entre soignants et soignés dans cinq capitales de l'Afrique de l'Ouest, Paris, APAD, Karthala, pp. 339-358.

Jain, A., Bruce, J. et Mensch, B. (1992), « Setting standards of quality in family planning programs », *Studies in family planning*, 23(6), pp. 392-395, <http://www.jstor.org/stable/pdfplus/1966897.pdf?acceptTC=true>

Johnson-Hanks, J. (2003), « Education, ethnicité et pratiques reproductives au Cameroun », *Population*, n°2, pp. 171-200, http://www.persee.fr/doc/pop_0032-4663_2003_num_58_2_7438

Judge, S., Peterman, A. et Keesbury, J. (2011), « Provider determinants of emergency contraceptive counseling and provision in Kenya and Ethiopia », *Contraception*, 83(5), pp. 486-490.

Kalambayi, B. (2007), *Sexualité des jeunes et comportements sexuels à risque à Kinshasa (R.D. Congo)*, Academia-Bruylant, Louvain-La-Neuve, 378 p.

Keesbury, J., Morgan, G. et Owino, B., (2011) « Is repeat use of emergency contraception common among pharmacy client ? Evidence from Kenya », *Contraception*, 83(4), pp. 346-351.

Kellerhals, J. et Pasini, W., (1976), *Le sens de l'avortement, étude psychosociologique*, Genève, Ed. Georg.

Kesseru, E., Garmendia, F., Westphal, N. et Parada, J. (1974), « The hormonal and peripheral effects of norgestrel in post-coital contraception », *Contraception*, 10(4), pp. 411-424.

Kesseru, E., Camacho-Ortega, P., Laudahn, G. et Schopflin, G. (1975), « In vitro action of progestogens on sperm migration in human cervical mucus », *Fertility and Sterility*, 26(1), pp. 57-61.

Khan, M.E. et Hossain, S. (2008), *Introducing and scaling-up delivery of emergency contraceptive pills in the National Family Planning Program of Bangladesh*, Population Council/ USAID, Washington DC.

Khan, M.E., Dixit, A., Bhatnagar, I. et Brady, M. (2014), « Medical barriers to emergency contraception: a cross-sectional survey of doctors in North India », *Global Health: Science and Practice*, 2(2), pp. 210-218, doi: 10.9745/GHSP-D-13-00139

Khurana, A. et Bleakley, A. (2015), « Young adults' sources of contraceptive information: variations based on demographic characteristics and sexual risk behaviors », *Contraception*, 91(2), pp. 157-163, doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2014.09.012>

Kishimba Ngoy (2000), « Transition de la fécondité et changement des rôles et statuts de la femme au Cameroun », in *Vivre plus longtemps, avoir moins d'enfants : quelles implications?*, actes du 10e Colloque international de Byblos-Jbeil (Liban), Association Internationale des Démographes de Langue Française, pp.133-148, <http://www.erudit.org/livre/aidelf/2000/001205co.pdf>

Kobelembi, F. (2005), « Le comportement sexuel des adolescents à Bangui (République centrafricaine) », *African Population Studies/Etude de la population africaine*, 20(2), pp. 65-99, <http://www.bioline.org.br/pdf?ep05012>

Koenig, M.A. (2003), *The impact of quality of care on contraceptive use: evidence from longitudinal data from rural Bangladesh*, Bloomberg School of Public Health, The Johns Hopkins University, 17 p, http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/FR_FinalReports/Bangladesh_QOC.pdf

Kols, A.J. et Sherman, J.E. (1998), *Family Planning Programs: Improving Quality*, Population Reports, 47, Population information program, 39 p.

Kongnyuy, E.J., Ngassa, P., Fomulu, N., Shey Wiysonge, C., Kouam, L. et Doh, A.S. (2007), « A survey of knowledge attitudes and practice of emergency contraception among university students in Cameroon », in *BMC Emergency Medecine*, 7, doi:10.1186/1471-227X-7-7

Lang, D.A., Keesbury, J. et Andrew, S.K. (2012), « Nigeria : creating demand and increasing availability », in Foster, A.M. et Wynn, L.L. (eds), *Emergency contraception, the story of a global reproductive health technology*, New York NY, Palgrave Macmillan, pp. 191-206.

Lantis, K., Green, C.P. et Joyce, S. (2002) « Prestataires et qualité des soins », *Nouvelles perspectives sur la qualité des soins*, 3, Population Council, Population Reference Bureau, 8 p, http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/QOC/qocbriefs_fr/qoc3_Providerscolor_Fr.pdf

Lasee, A. et Becker, S. (1997), « Husband-Wife communication about family planning and contraceptive use in Kenya », *International Family Planning Perspectives*, 23(1), pp. 15-20+33, <http://www.jstor.org/stable/2950781>

L'Engle, K.L., Hinson, L. et Chin-Quee, D. (2011), « "I love my ECPs" : challenges to bridging emergency contraceptive users to more effective contraceptive methods in Ghana », *The journal of family planning and reproductive health care*, 37(3), pp. 146-151.

Le Trividic Harrache, L. (2014), *Démocratie et sexualité. Politisation de la pilule du lendemain dans le Chili de la Concertación (1990-2010)*, Paris, Collection « Chrysalides », n°12, éditions de l'IHEAL, 228 p.

Llovet, J.J. et Ramos, S. (2001), « El estudio del aborto inducido en América Latina : un balance parcial y algunas propuestas a futuro », in Stern, C. et Figueroa, J.G., *Sexualidad y salud reproductiva : avances y retos para la investigación*, México, El Colegio de México, pp. 285-322.

Locoh, T. (2003), « Baisse de la fécondité et mutations familiales en Afrique subsaharienne », dans le cadre des journées démographiques *Questions de population au Mali : des enjeux internationaux aux perspectives locales*, 25 p, [http :
//www.ined.fr/fichier/t_telechargement/3415/telechargement_fichier_fr_telechargement_fichier_fr_commtl.pdf](http://www.ined.fr/fichier/t_telechargement/3415/telechargement_fichier_fr_telechargement_fichier_fr_commtl.pdf)

Locoh, T. et Vandermeersch, C. (2006), « La maîtrise de la fécondité dans les pays du Tiers-Monde », in Caselli, G., Vallin, J. et Wunsch, G. (dir.), *Démographie : analyse et synthèse*, vol. VII, *Histoire des idées et politiques de population*, Paris, Ined, pp. 193-249.

Lovvorn, A., Nerquaye-Tetteh, J., Glover, E.K., Amankwah-Poku, A., Hays, M. et Raymond, E. (2000), « Provision of emergency contraceptive pills to spermicide users in Ghana », *Contraception*, 61(4), pp. 287-93.

March, J. et Simon, H. (1974), *Les organisations*, Paris, Dunod, 253 p.

Marions, L., Cekan, S.Z., Bygdeman, M. et Gemzell-Danielsson, K. (2004), « Effect of emergency contraception with levonorgestrel or mifepristone on ovarian function », *Contraception*, 69(5), pp. 373-377.

Mason, K.O. et Palan, V.T. (1981), « Female employment and fertility in peninsular Malaysia: the maternal role incompatibility reconsidered », *Demography*, 18(4), pp. 549-575.

