

National University of Rwanda

Université Nationale du Rwanda



SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

ECOLE DE SANTE PUBLIQUE

**ETUDE DES CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES
CONCERNANT LE CONDOM FEMININ CHEZ LES ETUDIANTS DE
KIGALI HEALTH INSTITUTE (KHI).**

**Mémoire présenté en vue de l'obtention
du Diplôme de Maîtrise en Santé Publique
Par Valens MBARUSHIMANA**

DIRECTEUR : Prof. Joseph NTAGANIRA

Kigali, février 2011

DEDICACE

A notre chère épouse Vestine KAREKEZI ;

A nos parents Wenceslas MBYALIYEHE et Xarérine NYIRANSABIMANA ;

A notre belle - famille ;

A nos frères et sœurs ;

A notre feuë sœur Alphonsine MUKARURANGWA ;

A tous ceux qui nous sont chers ;

Vous resterez à jamais à notre mémoire.

REMERCIEMENTS

Le présent travail est l'œuvre de plusieurs personnes auxquelles nous exprimons notre gratitude.

Nos remerciements vont vers le Gouvernement Rwandais pour avoir financé nos études.

Nous tenons à exprimer notre sentiment de reconnaissance à l'Ecole de Santé Publique de l'Université Nationale du Rwanda pour son fructueux encadrement.

Nos remerciements s'adressent particulièrement au Prof. Joseph Ntaganira qui, malgré ses multiples occupations, a accepté la direction de ce mémoire. Qu'il trouve ici le fruit de ses efforts, de sa disponibilité et de ses conseils enrichissants pour rendre ce travail appréciable.

Nous disons aussi « grand merci » aux collègues de classe pour leur esprit d'équipe et d'encouragement tout au long de nos études.

Nous remercions les autorités et étudiants de Kigali Health Institute pour avoir facilité la collecte de données de cette étude. Leur contribution nous a été incontournable.

Enfin, que toute personne physique ou morale qui, de près ou de loin, a contribué à la réalisation de ce travail, trouve ici l'expression de notre profonde gratitude.

Que Dieu vous bénisse.

Valens MBARUSHIMANA

SIGLES ET ABBREVIATIONS

ADEPR	Association des Eglises Pentecôtistes au Rwanda
ARBEF	Association Rwandaise pour le Bien-Etre Familial
BNE	Bachelor of Nursing Education
C.S.	Centre de Santé
CNLS	Centre National de Lutte contre le SIDA
ddl	Degrés de liberté
DIU	Dispositif Intra - Utérin
EIDSR	Enquête intermédiaire Démographique et de Santé au Rwanda
Et al	Et autres
FC	Female condom (Condom féminin)
FDA	Administration nord-américaine de l'Alimentation et des Médicaments (Food and Drug Administration)
FHC	Female Health Company
IEC	Information – Education - Communication
INSR	Institut National de la Statistique du Rwanda
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
JORR	Journal Officiel de la République du Rwanda
KHI	Kigali Health Institute
MAMA	Méthode d'Allaitement Maternelle et de l'Aménorrhée
MINISANTE	Ministère de la Santé (Rwanda)
MJF	Méthode des Jours Fixes

OMS (WHO)	Organisation Mondiale de la Santé (World Health Organization)
PF	Planification Familiale
PSI	Population Service International
p	valeur de p
SIDA	Syndrome d'immunodéficience Acquise
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TAR	Théorie de l'Action Raisonnée
TCP	Théorie du comportement Planifié
UNAIDS	Programme Commun des Nations Unies pour le VIH/SIDA
UNFPA	Fonds du Programme des Nations Unies pour la Population
VIH	Virus d'immunodéficience Humaine
WPC	Wisconsin Pharmacal Company

TABLE DES MATIERES

DEDICACE	i
REMERCIEMENTS	ii
SIGLES ET ABBREVIATIONS	iii
TABLE DES MATIERES	v
LISTE DE TABLEAUX.....	vii
LISTE DE FIGURES.....	viii
RESUME	ix
ABSTRACT	x
CHAPITRE I : INTRODUCTION	1
1. Problématique.....	1
2. Intérêt du sujet.....	5
3. Objectifs de l'étude	6
4. Questions de recherche.....	6
5. Hypothèses de recherche.....	6
6. Méthodologie	7
CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTERATURE	10
2.1. Définition des concepts	10
2.1.1. Les connaissances.....	10
2.1.2. Les attitudes.....	10
2.1.3. Les pratiques.....	11
2.1.4. Le condom féminin.....	11
2.2. Historique du Condom Féminin	12
2.3. Comparaison des condoms masculin et féminin	13
2.4. Modes d'erreurs courantes lors de l'utilisation du condom	14
2.5. Déterminants de l'utilisation du condom.....	14
2.5.1. Quelques déterminant d'utilisation de la contraception	14

2.5.2. Facteurs sous – jacents à l’usage du condom	15
2.5.3. La théorie du comportement planifié	16
2.6. Quelques résultats d’études sur le condom féminin	19
2.6.1. Efficacité du condom féminin	19
2.6.2. Acceptabilité.....	19
2.7. Utilisation de la planification familiale au Rwanda	23
2.8. Catégories de méthodes contraceptives	23
CHAPITRE III : PRESENTATION ET DISCUSSION DES RESULTATS.....	24
3.1. Présentation des résultats.....	24
3.1.1. Description de l’échantillon	24
3.1.2. Analyse de connaissances du condom féminin	26
3.1.3. Analyse des attitudes concernant le condom féminin	30
3.1.4. Analyse de pratiques du condom féminin	43
3.2. Discussion des résultats.....	47
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	51
REFERENCES	53
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	I
QUESTIONNAIRE	II

LISTE DE TABLEAUX

Tableau 1: Brève historique du condom féminin.....	12
Tableau 2: Comparaison des condoms masculin et féminin	13
Tableau 3: Catégories de méthodes contraceptives.....	23
Tableau 4 : Données sociodémographiques sur l'échantillon de l'étude	25
Tableau 5 : Connaissance du condom masculin	26
Tableau 6: Proportion de sujets étant informés du condom féminin	27
Tableau 7 : Le fait d'avoir vu ou entendu parler du condom féminin selon l'âge	27
Tableau 8 : Lieux de première information sur le condom féminin	28
Tableau 9 : Proportion ceux qui savent comment utiliser le condom féminin	29
Tableau 10 : Lieux d'acquisition d'habiletés d'utiliser le condom féminin	30
Tableau 11: Appréciation des messages destinés à promouvoir le condom féminin	30
Tableau 12 : Attitudes concernant le condom féminin	32
Tableau 13 : Attitudes concernant l'efficacité du condom féminin	33
Tableau 14 : Le niveau de sécurité du FC et sa place par rapport au condom masculin	35
Tableau 15 : Utilisation du FC et manque de confiance envers le partenaire sexuel	36
Tableau 16 : La culture rwandaise, les croyances religieuses et le FC	37
Tableau 17 : Attitudes concernant la publicité du FC	38
Tableau 18 : Attitudes concernant la publicité du FC selon le sexe.....	38
Tableau 19 : Proportion de répondants qui discutent du FC avec leurs amis.....	39
Tableau 20: Attitudes concernant l'apparence du condom féminin	40
Tableau 21 : Attitudes concernant le changement de sensations sexuelles, l'utilisation lors des rapports sexuels, utilisation future et son aspect extérieur	41
Tableau 22: Attitudes au vu du condom féminin et utilisation future.....	42
Tableau 23: Lieux d'approvisionnement en condom féminin et leur accessibilité	43
Tableau 24: Difficultés majeures d'accès au condom féminin	44
Tableau 25 : Difficultés majeures d'accès au condom féminin et variables statistiquement associées.....	44
Tableau 26: Méthodes contraceptives utilisées au moment de l'étude.....	45
Tableau 27: Type de condom préféré.....	46
Tableau 28 : Type de condom préféré selon les variables sociodémographiques ...	46
Tableau 29 : Proportion de sujets ayant essayé le condom féminin.....	47

LISTE DE FIGURES

Figure 1: Théorie de l'Action Raisonnée (TAR) 17
Figure 2: Théorie du Comportement planifié (TCP)..... 18

RESUME

Introduction : L'importance des IST et des grossesses non désirées se fait encore sentir dans le monde et surtout dans les pays en voie de développement alors qu'ils peuvent être prévenues par l'usage consistant et systématique du condom. Au Rwanda, on note une sous – utilisation du condom et l'accent est mis sur la prévention des grossesses non – désirées tout en oubliant la protection contre les IST. Le condom féminin a été introduit en vue de convaincre la population de cette double protection. L'Objectif était de déterminer la disponibilité du condom féminin et de décrire les connaissances, les attitudes et les pratiques des étudiants de Kigali Health Institute (KHI) concernant le condom féminin.

Méthodologie : Une étude descriptive transversale a été menée chez 429 étudiants entre mai et juillet 2010 à l'aide d'un questionnaire individuel. Ce dernier incluait leurs données sociodémographiques, leurs connaissances, attitudes et pratiques concernant le condom féminin. Ces données ont été analysées en SPSS 16.0.

Résultats : 79,0% étaient informés de l'existence du FC et seuls 23,7% savaient comment l'utiliser. 17,6% ont attesté sa disponibilité dans les pharmacies (43,6%) et les centres de santé (42,6%) qui sont accessibles (81,9%). La majorité de sujets pensent qu'il est utilisé pour prévenir les grossesses non désirées (77,9%) et les IST (81,1%) ; il est aussi efficace que le condom masculin (58,4%). Son usage n'implique pas la méfiance du partenaire sexuel (53,8%). Ni l'appartenance religieuse ni la culture rwandaise ne bannit son usage (49,2% et 50,2% respectivement). 66,7% en discutent avec leurs amis. Cependant, peu de sujets (43,3%) le recommanderaient à leurs amis et la majorité l'ont trouvé difficile à utiliser (70,7%). Les attitudes neutres ont été affichées quant à son apparence (66,1%), son changement de sensations sexuelles (66,8%), son niveau de sécurité pour les femmes (49,4%). 7,7% l'ont essayé et seuls 2,5% l'utilisaient comme méthode de PF au moment de l'étude.

Conclusion : Beaucoup de sujets étaient au courant du FC mais peu d'eux savaient s'en servir. Leurs attitudes étaient favorables, quelquefois neutres. La pratique du condom féminin est encore faible. Des études ultérieures seront nécessaires pour étudier les connaissances, les attitudes et les pratiques des autres couches de la population concernant le FC dans tous le pays.

ABSTRACT

Background: The burden of STDs and unwanted pregnancies to the world population and especially in the developing countries is still remarkable while they can be prevented only through the systematic and consistent use of condom. Results from studies suggest that the male condom is still underused and the female condom is recently emerging as its alternative. Much effort has been undertaken in Rwanda to raise the population awareness of the female condom and its use but little is known about it.

Objective: Assess the availability of the female condom and the knowledge, attitudes and use of the female condom among the undergraduate of Kigali Health Institute.

Materials and methods: A quantitative cross-sectional study was conducted from May to July 2010. An individual questionnaire was completed. It aimed at collecting data about the characteristics of the sample population, its knowledge, attitudes and use of the female condom. The data analysis was performed in SPSS 16.0.

Results: 79% are aware of the female condom but only 23,7% know how to use it. Only 17,6% respondents reported its availability at the pharmacy (43,6%) and the health centers (42,6%) which are accessible (81,9%). Most respondents believe that the female condom can prevent the unwanted pregnancies (77,9%), the STDs (81,1%, HIV/AIDS included); its level of protection is similar to that of the male condom (58,4%). Its use is not associated with the sexual partner's distrust (53,8%) and his (her) negative judgments (72,4%). Neither the religious affiliation nor the respondents' culture bans its use the majority said (49,2% and 50,2% respectively). 66.7% discuss the female condom with their friends. Few respondents (43,3%) would recommend it to their friends and the majority found it difficult to insert (71,1%) and use (70,7%). Neutral attitudes were noticed regarding its appearance (66,1%), its change of sexual sensations (66,8%), its level of security to the women (49,4%) and its alternative use to the male condom (65%). Among the users of contraception, 7.7% had ever tried it and only 2.5% cited it as their contraception method.

Conclusion: Although the awareness of the female condom was high, few people knew how to use it. Overall, favorable attitudes were recorded though neutral ones. Its use is very low. Results are promising and can be risen by improving its availability and enhancing its spread through appropriate strategies.

CHAPITRE I : INTRODUCTION

1. Problématique

Actuellement, les grossesses non – désirées et les IST constituent encore un sérieux problème de santé publique.

S'agissant de grossesses non – désirées, l'ampleur de ces dernières est telle que dans le monde, 120 millions de couples ne disposent d'aucune méthode de contraception sûre et efficace alors qu'ils souhaitent éviter ou espacer les naissances. Chaque année, on compte environ 80 millions de grossesses non – désirées [1].

Quant aux infections sexuellement transmissibles (y compris l'infection à VIH, et les infections de l'appareil reproducteur), 340 millions de nouveaux cas d'infection bactérienne sexuellement transmissible se produisent chaque année, dont la plupart sont accessibles au traitement. De plus, on recense tous les ans des millions de cas d'infections virales dont beaucoup sont incurables, notamment 5 millions de nouveaux cas d'infection à VIH, dont 600 000 chez des nourrissons après transmission du virus par la mère à son enfant.

Pour des régions en voie de développement, on recense plus de femmes infectées de VIH que d'hommes. Par exemple en 2001, entre 6 % et 11 % des jeunes femmes vivaient avec le VIH/SIDA, contre 3 % à 6 % des hommes jeunes en Afrique subsaharienne [1].

Par ailleurs, 240 mille des 490 mille de femmes infectées de papillomavirus humain sexuellement transmissible et lié au cancer du col de l'utérus en succombent. Chaque année, 100 millions de jeunes âgés de 15 à 24 ans contractent les infections sexuellement transmissibles à majorité curables.

Enfin, les infections sexuellement transmissibles constituent une cause importante de mortalité : 60 à 80 millions de couples dans le monde sont stériles et doivent renoncer à avoir des enfants, la plupart du temps à cause d'une obstruction tubaire résultant d'une infection sexuellement transmissible non soignée ou mal soignée [1].

Comme l'écrit l'OMS, les IST sont des cofacteurs importants pour la transmission du VIH. Donc, la prévalence des IST est un indicateur important de comportements à risque. Une incidence ou prévalence élevée des IST est un signe d'alarme pour le renforcement d'une réponse nationale à VIH/SIDA [2].

Pourtant, ces grossesses non – désirées et IST peuvent être prévenues grâce à l'utilisation du condom masculin ou féminin. Les condoms, masculins ou féminins, sont largement promus comme une composante essentielle des programmes de contrôle des infections sexuellement transmissibles [3].

Comme l'écrivent la CNLS et le PSI,

« Aujourd'hui, le préservatif est le seul et unique moyen de protection efficace pour lutter contre les maladies sexuellement transmissibles et tout particulièrement contre le SIDA. Ainsi utiliser un préservatif c'est se protéger et protéger les autres. Au Rwanda, l'utilisation du condom est promue dans sa double protection contre le VIH/SIDA et contre les grossesses non désirées. Sa large expansion daterait des années 1980 avec le début de la campagne contre le VIH/SIDA » [4].

Le condom constitue une des méthodes modernes de contraception utilisées par les services de planification familiale (PF) au Rwanda. Il fait partie de la catégorie des méthodes de barrière et constitue un moyen de double protection : d'abord contre des grossesses non désirées, et puis contre des infections sexuellement transmissibles (IST), inclus le VIH/SIDA pour les personnes sexuellement actives.

Cependant, l'efficacité du condom est garantie par son utilisation correcte et systématique lors des rapports sexuels. Par exemple, les études ont montré que l'utilisation consistante et correcte du condom réduirait de 80 à 90% la transmission du VIH [5].

De nos jours, le condom apparaît sous deux types: condom masculin et condom féminin. Ces deux variantes de condom existent actuellement au Rwanda et font partie des méthodes contraceptives de barrière.

Au Rwanda comme ailleurs, le condom féminin n'est pas venu remplacer le condom masculin. Il permet plutôt d'étendre le nombre de choix. L'existence de « plusieurs options impliquent plus de protection » [6].

Les études faites montrent que aux Etats – Unis, le nombre d'actes sexuels protégés a doublé après l'introduction du condom féminin et le counselling sur son utilisation correcte. Partout où il a été introduit (Madagascar, Kenya, Zambie, Zimbabwe, Afrique du Sud, Nigéria), le condom féminin a contribué à l'augmentation de proportions d'actes sexuels protégés [6]. Les études observationnelles montrent que

son niveau de protection contre les IST est plus ou moins égale à celui du condom masculin [7]. Le condom féminin constitue donc un autre moyen, à côté du condom masculin, de prévenir les grossesses non – désirées et les IST.