Mayhew, S., Osei, I., Bajos, N. et l'équipe ECAF (2013), « Attitudes des professionnels de santé à l'égard de la contraception d'urgence au Ghana et au Burkina Faso », *Population*, 68(1), pp. 123-151, doi: 10.3917/popu.1301.0123

Mbarga, J., Foley, R.-A. et Decollogny, A. (2014), « De la relation pharmaciens-usagers. Reconfigurations et négociations dans une pharmacie suisse », *Anthropologie & Santé*, 9, doi: 10.4000/anthropologiesante.1494

Mc Fadyen, L., Smit, J., Mqhayi, M., De Pinho, H. et Beksinska, M. (2003), *Expanding contraceptive choice: an african study of emergency contraception*, Reproductive Health Research Unit, University of the Witwatersrand, Durban, South Africa, pp. 6–10, www.rhru.co.za/

Meekers, D. et Calvès, A-E. (1997a), « 'Main' girlfriends, girlfriends, marriage, and money: the social context of HIV risk behavior in sub-Saharan Africa », *Health Transition Review*, 7, Supplement, pp. 361-375.

Meekers, D. et Calvès, A-E. (1997b), « Gender differentials in adolescent sexual activity and reproductive health risks in Cameroon », *African journal of reproductive health / La revue africaine de la santé reproductive*, 3(2), pp. 51-67, <https://www.jstor.org/stable/pdf/3583361.pdf>

Meekers, D. et Klein, M. (2001), « Determinants of condom use among unmarried youth in Yaounde and Douala », Working paper, n°47, PSI Research Division, 20 p.

Melhado, L. (2014), « In Kenya and Nigeria, the common stereotype of emergency contraceptive users does not apply », *International perspectives on sexual and reproductive health*, 40(2), pp. 104-105.

Ministère de la Santé Publique (2014), *Planification familiale. Plan opérationnel du Cameroun 2015-2020*, Cameroun, 140 p.

Moreau, C., Bouyer J., Goulard, H. et Bajos, N. (2005), « The remaining barriers to the use of emergency contraception of pregnancy risk by women undergoing induced abortions », *Contraception*, 71, pp. 202-207.

Morgan, G., Keesbury, J. et Speizer, I. (2014a), « Emergency contraceptive knowledge and use among urban women in Nigeria and Kenya », *Studies in family planning*, 45(1), pp. 59-72.

Morgan, G., Keesbury, J. et Speizer, I. (2014b), « Characteristics and patterns of use of emergency contraception among urban women in Nigeria and Kenya », *Studies in family planning*, 45(1), pp. 59-72, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4230484/pdf/nihms-640656.pdf>

Moscovici, S. (1961), *La psychanalyse, son image et son public*, Paris, Presses Universitaires de France, 650 p.

Moussa, H. (2003), « Devoir de soigner et droit d'exercer la violence : ethnographie des consultations de planification familiale à Niamey/Niger », *Bulletin de l'APAD*, 25, [http :
//apad.revues.org/205](http://apad.revues.org/205)

Mucchielli, A. (1991), *Les méthodes qualitatives*, Paris, PUF, Collection Que sais-je ?

Nations Unies (1979), *Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes*.

Nations Unies (1995a), *Rapport de la conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire 5-13 septembre 1994*, New-York, 194 p, http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd_fre.pdf.

Nations Unies, (1995b), *Déclaration et programme d'action de Beijing*, <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20F.pdf>

Nations Unies (2000), *Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint*, observation générale n°14, E/C.12/2000/4, Comité des droits économiques, sociaux et culturels, 22^e session.

Nations Unies (2013), *World contraceptive patterns 2013*, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/worldContraceptivePatternsWallChart2013.pdf>

N'Bouké, A. (2011), *Recours à l'avortement provoqué à Lomé (Togo) : évolution, facteurs associés et perceptions*, thèse en démographie, Université de Montréal, 197 p, 230

https://www.giersa.ulaval.ca/sites/giersa.ulaval.ca/files/memoires/nBouké_afiwa_2011_these.pdf

Ngom, P. (2000), « Réseaux informels de communication et santé de la reproduction au Sénégal », in Pilon, M. et Guillaume, A. (eds.), *Maîtrise de la fécondité et planification familiale au Sud*, Paris, IRD, pp. 193-206, [http : //horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers07/010023368.pdf](http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers07/010023368.pdf)

Ngondo a Pitshandenge, S. (1994), « Politiques et programmes de population en Afrique : précision des objectifs et adéquation des moyens », in Gendreau, F. (dir.), *L'évaluation des politiques et programmes de population*, Paris, AUPELF-UREF et Editions ESTEM, pp. 99-109.

Ngwe, E., Kamdem, H. et Mimche, H. (2005), *Connaissances, attitudes et pratiques relatives à l'avortement à Yaoundé et Douala*, CCRA, ALVF, 86 p.

Noe, G., Croxatto, H., Salvatierra, A.M., Reyes, V., Villarroel, C., Munoz, C., Morales, G. et Retamales, A. (2010), « Contraceptive efficacy of emergency contraception with levonorgestrel given before or after ovulation », *Contraception*, 81(5), pp. 414-420.

Norris, T.A. et Ellertson, C. (2002), « How safe is emergency contraception? », *Drug Safety*, 25, pp. 695-706.

Nouetagni, S. (2010), « Pauvreté et régulation de la fécondité au Cameroun », in Fassassi, R., Vignikin, K. et Vimard, P. (dir.), *La régulation de la fécondité en Afrique. Transformations et différenciations au tournant du XXI^e siècle*, Louvain-la-Neuve, Academia-bruyant, pp. 285-317.

Noumbissi, A. et Sanderson, J-P. (1999), « La communication entre conjoints sur la planification familiale au Cameroun. Les normes et les stratégies du couple en matière de fécondité », *Population*, n°1, pp. 131-144, [http : //www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/pop_00324663_1999_num_54_1_17458](http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/pop_00324663_1999_num_54_1_17458)

Noumbissi, A. et Wayack, M. (2000), « La femme camerounaise face aux méthodes contraceptives modernes. Rejet ou inaccessibilité ? » in Pilon, M. et Guillaume, A. (eds.), *Maîtrise de la fécondité et planification familiale au Sud*, collection colloques et séminaires,

Paris, IRD, pp. 177-191, [http : //horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers07/010023368.pdf](http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers07/010023368.pdf)

Novikova, N., Weisberg, E., Stanczyk, F.Z., Croxatto, H.B. et Fraser, I.S. (2007), « Effectiveness of levonorgestrel emergency contraception given before or after ovulation—a pilot study », *Contraception*, 75(2), pp. 112-118.

Okewole, I.A., Arowojolu, A.O., Odusoga, O.L., Oloyede, O.A., Adeleye, O.A., Salu, J. et Dada, O.A. (2007), « Effect of single administration of levonorgestrel on the menstrual cycle », *Contraception*, 75(5), pp. 372-377.

Olivier de Sardan, J-P. (1995), « La politique du terrain », *Enquête*, pp. 71-109, <https://enquete.revues.org/263>

Olivier de Sardan, J-P. (2001), « La sage-femme et le douanier. Cultures professionnelles locales et culture bureaucratique privatisée en Afrique de l'Ouest », *Autrepart*, 20, pp. 61-73.

Olivier de Sardan, J-P. (2003), « Pourquoi le malade anonyme est-il si « mal traité » ? », in Jaffré, Y. et Olivier de Sardan, J-P., (dir.), *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales de l'Afrique de l'Ouest*, Paris, APAD, Karthala, pp. 265-294.

Olivier de Sardan, J-P. (2008), « À la recherche des normes pratiques de la gouvernance réelle en Afrique », *Afrique : pouvoir et politique*, discussion paper, 5, <http://www.institutions-africa.org/publications/discussion-papers>

Organisation Mondiale de la Santé (1999), *Contraception d'urgence : guide pour la prestation des services*, 63 p, <http://www.who.int/iris/handle/10665/65403>

Organisation Mondiale de la Santé (2005), *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*, troisième édition, <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43137/1/9242562661.pdf>

Organisation Mondiale de la Santé (2012), *Contraception d'urgence*, aide-mémoire, n°244, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/fr/>

Ouattara F., Bationo B., Gruénais M.-É. (2009), « Pas de mère sans un “mari”. La nécessité du mariage dans les structures de soins à Ouagadougou (Burkina Faso) », *Autrepart*, 52, pp. 81-94.

Palermo, T., Bleck, J. et Westley, E. (2014), « Knowledge and use of emergency contraception: a multicountry analysis », *International perspectives on sexual and reproductive health*, 40(2), pp. 79-86, doi: 10.1363/4007914

Petit, V. et Tchegnina, L. (2009), « Les enjeux de la sexualité transactionnelle prémaritale en milieu urbain camerounais », *Autrepart*, 49, pp. 205-222, doi: 10.3917/autr.049.0205

Planned Parenthood Association of Ghana (PPAG) (2001), *Emergency contraception project evaluation report*, Accra, Planned Parenthood Association of Ghana.

Plan stratégique national de la santé de la reproduction, maternelle néonatale et infantile (PSN/SRMNI), Cameroun, 2014-2020, draft 1, 2014, République du Cameroun, Ministère de la Santé Publique.

Piaggio, G., Von Hertzen, H., Grimes, D.A., Van Look, P.F. (1999), « On behalf of the task force on postovulatory methods of fertility regulation. Timing of emergency contraception with Levonorgestrel or the Yuzpe regimen », *Lancet*, pp. 353-721.

Piché, V. et Poirier, J. (1995), « Les approches institutionnelles de la fécondité », in Gérard, H. et Piché, V. (dir.), *La sociologie des populations*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, AUELF/UREF, pp. 117-137.

Polis, CB., Schaffer, K., Blanchard, K., Glasier, A., Harper, CC. et Grimes DA. (2007), « Advance provision of emergency contraception for pregnancy prevention: a meta-analysis », *Obstetrics and Gynecology*, 110(6), pp. 1379-1388.

Pool, R., Hart, G., Green, G., Harrison, S., Nyanzi, S. et Whitworth, J. (2000), « Men's attitudes to condoms and female controlled means of protection against HIV and STDs in south-western Uganda », *Culture, Health & Sexuality*, 2(2), pp. 197-211, <http://dx.doi.org/10.1080/136910500300804>

Pruat, A. (1999), « Grossesse et accouchement en Afrique de l'Ouest. Vers une maternité à moindre risque? », *Santé publique*, 11(2), pp. 167-185, [http :
//fulltext.bdsp.ehesp.fr/Sfsp/SantePublique/1999/2/PRIAL_2_ps.pdf](http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Sfsp/SantePublique/1999/2/PRIAL_2_ps.pdf)

Ramarao, S., Lacuesta, M., Costello, M., Pangolibay, B. et Jones, H. (2003), « The link between quality of care and contraceptive use », *International Family Planning Perspectives*, 29(2), [http ://www.guttmacher.org/pubs/journals/2907603.pdf](http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2907603.pdf)

Ransom, E.I. et Yinger, N.V. (2002), *Pour une maternité sans risques. Comment éliminer les obstacles aux soins?*, Population Reference Bureau, 36 p, [http :
//www.prb.org/pdf/MakMotherhdSafer_Fr.pdf](http://www.prb.org/pdf/MakMotherhdSafer_Fr.pdf)

Rapport final DEMENTREND (2013), *Analyse situationnelle des politiques et prestations de services liées à la santé de la reproduction des adolescents et des jeunes au Cameroun*, 55 p, document inédit.

Raymond, E.G., Goldberg, A., Trussell, J., Hays, M., Roach, E. et Taylor, D. (2006), «Bleeding patterns after use of levonorgestrel emergency contraceptive pills», *Contraception*, 73(4), pp. 376-381.

Rodrigues, I., Grou, F. et Joly, J. (2001), « Effectiveness of emergency contraceptive pills between 72 and 120 hours after unprotected sexual intercourse », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 184(4), pp. 531-537.

Rossier, C. (2007), « Attitudes towards abortion and contraception in rural and urban Burkina Faso », *Demographic Research*, 17(2), pp. 23-58.

Rossier, C., Sawadogo, N., Soubeiga, A. et l'équipe ECAF (2013), « Sexualités prénuptiales, rapports de genre et grossesses non prévues à Ouagadougou », *Population*, 68(1), pp. 97-122, doi: 10.3917/popu.1301.0097

Rwenge Mburano, J.-R. (1994), « Déterminants de la fécondité des mariages selon le milieu d'habitat au Bénin : examen par les variables intermédiaires », *Les cahiers de l'IFORD*, Yaoundé, Librairie Saint-Paul, 152 p.

Rwenge Mburano, J.-R. (1999), « Facteurs contextuels des comportements sexuels : le cas des jeunes de la ville de Bamenda (Cameroun) », *African Population Studies/Etude de la population africaine*, 40, [http :
//www.bioline.org.br/request?uaps99040](http://www.bioline.org.br/request?uaps99040)

Rwenge Mburano J.-R. (2004), « Les différences ethniques des comportements sexuels au Cameroun : l'exemple des Bamiléké et Bèti », *African Population Studies/Etude de la Population Africaine*, 19(2), pp. 160-191 : <http://www.bioline.org.br/request?ep04017>

Rwenge Mburano, J.-R. (2007a), « Statut de la femme, planification familiale et fécondité à Mbalmayo et Bafoussam, Cameroun », *African Population Studies/Etude de la Population Africaine*, 2(1), <http://www.bioline.org.br/pdf?ep07004>

Rwenge Mburano, J.-R. (2007b), « La qualité des soins prénatals selon la perspective des clientes au Cameroun (districts de santé de Nkongsamba, Bafang et Mfou) », *African Population Studies/Etude de la Population Africaine*, 2(2), pp. 23-46, [http :
//www.bioline.org.br/pdf?ep07009](http://www.bioline.org.br/pdf?ep07009)

Rwenge Mburano, J.-R. (2013), « Comportements sexuels parmi les adolescents et jeunes en Afrique subsaharienne et facteurs associés », *African Journal of Reproductive Health*, 17(1), pp. 49-66, http://www.ajrh.info/vol17_no1/17_1_article5.pdf

Sainsaulieu, R. (1977), *L'identité au travail. Les effets culturels de l'organisation*, Paris, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques.

Sanogo, D., Ramarao, S., Jones, H., N'diaye, P., M'bow, B. et Diop, C.B. (2003) « Improving quality of care and use of contraceptives in Senegal », *African Journal of Reproductive Health*, 7(2), pp. 57-73, [http:
//www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/journals/AJRH_Improving_QOC.pdf](http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/journals/AJRH_Improving_QOC.pdf)

Sawadogo, N., Tchoumkeu, A. et l'équipe DEMENTREND (2012), *Pauvreté et besoins non satisfaits en santé de la reproduction des adolescents et des jeunes en Afrique Centrale, Rapport enquête qualitative Yaoundé (Cameroun)*, Yaoundé, Institut de Formation et de Recherche Démographiques, 58 p.