L'utilisation du condom a permis de réduire la prévalence des IST et du VIH/SIDA en Thaïlande, en Chine et en Mongolie grâce au Programme appelé « 100% Condom Use Programme » et conçu initialement pour réduire la prévalence des IST et du VIH/SIDA chez les travailleuses de sexe. Ce programme fut étendu ultérieurement aux échelons nationaux et internationaux [8].

Dans la pratique de la contraception au Rwanda, les études montrent que le condom féminin est moins connu que le condom masculin avec des écarts énormes. L'EIDSR de 2007 - 2008 montre que 93% de toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans affirment qu'elles connaissent le condom masculin comme un des moyens modernes de contraception alors que le condom féminin n'est seulement évoqué qu'à 58%. Pour les hommes, le condom masculin est connu comme un des moyens de contraception par 96% alors que le condom féminin est reconnu par 54% de tous les hommes interrogés [9].

Par ailleurs, les femmes rwandaises préfèrent utiliser dans le futur les injectables et les pilules que les autres méthodes modernes de contraception. Parmi les femmes en union et ayant l'intention d'utiliser la contraception dans le futur, 47% utiliseraient les injectables, 23% la pilule, 7% les implants, 5% la continence périodique..., 3% utiliseraient le condom masculin alors que 0,2% utiliseraient le condom féminin [9].

De manière générale, l'EIDSR 2007 – 2008 montre que pour les femmes en union, le taux d'utilisation d'une méthode moderne de contraception est de 27%, les injectables et la pilule étant les plus utilisées à 15% et 6% respectivement. Seulement, deux pour cent (2%) de ces femmes utilisent le condom masculin [9].

Ceci rend également compte de combien le condom féminin ne fait pas partie du choix des femmes en union.

De plus, le condom masculin est plus prescrit par les établissements de santé offrant les services de planification familiale (91%) que le condom féminin (35%)[10].

Encore faut – il souligner qu'en général le condom masculin est plus disponible dans les établissements de santé (69%) que le condom féminin (57%). Dans la Province du Nord, le condom masculin est aussi disponible que le condom féminin (47%).

Dans la province du Sud, le condom féminin est plus disponible que le condom masculin (86% contre 71%). Dans le reste du pays, le condom masculin est plus disponible que le condom féminin, avec 93% contre 70% à l'Ouest, et 66% contre 56% respectivement dans la ville de Kigali [10].

De tout ce qui précède, on voit bien que les personnes sexuellement actives préfèrent le condom masculin plutôt que le condom féminin malgré l'éloge faite en faveur de ce dernier. En plus, dans leurs pratiques de contraception, les femmes mettent plus un accent sur la prévention des grossesses non – désirées en utilisant plus les injectables et les pilules. Moins d'importance est donc accordée à la prévention des IST par l'usage du condom.

Cependant, force est de constater que l'utilisation du condom féminin s'est montrée l'efficace en cas de rejet du condom masculin par l'un des partenaires.

De cet état actuel de pratiques contraceptives au Rwanda, surtout en ce qui concerne le condom féminin, il est crucial d'engager une recherche sur ce dernier, surtout en ce qui concerne sa disponibilité, les connaissances actuelles, les pratiques et les attitudes de la population rwandaise vis-à-vis de ce dernier. D'emblée, il semble que le niveau de connaissances encore élevées reste à désirer. Le produit est aussi sous – utilisé. Les campagnes de marketing pour ce produit sont organisées ici et là par les institution habilitées mais la population en général n'est pas convaincue de l'urgence de protection qui s'impose. Il est donc important de sensibiliser la population aux bienfaits de l'utilisation du condom féminin, laquelle utilisation profiterait de tout le monde si elle est réussie dans tous ses aspects. Particulièrement pour les femmes qui, d'après les statistiques, sont plus infectées que les hommes sur le continent africain, l'utilisation du condom féminin leur procure plus de contrôle, pouvoir et de sécurité [11].

En tant que pratique, l'utilisation du condom féminin requiert la conviction de protection, la négociation et le consensus de la part des concernés.

Ce sont ces préoccupations, surtout cette disponibilité du condom féminin, les connaissances, les pratiques et les attitudes de la population rwandaise vis-à-vis du condom féminin comme moyen de contraception moderne qui attireront notre attention lors de cette recherche.

Vu les moyens et le temps qui nous est imparti, il nous est impossible d'étendre cette recherche au niveau national. L'étude a été conduite seulement chez les étudiants de Kigali Health Institute.

2. Intérêt du sujet

Le choix de ce sujet a été motivé par des intérêts scientifiques et personnels.

Intérêts scientifiques

L'infection au VIH/SIDA, les IST dont et les grossesses non –désirées constituent encore un problème de santé publique alors qu'elles pourraient être prévenues grâce à l'utilisation correcte et systématique du condom. Les femmes constituent la couche de la population la plus touchée car elles comptent près de la moitié de personnes vivant avec le VIH/SIDA dans le monde [12]. Comme les études l'ont prouvé, à côté du condom masculin, l'utilisation du condom féminin comme « nouvelle » méthode de contraception permet de réduire à des proportions élevées le nombre d'actes sexuels non protégés, voie principale d'infection au VIH/SIDA. En plus, comme évoqué précédemment, l'utilisation du condom féminin procure aux femmes plus de contrôle, pouvoir et sécurité comparablement au condom masculin ; elle peut être initiée par les femmes elles – mêmes. Il nous paraît alors important de conscientiser les gens, surtout les femmes qui sont plus infectées que toutes les autres couches de la population, quant la double protection du condom féminin. Utilisé correctement, il permettrait de réduire le nombre de grossesses non désirées et celui de personne vivant avec le VIH/SIDA. Par ailleurs l'utilisation du condom féminin permettrait de réduire l'indice synthétique de fécondité du pays encore estimé à 5,5 [9].

Intérêts personnels

L'intérêt personnel de ce travail est né du simple constat qu'il n'est pas fréquent de rencontrer dans les milieux de vente de condoms (pharmacies, comptoirs pharmaceutiques et boutiques), le condom féminin. Même quand la demande en est faite, les distributeurs (vendeurs/pharmaciens) offrent uniquement les condoms masculins. Ceci nous a poussé à vouloir œuvrer pour un éveil de conscience des partenaires de la contraception quant à ce produit.

De plus, les femmes ne souhaitent pas l'utiliser en proportions aussi élevées que les injectables et les pilules d'après les résultats de l'EIDSR 2007-2008 alors que c'est un produit conçu anatomiquement et dont l'utilisation peut être initiée elles - mêmes.

3. Objectifs de l'étude

3.1. Objectif général :

Cette étude vise en général à contribuer à la promotion des méthodes contraceptives modernes, plus particulièrement le condom féminin.

3.2. Objectifs spécifiques de l'étude

La présente étude poursuit les objectifs suivants :

1. Déterminer la disponibilité et l'accessibilité du condom féminin dans le milieu académique de KHI ;
2. Décrire les connaissances, les attitudes et les pratiques des étudiants du KHI concernant le condom féminin;
3. Identifier les obstacles à la promotion du condom féminin dans le milieu académique de KHI .

4. Questions de recherche

Cette étude répondra aux questions suivantes :

1. Le condom féminin est – il disponible dans le milieu académique de KHI ?
2. Quelles sont les connaissances, les attitudes, les pratiques des étudiants du KHI concernant le condom féminin ?
3. Quels sont les obstacles à la promotion du condom féminin au sein du milieu académique de KHI ?

5. Hypothèses de recherche

D'éventuelles réponses à ces questions sont les suivantes :

1. Le condom féminin n'est pas suffisamment disponible dans le milieu académique de KHI;
2. Les connaissances, attitudes et pratiques des étudiants du KHI concernant le condom féminin ne sont pas suffisantes;

3. Les connaissances limitées, l'indisponibilité et inaccessibilité du condom féminin sont les obstacles à la promotion de ce dernier.

6. Méthodologie

6.1. Variables d'étude

Cette étude utilisera deux types de variables : variable dépendante et variables indépendantes.

6.1.1. Variable dépendante

Les variables dépendantes dans cette étude étaient les connaissances, les attitudes et les pratiques concernant le condom féminin.

6.1.2. Variables indépendantes :

Les variables indépendantes dans cette étude étaient le niveau d'instruction, l'âge, le sexe, l'état matrimonial, la religion des étudiants du KHI et le nombre de partenaires sexuels durant les trois derniers mois.

6.2. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive transversale.

6.3. Lieu d'étude

Kigali Health Institute (KHI) est une institution d'enseignement supérieur créé en juin 1996 et institué par la loi n° 07/2002 du 22 février 2002 [13].

Administrativement, KHI est situé dans la Ville Kigali, District de Nyarugenge, Secteur Nyarugenge, Cellule Kiyovu, Village de Sugira. Sa mission est de « former et améliorer la capacité du personnel soignant ». Parmi ses mandats et fonctions figure celui d' « enseigner les stratégies liées à la préservation de la santé de la reproduction ».

Pour remplir cette fonction d'enseigner les stratégies liées à la préservation de la santé de la reproduction, les étudiants du KHI doivent disposer assez de connaissances solides y relatives, notamment les connaissances suffisantes et les attitudes positives concernant le condom féminin en tant que nouvelle méthode contraceptive de barrière moderne utilisée dans la planification familiale et dans la

lutte contre les IST. C'est cette raison qui principalement a inspiré le choix de ce lieu d'étude.

6.4. Population d'étude et échantillonnage

6.4.1. Population d'étude

La population d'étude était constituée par les étudiants de Kigali Health Institute au cours de l'année académique 2010.

6.4.2. Facteurs d'inclusion et d'exclusion

Pour être inclus à notre étude, il fallait d'abord signer le formulaire de consentement. Ensuite, il fallait être étudiant (e) de KHI. Toute personne ne faisant pas partie de ce groupe a été exclue de notre étude.

6.5. Calcul de la taille minimale l'échantillon

La taille minimale de l'échantillon a été déduite grâce à la formule habituelle de détermination de la taille de l'échantillon pour une étude descriptive.

$$n = \frac{z^2 p(1-p)}{d^2}$$

Où :

n : taille minimale de l'échantillon ;

z : degré de confiance à 95% (valeur type fixée à 1,96);

p : proportion de la population qui utilise le condom féminin (valeur type fixée à 0,5 ou 50% parce que p est inconnu) ;

d : marge d'erreur à 5% (valeur type de 0,05)

L'équation devient alors

$$n = \frac{1.96^2 0.5(0.5)}{0.05^2} \equiv 384$$

En ajoutant 10% de non réponses, cette taille devient 423 étudiants. Au total, nous avons interrogé 429 étudiants.

6.6. Méthode de collecte de données

Les données de cette étude ont été collectées entre les mois de mai et de juillet 2010 grâce à un questionnaire individuel administré par les enquêteurs formés à cet effet. Le processus de sélection de l'échantillon a fait recours à la technique d'échantillonnage aléatoire simple.

S'agissant de la confidentialité de réponses, et pour garder l'anonymat des réponses, la rubrique du nom du répondant a été omise de notre questionnaire. Le codage, la saisie et l'analyse ont été faits grâce au logiciel SPSS 16.0 et Microsoft Word 2007 pour le traitement de texte.

6.7. Analyse de données

Nous avons fait la description de l'échantillon en fonction des différentes variables sociodémographiques. Ensuite, nous avons calculé les fréquences descriptives pour les différentes questions posées. Enfin, il s'agissait de rechercher d'éventuelles associations statistiquement significatives entre les réponses données (variables dépendantes) et les variables sociodémographiques en questions (variables indépendantes).

6.8. Contraintes et faiblesse de l'étude

Cette étude touche un des domaines de vie encore sensibles de la population rwandaise, la sexualité. Par conséquent, l'individu peut ne pas révéler sa position exacte vis – à -vis d'une question donnée.

Ensuite, elle se limite au milieu académique de futurs professionnels de santé de KHI sans toucher les autres couches du domaine sanitaire. Les résultats ne sont valables que pour une population estudiantine de Kigali Health Institute (KHI).

CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTERATURE

Notre sujet d'étude s'intitule « étude des connaissances, attitudes et pratiques des étudiants concernant le condom féminin ». Pour mieux l'aborder, il importe de clarifier certains termes.

2.1. Définition des concepts

2.1.1. Les connaissances

Le terme « connaissances » désigne un ensemble de vérités ou de faits accumulés au cours du temps, la somme cumulée d'information, son volume et sa nature, pour une civilisation, une période ou un pays donné [14].

Pour notre étude, il sera question de connaissances des étudiants du Kigali Health Institute sur le condom féminin.

2.1.2. Les attitudes

Le concept « attitudes » a été défini de plusieurs manières différentes mais il convient de revenir à certaines de ses définitions.

Selon le dictionnaire « Le Robert Micro », une attitude est une disposition de l'individu à l'égard de quelque chose ou de quelqu'un. C'est aussi un ensemble de jugements et de tendances qui poussent à un comportement [15].

L'attitude désigne une prédisposition apprise et durable d'un individu à se comporter d'une façon durable envers une classe d'objets. C'est aussi un état mental et/ou neural persistant d'un individu prêt à réagir à une classe d'objets, non comme ils sont mais comme ils sont conçus ou perçus [14].

Le mot « attitude » est souvent utilisé pour comprendre et prédire les réactions des individus face aux objets ou changements et comment le comportement peut être influencé. C'est une disposition apprise ou une orientation vers un objet ou une situation qui conditionne la tendance à répondre favorablement ou défavorablement à un objet ou une situation. Les trois composantes généralement acceptées du concept attitude sont les suivantes [16]:

- La composante affective : les sentiments de l'individu concernant l'objet d'attitude ;
- La composante cognitive : les croyances et les connaissances de l'individu concernant l'objet d'attitude ;
- La composante comportementale : la prédisposition de l'individu à agir d'une façon particulière envers l'objet d'attitude.

Petty R.E et al limitent le concept d'attitudes à la notion d'évaluation. Ainsi, les attitudes sont considérées comme des évaluations sommaires des objets sur un rang de deux extrémités, positive et négative. D'après leur, les attitudes persistent avec le temps, résistent à la contre – persuasion, et ont un impact sur les jugements et le comportement [17].

Pour notre étude, il sera question des attitudes des étudiants de Kigali Health Institute envers le condom féminin.

2.1.3. Les pratiques

Selon le dictionnaire « Le Robert Micro », une pratique est une manière habituelle d'agir propre à une personne ou un groupe [15].

Pour notre étude, il sera question de pratiques des étudiants du Kigali Health Institute relatives au condom féminin.

2.1.4. Le condom féminin

Le comité technique de l'OMS sur le condom féminin le définit comme suit : dispositif conçu pour les femmes en vue de prévenir la grossesse ou les infections sexuellement transmissibles lors des rapports sexuels vaginaux. Il se distingue du condom masculin par le fait qu'il est retenu dans le vagin après insertion. La partie externe du dispositif assure la protection de la partie externe des organes génitaux féminins [18]. Proposé par un docteur danois du nom de Lasse Hessel vers des années 1980, le condom féminin est actuellement vendu dans plusieurs pays. Il est fabriqué par le Female Health Company (FHC) sous des marques de Reality[®], Femidom, Femy, FC, FC1, FC2, care, etc. Le condom féminin est un préservatif fin mais puissant, fabriqué en polyuréthane claire. Il comporte deux anneaux, l'un intérieur, l'autre extérieur. L'anneau intérieur permet une insertion facile dans le vagin et son maintien contre le col de l'utérus. L'anneau extérieur est un peu plus

large et reste à l'extérieur, couvrant ses parties extérieures des organes génitaux féminins. Il est équipé de lubrifiant qui facilite l'insertion et rend les flottements confortables lors des rapports sexuels. Le condom féminin ne nécessite pas une prescription médicale préalable. Il est inséré dans le vagin à l'aide des doigts avant des rapports sexuels [19].

2.2. Historique du Condom Féminin

Généralement, l'histoire du condom féminin peut être retracée comme suit [20] :

Tableau 1: Brève historique du condom féminin

Année	Événement
1980	Un médecin danois invente le condom féminin et vend le droit de vente à Chartex Resources Limited, une compagnie privée britannique.
1987	Chartex cède la licence à Wisconsin Pharmacal Company (WPC).
1993	WPC se voit accorder un accord par le Food and Drug Administration (FDA) pour le condom féminin.
1994	Chartex britannique obtient un accord d'exporter le condom féminin vers les Etats – Unis d'Amérique par le FDA.
1996	Le WPC change légalement de nom et devient le Female Health Company (FHC). Le FHC détient à lui seul les droits sur le condom féminin et commence à signer des alliances avec les agences de santé publique et gouvernements.
2003	Mise en place d'une équipe chargée de promouvoir l'éducation de femmes sur le Condom féminin et l'utilisation correcte de ce dernier.
2003	Le condom féminin de type FC1 est vendu à 13,4 million d'exemplaires. FHC commence à fabriquer le condom féminin de type FC2.
2005	Le FHC soumet le dossier scientifique de FC2 à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le FC2 est accepté dans les pays de l'Union Européenne.
2006	L'OMS autorise le FC2 à être vendu en masse par les agences des Nations – Unies. Les agences de régulation de l'Inde et du Brésil acceptent le FC2 et le FHC enregistre les premières expériences du FC2.
2007	Commence la distribution de FC2 en dehors des Etats – Unis d'Amérique.
2008	Le FC2 est approuvé aux états – Unis par le FDA.
2008	Vente combinée de FC1 et FC2 à 34 million.

2.3. Comparaison des condoms masculin et féminin

Les condoms féminin et masculin offrent tous une protection à la fois contre les grossesses et les MST. Ils ne doivent pas être utilisés ensemble car les frictions entre le latex et le polyuréthane risquent de faire rompre les deux membranes. Les différences entre ces deux préservatifs sont les suivantes [21]:

Tableau 2: Comparaison des condoms masculin et féminin

Condom masculin	Condom féminin
Se déroule sur le pénis de l'homme.	S'insère dans le vagin de la femme.
Est généralement fabriqué à partir du latex ; certains sont en polyuréthane.	Fabriqué à partir du polyuréthane.
Se moule sur le pénis.	Recouvre les parois du vagin.
Sa lubrification additionnelle : <ul style="list-style-type: none"> - Peut contenir un spermicide ; - Doit être à base d'eau uniquement ; - Est disposée à la surface du préservatif. 	Sa lubrification additionnelle : <ul style="list-style-type: none"> - Peut contenir un spermicide ; - Doit être à base d'eau ou d'huile ; - Est disposée à l'intérieur du préservatif.
Nécessite une érection du pénis.	Ne nécessite pas d'érection du pénis.
Doit être mis sur un pénis en érection.	Peut être inséré avant le rapport sexuel ; ne dépend pas d'une érection du pénis.
Doit être ôté immédiatement après le rapport.	N'a pas besoin d'être ôté immédiatement après l'éjaculation.
Couvre presque entièrement le pénis et protège les parties génitales internes de la femme.	Recouvre à la fois les parties génitales féminines internes et externes ainsi que la base du pénis.
Le latex se détériore s'il n'est pas gardé correctement.	Le polyuréthane n'est pas détérioré par les variations de température ou d'humidité.
Ne s'utilise qu'une seule fois.	Ne s'utilise qu'une fois. Des études concernant la sécurité et l'innocuité d'une éventuelle réutilisation sont en cours.

2.4. Modes d'erreurs courantes lors de l'utilisation du condom

Cinq modes d'échecs du condom féminin ont été définis par le Comité de Revue Technique sur le condom féminin en janvier 2006. Ces modes incluent la rupture clinique, la désorientation, le glissement, l'invagination et l'échec clinique total [22].

2.4.1. La rupture clinique

C'est une rupture du condom féminin pendant le rapport sexuel ou le retrait du condom du vagin. La rupture clinique entraîne des conséquences potentiellement hostiles à la santé et implique la rupture de l'anneau extérieur.

2.4.2. La désorientation

C'est une pénétration vaginale où le pénis est inséré entre le condom féminin et la paroi vaginale.

2.4.3. Le glissement

Il apparaît quand le condom féminin glisse complètement hors du vagin.

2.4.4. L'invagination

Lors de l'invagination, la partie externe entière est poussée dans le vagin lors de rapport sexuel.

2.4.5. L'échec clinique totale

Il est défini comme étant le nombre de condoms féminins qui se déchirent cliniquement, glissent ou qui sont associés aux événements de désorientation ou d'invagination pendant les rapports sexuels (tout événement conduisant au renversement du sperme).

2.5. Déterminants de l'utilisation du condom

2.5.1. Quelques déterminant d'utilisation de la contraception

Comme l'écrivent Chebaro R et al (2005), l'utilisation efficace de la contraception dépend non seulement du coût de ces moyens mais aussi des connaissances, attitudes et pratiques des femmes utilisant ces moyens. Ils concluent en disant que la connaissance, l'attitude et la pratique concernant les moyens contraceptifs ne dépendent pas de la disponibilité gratuite de ces moyens, mais plutôt du niveau socio – économique et éducationnel des femmes. Ainsi, en améliorant leur niveau

éducatif et socio – économique, on peut aboutir à une meilleure utilisation des moyens contraceptifs [23].

2.5.2. Facteurs sous – jacents à l’usage du condom

Pour RUMENGE A, les facteurs sous – jacents à l’utilisation du condom sont les suivants [24]:

a) Connaissances au sujet du condom

Sans être un déterminant majeur de l’usage du condom, les connaissances seraient une pré - condition nécessaire à la pratique des comportements sécuritaires.

b) La perception de vulnérabilité et de sévérité

La perception du risque de l’infection à VIH/SIDA par les partenaires sexuels s’est avéré être un puissant prédicteur de l’utilisation du condom par les femmes du Kwa Zulu Natal. Il a été trouvé que les utilisateurs constants du condom montraient une inquiétude plus élevée de contracter le VIH/SIDA et considéraient le condom comme une solution à leur inquiétudes. Par ailleurs, le fait d’avoir un membre de famille ayant contracté le VIH/SIDA ou de se considérer comme étant à risque sont des facteurs incitant à utiliser les condoms.

c) Les croyances personnelles en regard du condom

Le condom a été lié aux croyances suivantes : il diminue le plaisir sexuel, il n’est pas naturel, entrave la spontanéité, brise le romantisme, interrompt le déroulement des rapports sexuels. D’autres personnes croient que le condom soit percé ou se brise durant la relation sexuelle ou qu’il ne protège pas à 100%. La religion peut être aussi une raison de non – utilisation du condom. Cependant, d’autres personnes l’utilisent avec l’intention de se protéger contre les IST et le VIH/SIDA ou pour éviter une grossesse non désirée.

d) Le genre et l’utilisation du condom

Il importe de rappeler que les rapports sexuels entre les conjoints sont traditionnellement basés sur le climat de fidélité et de confiance. Or, cette prédisposition met les femmes en situation d’infériorité et de vulnérabilité. Cela est dû au déséquilibre des pouvoirs et des inégalités sociales entre les hommes et les

femmes. Il est donc difficile pour une femme d'exiger le port du condom à l'homme à cause de la peur ou du climat de méfiance dont cela « témoignerait », même quand la femme soupçonne l'homme de multipartenaire. L'exigence du condom est perçue comme une insulte, un manque de respect, d'amour ou signe d'infidélité. De plus, ce sont les hommes qui initient, négocient et contrôlent les interactions et les prises de décision sexuelles.

Il ressort enfin que les femmes désirent utiliser le condom mais rencontrent des difficultés à le faire. L'homme doit en venir à utiliser le préservatif, mais la femme doit le convaincre de le faire. Ceci nous conduit à introduire le Théorie du Comportement planifié (TCP).

2.5.3. La théorie du comportement planifié

Cette théorie est utilisée pour comprendre et prédire les influences motivationnelles sur le comportement qui n'est pas soumis au contrôle total de la volition individuelle. C'est le cas pour l'utilisation du condom féminin où la femme sollicite la coopération du partenaire sexuel masculin [25].

Selon la TCP, l'intention de l'individu envers un comportement influence ce comportement. Ainsi, une personne utilisera un condom s'il en a l'intention ou la volonté. Les intentions sont à leur tour influencées par les attitudes envers le comportement et les normes subjectives. L'attitude représente le degré auquel une personne évalue positivement ou négativement un comportement donné ; on l'évalue à l'aide d'une échelle sémantique bipolaire allant de plaisant au déplaisant, du mauvais au beau, du favorable au défavorable, du confortable à l'inconfortable, etc. La norme subjective représente la perception des autres sur le comportement en question et elle est typiquement mesurée par les items comme « Les personnes importantes à moi pensent que je devrais utiliser des condom ». Les deux composantes constituent ce que Ajzen a appelé la théorie de l'action raisonnée (TAR) qui permet d'expliquer les comportements régis par la volonté (volition) [26]. Généralement, un individu est porté à adopter un comportement qu'il juge positivement et s'il croit que les personnes les plus importantes pour lui pensent qu'il devrait l'adopter.

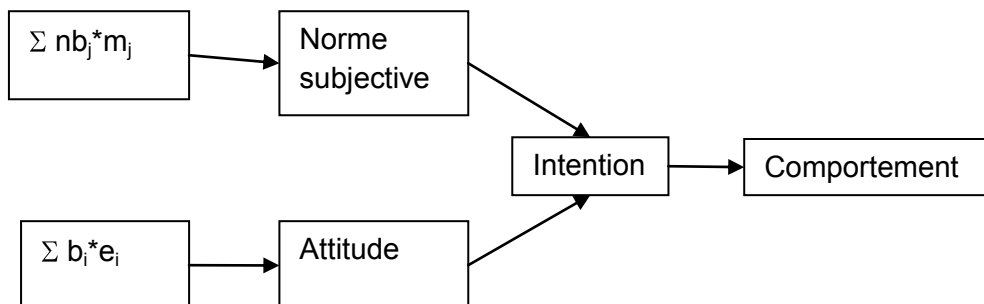


Figure 1: Théorie de l'Action Raisonnée d'après Albarracín et al

Déterminants de l'attitude

Selon la figure 1, l'attitude d'un individu à l'égard d'un comportement dépend de ses croyances sur les résultats de ce comportement (b_i) et des aspects évaluatifs (e_i) de ces croyances (évaluation des résultats). Donc, un individu aura une attitude positive envers l'utilisation des condoms s'il pense que cette utilisation conduira à un résultat positif et préviendra le résultat négatif. Autrement dit, un individu serait porté à utiliser le condom parce qu'il le trouve utile, sécurisant ou qu'il trouve ce comportement prudent pour éviter l'infection à VIH/SIDA.

Déterminants de la norme sociale

La norme sociale est la seconde composante de l'intention envers le comportement. Elle est influencée par un ensemble d'importantes croyances sur les prescriptions normatives de référents spécifiques (nb_j) pondérées à la motivation (m_j) de s'y conformer. Par exemple, un homme subira la pression sociale d'utiliser des condoms s'il croit que son partenaire pense qu'il devrait s'en servir et s'il est motivé à se conformer à l'opinion du partenaire.

A la TAR, Ajzen a ajouté une troisième variable de perception du contrôle sur le comportement avec un souci de prédire les intentions et les comportements qui ne sont pas complètement soumis au contrôle de la volition. Ainsi est née la Théorie du Comportement Planifié (TCP) [27].

Pour Ajzen, la perception du contrôle sur le comportement réfère à l'impression des facilités ou des difficultés qui interfèrent sur l'adoption d'un comportement spécifique et reflète l'expérience passée et les obstacles anticipés. Les croyances sur le

contrôle peuvent être basées en partie sur l'expérience passée en rapport avec le comportement mais elles sont habituellement influencées par une information du second ordre sur le comportement, par l'expérience des personnes proches à l'individu et des amis et par d'autres facteurs qui augmentent ou diminuent la difficulté perçue d'adopter le comportement en question. Plus l'individu croit disposer assez de ressources et d'opportunités, moins d'obstacles et d'entraves il envisage, plus important sera le contrôle envisagé sur le comportement.

Il existe selon l'auteur, deux types de facteurs de contrôle : les facteurs internes et les facteurs externes. Les facteurs internes sont par exemple le manque d'information, d'aptitude et d'habiletés. Ils dépendent de l'individu et peuvent être contrôlés avec le temps. Les facteurs externes déterminent dans quelle mesure les circonstances aident ou non à la réalisation du comportement souhaité. Ces facteurs externes requièrent des opportunités et des ressources telles que le temps, l'argent et la coopération des autres.

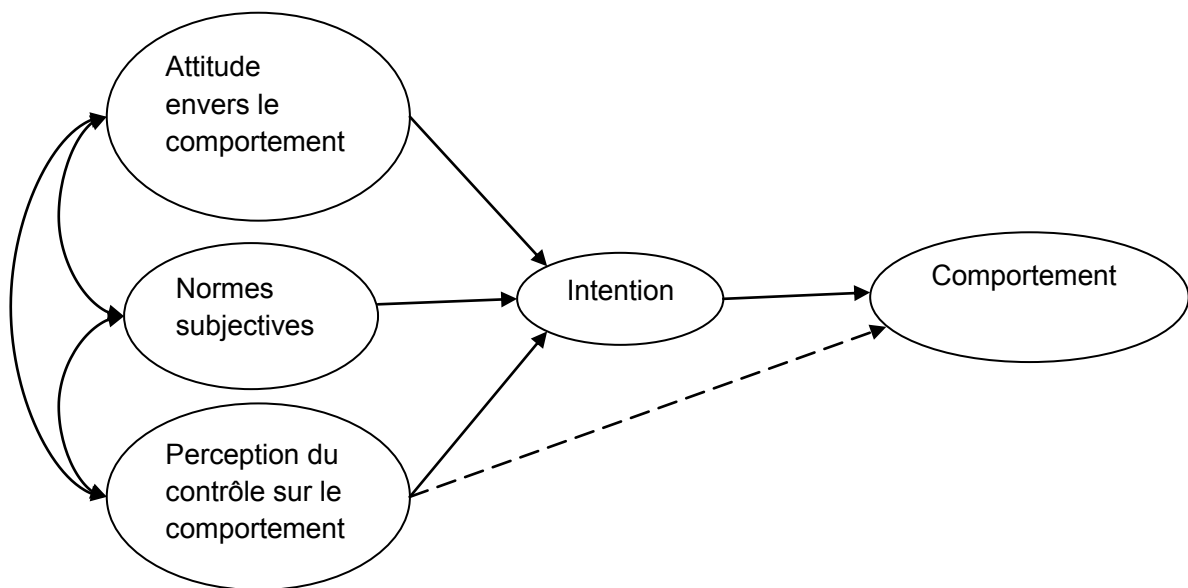


Figure 2: Théorie du Comportement planifié d'après Ajzen, 1991

Selon la TCP, plus l'attitude envers un comportement et la norme subjective y relative sont favorables, et, plus la perception du contrôle sur le comportement est forte, plus forte sera l'intention d'adopter ce comportement. Ajzen associe à chacun de ces facteurs un type de croyances. Ainsi, les croyances comportementales influencent les attitudes, les croyances normatives déterminent les normes

subjectives et les croyances sur le contrôle constituent une base pour la perception du contrôle sur le comportement.

2.6. Quelques résultats d'études sur le condom féminin

Plusieurs études sur le condom féminin ont été réalisées aussi bien dans les pays développés que dans les pays s en voie de développement. Il convient de revenir sur leurs résultats [28].

2.6.1. Efficacité du condom féminin

2.6.1.1. Prévention des grossesses non désirées, du VIH et des IST

Les études faites au laboratoire montrent que le polyuréthane, dans lequel le condom féminin est fabriqué, est imperméable aux virus et par conséquent aux IST. Les auteurs concluent que le condom féminin peut constituer une barrière de protection hautement efficace contre les grossesses non – désirées et les IST.

2.6.1.2. Durabilité

Le condom féminin est fabriqué en polyuréthane, un matériel durable, moins sensible aux déchirures que le latex. Lors d'une étude faite auprès de 44 femmes, moins de 1% de cas de déchirures ont été signalés pour le condom féminin contre 3,4% de cas pour le condom masculin. Des résultats semblables ont été enregistrés pour ce qui concerne l'exposition au sperme résultant de la déchirure : 2,7% de cas pour le condom féminin contre 8,1% pour le condom masculin.

2.6.2. Acceptabilité

En étudiant l'acceptabilité du condom féminin, quatre domaines ont été explorés à savoir les attitudes des répondants et leurs réaction initiales au condom féminin ; les réactions après usage ; l'impact d'une brève intervention sur la volonté des participants de s'en servir, utilisation et attitudes après utilisation et les réactions psychologiques adverses.

2.6.2.1. Attitude/réceptivité

Les études faites aux états –Unis et ailleurs montrent que la majorité de femmes, à leur première vue, avaient des attitudes favorables envers le condom féminin. Lors d'une étude faite chez 178 afro – américaines, sur cinq méthodes contraceptives de barrières, le condom féminin a été rangé en deuxième position après le condom

masculin. L'une des raisons de non sélection du condom féminin en premier lieu était son apparence inhabituelle.

Une autre étude a été conduite au Porto Rico auprès de 144 femmes ayant un faible revenu. Après démonstration, elles ont été demandées de compléter une échelle d'attitudes. Nombreuses d'entre elles rapportent la volonté de l'essayer (64,6%) et sont convaincues qu'il protégerait contre les IST (63%). Cependant, 29,9% de ces femmes n'ont pas la volonté de l'utiliser. Le manque de familiarité avec le condom féminin était associé au manque de volonté de l'essayer, au manque de besoin et à la difficulté perçue de l'utiliser.

Même si les études rapportent des résultats mixtes ou même les attitudes négatives envers le condom féminin, beaucoup de femmes répondent favorablement au condom féminin à leur première vue. Cependant, elles insistent sur son apparence inhabituelle, la difficulté anticipée d'insertion et la négociation d'utilisation avec le partenaire masculin.