Sbarouni, V., Tsimtsiou, Z., Symvoulakis, E., Kamekis, A., Petelos, E., Saridaki, A., Papadakis, N. et Lionis, C. (2012), « Perceptions of primary care professionals on quality of services in rural Greece », *Rural and Remote Health*, 12(1), [http:
//www.rrh.org.au/articles/subviewnew.asp?ArticleID=2156](http://www.rrh.org.au/articles/subviewnew.asp?ArticleID=2156)

Shabila, N.P., Al-Tawil, N.G., Al-Hadithi, T.S., Sondorp, E. et Vaughan, K. (2012), « Iraqi primary care system in Kurdistan region: providers' perspectives on problems and opportunities for improvement », *BioMed Central International Health and Human Rights*, 12(21), doi: 10.1186/1472-698X-13-18

Shelton, J.D. (2002), « Repeat emergency contraception: facing our fears », *Contraception*, 66(1), pp. 15-17.

Simmel, G. (1998), *La parure et autres essais*, Paris, Editions Maison des Sciences de l'Homme, 159 p.

Sorhaindo, A., Becker, D., Fletcher, H. et Garcia, S.G. (2002), « Emergency contraception among university students in Kingston, Jamaica: a survey of knowledge, attitudes, and practices », *Contraception*, 66(4), pp. 261-268.

Souley, A. (2003), « Un environnement inhospitalier », in Jaffré, Y. et Olivier de Sardan, J-P. (dir.), *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales de l'Afrique de l'Ouest*, Paris, APAD, Karthala, pp. 105-155.

Steele, F., Curtis, S.L. et Choe, M. (1999), « The impact of family planning service provision on contraceptive use dynamics in Morocco », *Studies in Family Planning*, 30(1), pp. 28-42.

Steiner, M.J., Raymond, E., Attafuah, J.D. et Hays, M. (2000), « Provider knowledge about emergency contraception in Ghana », *Journal of biosocial science*, 32(1), pp. 99-106.

Sychareun, V., Phongsavan, K., Hansana, V. et Phengsavan, A. (2010), « Policy maker and provider knowledge and attitudes regarding the provision of emergency contraceptive pills within Lao PDR », *BMC Health Services Research*, 10, doi:10.1186/1472-6963-10-212

Tabutin, D. (2007), « Vers quelle(s) démographie(s) ? Atouts, faiblesses et évolutions de la discipline depuis 50 ans », *Population*, 62, pp. 15-32, doi: 10.3917/popu.701.0015

Tabutin, D. et Thiltgès, E. (1992), « Relations entre croissance démographique et environnement », *Revue Tiers Monde*, 33(130), pp. 273-294, doi: 10.3406/tiers.1992.4689

Tabutin, D. et Schoumaker B. (2004), « La démographie de l'Afrique au sud du Sahara des années 1950 aux années 2000. Synthèse des changements et bilan statistique », *Population*, 59(3), pp. 521-622, doi: 10.3917/popu.403.0521

Tajure, N. et Pharm, B. (2010), « Knowledge, attitude and practice of emergency contraception among graduating female students of Jimma university, southwest ethiopia », *Ethiopian journal of health sciences*, 20(2), pp. 91-97.

Tapinos, G., Blanchet, D. et Horlacher, D.E. (eds.) (1991), *Conséquences de la croissance démographique rapide dans les pays en développement*, Paris, INED, 367 p.

« Task force on post-ovulatory methods of fertility regulation. Efficacy and side effects of immediate postcoital levonorgestrel used repeatedly for contraception », (2000), *Contraception*, 61, pp. 303-308.

Teixeira, M., Guillaume, A., Ferrand, M., Adjamagbo, A. et Bajos, N. (2012), «Representations and uses of emergency contraception in West Africa. A social anthropological reading of a northern medicinal product », *Social Science & Medicine*, 75(1), pp. 148-155, doi: 10.1016/j.socscimed.2012.02.038

Teixeira, M., Bajos, N., Guillaume, A. et l'équipe ECAF (2015), « De la contraception hormonale en Afrique de l'Ouest: effets secondaires et usages à la marge », in Desclaux, A. et Egrot, M. (dir.), *Anthropologie du médicament au Sud. La pharmaceuticisation à ses marges*, Paris, IRD, Collection Anthropologies et médecines, L'Harmattan, pp. 181-195.

The International Consortium for Emergency Contraception-ICEC (2014), *Emergency contraceptive pill registration status by country*, http://www.cecinfo.org/custom-content/uploads/2014/03/ICEC_EC-Registration-Status-Factsheet_March-2014.pdf

Tirelli, A., Cagnacci, A. et Volpe, A. (2008), «Levonorgestrel administration in emergency contraception: bleeding pattern and pituitary-ovarian function», *Contraception*, 77(5), pp. 328-332.

Touko, A., Kemmegne, J., Nissack, F., Schimdt-Ehry, B. et Kamta, C. (2001), « Planning familial chez les adolescentes mères d'enfants dans un centre urbain du Cameroun », *African Journal of Reproductive Health*, 5(2), pp. 105-115.

Trussell, J., Ellertson, C., Stewart, F., Raymond, E.G. et Shochet, T. (2004), « The role of emergency contraception », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 190(4), pp. 30-38, doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2004.01.063>

Trussell, J. (2012), « Emergency contraception: hopes and realities », in Foster, A.M. et Wynn, L.L. (eds), *Emergency contraception, the story of a global reproductive health technology*, New York NY, Palgrave Macmillan, pp. 19-35.

UNAIDS (2004), *Responding to surveillance: methods and software to produce HIV/AIDS estimates in the era of population-based prevalence surveys*, Report of a meeting of the UNAIDS Reference Group for "Estimates, Modelling and Projections", Glion, 18 p.

United Nations (2011a), *World Population Prospects: The 2010 Revision*, File 6-1: Infant mortality rate by major area, region and country, 1950-2100, estimates, 1950-2100, Departement of Economic and Social Affairs, Population Division, New York.

United Nations (2011b), *World Population Prospects: The 2010 Revision*, File 10 : Population density major area, region and country, 1950-2100, Estimates, 1950-2010, United Nations, Departement of Economic and Social Affairs, Population Division, New-York.

Ventola, C. (2014), « Prescrire un contraceptif : le rôle de l'institution médicale dans la construction de catégories sexuées », *Genre, sexualité & société*, doi: 10.4000/gss.3215

Vimard, P. (2000), « Politique démographique, planification familiale et transition de la fécondité en Afrique », *La chronique du CEPED*, 36, 4 p.

Vlassoff, M., Jerman, J., Beninguisse, G., Kamgaing, F. et Zinvi, F. (2014), « Avantages à répondre aux besoins de contraception des Camerounaises », *En Bref*, 1, Guttmacher Institute, New-York, 8p, <http://www.guttmacher.org/pubs/IB-Cameroon-FR.pdf>

Wang, G. et Buffalo, M.D. (2004), « Social and cultural determinants of attitudes toward abortion: a test of Reiss' hypotheses », *The Social Science Journal*, 41(1), pp. 93-105, <http://dx.doi.org/10.1016/j.soscij.2003.10.008>

Westley, E., Kapp, N., Palermo, T. et Bleck, J. (2013), « A review of global access to emergency contraception », *International journal of gynaecology and obstetrics*, 123(1), pp. 4-6.