2.6.2.2. Acceptabilité des utilisateurs

D'autres études ont examiné les attitudes et les réactions des individus ayant déjà utilisé le condom féminin. Les résultats étaient aussi mixtes : certains hommes et femmes rapportent des réactions négatives alors que d'autres ont des réactions positives.

Les réactions primaires négatives ont été enregistrées en Uganda, en Thaïlande, et en Zambie. Par contre, les réponses positives ont été observées chez les travailleuses de sexe et les patients recrutés au Kenya, au Sénégal, au Zimbabwe, au Royaume – Uni et aux Etats – Unis.

En Thaïlande, les études montrent que le condom féminin est une option pour les travailleuses de sexe et non pour les couples. Elles soulignent aussi l'importance de la réceptivité du partenaire eu égard à l'utilisation du condom féminin. Les plaintes concernent la taille du dispositif et un besoin d'utiliser des lubrifiants. 15% de travailleuses de sexe rapportent des difficultés d'insertion. Nombreuses d'entre elles n'ont pas continué de l'utiliser à causes des objections de leurs partenaires. S'agissant d'acceptabilité du condom féminin parmi les 56 couples thaïlandais, 36 femmes ont décliné la participation à l'étude parce qu'elles le trouvaient plus large et

avaient peur de l'insérer. Deux autres femmes s'inquiétaient de la coopération des leurs maris. Les 18 femmes qui ont coopéré à l'étude ont trouvé l'insertion acceptable mais nombreuses d'entre elles témoignent de l'inconfort lors des rapports sexuels dû aux anneaux. En plus, les partenaires rapportent une diminution de la satisfaction sexuelle.

Par contre, au Kenya, chez 38 couples qui avaient déjà utilisé les deux dispositifs, le condom féminin a été préféré au condom masculin par deux – tiers de femmes et par la moitié de leurs partenaires. La majorité des femmes l'ont bien aimé, le recommanderaient à leurs amies et l'utiliseraient si disponible. Les raisons en sont qu'il rend des rapports plus agréables, protège contre les grossesses non désirées et contre les IST, et était sous leur contrôle. Ses aspects les moins préférés sont sa malpropreté, il réduit le plaisir sexuel et il est difficile à insérer.

De tels résultats ont été obtenus au Zimbabwe avec trois groupes de femmes : les travailleuses de sexe, les femmes rurales et urbaines. Après éducation et utilisation du condom féminin, beaucoup de femmes l'ont apprécié positivement et l'ont préféré au condom masculin. La plainte majeure de ces femmes c'est l'inconfort senti lors des rapports sexuels ; aussi, certaines femmes n'ont pas bien aimé sa lubrification.

Chez 24 couples britanniques, la moitié d'hommes et de femmes l'ont trouvé acceptable. En plus, la majorité de femmes et d'hommes ne rapportent pas de différences entre les condoms féminin et masculin quant au niveau du plaisir sexuel éprouvé.

Auprès de 214 femmes au Royaume – Uni, plus de la moitié rapportent l'avoir utilisé au moins une fois, dont 72% l'ayant utilisé plus de cinq fois, 56% l'ayant utilisé plus de dix fois. Les raisons d'arrêt d'utilisation sont l'inconfort lors de rapports sexuels et la résistance du partenaire. Semblablement aux autres études, 32% rapportent des difficultés d'insertion. D'autres plaintes étaient liées à l'interférence avec les activités préliminaires au sexe et le rapport sexuel était moins spontané.

En examinant l'acceptabilité à court terme du condom féminin par le personnel et les patients de l'Hôpital de Harlem (New York), 52 femmes ont reçu une éducation sur le condom féminin. Lors d'une interview de suivi, 79% avaient déjà utilisé le condom féminin au moins une fois. De ces femmes l'ayant utilisé, deux tiers d'elles

rapportent qu'elles l'ont beaucoup ou quelque peu aimé, 20% étaient neutres, 15% ne l'ont pas aimé. Quant au point de vue du partenaire, la moitié des femmes l'ayant expérimenté rapportent que leurs partenaires l'ont aimé, 17% de partenaires étaient neutres quant à l'utilisation, 25% de partenaires ne l'ont pas aimé. En général, 73% l'ont préféré au condom féminin et 44% de partenaires préfèrent le condom féminin au condom masculin.

2.6.2.3. Réactions adverses

Dans la plupart des études, peu de réactions physiologiques négatives ont été observées. Un petit pourcentage de personnes rapportent des irritations du vagin ou du pénis, de voie urinaire ou d'autres infections. Le condom féminin n'est pas recommandé aux personnes sensibles ou allergiques au polyuréthane ou silicone (il en est de même pour le latex pour le condom masculin). En examinant si le condom féminin pouvait avoir des effets traumatiques sur la muqueuse vaginale, on trouve qu'aucun dispositif n'était associé significativement au trauma des parties génitales.

En conclusion, les études rapportent que si utilisé correctement, le condom féminin constitue une méthode contraceptive de barrière efficace pour prévenir les grossesses, le VIH et les IST. Son efficacité est semblable à celle du condom masculin. Même si l'acceptabilité du condom féminin varie parmi les groupes différents, beaucoup de femmes en gardent des attitudes positives et affichent la volonté de l'utiliser comme leur première méthode de contraception et de prévention des IST. Parmi les aspects positifs du condom féminin évoqués, il convient d'en rappeler quelques-uns : le contrôle accru sur la négociation de pratiques sexuelles sécuritaires, efficacité pour la prévention des grossesses et des IST, la facilité d'utilisation, le plaisir sexuel accru, l'utilisation alternative viable pour les hommes qui n'aiment pas le condom masculin. Les raisons en défaveur du condom masculin incluent l'inconfort durant le rapport sexuel, la nécessité du consentement du partenaire, les difficultés d'utilisation, les problèmes d'esthétique, le bruit durant le rapport, l'interférence avec les activités préliminaires sexuelles, la sensibilité au polyuréthane et à la silicone et le prix. Ce dernier peut être une importante entrave à l'utilisation pour les femmes à faible revenu.

Généralement, les facteurs qui prédisent la préférence d'une méthode (condom masculin ou féminin) sont encore inconnus, bien que certaines études suggèrent

que les hommes ont tendance à préférer le condom masculin et que les femmes préfèrent le condom féminin.

2.7. Utilisation de la planification familiale au Rwanda

En 1992, seulement 21% de femmes en union utilisaient une méthode contraceptive quelconque, avec 13% qui utilisaient une méthode moderne. Cette prévalence globale d'utilisatrices avait chuté à 13% en 2000, suite au génocide de 1994 qui avait désorganisé le système de santé. En 2005, la prévalence contraceptive moderne était de 10%, avec 21% en milieu urbain contre 9% en milieu rural. Actuellement, 27% de femmes en union utilisent une contraception moderne [9].

2.8. Catégories de méthodes contraceptives

Lors de l'EIDSR de 2007-2008, les méthodes contraceptives ont été classées en deux catégories : les méthodes traditionnelles et les méthodes modernes [9]. Le tableau suivant en donne les détails.

Tableau 3: Catégories de méthodes contraceptives

Méthodes modernes	Méthodes traditionnelles
<ul style="list-style-type: none"> – Contraception chirurgicale volontaire : stérilisation féminine et stérilisation masculine ; – Les méthodes hormonales : la pilule, les injectables, les implants ; – Le stérilet ou DIU (dispositif intra-utérin), – Les méthodes de barrière (condom masculin, condom féminin, diaphragme), – Les méthodes vaginales : spermicides, mousses et gelées ; – La pilule du lendemain – Les méthodes basées sur la fertilité (Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA) et méthode des jours fixes (MJF)/collier) 	<ul style="list-style-type: none"> – La continence périodique et le retrait, – Les méthodes, dites «populaires», comme les herbes, les gris-gris, les tisanes et autres méthodes pouvant rentrer dans cette catégorie

CHAPITRE III : PRESENTATION ET DISCUSSION DES RESULTATS

3.1. Présentation des résultats

3.1.1. Description de l'échantillon

Nous avons interrogé 429 étudiants des deux campus du KHI dont 50,7% du campus de Kigali et 49,3% du campus de Nyamishaba.

Leur âge moyen était de 25,03 ans avec un âge minimal de 18 ans et 52 ans comme âge maximal pour un écart – type de 4.7 ans. L'âge modal était compris entre 18 et 24 ans avec 49,2% et l'effectif de notre échantillon diminuait avec l'augmentation de l'âge.

En général, les hommes étaient un peu plus nombreux que les femmes (52,3% contre 47,7%). Cependant, les femmes étaient plus nombreuses dans les tranches d'âge de 25 à 34 ans (34,3% contre 31,2%) et 35 ans et plus (21,1% contre 15,2%).

S'agissant du niveau d'éducation, les deux premières années faisaient la majorité des sujets avec 64,4% ; 23,6% avaient un niveau moyen (troisièmes années) et 11,9% représentaient le reste des sujets (quatrièmes années et programmes complémentaires).

Concernant la religion, l'Eglise Catholique Romaine comptait plus de sujets (50,9%), suivie par les Eglises protestantes et ADEPR avec 23,1% de sujets, 13,9% sortaient de l'Eglise Adventiste du septième jour (13,9%) ; les autres religions (musulmans, témoins de Jéhovah, etc.) étaient représentées au total par 12% de tous les sujets.

S'agissant de l'état matrimonial, 80,9% de sujets étaient célibataires, 17,2% sont mariés légalement, les autres (divorcés, veufs, séparés, etc.) ne représentaient que 1,9%.

Quant au nombre de partenaires sexuels durant les trois derniers mois, 75,9% n'avaient eu aucun partenaire, 16,3% en avaient eu un alors que 7,8% en comptaient deux ou plus.

Parmi ceux dont le nombre d'accouchement est connu, 63,6% n'avaient jamais accouché, 25,5% comptaient un à deux accouchements, et 10,9% en comptaient plus.

Le tableau suivant décrit notre échantillon selon ses caractéristiques sociodémographiques.

Tableau 4 : Données sociodémographiques sur l'échantillon de l'étude

Variables		Fréquence	%
Campus	Kigali	217	50.7
	Nyamishaba	211	49.3
	Total	428	100.0
Niveau d'éducation	Les deux premières années	270	64.4
	Troisième année	99	23.6
	Quatrième année et Programmes complémentaires	50	11.9
	Total	419	100.0
Religion	Catholique	216	50.9
	Protestant/ADEPR	98	23.1
	Adventistes du 7 ^{ème} Jour	59	13.9
	Autres (Musulmans, Témoins de Jéhovah)	51	12.0
	Total	424	100.0
Etat matrimonial	Célibataire	343	80.9
	Marié	73	17.2
	Autres (Divorcé, Veuf, etc.)	8	1.9
	Total	424	100.0
Sexe	Masculin	224	52.3
	Féminin	204	47.7
	Total	428	100.0
Groupes d'âge	18 - 24 ans	211	57.2
	25 - 34 ans	140	37.9
	35 ans et plus	18	4.9
	Total	369	100.0
Nombre de partenaires sexuels durant les trois derniers mois	Aucun	322	75.9
	un partenaire	69	16.3
	2 et plus	33	7.8
	Total	424	100.0
Nombre d'accouchements	Aucun accouchement	117	63.6
	1 à 2 accouchements	47	25.5
	Plus de 2 accouchements	20	10.9
	Total	184	100.0

3.1.2. Analyse de connaissances du condom féminin

L'introduction du condom féminin succède à celle du condom masculin. Lors de notre étude, nous avons d'abord demandé aux répondants s'ils connaissaient le condom masculin. Leurs réponses sont reprises dans le tableau suivant :

Tableau 5 : Connaissance du condom masculin

Connaissez- vous le condom masculin ?	Fréquence	%
Oui	330	78,6
Non	90	21,4
Total	420	100,0

D'après ce tableau, 78,6% de sujets connaissaient déjà le condom masculin. Les hommes le connaissaient un peu beaucoup plus (41%) que les femmes (37,6%), bien que les différences n'étaient pas statistiquement significatives. Cependant, il y avait une association statistiquement significative entre le fait de connaître le condom masculin et le nombre de partenaires sexuels durant les trois derniers mois ($p=0,044$; $\chi^2=6,260$; $ddl=2$).

S'agissant du condom féminin, 79% de sujets en avaient déjà vu ou entendu parler comme le montre le tableau 6.

Tableau 6: Proportion de sujets étant informés du condom féminin

		Fréquence	%
Avez-vous déjà vu ou entendu parler du condom féminin ?	Oui	331	79,0
	Non	88	21,0
	Total	419	100,0
Où avez-vous vu ou entendu parler du condom féminin ?	Lieux de distribution ou de vente (Centre de santé, Hôpital, pharmacie, etc.)	156	45,0
	Lieux de publicité (Grandes affiches, media, etc.)	191	55,0
	Total	347	100,0
Savez- vous comment utiliser le condom féminin ?	Oui	98	23,7
	Non	316	76,3
	Total	414	100,0
Si oui, où avez- vous appris à utiliser le condom féminin	Centres de santé, Hôpital	22	28,6
	Milieu académique (KHI, etc.)	31	40,3
	Formations, séminaires	13	16,9
	Ailleurs (radio, TV, ARBEF, etc.)	11	14,3
	Total	77	100,0

Les jeunes (18-24 ans) étaient les plus nombreux à avoir vu ou entendu parler du condom féminin bien que les différences n'étaient pas statistiquement significatives pour les groupes d'âge ($p=0,198$; $\chi^2=3,242$; $ddl=2$) selon le tableau suivant :

Tableau 7 : Le fait d'avoir vu ou entendu parler du condom féminin selon l'âge

Avez-vous déjà vu ou entendu parler du condom féminin ?		Oui		Non		Total		p
		n	%	n	%	n	%	
Groupes d'âge	18 - 24 ans	175	48,5	34	9,4	209	57,9	$p=0,198$; $\chi^2=3,242$; $ddl=2$
	25 - 34 ans	103	28,5	31	8,6	134	37,1	
	35 ans et plus	16	4,4	2	0,6	18	5,0	
Total	294	81,4	67	18,6	361	100,0		

De façon globale, 347 sujets ont révélé les sources de première information sur le condom féminin. Les sources les plus citées sont les lieux de publicité (grandes affiches, media : radiodiffusion, télévision, etc.) (55%) et les lieux de distribution (Centre de santé, Hôpital, pharmacie, etc.) sont les moins citées par 45% (tableau6).

Cependant, chez les sujets mariés, les lieux de distribution sont les plus cités (10,5% contre 6,4%). En revoyant les réponses à ce sujet selon les différentes variables sociodémographiques, les différences étaient statistiquement hautement significatives par rapport à l'état matrimonial ($p=0,000$; $\chi^2=15,801$; $ddl=2$) et aux groupes l'âge ($p=0,000$; $\chi^2=23,224$; $ddl=2$), au campus de l'étudiant ($p=0,001$; $\chi^2=11,243$; $ddl=1$) et au niveau d'éducation ($p=0,004$; $\chi^2=11,049$; $ddl=2$) comme le montre le tableau 8. Il n'y a pas de différence statistiquement significative à ce sujet par rapport aux autres variables sociodémographiques.

Tableau 8 : Lieux de première information sur le condom féminin

Où avez-vous vu ou entendu parler du condom féminin ?		Lieux de distribution ou de vente		Lieux de publicité		Total		p
		n	%	n	%	n	%	
Etat matrimonial	Célibataire	110	32,1	167	48,7	277	80,8	$p=0,000$; $\chi^2=15,801$; $ddl=2$
	Marié	36	10,5	22	6,4	58	16,9	
	Autres (Divorcé, Veuf, etc.)	7	2,0	1	0,3	8	2,3	
Total		153	44,6	190	55,4	343	100,0	
Groupes d'âge	18 - 24 ans	59	19,1	122	39,5	181	58,6	$p=0,000$; $\chi^2=23,224$; $ddl=2$
	25 - 34 ans	68	22,0	44	14,2	112	36,2	
	35 ans et plus	9	2,9	7	2,3	16	5,2	
Total		136	44,0	173	56,0	309	100,0	
Niveau d'éducation	Les deux premières années	90	26,5	125	36,9	215	63,4	$p=0,004$; $\chi^2=11,049$; $ddl=2$
	Troisième année	47	13,9	31	9,1	78	23,0	
	Quatrième année et autres	15	4,4	31	9,1	46	13,6	
Total		152	44,8	187	55,2	339	100,0	
Campus	Kigali	96	27,7	83	23,9	179	51,6	$p=0,001$; $\chi^2=11,243$; $ddl=1$
	Nyamishaba	60	17,3	108	31,1	168	48,4	
Total		156	45,0	191	55,0	347	100,0	

Seuls 23,7% savaient comment utilisent le condom féminin. Les différences étaient significatives par rapport au campus : à Kigali, les sujets sont les plus nombreux à savoir comment l'utiliser qu'au campus de Nyamishaba : 15,9% contre 7,7% ; ($p=0,000$; $\chi^2=13,78$; $ddl=1$). Par rapport au niveau d'éducation, les deux premières années comptent plus de sujets (11,6%) que le reste de sujets et les étudiants en

quatrième année sont les moins nombreux à savoir comment utiliser le condom féminin : 5,4% ($p=0,000$; $\chi^2=18,163$; $ddl=2$) comme le montre le tableau 9 :

Tableau 9 : Proportion ceux qui savent comment utiliser le condom féminin

Savez- vous comment utiliser le condom féminin ?		Oui		Non		Total		p
		n	%	n	%	n	%	
Niveau d'éducation	Les deux premières années	47	11,6	213	52,6	260	64,2	$p=0,000$; $\chi^2=18,163$; $ddl=2$
	Troisième année	28	6,9	68	16,8	96	23,7	
	Quatrième année et autres	22	5,4	27	6,7	49	12,1	
Total		97	24,0	308	76,0	405	100,0	
Campus	Kigali	66	15,9	145	35,0	211	51,0	$p=0,000$; $\chi^2=13,78$; $ddl=1$
	Nyamishaba	32	7,7	171	41,3	203	49,0	
Total		98	23,7	316	76,3	414	100,0	

Parmi ceux qui ont déclaré savoir comment utiliser le condom féminin, la majorité des répondants (40,3%) l'ont appris dans leur milieu académique dont le KHI principalement ; 28,6% l'ont appris aux centres de santé et dans les hôpitaux ; 16,9% l'ont appris grâce aux séminaires et formations organisés alors que le reste des sujets (14,3%) ont appris à utiliser le condom féminin aux occasions diverses (émissions radiodiffusées ou télévisées, ARBEF, etc.) comme le montre le tableau 6. La différence était statistiquement significative seulement par rapport à la religion des sujets ($p=0,024$; $\chi^2=19,125$; $ddl=9$) : pour les adventistes du septième jour, les centres de santé et les hôpitaux étaient les principaux lieux d'acquisition d'habiletés sur le condom féminin (6,5%) comme le montre le tableau 10.

Tableau 10 : Lieux d'acquisition d'habiletés d'utiliser le condom féminin

Si oui, où avez- vous appris à utiliser le condom féminin		Centres de santé, Hôpital		Milieu académique de KHI		Formations, séminaires		Ailleurs		Total		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Religion	Catholique	11	14,3	15	19,5	8	10,4	4	5,2	38	49,4	p=0,024 ; χ ² =19,125 ; ddl=9
	Protestant/ADEPR	5	6,5	9	11,7	3	3,9	1	1,3	18	23,4	
	Adventistes	5	6,5	3	3,9	1	1,3	0	0,0	9	11,7	
	Autres (Musulmans, Témoins de Jéhovah, etc.)	1	1,3	4	5,2	1	1,3	6	7,8	12	15,6	
Total	22	28,6	31	40,3	13	16,9	11	14,3	77	100,0		

Interrogés sur leur appréciation des messages entendus ou vus destinés à promouvoir les condoms féminins, 66.5% de sujets disent que ces messages sont très constructifs. Cependant, 22,8% des sujets étaient indifférents ; 8,1% avaient dit que ces messages sont excessifs et incitatifs et la minorité des sujets (2,6%) ont affirmé que ces messages sont inutiles ; aucune différence statistiquement significative n'a été observée par rapport à toutes les variables sociodémographiques.

Tableau 11: Appréciation des messages destinés à promouvoir le condom féminin

		Fréquence	%
Comment appréciez-vous des messages entendus/vus destinés à promouvoir les condoms féminins ?	Très constructifs	280	66,5
	Excessifs	34	8,1
	Inutiles	11	2,6
	Indifférent(e)	96	22,8
	Total	421	100,0

3.1.3. Analyse des attitudes concernant le condom féminin

Pour mesurer les attitudes des étudiants envers le condom féminin, nous avons utilisé une échelle d'attitudes à cinq niveaux : « Tout à fait en désaccord », « En désaccord », « Indifférent(e) », « D'accord » et « Tout à fait d'accord ». Lors de

l'analyse, les deux premiers et derniers niveaux ont été groupés pour désigner respectivement « une attitude défavorable » et « une attitude favorable » au condom féminin. Le sujet devait dire s'il était d'accord ou pas avec les assertions proposées, tout comme il pouvait être indifférent. Comme le montre le tableau 12, une attitude favorable a été affichée quant à l'efficacité du condom féminin contre les grossesses non désirées, les IST dont le VIH/SIDA et à son efficacité comparée à celle du condom masculin. De plus, la majorité de répondants ont dit que leur appartenance religieuse, leur partenaire sexuel et la culture rwandaise étaient favorables au condom féminin.

Tableau 12 : Attitudes concernant le condom féminin

L'utilisation du condom féminin prévient des grossesses non désirées		
	Fréquence	%
Tout à fait) En désaccord	23	5,4
Indifférent	71	16,7
(Tout à fait) D'accord	332	77,9
Total	426	100,0
L'utilisation du condom féminin prévient le VIH SIDA		
(Tout à fait) En désaccord	25	5,9
Indifférent	56	13,1
(Tout à fait) D'accord	345	81,0
Total	426	100,0
L'utilisation du condom féminin prévient des infections sexuellement transmissibles		
(Tout à fait) En désaccord	15	3,5
Indifférent	65	15,3
(Tout à fait) D'accord	345	81,2
Total	425	100,0
L'utilisation du condom féminin implique le manque de confiance envers le partenaire sexuel		
(Tout à fait) En désaccord	227	53,8
Indifférent	78	18,5
(Tout à fait) D'accord	117	27,7
Total	422	100,0
Le condom féminin est aussi efficace que le condom masculin		
(Tout à fait) En désaccord	42	10,0
Indifférent	133	31,6
(Tout à fait) D'accord	246	58,4
Total	421	100,0
Le condom féminin figure parmi les interdits de mes croyances religieuses		
(Tout à fait) En désaccord	207	49,2
Indifférent	87	20,7
(Tout à fait) D'accord	127	30,2
Total	421	100,0
Le condom féminin figure parmi les interdits de la culture rwandaise		
(Tout à fait) En désaccord	213	50,2
Indifférent	108	25,5
(Tout à fait) D'accord	103	24,3
Total	424	100,0
L'utilisation du condom féminin serait jugée négativement par mon partenaire sexuel		
(Tout à fait) En désaccord	302	72,4
Indifférent	70	16,8
(Tout à fait) D'accord	45	10,8
Total	417	100,0
L'utilisation du condom féminin procure plus de sécurité aux femmes		
(Tout à fait) En désaccord	96	22,7
Indifférent	209	49,4
(Tout à fait) D'accord	118	27,9
Total	423	100,0

S'agissant de la prévention des grossesses non désirées, 77,9% avaient une attitude favorable : 16,7% étaient indifférents alors que 5,4% étaient en désaccord total ou partiel (tableau 12). Les différences significatives ont été observées par rapport au sexe ($p=0,013$; $\chi^2=8,731$; $ddl=2$) et à l'état matrimonial ($p=0,000$; $\chi^2=23,612$; $ddl=4$) et au nombre de partenaires sexuels durant les trois derniers mois ($p=0,007$; $\chi^2=14,095$; $ddl=4$). Pour le sexe, plus d'hommes étaient d'accord (43,8% contre 34,4%) et les femmes sont les plus indifférentes (10,1% contre 6,4%). Pour l'état matrimonial, les célibataires sont plus nombreux à être d'accord (65,1%) que les mariés (12,4%), mais rappelons que les célibataires constituaient 80,9% de tout notre échantillon (tableau 13).

Tableau 13 : Attitudes concernant l'efficacité du condom féminin

L'utilisation du condom féminin prévient des grossesses non désirées		(Tout à fait) En désaccord		Indifférent		(Tout à fait) D'accord		Total		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
sexe	Masculin	9	2,1	27	6,4	186	43,8	222	52,2	$p=0,013$; $\chi^2=8,731$; $ddl=2$
	Féminin	14	3,3	43	10,1	146	34,4	203	47,8	
Total		23	5,4	70	16,5	332	78,1	425	100,0	
Etat matrimonial	Célibataire	12	2,9	54	12,8	274	65,1	340	80,8	$p=0,000$; $\chi^2=23,612$; $ddl=4$
	Marié	7	1,7	14	3,3	52	12,4	73	17,3	
	Autres (Divorcé, Veuf, etc.)	3	0,7	2	0,5	3	0,7	8	1,9	
Total		22	5,2	70	16,6	329	78,1	421	100,0	
Nombre de partenaires sexuels durant les trois derniers mois	Aucun	14	3,3	48	11,4	258	61,1	320	75,8	$p=0,007$; $\chi^2=14,095$; $ddl=4$
	un partenaire	8	1,9	18	4,3	43	10,2	69	16,4	
	2 et plus	1	0,2	3	0,7	29	6,9	33	7,8	
Total		23	5,5	69	16,4	330	78,2	422	100,0	
L'utilisation du condom féminin prévient le VIH SIDA										
Sexe	Masculin	11	2,6	20	4,7	191	44,9	222	52,2	$p=0,023$; $\chi^2=7,585$; $ddl=2$
	Féminin	14	3,3	35	8,2	154	36,2	203	47,8	
Total		25	5,9	55	12,9	345	81,2	425	100,0	
Campus	Kigali	17	4,0	35	8,2	164	38,6	216	50,8	$p=0,018$; $\chi^2=8,055$; $ddl=2$
	Nyamishaba	8	1,9	20	4,7	181	42,6	209	49,2	
Total		25	5,9	55	12,9	345	81,2	425	100,0	

Quant à la prévention contre les infections sexuellement transmissibles, 81,2% étaient d'accord, 15,3% étaient indifférents à ce sujet et 3,5% étaient en désaccord

partiel ou total (tableau 12). Il n'y avait pas de différences significatives pour toutes les autres variables sociodémographiques. Les tendances des réponses des sujets sont semblables quant à la prévention du condom féminin contre le VIH/SIDA : 81,1% étaient d'accord, 13,1% étaient indifférents, 5,9% sont en désaccord partiel ou total. Cependant, les différences sont significatives selon le campus ($p=0,018$; $\chi^2=8,055$; $ddl=2$) et les sujets du campus de Kigali sont les moins nombreux à être d'accord et indifférents et selon le sexe ($p=0,023$; $\chi^2=7,585$; $ddl=2$), les femmes sont les moins nombreuses à être d'accord et les plus nombreuses à afficher l'indifférence (tableau 13).

Ensuite, le sujet devait dire sa position concernant le niveau de protection assurée par rapport à celui du condom masculin. Comme le montre le tableau 12, 58,4% étaient d'accord que le condom féminin est aussi efficace que le condom masculin ; 31,6% y étaient indifférents et 10,0% en désaccord total ou partiel. Selon le tableau 14, les différences significatives ont été observées par rapport au sexe ($p=0,025$; $\chi^2=7,353$; $ddl=2$). En effet, moins de femmes étaient d'accord (25,2% contre 33,3) au détriment de l'indifférence (18,1% contre 13,3%).

S'agissant du niveau de sécurité procurée par le condom féminin aux femmes, 27,9% de sujets étaient d'accord que l'utilisation du condom féminin procure plus de sécurité aux femmes, près de la moitié de sujets étaient indifférents à ce sujets (49,4%) et 22,7% étaient en désaccord total ou partiel comme le montre le tableau 12. Il faut dire que cette proportion élevée de personnes indifférente serait dû au fait que la majorité de sujets ne savaient pas comment utiliser le condom féminin ($p=0,020$; $\chi^2=7,844$; $ddl=2$). Il y avait des différences statistiquement significatives par rapport au sexe ($p=0,030$; $\chi^2=7,011$; $ddl=2$) et au nombre de partenaires sexuels durant les trois derniers mois ($p=0,034$; $\chi^2=10,386$; $ddl=4$). En effet, plus d'hommes étaient d'accord (16,8% contre 10,9%) et les femmes étaient les plus indifférentes (26,8% contre 22,7%) comme le montre le tableau 14.

Tableau 14 : Le niveau de sécurité du FC et sa place par rapport au condom masculin

Je crois que le condom féminin est aussi efficace que le condom masculin		(Tout à fait) En désaccord		Indifférent		(Tout à fait) D'accord		Total		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Sexe	Masculin	23	5,5	56	13,3	140	33,3	219	52,1	p=0,025 ; $\chi^2=7,353$; ddl=2
	Féminin	19	4,5	76	18,1	106	25,2	201	47,9	
Total		42	10,0	132	31,4	246	58,6	420	100,0	
L'utilisation du condom féminin procure plus de sécurité aux femmes										
sexe	Masculin	53	12,6	96	22,7	71	16,8	220	52,1	p=0,030 ; $\chi^2=7,011$; ddl=2
	Féminin	43	10,2	113	26,8	46	10,9	202	47,9	
Total		96	22,7	209	49,5	117	27,7	422	100,0	
Nombre de partenaires sexuels durant les trois derniers mois	Aucun	69	16,5	170	40,6	79	18,9	318	75,9	p=0,034 ; $\chi^2=10,386$; ddl=4
	un partenaire	14	3,3	30	7,2	25	6,0	69	16,5	
	2 et plus	10	2,4	9	2,1	13	3,1	32	7,6	
Total		93	22,2	209	49,9	117	27,9	419	100,0	
Le condom féminin est une alternative viable pour les hommes qui n'aiment pas le condom masculin										
Sexe	Masculin	35	8,4	90	21,5	92	22,0	217	51,8	p=0,001 ; $\chi^2=14,435$; ddl=2
	Féminin	28	6,7	120	28,6	54	12,9	202	48,2	
Total		63	15,0	210	50,1	146	34,8	419	100,0	
Campus	Kigali	38	9,1	115	27,4	61	14,6	214	51,1	p=0,015 ; $\chi^2=8,343$; ddl=2
	Nyamishaba	25	6,0	95	22,7	85	20,3	205	48,9	
Total		63	15,0	210	50,1	146	34,8	419	100,0	

En ce qui concerne la place du condom féminin par rapport au condom masculin, 35% de sujets étaient d'accord que le condom féminin est une alternative viable pour les hommes qui n'aiment pas le condom masculin, 50% étaient indifférents à ce sujet alors que 15,0% étaient en désaccord partiel ou total (tableau 15). Les différences significatives pour le campus ($p=0,015$; $\chi^2=8,343$; ddl=2) et le sexe ($p=0,001$; $\chi^2=14,435$; ddl=2) ont été observées. Pour le sexe, l'indifférence des femmes s'accroît beaucoup plus que celle des hommes (28,6% contre 21,5%) comme le montre le tableau 14.

Comme le montre le tableau 12, utiliser le condom féminin n'implique pas le manque de confiance envers le partenaire sexuel tel qu'affirmé par 53,8% de sujets, 18,5% étaient indifférents à ce sujet, alors que 27,7% étaient en faveur de ce manque de confiance. Les différences significatives ont été observées seulement par rapport au

niveau d'éducation ($p=0,047$; $\chi^2= 9,638$; $ddl=4$), au campus ($p=0,001$; $\chi^2= 13,390$; $ddl= 2$) et au sexe ($p= 0,041$; $\chi^2=6,374$; $ddl=2$) comme le montre le tableau 15. Par ailleurs, la peur d'être jugé négativement n'est pas un obstacle à l'utilisation du condom féminin. En effet, 72,4% de sujets pensent qu'ils ne seraient pas jugés négativement par leurs partenaires sexuels s'ils utilisaient le condom féminin. Cependant 16,8% étaient indifférents à ce sujet, et 10,8% disent qu'ils n'utiliseraient pas le condom féminin de peur d'être jugé négativement par leurs partenaires (tableau 12). Comme le montre le tableau 15, la différence était statistiquement significative par rapport au campus ($p=0,016$; $\chi^2=8,219$; $ddl=2$), au nombre de partenaires sexuels ($p=0,044$; $\chi^2=9,794$; $ddl=4$) et au niveau d'éducation ($p=0,008$; $\chi^2=13,900$; $ddl=4$).