Whelan, A.M., Lanqille, D.B., White, S.J., Asbridge, M. et Flowerdew, G. (2011), « Knowledge of, beliefs about, and perceived barriers to the use of the emergency contraception pill among women aged 18-51 in Nova Scotia », *Pharmacy practice*, 9(3), pp.148-155, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3870174/pdf/pharmpract-09-148.pdf>

Wilson, E.K. et Koo, H.P. (2008), « Associations between low-income women's relationship characteristics and their contraceptive use », *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 40(3), pp. 171-179, doi: 10.1363/4017108

World Health Organization (1998), « Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation », *Lancet*, 352(9126), pp. 428-433.

Wynn, L.L. et Trussell, J. (2006), « The social life of emergency contraception in the United States: disciplining pharmaceutical use, disciplining sexuality, and constructing zygotic bodies », *Medical Anthropology Quarterly*, 20(3), pp. 297-320.

Yana, S.D. (1995), *À la recherche des modèles culturels de la fécondité au Cameroun : une étude exploratoire auprès de Bamiléké et Bèti de la ville et de la campagne*, Louvain-la-Neuve, Academia, 329 p.

Yap Yap, J. (2004), *Analyse situationnelle sur la sécurité de produits de santé de la reproduction au Cameroun utilisant l'outil SPARCH*, Ministère de la Santé publique, 84 p, <http://www.rhsupplies.org/ossupload/DOC80.pdf>

Yeung, W.S., Chiu, P.C., Wang, C.H., Yao, Y.Q. et Ho, P.C. (2002), « The effects of levonorgestrel on various sperm functions », *Contraception*, 66(6), pp. 453-457.

Zhang, L., Chen, J., Wang, Y., Fangming, R., Yu, W. et Cheng, L. (2009), « Pregnancy outcome after levonorgestrel-only emergency contraception failure: a prospective cohort study, *Human Reproduction*, 24(7), pp. 1605-1611.

Zibi Nsoe, A. (2007), « Santé sexuelle et de la reproduction des femmes : l'approche légale », *Justice et solidarité*, 5, Association Camerounaise des Femmes Juristes (ACAFEJ), Yaoundé, pp. 6-9.

Annexes

Annexe 1 : Caractéristiques sociodémographiques des utilisatrices et non-utilisatrices de la CU

Pseudonyme	Âge	Niveau d'instruction	Ethnie	Religion	Occupation	Situation relationnelle	Contraception utilisée au moment de l'entretien	Nombre de prises de CU	Nombre d'enfants
Adèle	35	Secondaire	Beti	Pentecôtiste	Couturière	Mariée	Méthode Ogino	0	0
Arlette	24	Supérieur	Eton	Chrétienne	Etudiante	Célibataire	Pilule	+10	2
Barbara	25	Primaire	Manguissa	Catholique	Coiffeuse	Célibataire	Aucune	3	2
Bernadette	21	Supérieur	Massa	Chrétienne	Etudiante	Pas en couple	Préservatif	0	0
Chimène	26	Supérieur	Bassa	Catholique	Aide-ménagère	Célibataire	Méthode Ogino + retrait	3	1
Delphine	28	Supérieur	Bamiléké	Catholique	Etudiante-infirmière	Mariée	CU	6	1
Denise	25	Supérieur	Bafia	Catholique	Etudiante	Célibataire	Aucune	+10	0
Diane	21	Secondaire	Bamiléké	Catholique	Elève	Célibataire	Préservatif	1	0
Dora	38	Primaire	Bakweri	Témoin de Jéhovah	Sans emploi	Pas en couple	Aucune	0	0
Eléonore	35	Primaire	Beti	Chrétienne	Femme au foyer	Mariée	Aucune	0	5
Fanny	28	Secondaire	Bamiléké	Catholique	Commerçante	Célibataire	Méthode Ogino	2	1
Fernande	23	Supérieur	Bafia	Chrétienne	Journaliste	Célibataire	Préservatif	1	0
Gaëlle	29	Supérieur	Bakoko	Protestante	Documentaliste	Célibataire	Aucune	1	0
Géraldine	40	Secondaire	Bafia	Protestante	Caissière	Mariée	Norplant	0	3
Habiba	23	Supérieur	Foulbé	Musulmane	Etudiante	Célibataire	Aucune	1	0
Henriette	28	Secondaire	Ewondo	Pentecôtiste	Agent de parking	Célibataire	Aucune	1	3
Inès	34	Secondaire	Abo	Témoin de Jéhovah	Aide-ménagère	Mariée	Aucune	4 ou 5	4
Joëlle	40	Secondaire	Bamiléké	Catholique	Infirmière	Mariée	Préservatif	1	3
Lydie	23	Primaire	Bamiléké	Chrétienne	Commerçante	Célibataire	Aucune	+10	0
Maguy	23	Secondaire	Bamiléké	Catholique	Assistante-comptable	Pas en couple	Aucune	4	0
Mathilde	33	Supérieur	Bulu	Catholique	Sans emploi	Célibataire	Méthode Ogino	5	0

Nadia	22	Secondaire	Beti	Catholique	Sans emploi	Célibataire	Préservatif	2	1
Nadine	32	Supérieur	Bassa	Protestante	Aide-soignante au chômage	Mariée	Injectable	3	2
Nelly	30	Secondaire	Beti	Catholique	Vendeuse de cartes téléphoniques	Mariée	Injectable	0	2
Nina	32	Primaire	Bassa	Catholique	Sans emploi	Mariée	Aucune	10	4
Noémie	40	Primaire	Bamiléké	Témoin de Jéhovah	Aide-ménagère	Mariée	Norplant	0	4
Odile	32	Secondaire	Eton	Catholique	Esthéticienne	Pas en couple	Préservatif	+10	1
Olive	30	Secondaire	Bamiléké	Protestante	Commerçante	Célibataire	Méthode Ogino	0	3
Patricia	34	Secondaire	Eton	Pentecôtiste	Fonctionnaire	Mariée	Méthode Ogino	0	3
Rita	19	Secondaire	Ewondo	Chrétienne	Elève	Célibataire	Méthode Ogino	0	1
Rosine	27	Supérieur	Bulu	Chrétienne	Etudiante	Pas en couple	Préservatif	0	0
Sara	26	Secondaire	Eton	Catholique	Commerçante	Célibataire	Norplant	0	2
Tatiana	28	Secondaire	Batanga	Catholique	Sans emploi	Célibataire	Aucune	0	5
Viviane	36	Secondaire	Bamiléké	Catholique	Fonctionnaire	Mariée	Injectable	0	4
Zohra	28	Supérieur	Bamoun	Musulmane	Assistante RH	Célibataire	CU	+10	2

Annexe 2 : Quelques caractéristiques sociodémographiques des femmes lors de la première utilisation de la CU et au moment de l'entretien