Tableau 15 : Utilisation du FC et manque de confiance envers le partenaire

L'utilisation du FC implique le manque de confiance envers le partenaire sexuel		(Tout à fait) En désaccord		Indifférent		(Tout à fait) D'accord		Total		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Campus	Kigali	123	29,2	48	11,4	43	10,2	214	50,8	p=0,001 ; $\chi^2=13,390$; ddl= 2
	Nyamishaba	104	24,7	30	7,1	73	17,3	207	49,2	
Total		227	53,9	78	18,5	116	27,6	421	100,0	
Niveau d'éducation	Les 2 premières années	141	34,2	42	10,2	83	20,1	266	64,6	p=0,047 ; $\chi^2=9,638$; ddl=4
	Troisième année	53	12,9	26	6,3	18	4,4	97	23,5	
	Quatrième année et autres	29	7,0	7	1,7	13	3,2	49	11,9	
Total		223	54,1	75	18,2	114	27,7	412	100,0	
Sexe	Masculin	119	28,3	32	7,6	69	16,4	220	52,3	p= 0,041 ; $\chi^2=6,374$; ddl=2
	Féminin	108	25,7	46	10,9	47	11,2	201	47,7	
Total		227	53,9	78	18,5	116	27,6	421	100,0	
Je n'utiliserais pas le condom féminin de peur d'être jugé négativement par mon partenaire sexuel										
Campus	Kigali	139	33,4	44	10,6	26	6,3	209	50,2	p=0,016 ; $\chi^2=8,219$; ddl=2
	Nyamishaba	163	39,2	25	6,0	19	4,6	207	49,8	
Total		302	72,6	69	16,6	45	10,8	416	100,0	
Nombre de partenaires sexuels	Aucun	234	56,8	53	12,9	26	6,3	313	76,0	p=0,044 ; $\chi^2=9,794$; ddl=4
	un partenaire	45	10,9	11	2,7	12	2,9	68	16,5	
	2 et plus	19	4,6	5	1,2	7	1,7	31	7,5	
Total		298	72,3	69	16,7	45	10,9	412	100,0	
Niveau d'éducation	Les 2 premières années	206	50,6	35	8,6	25	6,1	266	65,4	p=0,008 ; $\chi^2=13,900$; ddl=4
	Troisième année	55	13,5	22	5,4	17	4,2	94	23,1	
	Quatrième année et autres	36	8,8	8	2,0	3	0,7	47	11,5	
Total		297	73,0	65	16,0	45	11,1	407	100,0	

Quant à la question de savoir si le condom féminin est interdit par les croyances religieuses des sujets, 49,2% étaient partiellement ou totalement en désaccord, 20,7% étaient indifférents alors que 30,2% étaient d'accord. Les différences statistiquement significatives ont été observées par rapport à l'appartenance religieuse des sujets ($p=0,046$; $\chi^2=12,837$; $ddl=6$) où plus de 30% de répondants ont affirmé que leurs croyances religieuses sont défavorables au condom féminin et au niveau d'éducation des répondants ($p=0,021$; $\chi^2=11,602$; $ddl=4$). En effet, l'Eglise Catholique Romaine et les Eglises Protestantes comptent respectivement beaucoup de sujets ayant une attitude défavorable au condom féminin (tableau 17).

Tableau 16 : La culture rwandaise, les croyances religieuses et le FC

Le condom féminin figure parmi les interdits de mes croyances religieuses		(Tout à fait) En désaccord		Indifférent		(Tout à fait) D'accord		Total		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Religion	Catholique	106	25,5	44	10,6	63	15,1	213	51,2	$p=0,046$; $\chi^2=12,83$; $ddl=6$
	Protestant/ADEPR	40	9,6	16	3,8	41	9,9	97	23,3	
	Adventistes	33	7,9	15	3,6	10	2,4	58	13,9	
	Autres (Musulmans, Témoins de Jéhovah, etc.)	25	6,0	12	2,9	11	2,6	48	11,5	
Total		204	49,0	87	20,9	125	30,0	416	100,0	
Niveau d'éducation	Les deux premières années	142	34,5	45	10,9	80	19,5	267	65,0	$p=0,021$; $\chi^2=11,60$; $ddl=4$
	Troisième année	36	8,8	30	7,3	30	7,3	96	23,4	
	Quatrième année et Programmes complémentaires	27	6,6	9	2,2	12	2,9	48	11,7	
Total		205	49,9	84	20,4	122	29,7	411	100,0	
Le condom féminin figure parmi les interdits de la culture rwandaise										
Sexe	Masculin	112	26,5	44	10,4	65	15,4	221	52,2	$p=0,006$; $\chi^2=10,187$; $ddl=2$
	Féminin	101	23,9	63	14,9	38	9,0	202	47,8	
Total		213	50,4	107	25,3	103	24,3	423	100,0	
Campus	Kigali	98	23,2	66	15,6	49	11,6	213	50,4	$p=0,024$; $\chi^2=7,420$; $ddl=2$
	Nyamishaba	115	27,2	41	9,7	54	12,8	210	49,6	
Total		213	50,4	107	25,3	103	24,3	423	100,0	

Dans le même ordre d'idée, 50,2% de sujets étaient en désaccord que le condom féminin figure parmi les interdits de la culture rwandaise. Cependant, un nombre important de sujets (25,5%) étaient indifférents alors que 24,3% de sujets en étaient d'accord comme le montre le tableau 12. Les différences étaient statistiquement

significatives par rapport au sexe de sujets ($p=0,006$; $\chi^2=10,187$; $ddl=2$) où les femmes étaient plus nombreuses à être indifférentes (14,9% contre 10,4%) et à leur campus ($p=0,024$; $\chi^2=7,420$; $ddl=2$) selon le tableau 16.

En général, 86% de répondants ont accepté qu'il faut parler du condom féminin en public alors que seuls 8,6% réfutaient cette idée ; 5,5% étaient indifférents à ce sujet comme le montre le tableau suivant :

Tableau 17 : Attitudes concernant la publicité du FC

Pour vous, faut-il parler du condom féminin en public ?	Fréquence	%
Oui	362	86,0
Non	36	8,6
Indifférent	23	5,5
Total	421	100,0
Parlez- vous facilement du condom féminin avec vos ami(e)s ?		
Oui	275	66,7
Non	137	33,3
Total	412	100,0

Les différences statistiquement significatives étaient observées par rapport au sexe ($p=0,022$; $\chi^2=7,589$; $ddl=2$). Les femmes étaient les plus nombreuses à dire « non » (4,5% contre 3,8%) ou à être indifférentes (4% contre 1,4%) selon le tableau suivant :

Tableau 18 : Attitudes concernant la publicité du FC selon le sexe

Pour vous, faut-il parler du condom féminin en public ?		Oui		Non		Indifférent		Total		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Sexe	Masculin	197	46,9	16	3,8	6	1,4	219	52,1	$p=0,022$; $\chi^2=7,589$; $ddl=2$
	Féminin	165	39,3	19	4,5	17	4,0	201	47,9	
Total		362	86,2	35	8,3	23	5,5	420	100,0	

Certains réfutent cette idée parce que, disent –ils, ce serait induire les autres en prostitution ; c'est contre la culture [« umuco »] ; ça fait honte [« biteye isoni »] ;

d'autres acceptent de le faire mais pourvu qu'il n'y ait pas d'enfants [« haba hari abana »].

Par ailleurs, la majorité (66,7%) ont dit qu'ils discutent du condom féminin avec leurs amis, 33,3% ne le font pas (tableau 17). Les différences étaient statistiquement significatives par rapport à l'âge des répondants ($p=0,044$; $\chi^2=6,259$; $ddl=2$) : les sujets âgés de 18 à 24 étaient les plus nombreux (35,2%) à parler du condom féminin avec leurs amis que ceux âgés de 25 à 34 ans (27,9%) ou 35 ans et plus (3,4%) selon le tableau suivant :

Tableau 19 : Proportion de répondants qui discutent du FC avec leurs amis

Parlez- vous facilement du condom féminin avec vos ami(e)s ?		Oui		Non		Total		p
		n	%	n	%	n	%	
Groupes d'âge	18 - 24 ans	125	35,2	79	22,3	204	57,5	$p=0,044$; $\chi^2=6,259$; $ddl=2$
	25 - 34 ans	99	27,9	34	9,6	133	37,5	
	35 ans et plus	12	3,4	6	1,7	18	5,1	
Total		236	66,5	119	33,5	355	100,0	

Attitudes en rapport avec l'utilisation du condom féminin

Au vu du condom féminin, la majorité des répondants (70,7%) ont trouvé son utilisation difficile, 18,4% ont dit que celle –ci est acceptable alors que 10,9% l'ont trouvé facile ou très facile (tableau 21). Il n'y avait pas de différences statistiquement significatives par rapport à toutes les variables sociodémographiques. Les tendances des réponses des sujets étaient identiques quant à l'insertion du condom féminin. Ainsi, 71,1% des sujets ont dit que cette insertion est très difficile, seuls 18,1% ont dit qu'elle est acceptable et, selon 10,7%, elle est facile. Là aussi, aucune différence statistiquement significative n'a été observée.

L'indifférence était élevée quant à l'aspect extérieur du condom féminin. En général, la majorité de répondants (66,1%) étaient indifférents, 18,7% ont trouvé le condom féminin malpropre et seuls 15,2% l'ont trouvé propre. Les différences ont été statistiquement significatives par rapport au niveau d'éducation ($p=0,034$; $\chi^2=10,434$; $ddl=4$) et au nombre de partenaires sexuels ($p=0,046$; $\chi^2=9,665$; $ddl=4$). En effet, l'indifférence diminue avec la montée du niveau d'éducation et du nombre de partenaires sexuels comme le montre le tableau suivant :

Tableau 20: Attitudes concernant l'apparence du condom féminin

Comment avez- vous trouvé son aspect extérieur ?		Propre		Malpropre		Indifférent		Total		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Niveau d'éducation	Les deux premières années	24	8,0	39	13,0	137	45,5	200	66,4	p=0,034 ; χ ² =10,43 ; ddl=4
	Troisième année	12	4,0	9	3,0	44	14,6	65	21,6	
	Quatrième année et autres	11	3,7	8	2,7	17	5,6	36	12,0	
Total		47	15,6	56	18,6	198	65,8	301	100,0	
Nombre de partenaires sexuels durant les trois derniers mois	Aucun	39	12,7	35	11,4	150	49,0	224	73,2	p=0,046 ; χ ² =9,665 ; ddl=4
	un partenaire	7	2,3	14	4,6	33	10,8	54	17,6	
	2 et plus	0	0,0	8	2,6	20	6,5	28	9,2	
Total		46	15,0	57	18,6	203	66,3	306	100,0	

Aussi, l'indifférence était fortement élevée quant au fait le condom féminin générât le déroulement des rapports sexuels (73,5%) comme le montre le tableau 21. Cette indifférence était un peu plus élevée chez les femmes (38,6%) que chez les hommes (35,1%), ($p=0,029$; $\chi^2=7,102$; $ddl=2$). Les réponses étaient aussi statistiquement différentes par rapport au nombre de partenaires sexuels durant les trois derniers mois ($p=0,001$; $\chi^2=20,352$; $ddl=4$) comme le montre le tableau 22.

Cependant, plus de la moitié (54,2%) étaient d'accord qu'ils le recommanderaient à leurs amis, 27,1% étaient indifférents à ce sujet, 18,7% étaient en désaccord selon le tableau 21. Les différences étaient statistiquement significatives par rapport au sexe ($p=0,023$; $\chi^2=7,536$; $ddl=2$), avec plus d'hommes qui étaient (tout à fait) d'accord; et à l'état matrimonial ($p=0,016$; $\chi^2=12,253$; $ddl=4$), les célibataires étant les plus nombreux à être partiellement ou totalement d'accord (tableau 22).

Tableau 21 : Attitudes concernant le changement de sensations sexuelles, l'utilisation lors des rapports sexuels, utilisation future et son aspect extérieur

En général, comment avez- vous trouvé l'utilisation condom féminin ?	Fréquence	%
(Très) Facile	16	10,9
Acceptable	27	18,4
(Très) Difficile	104	70,7
Total	147	100,0
Comment avez- vous trouvé l'insertion du condom féminin ?		
(Très) Facile	16	10,7
Acceptable	27	18,1
(Très) Difficile	106	71,1
Total	149	100,0
Le condom féminin gênerait le déroulement des rapports sexuels		
(Tout à fait) En désaccord	29	8,5
Indifférent	252	73,5
(Tout à fait) D'accord	62	18,1
Total	343	100,0
Comment avez- vous trouvé son aspect extérieur ?		
Propre	47	15,2
Malpropre	58	18,7
Indifférent	205	66,1
Total	310	100,0
Je recommanderais à mes amis d'utiliser le condom féminin		
(Tout à fait) En désaccord	64	18,7
Indifférent	93	27,1
(Tout à fait) D'accord	186	54,2
Total	343	100,0
J'utiliserais le condom féminin si disponible		
(Tout à fait) En désaccord	88	28,2
Indifférent	89	28,5
(Tout à fait) D'accord	135	43,3
Total	312	100,0
L'utilisation du condom féminin ne change pas la satisfaction sexuelle éprouvée		
(Tout à fait) En désaccord	66	20,1
Indifférent	219	66,8
(Tout à fait) D'accord	43	13,1
Total	328	100,0

A la question de savoir s'ils utiliseraient le condom féminin si disponible, 43,3% étaient d'accord, 28,5% indifférents, et 28,2% (tout à fait) en désaccord selon le tableau 21. Il y avait des différences significatives par rapport au sexe ($p=0,001$;

$\chi^2=13,516$; $ddl=2$), plus de femmes (18,3%) ne l'utiliseraient pas, même si disponible comme le montre le tableau suivant :

Tableau 22: Attitudes au vu du condom féminin et utilisation future

Le condom féminin générerait le déroulement des rapports sexuels		(Tout à fait) En désaccord		Indifférent		(Tout à fait) D'accord		Total		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Sexe	Masculin	20	5,8	120	35,1	37	10,8	177	51,8	p=0,029 ; $\chi^2=7,102$; ddl=2
	Féminin	9	2,6	132	38,6	24	7,0	165	48,2	
Total		29	8,5	252	73,7	61	17,8	342	100,0	
Nombre de partenaires sexuels durant les trois derniers mois	Aucun	22	6,5	193	56,9	34	10,0	249	73,5	p=0,001 ; $\chi^2=20,352$; ddl=4
	un partenaire	5	1,5	43	12,7	12	3,5	60	17,7	
	2 et plus	2	0,6	14	4,1	14	4,1	30	8,8	
Total		29	8,6	250	73,7	60	17,7	339	100,0	
Je recommanderais à mes amis d'utiliser le condom féminin										
Sexe	Masculin	25	7,3	46	13,5	108	31,6	179	52,3	p=0,023 ; $\chi^2=7,536$; ddl=2
	Féminin	39	11,4	47	13,7	77	22,5	163	47,7	
Total		64	18,7	93	27,2	185	54,1	342	100,0	
Etat matrimonial	Célibataire	47	13,9	64	18,9	156	46,2	267	79,0	p=0,016 ; $\chi^2=12,253$; ddl=4
	Marié	15	4,4	25	7,4	23	6,8	63	18,6	
	Autres (Divorcé, Veuf, etc.)	1	0,3	4	1,2	3	0,9	8	2,4	
Total		63	18,6	93	27,5	182	53,8	338	100,0	
J'utiliserais le condom féminin si disponible										
Sexe	Masculin	31	10,0	45	14,5	81	26,0	157	50,5	p=0,001 ; $\chi^2=13,516$; ddl=2
	Féminin	57	18,3	44	14,1	53	17,0	154	49,5	
Total		88	28,3	89	28,6	134	43,1	311	100,0	

Les répondants ont été demandés de dire si le condom féminin ne change pas les sensations sexuelles. A ce sujet, 66,8% de sujets étaient indifférents, 20,1% étaient en désaccord, seuls 13,1 % étaient (tout à fait) d'accord selon le tableau 21. Il n'y avait pas de différences significatives concernant toutes les variables sociodémographiques.

3.1.4. Analyse de pratiques du condom féminin

Disponibilité et accessibilité du condom féminin

En ce qui concerne la disponibilité du condom féminin, le sujet devait dire s'il y a un endroit dans son milieu où il pouvait s'approvisionner en condom féminin. Ensuite, il devait spécifier cet endroit et dire combien de temps s'écoule pour y arriver.

Ainsi, 17,6% de sujets ont dit qu'il existe là où ils peuvent s'approvisionner en condom féminin (tableau 23). Aucune différence statistiquement significative n'a été observée par rapport à toutes les variables sociodémographiques.

Tableau 23: Lieux d'approvisionnement en condom féminin et leur accessibilité

Dans votre milieu, y a-t-il un endroit où vous pouvez vous approvisionner en condom féminin ?	Fréquence	%
Oui	72	17,6
Non	336	82,4
Total	408	100,0
Si oui, quel est cet endroit d'approvisionnement en condom féminin ?		
Pharmacie/Boutique	44	43,6
Centre de santé	43	42,6
Ailleurs	14	13,9
Total	101	100,0
Combien de temps vous faut-il pour y arriver à cet endroit d'approvisionnement en condom féminin ?		
Moins d'une heure 30 minutes	95	81,9
Plus d'une heure 30 minutes	21	18,1
Total	116	100,0

Parmi ceux qui ont dit qu'il existe un endroit d'approvisionnement en condom féminin, 43,6% de sujets ont cité les lieux de vente tels que les pharmacies et les boutiques ; 42,6% ont cité les centres de santé et 13,9% ont cité d'autres lieux selon le tableau 23. Il n'y avait pas de différences statistiquement significatives.

Après avoir cité le principal lieu d'approvisionnement en condom féminin, le sujet devait préciser combien de temps il utilise pour y arriver. Ainsi, malgré sa faible

disponibilité, l'accessibilité du condom féminin a été attestée par 81,9% et seuls 18,1% ont dit que les milieux d'approvisionnement cités n'étaient pas accessibles.

Parmi les difficultés d'accès au condom féminin, les réponses ont été groupées en trois catégories : les connaissances limitées des sujets ont été rangées en premier lieu (57,1%) puis indisponibilité du produit (35,9%) et enfin, le prix élevé (7,1%).

Tableau 24: Difficultés majeures d'accès au condom féminin

Pour vous, quelle est la difficulté majeure à vous procurer le condom féminin dans votre milieu ?	Fréquence	%
Connaissances limitées	226	57,1
Prix élevé	28	7,1
Indisponibilité	142	35,9
Total	396	100,0
Est- il honteux d'acheter le condom féminin au vu du public ?		
Oui	134	36,9
Non	229	63,1
Total	363	100,0

Les différences significatives ont été constatées au niveau du sexe ($p=0,024$; $\chi^2=7,432$; $ddl=2$), du nombre de partenaires sexuels les trois mois précédents ($p=0,013$; $\chi^2=12,661$; $ddl=4$), de l'état matrimonial ($p=0,004$; $\chi^2=15,524$; $ddl=4$) et du nombre d'accouchements ($p=0,006$; $\chi^2=14,587$; $ddl=4$) selon le tableau suivant :

Tableau 25 : Difficultés majeures d'accès au condom féminin et variables statistiquement associées

Pour vous, quelle est la difficulté majeure à vous procurer le condom féminin dans votre milieu ?		Connaissances limitées		Prix élevé		Indisponibilité		Total		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Sexe	Masculin	107	27,1	19	4,8	82	20,8	208	52,7	$p=0,024$; $\chi^2=7,432$; $ddl=2$
	Féminin	119	30,1	8	2,0	60	15,2	187	47,3	
Total		226	57,2	27	6,8	142	35,9	395	100,0	
Nombre de partenaires sexuels durant les trois derniers mois	Aucun	183	46,8	22	5,6	93	23,8	298	76,2	$p=0,013$; $\chi^2=12,661$; $ddl=4$
	un	28	7,2	2	0,5	34	8,7	64	16,4	
	2 et plus	14	3,6	3	0,8	12	3,1	29	7,4	
Total		225	57,5	27	6,9	139	35,5	391	100,0	
Etat matrimonial	Célibataire	191	48,7	23	5,9	103	26,3	317	80,9	$p=0,004$; $\chi^2=15,524$; $ddl=4$
	Marié	30	7,7	2	0,5	35	8,9	67	17,1	
	Autre	2	0,5	2	0,5	4	1,0	8	2,0	
Total		223	56,9	27	6,9	142	36,2	392	100,0	
Nombre d'accouchements	Aucun	64	37,4	9	5,3	37	21,6	110	64,3	$p=0,006$; $\chi^2=14,587$; $ddl=4$
	1 à 2	19	11,1	3	1,8	20	11,7	42	24,6	
	Plus de 2	4	2,3	0	0,0	15	8,8	19	11,1	
Total		87	50,9	12	7,0	72	42,1	171	100,0	

Par ailleurs, la honte ne constitue pas un problème d'accès au condom tel qu'affirmé par la majorité des sujets (63,1%). Cependant une proportion non – négligeable de 36,9% disent qu'ils sont honteux d'acheter le condom féminin au vu du public (tableau 24). Parmi eux, les hommes sont plus honteux (21%) que les femmes (15,8%) bien qu'aucune différence significative n'ait été observée par rapport à toutes les variables sociodémographiques.

Pratique du condom féminin

Nous avons d'abord demandé si, au moment de la collecte de données, les sujets utilisaient ou non une méthode contraceptive ou de prévention des grossesses non désirées. Chaque sujet devait spécifier de la liste la méthode utilisée. Les réponses se trouvent dans le tableau suivant :

Tableau 26: Méthodes contraceptives utilisées au moment de l'étude

Utilisez- vous actuellement une méthode contraceptive/prévention de grossesses ?	Fréquence	%
Oui	111	39,1
Non	173	60,9
Total	284	100,0
Quelle est la méthode que vous utilisez actuellement ?		
Stérilisation féminine	4	3,4
Stérilisation Masculine	2	1,7
Pilule	14	11,8
Dispositif intra- utérin	5	4,2
Injectables	9	7,6
Implants	16	13,4
Condom masculin	28	23,5
Condom féminin	3	2,5
Méthode de l'Allaitement maternel et de l'Aménorrhée (MAMA)	2	1,7
Méthode des Jours fixes (MJF)	12	10,1
Contenance périodique	8	6,7
Retrait	8	6,7
Autre méthode	8	6,7
Total	119	100,0

Les résultats de ce tableau montrent que plus de 39% de sujets utilisaient une méthode contraceptive ou de prévention des grossesses non désirées. Le condom masculin est la première méthode citée par les sujets (23,5%). Les implants suivent avec 13,4% et la pilule vient en troisième place (11,8%). Les autres moyens sont la

méthode des jours fixes (10,1%), les injectables (7,6%), et la continence périodique (6,7%). Le condom féminin était seulement utilisé par 2,5%.

En général, le condom masculin est préféré au condom féminin (54% contre 5,7%) alors que 40,3% de sujets ne préfèrent ni l'un ni l'autre (tableau ci - bas).

Tableau 27: Type de condom préféré

Quel type de condom préférez- vous ?	Fréquence	%
Masculin	181	54,0
Féminin	19	5,7
Aucun	135	40,3
Total	335	100,0

Les différences significatives sont observées au niveau du sexe ($p=0,002$; $\chi^2=12,936$; $ddl=2$), beaucoup de femmes (23,4%) ne préférant aucun condom et au niveau d'éducation ($p=0,031$; $\chi^2=10,636$; $ddl=4$) comme le montre ce tableau :

Tableau 28 : Type de condom préféré selon le sexe et le niveau d'éducation

Quel type de condom préférez- vous ?		Masculin		Féminin		Aucun		Total		P
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Niveau d'éducation	Les deux premières années	124	38,0	13	4,0	83	25,5	220	67,5	$p=0,031$; $\chi^2=10,636$; $ddl=4$
	Troisième année	31	9,5	1	0,3	36	11,0	68	20,9	
	Quatrième année et autres	21	6,4	5	1,5	12	3,7	38	11,7	
Total		176	54,0	19	5,8	131	40,2	326	100,0	
Sexe	Masculin	110	32,9	13	3,9	56	16,8	179	53,6	$p=0,002$; $\chi^2=12,936$; $ddl=2$
	Féminin	71	21,3	6	1,8	78	23,4	155	46,4	
Total		181	54,2	19	5,7	134	40,1	334	100,0	

Les raisons de cette préférence du condom masculin telles que citées par les sujets sont les suivantes : l'usage du condom masculin est facile, simple et rapide ; il colle bien au sexe au moment de l'acte sexuel et n'exige pas de renfort de la main [« ntibinsaba gukora ngafashe »], il est disponible et moins cher, il est d'usage courant et plus connu, il protège, il est apparemment plus beau que le condom féminin. Les autres aspects du condom féminin les moins préférés sont la forme

inhabituelle du dispositif, son mode pratique d'utilisation qui interférerait avec le déroulement des rapports sexuels et la présence de beaucoup de lubrifiants.

De plus, les utilisateurs du condom masculin ont affirmé que ce dernier est facile et rapide à utiliser (par rapport au condom féminin) et que son utilisation n'a pas de conséquences néfastes sur leur santé. Pour les implants, les sujets ont dit que c'est un moyen durable et sûr de prévention. Pour la pilule, les sujets ont dit que c'est un moyen disponible et facile, approprié pour leur santé. Cette dernière raison est valable aussi pour les utilisateurs des injectables. Cette méthode est d'ailleurs fiable d'après ses utilisateurs. Pour la méthode des jours fixes, les sujets disent c'est un moyen qui n'interfère pas avec leur santé, facile à utiliser et faisable, fidèle à leur croyance religieuse et moins « cher ».

Parmi les sujets de notre échantillon, seuls 7,7% avaient essayé le condom féminin au moins une fois comme le montre le tableau suivant :

Tableau 29 : Proportion de sujets ayant essayé le condom féminin

Avez- vous jamais essayé le condom féminin?	Fréquence	%
Oui	24	7,7
Non	286	92,3
Total	310	100,0

3.2. Discussion des résultats

Connaissances et attitudes concernant le condom féminin

Une bonne connaissance du condom féminin est nécessaire à la promotion de ce dernier. En général, la proportion de personnes qui étaient informées du condom féminin (79% dont 37% de femmes et 42% d'hommes) est aussi élevée que celle des étudiants de l'Université d'Ibadan au Nigeria (80%) [29] et à Lusaka (Zambie) où le condom féminin avait subi un marketing social depuis octobre 1997 avec 87% de répondants qui avaient entendu parler du condom féminin[30]. Cependant, selon le sexe, ce résultat est un peu inférieur à celui trouvé lors de l'EIDSR 2007-2008 [9] . Malgré cette conscience élevée du condom féminin chez les étudiants du KHI, seuls 23,7% savaient comment l'utiliser.

En général, les hommes étaient les plus nombreux à avoir attitude favorable au condom féminin que les femmes. Lors d'une étude menée par Rahlenbeck S et Uhagaze B (2004) chez les élèves des écoles secondaires, les hommes, et ceux avec une expérience sexuelle, avaient des attitudes plus favorables envers l'utilisation des condoms que les femmes, et celles sans contacts sexuels antérieurs[31]. La majorité de répondants avaient une attitude favorable concernant l'efficacité du condom féminin contre les grossesses non désirées (78%), les infections sexuellement transmissibles (81,2%) et le VIH/SIDA (81,0%). Napierala S et al avaient trouvé des résultats proches au Zimbabwe où la majorité des répondants avaient rapporté que le condom féminin est extrêmement efficace dans la prévention des grossesses et des IST [32]. Aussi, Spizzichino L et al (2005) avaient trouvé des résultats presque similaires en Italie chez les femmes hétérosexuelles négatives [12]. Un bon nombre de sujets (58,5%) pensent que le condom féminin est aussi efficace que celle du condom masculin. Cependant, plus de 10% sont en désaccord et 31,6% indifférents. Selon le sexe, beaucoup d'hommes pensent que le condom féminin constitue un moyen supplémentaire au condom masculin pour ceux qui n'aiment pas ce dernier (22,0% contre 12,9% de femmes) et beaucoup de femmes sont indifférentes à ce sujet (28,6% de femmes contre 21,5% d'hommes, $p=0,001<0,05$). Par ailleurs, beaucoup d'hommes (28,3%) que de femmes (25,7%) pensent que l'utilisation du condom féminin n'implique pas le manque de confiance envers le partenaire sexuel (attitude positive) et beaucoup de femmes sont indifférentes (10,9% contre 7,6%, $p=0,041$).

En Zambie, Agha S (2001) avait conclu que le condom féminin serait le plus important chez les sujets ne voulant pas utiliser le condom masculin [30]. Pour notre étude, la moitié des répondants (50%) n'ont pas voulu se prononcer à ce sujet et ont été indifférents alors que seuls 35% étaient en accord partiel ou total.

Plus de 71% ont dit que l'utilisation du condom féminin serait difficile ou très difficile, surtout son insertion (71,2%). Spizzichino et al avaient trouvé des résultats semblables [12]. De plus, beaucoup de sujets (56,1%) étaient indifférents quant à son aspect extérieur (son apparence) propre ou malpropre et au fait qu'il gênerait le déroulement des rapports sexuels (73,5%). La proportion de ceux qui utiliseraient le condom féminin, si disponible, reste à 43%. Cette proportion surpasse un peu celle trouvée par Agha S à Lusaka (40%) [30]. Cependant la proportion de femmes ayant

l'intention de l'utiliser dans le futur (17,0%), si disponible, reste de loin supérieure à celle trouvée lors de l'EIDSR de 2007-2008 (0,2%) mais inférieure à celle trouvée par Spizzichino et al en Italie (27,8%) [12] ; la majorité le recommanderaient à leurs amis (plus de 54%). Cependant, une étude menée au Zimbabwe par Ray et al a montré que la facilité d'utilisation du condom féminin augmente avec l'expérience [33].

L'environnement des répondants n'était pas défavorable à l'usage du condom féminin. En effet, s'agissant de croyances religieuses, près de la moitié des sujets (49,2%) admettent que celles –ci n'interdisent pas (ou y sont favorables) le condom féminin, 20,7% étaient indifférents et 30,2% disent que leurs croyances religieuses sont en défaveurs du condom féminin ; selon le sexe, pas de différence statistiquement significative ($p=0,314$). Cependant, la proportion de ceux qui affichent une attitude positive ou négative ou une indifférence est statistiquement différente selon leurs religions ($p=0,013$). Ceci rejoint l'idée avancée par RUMENGE NA en 2005 selon laquelle la religion peut être une raison de non utilisation du condom féminin [24]. De plus, selon le sexe, les proportions de ceux qui affirment que le condom féminin est interdit (ou non) par la culture rwandaise sont statistiquement différentes : 26,5% d'hommes contre 23,9% de femmes affichent une attitude favorable (positive) au condom féminin ; 15,4% d'hommes contre 9,0 de femmes ont une attitude négative ; et 14,9% de femmes contre 10,4% d'hommes y sont indifférents ($p=0,006<0,05$). Beaucoup d'hommes (46,9%) que de femmes (39,5%) disent qu'il faut parler du condom féminin en public et plus de femmes (3,8% contre 1,4%) sont indifférentes à ce sujet ($p=0,035$).

En général ; 66,7% dont 35,5% d'hommes et 31,4% de femmes disent qu'ils parlent facilement du condom féminin ; les différences n'étant pas statistiquement significatives pour le sexe ($ddl= 1, p=0,757$). Cependant, les 33,3% élèvent leurs voix en faveur du non parce que, disent –ils, parler du condom féminin c'est contre leur culture et ça leur fait honte ; pour d'autres c'est pour éviter des préjugés négatifs ; d'autres ne se sentent pas concernés et le trouvent moins importants ; d'autres ne le font pas du fait que le condom féminin est moins connu par leurs amis. Pour l'âge, les différences entre les groupes sont statistiquement significatives ($ddl=2, p=0,042$) et plus on est jeune, plus on aura tendance à parler du condom féminin avec ses amis. Ceci rejoint l'idée de Geibel S en 2004 selon laquelle la

probabilité d'utiliser le condom au dernier rapport sexuel diminue avec l'âge et se stabilise à l'âge adulte [34].

Disponibilité et accessibilité du condom féminin

Dans notre étude, moins de vingt pour cent (17,6%) des répondants avaient affirmé connaître un endroit dans leur milieu où ils pouvaient s'approvisionner en condom féminin. Cependant, Peters A et al (2010) affirment que la disponibilité du condom féminin pourrait augmenter considérablement sa demande ; il connaît des ruptures de stock régulières, le FC2 n'est pas encore disponible sur le marché privé et sa production globale ne représente que 0,28% de tous les condoms produits. De plus, les utilisateurs des pays en voie de développement ont été incapables de s'approvisionner en condoms féminins à un prix de US\$ 2-3 chaque FC1, ce qui est de loin cher, spécialement pour les femmes pauvres [35]. D'ailleurs, parmi les difficultés majeures d'accès au condom féminin évoquées par les répondants de notre étude, son prix élevé a été en troisième lieu après son indisponibilité et les connaissances limitées des utilisateurs.

La pratique du condom féminin

La pratique du condom féminin est en général basse : 7,7% l'avaient essayé au moins une fois et seuls 2,5% des répondants (dont 1,6% de femmes) l'utilisaient comme méthode contraceptive. Au Zimbabwe, Napierala et al avaient trouvé 5,5% de répondants qui avaient déjà utilisé le condom féminin [32]. Dans notre étude, la proportion de 2,5% qui utilisaient le condom féminin est supérieure à celle trouvée lors de l'EIDSR 2007-2008 (0,1% pour l'ensemble des femmes et 0,2% chez les femmes en union) [9]. Cependant, elle est de loin inférieure à celle trouvée à l'Université d'Ibadan (11,3%) et par Holmes JL et al (15,9%) [36]. De plus, de faibles résultats sur l'utilisation du condom féminin ont été enregistré par Haignere CS et al chez les adolescents âgés de 13 à 18 ans [37] et par Agha S à Lusaka où près de 2% seulement de répondants avaient utilisé exclusivement le condom féminin l'année précédente [30]. Même au Zimbabwe où le condom féminin a subi marketing social de masse, Kerrigan D et al montrent que l'utilisation consistante du condom féminin est restée à 15% [38].

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION

Au terme de la présente étude, nous avons trouvé que l'utilisation correcte et systématique du condom féminin permet de prévenir les IST et les grossesses non désirées. Il est crucial que les professionnels de santé aient des connaissances suffisantes sur le produit, les attitudes positives y relatives nécessaires à la promotion du condom féminin. De ce fait, nous avons choisi de décrire les connaissances, les attitudes et les pratiques concernant le condom féminin chez les étudiants du KHI.