Utilisatrices	Age à la 1 ^{ère} prise de la CU	Age au moment de l'enquête	Situation relationnelle au moment de la 1 ^{ère} utilisation de la CU	Activité principale à 1 ^{ère} utilisation de la CU	Nombre d'enfants à la 1 ^{ère} prise de la CU	Nombre d'enfants au moment de l'enquête
Arlette	22	24	Célibataire	Etudiante	2	2
Barbara	23	25	Célibataire	Sans emploi	1	2
Chimène	22	26	Célibataire	Aide-ménagère	0	1
Delphine	23	28	Célibataire (Fiancée)	Etudiante-infirmière	1	1
Denise	22	25	Célibataire	Etudiante	0	0
Diane	20	21	Célibataire	Élève	0	0
Fanny	24	28	Célibataire	Sans emploi	0	1
Fernande	22	23	Célibataire	Etudiante	0	0
Gaelle	25	29	Célibataire	Etudiante	0	0
Habiba	23	23	Célibataire	Etudiante	0	0
Henriette	24	28	Célibataire	Agent de parking		3
Inès	25	34	Célibataire	Sans emploi	0	4
Joëlle	37	40	Mariée	Infirmière	3	3
Lydie	18	23	Célibataire	Sans emploi	0	0
Maguy	21	23	Pas en couple		0	0
Mathilde	27	33	Célibataire	Etudiante	0	0
Nadia	21	22	Célibataire	Sans emploi	1	1
Nadine	24	32	Célibataire		0	2
Nina	31	32	Mariée	Sans emploi	3	4
Odile	26	32	Pas en couple			1
Zohra	21	28	Célibataire	Etudiante	0	2

Annexe 3 : Guide d'entretien adressé aux femmes

Caractéristiques de l'enquêtée et de son partenaire/conjoint

Âge Nationalité Ethnie Quartier d'habitation Religion Niveau d'instruction
 Situation matrimoniale Nombre d'enfants Activité/profession

Rubriques	Questions principales	Questions complémentaires ou relances	Observations
Connaissances et utilisation de la contraception en général	1- Selon vous qu'est-ce que la planification familiale (PF) ?	▪ Selon vous qu'est-ce que le droit à la PF ? ▪ Pensez-vous que les hommes sont concernés au même titre que les femmes par les services de PF ? Pourquoi ?	
	2- Pour vous qu'est-ce que c'est la contraception ?	▪ Quelles sont les méthodes contraceptives dont vous avez déjà entendu parler ? ▪ Qui peut pratiquer la contraception ?	
	3- a) Avez-vous déjà utilisé une ou plusieurs méthode contraceptives modernes? Si OUI : laquelle/lesquelles? pourquoi pas les autres ? Si NON , pourquoi ? b) En utilisez-vous une actuellement ? Si OUI , laquelle ? Si NON , pourquoi ?	▪ Le choix de cette/ces méthode(s) a-t-il été fait avec le consentement de votre partenaire/conjoint ? Si OUI/NON, pourquoi ? ▪ Votre partenaire/conjoint s'intéresse-t-il à la contraception ? Si OUI, comment s'informe-t-il à ce sujet ? Si NON, pourquoi ? ▪ Votre partenaire/conjoint vous encourage-t-il à utiliser une méthode contraceptive ? Pourquoi ? ▪ S'est-il déjà rendu à une consultation de PF ? Si OUI/NON, pour quelles raisons ?	Amener l'enquêtée à discuter de l'implication de son partenaire/conjoint (actuel ou dernier) en matière contraceptive
	4- Savez-vous où vous procurer des méthodes contraceptives?	Discuter notamment de : ▪ la gamme/l'éventail de méthodes contraceptives vendu(e) ▪ la disponibilité ▪ le prix ▪ la distance géographique du domicile par rapport au lieu d'approvisionnement en contraceptifs	
Relations entre clientes/patientes et prestataires de services de PF	5- Discuter du déroulement du dernier entretien avec un prestataire dans un service de SR/PF	▪ accueil des patientes/clientes ▪ confidentialité ▪ gêne par rapport au sexe et/ou l'âge du prestataire ▪ communication unilatérale ? interactions durant la consultation ? ▪ satisfaction par rapport aux informations obtenues ?	Spécifier à l'enquêtée que les prestataires de services de PF font référence au personnel de santé (y compris les pharmaciens ou les vendeurs en pharmacie) habilité notamment à prescrire ou fournir des méthodes contraceptives
	6- Est-il déjà arrivé qu'un prestataire vous fournisse la méthode contraceptive que vous n'avez pas choisie au départ ? Si OUI , dans quelles circonstances?	▪ Avez-vous déjà été en désaccord avec un prestataire à propos de l'utilisation d'une méthode contraceptive ? Laquelle ? ▪ Quelle(s) méthode(s) contraceptive(s) vous a/ont déjà été déconseillées par un prestataire ? Pour quelles raisons ? Avez-vous suivi son avis ? Pourquoi ?	

	7- a) Selon vous qu'est-ce que c'est qu'un service de PF de qualité ? b) Pour une consultation en PF, vous préférez vous rendre dans une structure sanitaire privée ou publique ? Pour quelles raisons ?	- est-ce la première fois que vous venez en consultation ici ? - pourquoi ici et pas ailleurs ? - combien coûte la consultation ? que pensez-vous de ce tarif ? - attentes particulières à formuler par rapport à la qualité actuelle des services ?	Les relances pour la question n°7 sont adressées aux femmes recrutées en salle d'attente.
Opinions sur la contraception	8- a) Selon vous, quels sont les avantages de la méthode contraceptive que vous utilis(i)ez par rapport aux autres méthodes ? b) A-t-elle des inconvénients ? Si OUI, lesquels ? Si NON, pourquoi ?	- opinion des proches à propos de cette méthode - discutez-vous avec vos proches de l'utilisation de la contraception moderne ? - si OUI, qu'en pensent-ils ? - si NON, pourquoi ? - Avez-vous déjà recommandé à un de vos proches une méthode contraceptive ? Si OUI, laquelle et pourquoi ? Si NON, pourquoi ?	
Connaissances et utilisation de la contraception d'urgence (CU)	9- Avez-vous déjà entendu parler de la contraception d'urgence (CU) ? a) OUI, qu'est-ce que c'est ? Comment en avez-vous entendu parler ? b) NON, avez-vous déjà entendu parler de la pilule du lendemain ? - Si OUI, qu'est-ce que c'est ? comment en avez-vous entendu parler ? - Si NON, définir la CU à l'interlocutrice et mettre fin à l'entretien		Le but est de savoir sous quelle dénomination ce mode de contraception est le plus connu par les femmes. <u>Définition :</u> méthode contraceptive qu'une femme peut utiliser dans les 3 à 5 jours suivant le rapport sexuel non ou mal protégé, pour prévenir une grossesse non désirée.
	10- Connaissez-vous les deux différentes sortes/formes de contraception d'urgence ? Si OUI, quelles sont-elles ?	Si NON, l'enquêteur pourra lui dire qu'il s'agit de la pilule contraceptive d'urgence (pilule du lendemain) et du dispositif intra-utérin au cuivre.	questions adressées uniquement à celles qui ont déjà entendu parler de CU
	11- Avez-vous déjà eu recours à la CU ?	- Si OUI : - dans quelles circonstances ? Qui vous l'avait conseillée ? âge lors de la première utilisation ? - où vous êtes-vous procurée cette méthode ? est-ce vous qui l'avez achetée ? Si NON, qui était-ce et pourquoi ? - avez-vous rencontré des difficultés pour l'obtenir ? Si OUI, lesquelles ? (prix ? disponibilité ? attitude du prestataire ?) - l'avez-vous déjà utilisé la plus d'une fois ? Si OUI/NON, pourquoi ? - connaissez-vous quelqu'un qui l'a déjà utilisé ? - Si NON, pourquoi ?	- questions adressées uniquement à celles qui ont déjà entendu parler de CU - puis leur poser les questions n°13 ; n°15-n°18
	12- Qui a été à l'initiative de l'utilisation de la CU ?	- Si <u>c'est la femme</u>: votre partenaire était-il d'accord ? que pense-t-il de cette méthode ? - Si <u>c'est le partenaire</u> : étiez-vous d'accord ? Pourquoi ? Savait-il où s'en procurer ? - Délai d'utilisation ? Si OUI quel est-il ? - le nom du contraceptif d'urgence utilisé ? prix ? perceptions du prix ?	questions adressées uniquement à celles qui ont déjà utilisé la CU

Opinions sur la CU	13- a) Quels sont selon vous les avantages de la CU par rapport aux autres méthodes? Les inconvénients ? b) Recommanderiez-vous la CU à un de vos proches ? Pourquoi ? c) Connaissez-vous des rumeurs au sujet de cette méthode ? Si OUI , lesquelles ? ces rumeurs vous ont-elles déjà influencé?	▪ opinion sur la vente libre (sans ordonnance) de la CU ▪ opinion sur l'assimilation de la CU à l'IVG ? ▪ antécédents de l'enquêtée en matière d'IVG ▪ opinion sur l'avortement provoqué, sa légalisation au Cameroun	▪ questions adressées à celles qui ont déjà entendu parler de CU et/ou l'ont utilisée
	14- Quelle appréciation faites-vous de votre utilisation de la CU ? Y-a-t-il eu des effets secondaires ? Si OUI , lesquels ?	▪ compréhension du mode d'emploi (facile ? difficile ?) ▪ êtes-vous tombée enceinte après utilisation? Si OUI, avez-vous mené à terme votre grossesse ? Pourquoi ? ▪ avez-vous adopté une méthode contraceptive régulière après cette expérience? Si NON, pourquoi ?	questions adressées uniquement à celles qui ont déjà utilisé la CU
	15- Que pensent vos proches de la CU ?	Vous ont-ils déjà conseillé/déconseillé d'y recourir ? Pourquoi ?	
	16- Selon vous, les prestataires fournissent-ils facilement la CU? Pourquoi ?	un prestataire a-t-il déjà à vous ou à quelqu'un que vous connaissez, fait ou dit quelque chose qui vous a déplu lorsque vous souhaitiez acheter la CU ? Si OUI , racontez-nous?	
Visibilité de la CU	17- Pensez-vous que les prestataires soient favorables à l'utilisation de la CU ? Pourquoi ?	Souhaiteriez-vous qu'ils sensibilisent les femmes à l'utilisation de cette méthode ?	
	18- Pensez-vous que cette méthode soit suffisamment connue dans votre entourage ? Pourquoi ?	Faudrait-il la promouvoir ? Si OUI/NON , pourquoi ?	

Annexe 4 : Guide d'entretien adressé aux prestataires de services de santé

Variables sociodémographiques	Prestataire
Sexe	☐ F ☐ M
Prénom	
Groupes d'âges	☐ moins de 25 ☐ 25-29 ☐ 30-39 ☐ 40-49 ☐ 50 et plus
Quartier d'habitation	
Religion	
Niveau d'instruction	
Situation relationnelle	
Nombre d'enfants	
Profession	
Nombre d'années d'exercice de l'activité	

Caractéristiques de la structure de santé :

1) Secteur (public, privé) 2) Catégorie (hôpital, centre de PF, clinique, pharmacie, etc.)

Rubriques	Questions principales	Questions complémentaires ou relances	Précisions
Services de contraception	1- Quelles sont les méthodes contraceptives disponibles dans ce service ?		Discuter de la disponibilité et du prix des méthodes
	2- Quelles difficultés rencontrez-vous dans la prescription de ces méthodes ?	- Quelles sont les méthodes privilégiées par les femmes ? - quelles sont celles que vous prescrivez fréquemment ? Pourquoi ? - quels problèmes posent les autres méthodes ?	Discuter de la disponibilité et du prix des méthodes
	3- Citer quelques éléments principaux sur lesquels porte un counseling en SR/PF lors d'une consultation ?	- selon vous, les informations reçues par le client lors du counseling sont-elles suffisantes ? pour quelles raisons ? - avez-vous suivi récemment des formations spécifiques sur les méthodes contraceptives modernes ? Si NON, estimez-vous qu'il serait nécessaire de vous former à l'offre de méthodes contraceptives modernes ?	
	4- Discuter du cadre dans lequel une consultation se déroule.	- garanties de confidentialité? - une consultation peut-elle se dérouler en présence de plus d'un prestataire ? Si OUI à quelle(s) occasion(s) ? - des patients ont-ils déjà exigé d'être reçus en consultation uniquement par un prestataire du même sexe ? Pour quelles raisons ? Satisfaites-vous à ce type de demande ? Si NON, pourquoi ? - existent-ils des services spécifiques (jour/heure d'ouverture, local, etc.) pour les adolescentes/jeunes femmes qui viennent en consultation ici ? pourquoi ? - Fournissez-vous des contraceptifs aux adolescents/jeunes ?	

	5- Vous est-il déjà arrivé de déconseiller l'utilisation d'une méthode contraceptive ? Si OUI, quelle était cette méthode ? pour quelles raisons ?	discutez-vous des raisons qui motivent le choix des patients/clients ?	
	6- Quels peuvent être selon vous, les obstacles à l'utilisation de la contraception moderne ?	- nombre moyen mensuel de consultations en SR/PF ces six derniers mois (baisse ? hausse ?) - obstacles à la fréquentation des services de PF dans une ville comme Yaoundé ? - existe-t-il des mesures dans cette structure sanitaire pour améliorer le niveau de fréquentation ?	
Connaissances relatives à la contraception d'urgence (CU)	7- Avez-vous déjà entendu parler de la contraception d'urgence (CU) ? a) OUI, comment la définissez-vous ? Par quel canal en avez-vous entendu parler pour la première fois ? b) NON, avez-vous déjà entendu parler de la pilule du lendemain ? OUI, qu'est-ce que c'est ? comment en avez-vous entendu parler ? NON, comment faites-vous lorsqu'un client sollicite cette méthode ? Estimez-vous qu'il serait utile que vous suiviez une formation sur la CU ? Pour quelle(s) raison(s) ?		Si le prestataire n'a jamais entendu parler de CU ni de la pilule du lendemain : - l'enquêteur lui définira la CU : méthode contraceptive qu'une femme peut utiliser dans les 3 à 5 jours suivant le rapport sexuel non ou mal protégé, pour prévenir une grossesse non désirée. - puis mettre fin à l'entretien.
	8- Dans quels cas peut-on recourir à la CU ?	- pouvez-vous nous décrire son principe d'action ? - la posologie ? - le délai d'utilisation ?	Questions n°7 au n°17 uniquement adressées aux prestataires ayant déjà entendu parler de CU
	9- Avez-vous reçu une formation sur la CU ? a) OUI, sur quels aspects a-t-elle porté ? Pensez-vous avoir besoin d'un recyclage sur le sujet b) NON, estimez-vous qu'il serait nécessaire de vous former à l'utilisation de la CU ? Pour quelle(s) raison(s) ?	Faites-vous un counseling sur la CU lors des consultations ? Si OUI/NON, pourquoi ?	
Opinions sur la CU	10- Par rapport aux autres contraceptifs, quels sont selon vous : a) les avantages de la CU ? b) les inconvénients ?	- pensez-vous qu'elle est efficace ? Pour quelles raisons ? - êtes-vous d'accord avec l'idée selon laquelle l'utilisation de la CU est une forme d'avortement ? Pourquoi ? - opinion sur l'avortement provoqué et sa légalisation	
	11- Que pensez-vous de la vente libre (sans ordonnance médicale obligatoire) de cette méthode ?	- réticences à la vendre ? Pourquoi ? - comment cela se passe-t-il lorsqu'une personne mineure demande cette méthode ? - Conseilleriez-vous l'utilisation de la CU à un/des profil(s) de personnes ? Si OUI, le(s)quel(s) ? Pourquoi ?	
Utilisation de la CU	12- Cette méthode est-elle actuellement disponible dans cet établissement de santé ?	OUI : sous quelle forme ? (pilule ? DIU ?) le nom du produit vendu ? - la vente de la CU dans cet établissement sanitaire a-t-elle baissé ou augmenté au cours de ces six derniers mois - connaissez-vous des pénuries de stock ?	

	13- a) Lorsqu'une personne souhaite acheter la CU, discutez-vous des raisons qui motivent son choix? b) faites-vous un counseling sur la CU ? Si OUI , sur quoi porte-t-il ? Si NON , pourquoi ?	▪ discuter du profil de ceux qui achètent la CU	
	14- Selon vous, quels sont les facteurs favorables à l'utilisation de cette méthode contraceptive à Yaoundé ?	▪ quels sont les obstacles à son utilisation ? ▪ combien coûte-t-elle ? est-ce le même prix dans tous les points de vente ?	
	15- Vous est-il déjà arrivé de conseiller à une « cliente » sans qu'elle ne vous le demande, de recourir à la CU ?	Si OUI , pour quel(s) motif(s) ? Si NON , pourquoi ?	
Visibilité de la CU	16- Pensez-vous que les prestataires soient suffisamment informés sur cette méthode? Explicitiez.		
	17- Pensez-vous que la promotion de la contraception d'urgence est indispensable au Cameroun ? Pour quelles raisons ?	Pensez-vous que cette méthode soit suffisamment connue des femmes ? Si OUI/NON , pourquoi ?	

Annexe 5 : Guide d'entretien adressé aux responsables de programmes en santé de la reproduction et planification familiale

Identification de l'interviewé : sexe, âge, intitulé exact du poste occupé, principales fonctions

Rubriques	Questions principales	Questions complémentaires ou relances
Cadre réglementaire en matière de PF	1- Quels sont les objectifs visés par l'actuel programme national de SR en matière de planification familiale ? - Objectifs visés par le programme/projet élaboré et exécuté par l'ONG ?	▪ Appréciation des résultats obtenus avec le précédent programme/projet ▪ Difficultés rencontrées dans l'exécution du programme/projet ▪ Insuffisances ou faiblesses relevées dans le programme/projet
	2- Discuter de l'évolution du projet de loi sur la santé de la reproduction ? - le contenu du texte - les dispositions relatives à l'accès aux services de PF ? dispositions spécifiques pour l'accès des femmes, des jeunes à ces services ? - mesures relatives à la vulgarisation de cette loi ? - les obstacles à la promulgation de la loi ?	
L'accès à la contraception moderne	3- Quels sont les principaux obstacles à l'accès aux méthodes contraceptives ?	▪ quelles sont les mesures mises en place pour y remédier ?
	4- Y-a-t-il des méthodes contraceptives privilégiées dans les lignes directrices de la politique de PF ? Si OUI , quelles sont-elles et pourquoi ?	▪ Une gamme variée de méthodes est-elle proposée ?
L'offre en CU au Cameroun	5- Quelle est votre opinion sur la CU ?	▪ Utilité ? Efficacité ? ▪ Connaissez-vous des idées courantes ou des rumeurs sur la CU ? Si OUI, pouvez-vous nous en citer quelques-unes et qu'en pensez-vous ?
	6- Que pensez-vous de la vente libre (sans ordonnance) de cette méthode ?	▪ Disposez-vous d'études sur la réceptivité de la CU auprès des prestataires ? des populations ▪ La mise sur le marché de la CU a-t-elle rencontré des difficultés ? Si OUI, de quels types ? ▪ Circuit de distribution (lieux d'approvisionnement) ▪ accessibilité économique, géographique de la méthode
	7- Opinion sur l'assimilation de la CU à une méthode abortive	▪ Opinion sur l'avortement provoqué et sa légalisation
	8- Que pensez-vous de la promotion de la CU au Cameroun ?	▪ La CU fait-elle partie des moyens de contraception privilégiés dans les lignes directrices de la politique de PF ? Si OUI/NON, pourquoi ? ▪ êtes-vous favorable à un élargissement de l'accès à la CU ?

Annexe 6: Clairance éthique

COMITE NATIONAL D'ETHIQUE DE LA RECHERCHE POUR LA SANTE HUMAINE

Arrêté N° 0977/A/MINSANTE/SESP/SG/DROS/ du 18 avril 2012 portant création, organisation et fonctionnement des comités d'éthique de la recherche pour la santé humaine au sein des structures relevant du Ministère en charge de la santé publique

N° 2014/09/~~495~~⁴⁹⁵/CE/CNERSH/SP

Yaoundé, le 19 septembre 2014

Cnethique_minsante@yahoo.fr

CLAIRANCE ETHIQUE

Le Comité National d'Ethique de la Recherche pour la Santé Humaine (CNERSH), en sa session extraordinaire du 12 mars 2014, a examiné le projet de recherche intitulé «**Le droit des femmes à l'accès à la planification familiale au Cameroun : la problématique de la contraception d'urgence dans la ville de Yaoundé**» soumis par Mme NGO MAYACK Josiane, Investigateur Principal, Université Catholique de Louvain, Belgique.

Le projet est d'un grand intérêt scientifique et social. Le but de l'étude est d'analyser les normes, les attitudes et les comportements individuels en matière de planning familial. La procédure de l'étude est bien documentée et claire. La notice d'information et le formulaire de consentement éclairé, en français et en anglais, sont bien élaborés et simples à comprendre. Les mesures prises pour garantir la confidentialité des données collectées sont précisées dans le document. Les CVs des Investigateurs les décrivent comme des personnes compétentes, capables de mener à bien cette étude. Pour toutes ces raisons, le Comité National d'Ethique approuve pour une durée d'un an, la mise en œuvre de la présente version du protocole.

L'étudiante NGO MAYACK Josiane est responsable du respect scrupuleux du protocole approuvé et ne devrait y apporter aucun amendement aussi mineur soit-il, sans avis favorable du CNERSH. L'Investigateur est appelé à collaborer pour toute descente du CNERSH pour le suivi de la mise en œuvre du protocole approuvé. Le rapport final du projet devra être soumis au CNERSH et aux autorités sanitaires du Cameroun.

La présente clairance peut être retirée en cas de non respect de la réglementation en vigueur et des recommandations susmentionnées.

En foi de quoi, la présente clairance éthique est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Ampliations

- MINSANTE

N.B : cette clairance éthique ne vous dispense pas de l'autorisation administrative de recherche (AAR), exigée pour mener cette étude sur le territoire camerounais. Cette dernière vous sera délivrée par le Ministère de la Santé Publique.