La proportion d'étudiants ayant vu ou entendu parler du condom féminin reste élevée mais plus de trois-quarts de ces futurs professionnels de santé ne savent pas comment l'utiliser. A l'opposé, ceux qui savent comment utiliser le condom féminin l'ont appris principalement au KHI et aux centres de santé ou hôpitaux lors de stages d'études. Les attitudes de ces étudiants sont, en général, favorables surtout celles concernant la prévention des IST et des grossesses non désirées, son efficacité comparée à celle du condom masculin et les facteurs sociaux tels que les croyances religieuses, la culture rwandaise, la réceptivité par le partenaire sexuel (méfiance ou préjugés négatifs). La majorité le recommanderaient à leurs amis et l'utiliseraient si disponible. Cependant, les attitudes neutres sont affichées quant au niveau de sécurité qu'il procure aux femmes, au changement de sensations sexuelles, à l'usage alternatif au condom masculin, au fait qu'il gênerait le déroulement des rapports sexuels et à son aspect propre ou malpropre. De plus, il est difficile à insérer et à utiliser selon la majorité de sujets. Cette neutralité des attitudes serait due à la faible proportion de ceux qui connaissent son mode d'utilisation. La disponibilité du condom féminin est très faible. Trop peu d'étudiants l'ont essayé et, pire encore, moins de 3% l'utilisaient comme méthode de PF. Des études ultérieures seront nécessaires pour étudier les connaissances, les attitudes et les pratiques du condom féminin chez les autres catégories d'individus et au niveau national.

RECOMMANDATIONS

Au bout de cette étude, nous pouvons formuler des recommandations suivantes :

Aux décideurs politico-sanitaires et autres partenaires de santé :

- Rendre disponible et abordable le condom féminin grâce à la coopération des secteurs public et privé ;
- Renforcer des mécanismes d'information-Education-Communication (IEC) concernant les connaissances et le mode d'utilisation du condom féminin, l'importance de ce dernier dans la vie reproductive de la population (surtout celle des femmes), ainsi que les stratégies de négociation de la sexualité à moindre risque.

A Kigali Health Institute :

- Mettre un accent particulier sur l'enseignement des stratégies destinées à préserver la santé reproductive de la population, surtout l'utilisation du condom féminin, car cette étude a révélé que la majorité des étudiants ne savent pas utiliser le condom féminin.

REFERENCES

1. OMS. *Stratégie pour accélérer les progrès en santé génésique en vue de la réalisation des objectifs et cibles de développement internationaux*. Genève : Département de Santé et de Recherche génésiques ; Mai 2004. Disponible à http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_RHR_04.8_fre.pdf [consulté le 24 juillet 2009].
2. WHO. *HIV/AIDS Epidemiological Surveillance Report for the WHO African Region: 2007 Update*. Genève: Regional Office for Africa. 2008. Disponible à http://www.who.int/hiv/pub/me/afro_epi_sur_2007.pdf [consulté le 28 juillet 2009].
3. Low N, Broutet N, Adu-Sarkodie Y, Barton P, Hossain M, Hawkes S. *Global control of sexually transmitted infections*. The Lancet. 2006; 368(9551): 2001-16.
4. PSI, CNLS. *Enquête Nationale sur la disponibilité et l'accessibilité du condom masculin au Rwanda, Version définitive*. Kigali: PSI et CNLS; 2005.
5. Adair T, USAID. *Men's Condom Use in Higher-Risk Sex: Trends and Determinants in Five Sub-Saharan Countries*. DHS Working Papers series No 34. Herston, Australia: University of Queensland; April 2008.
6. UNFPA, PATH. *Female Condom: A Powerful Tool for Protection*. Seattle: UNFPA, PATH; 2006.
7. The Lancet. *The female condom: still an underused prevention tool*. The Lancet Infectious Diseases. June 2008 ; 8(6):343.
8. WHO, CDC. *100% Condom Use Programme: experience from China (2001-2004)*. Disponible à: <http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/A5040948-29C3-4682-A308-F98D2C0A1870/0/100CUPChina2.pdf> [consulté le 28 juillet 2009].
9. MINISANTE, INSR, ICF Macro. *Rwanda, Enquête Intermédiaire sur les Indicateurs Démographiques et de Santé, Rwanda 2007-2008*. Calverton, Maryland, U.S.A.: MINISANTE, INSR et ICF Macro; Avril 2009.
10. INSR, MINISANTE, Macro International Inc. *Enquête sur la prestation des services de soins de santé 2007*. Calverton, Maryland, U.S.A.: INSR, MINISANTE, Macro International Inc.; 2008.
11. UNAIDS. *HIV/AIDS, Gender and Male and Female Condoms, factsheet:2*.

12. Spizzichino L, Pedone G, Gattari P, Luzi AM, Gallo P, Valli R, Rezza G. *The female condom: knowledge, attitude, and willingness to use. The first Italian study*. Ann Ist Super Sanità . 2007; 43(4):419-24.
13. JORR no. 13/2002. Loi n° 07/2002 du 22/02/2002 portant création et organisation de l'Institut Supérieur de Santé de Kigali. Disponible à http://www.amategeko.net/display_rubrique.php?Langue_ID=Fr&Information_ID=1062&Parent_ID=30691329&type=public [Consulté le 26 mars 2009].
14. Pubmed. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>. [consulté le 28 juillet 2009]
15. Rey A. *Le Robert Micro*. Dictionnaire de la langue française. Paris: Maury-Eurolivres; 2007.
16. Page-Bucci H. *The value of Likert scales in measuring attitudes of online learners*. [En ligne] 2003. Disponible à <http://www.hkadesigns.co.uk/websites/msc/reme/likert.htm> [consulté le 31 mars 2010].
17. Petty RE, Wegener DT, Fabrigar LR. *Attitudes and attitude change*. Annu. Rev. Psychol. 1997 ;48: 609-47.
18. WHO. *Female Condom Technical Review Committee Report*. Genève: WHO; 2007.
19. UNAIDS. *The female condom and AIDS: UNAIDS Point of View (UNAIDS Best Practice Collection: Point of View)*. Genève: UNAIDS; April 1997.
20. FHC. *A growing consensus: The Female Health Company 2008 Annual Report*. Chicago, Illinois: FHC; 2009.
21. OMS, ONUSIDA. *Le préservatif féminin: Guide pour planifier et mettre en place les programmes*. Genève: OMS et ONUSIDA; 2002. Disponible à http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_RHR_00.8_fre.pdf [consulté le 11 mars 2010].
22. Mauck CK, Weaver MA, Schwartz JL, Walsh T, Joanis C. *Critical next steps for female condom research - Report from a workshop*. Contraception. 2009;79: 339-44.
23. Chebaro R, El Tayyara L, Ghazzawi F, Abi Saleh B. *Connaissances, attitudes et pratiques concernant la contraception dans une population urbaine*. Eastern Mediterranean Health Journal. 2005 ;11(4):573-85.
24. Rumenge Nt A. *Identification des déterminants psychosociaux sous-jacents à l'utilisation du préservatif auprès de la jeunesse scolarisée rwandaise*.

- Laval: mémoire présenté à la Faculté des Etudes Supérieures de l'Université de Laval; 2005.
25. Salabarría-Pena Y, Lee JW, Montgomery SB, Hopp HW, Muralles AA. *Determinants of female and male condom use among immigrant women of Central American Descent*. AIDS and Behavior. June 2003 ;7(2):163-74.
 26. Albarracín D, Johnson BT, Fishbein M, Muellerleile PA. *Theories of Reasoned Action and Planned Behavior as Models of condom use: A Meta-Analysis*. Psychological Bulletin. 2001 ;127(1):142-61.
 27. Ajzen I. *The theory of planned behavior*. Organizational Behavior and Human Decision Processes. 1991 ;50:179-211.
 28. Cecil H, Perry MJ, Seal DW, Pinkerton SD. *The female Condom: What we have learned thus far*. AIDS and Behavior. 1998 ;2(3):241-56.
 29. Okunlola MA, Morhason-Bello IO, Owonikoko KM, Adekunle AO. *Female condom awareness, use and concerns among Nigerian female undergraduates*. Journal of Obstetrics and Gynaecology. May, 2006; 26(4):353-6.
 30. Agha S. *Intention to Use the Female Condom Following a Mass-Marketing Campaign in Lusaka, Zambia*. American Journal of Public Health. February 2001; 91(2):307-10.
 31. Rahlenbeck S et Uhagaze B. *Intentions to use condoms in Rwandan secondary school students*. AIDS Care. January 2004; 16(1):117-21.
 32. Napierala S, Kang MS, Chipato T, Padian N, Van der Straten A. *Female condom uptake and acceptability in Zimbabwe*. AIDS Education and Prevention. 2008; 20(2):121-34.
 33. Ray S, Bassett M, Maposhere C, Manangazira P, Nicolette JD, Machezano R et al. *Acceptability of the Female Condom in Zimbabwe: Positive but male centered responses*. Reproductive Health Matters. May 1995; 3(5):68-79.
 34. Geibel S. How condom use is influenced by age and HIV interventions: Results from Horizons operations research. In: *Int Conf AIDS (15th: 2004: Bangkok, Thailand)*. Jul 11-16; 15: abstract no.MoPpD2021. Horizons Program/Population Council: *Nairobi, Kenya: 2004*. Disponible à <http://gateway.nlm.nih.gov/MeetingAbstracts/ma?f=102280598.html> [consulté le 9 décembre 2010].

35. Peters A, Jansen W, Van Driel F. *The female condom: the international denial of a strong potential*. Reproductive Health Matters. 2010; 18(35):119-28.
36. Holmes JL, Ogungbade GO , Ward DD , Garrison O , Peters RJ., Kalichman SC , Lahai-Momohe J et Essien EJ. *Potential markers of female condom use among inner city African-American Women*. AIDS Care. 2008; 20(4):470-7.
37. Haignere CS, Gold R, Maskovsky J, Ambrosini J, Rogers CL, Gollub E. *High-Risk Adolescents and Female Condoms: Knowledge, Attitudes and Use Patterns*. Journal of adolescent Health. June 2000; 26:392-8.
38. Kerrigan D, Mobley S, Rutenberg N, Fisher A, Weiss E. *The female condom. Dynamics of use in Urban Zimbabwe*. Washington, DC: The Population Council; 2002.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Cher(e) Etudiant(e),

Une étude portant sur les connaissances, attitudes et pratiques des étudiants concernant le condom féminin est en cours d'exécution au Kigali Health Institute. Elle s'inscrit dans le cadre de promouvoir l'utilisation des méthodes contraceptives de barrière, spécifiquement le condom féminin. Elle est sous la direction du Prof. Joseph Ntaganira, enseignant à l'Ecole de Santé Publique de l'Université Nationale du Rwanda. La collecte de données est assurée principalement par Valens Mbarushimana, étudiant à ladite école et pour qui le rapport final servira de travail de fin d'études de maîtrise en Santé Publique.

Nous sollicitons votre accord de participation à l'étude. Cependant, vous pouvez décliner votre accord à tout moment selon votre volonté. Une série de questions sur vos connaissances, vos attitudes et pratiques sur le condom féminin vous seront posées confidentiellement. Vous avez le droit de demander quelques éclaircissements avant de répondre.

Vos réponses seront gardées confidentiellement et seuls les chercheurs y auront accès. Aucune conséquence négative due à vos réponses ne vous affectera, ni même un membre de votre famille.

Pour assurer la confidentialité, la questionnaire sera identifié par un code numérique. Votre nom ne sera pas inscrit sur le questionnaire. Vos réponses ne seront valides que dans le cadre de cette étude.

Acceptez – vous de participer à cette étude ?

J'accepte

Je refuse

Date :.....

QUESTIONNAIRE N° _____

Connaissances, attitudes et pratiques concernant le condom féminin chez les étudiants de Kigali Health Institute (KHI)

Date de l'interview :/..../2010

Remarques:

Écrire le numéro de la réponse choisie dans la case correspondante à droite ou compléter les pointillés par un texte clair et concis.

Pour les items à différents degrés (II.7-II.16 et IV.5-IV.10), cochez à l'aide d'un \surd au – dessus du degré correspondant à votre réponse.

I. Identification du répondant

I.1. Campus : 1. Kigali 2. Nyamishaba	/ ____/
I.2. Age du répondant (en années):	/ ____/
I.3. Sexe du répondant : 1. Masculin 2. Féminin	/ ____/
I.4. Religion : 1. Catholique 2. Protestant/Pentecôte (ADEPR) 3. Adventiste du 7 ^{ème} Jour 4. Musulman 5. Témoin de Jéhovah 6. Sans religion 7. Autre (à préciser).....	/ ____/
I.5. Etat matrimonial : 1. Célibataire 2. Mariée légalement 3. Union libre 4. Divorcée/séparée 5. Veuve 6. Autre (à préciser)....	/ ____/
I.6. 1. Nombre d'accouchements :	/ ____/
I.6.2. Nombre d'enfants vivants :	/ ____/
I.6.3. Autres enfants à charge :	/ ____/

<p>I.7. Année d'études:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Première année 2. Deuxième année 3. Troisième année 4. Quatrième Année 5. Autre année : BNE/Bridge/Maitrise 	
<p>I.8. Nombre de partenaires sexuels durant les trois derniers mois :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aucun 2. Un 3. Deux et plus 	

Connaissances et disponibilité du condom féminin

<p>II. 1. Connaissez – vous le condom masculin ? 1. Oui 2. Non</p>	
<p>II. 2. Avez-vous déjà vu ou entendu parler du condom féminin ? 1. Oui 2. Non → II.7</p>	/ ___/
<p>II.3. Si oui, où avez-vous vu ou entendu parler du condom féminin?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Centre de santé, Hôpital 2. Maison de vente (Boutique, Pharmacie, etc.) 3. Grandes affiches 4. Bar/Hôtels 5. Media (Radio, Films, Télévision, Journal, etc.) 6. Ailleurs (spécifier)..... 	/ ___/
<p>II.4. Comment appréciez – vous des messages entendus/vus destinés à promouvoir les condoms féminins ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Très constructifs 2. Excessifs 3. Inutiles 4. Autre appréciation (spécifier) : 5. Je ne sais pas 	/ ___/
<p>II. 5. Savez – vous comment utiliser le condom féminin ? 1. Oui 2. Non → II.8</p>	/ ___/
<p>II. 6. Si oui, où l'avez – vous appris ?</p>	/ ___/

II.7. L'utilisation du condom féminin prévient des grossesses non désirées

1- Tout à fait en désaccord	2- En désaccord	3- Incertain	4- D'accord	5- Tout à fait d'accord
-----------------------------	-----------------	--------------	-------------	-------------------------

II.8. L'utilisation du condom féminin prévient des infections sexuellement transmissibles

1- Tout à fait en désaccord	2- En désaccord	3- Incertain	4- D'accord	5- Tout à fait d'accord
-----------------------------	-----------------	--------------	-------------	-------------------------

II.9. L'utilisation du condom féminin prévient le VIH SIDA

1- Tout à fait en désaccord	2- En désaccord	3- Incertain	4- D'accord	5- Tout à fait d'accord
-----------------------------	-----------------	--------------	-------------	-------------------------

II.10. Je me sens plus en sécurité quand j'utilise le condom féminin.

1- Tout à fait en désaccord	2- En désaccord	3- Incertain	2- D'accord	5- Tout à fait d'accord
-----------------------------	-----------------	--------------	-------------	-------------------------

II.11. Je crois que le condom féminin est aussi efficace que le condom masculin.

1- Tout à fait en désaccord	2- En désaccord	3- Incertain	4- D'accord	5- Tout à fait d'accord
-----------------------------	-----------------	--------------	-------------	-------------------------

II.12. Je pense que le condom féminin est une alternative viable pour les hommes qui n'aiment pas le condom masculin.

1- Tout à fait en désaccord	2- En désaccord	3- Incertain	4- D'accord	5- Tout à fait d'accord
-----------------------------	-----------------	--------------	-------------	-------------------------

II.13. Je pense que l'utilisation du condom féminin implique le manque de confiance envers le partenaire sexuel.

1- Tout à fait en désaccord	2- En désaccord	3-Incertain	4- D'accord	5- Tout à fait d'accord
-----------------------------	-----------------	-------------	-------------	-------------------------

II.14. Je n'utilise pas le condom féminin parce que j'ai peur d'être jugé négativement par mon partenaire sexuel.

1- Tout à fait en désaccord	2- En désaccord	3- Incertain	4- D'accord	5- Tout à fait d'accord
-----------------------------	-----------------	--------------	-------------	-------------------------

II.15. Le condom féminin figure parmi les interdits de mes croyances religieuses

1- Tout à fait en désaccord	En désaccord	3- Incertain	4- D'accord	5- Tout à fait d'accord
-----------------------------	--------------	--------------	-------------	-------------------------

II.16. Le condom féminin figure parmi les interdits de la culture rwandaise

1- Tout à fait en désaccord	2- En désaccord	3- Incertain	4- D'accord	5- Tout à fait d'accord
-----------------------------	-----------------	--------------	-------------	-------------------------

II.17. Pour vous, faut –il parler du condom féminin en public ? 1. Oui 2. Non → II.19 3. Je ne sais pas → II.19	/ ____/
II.18. Si non pourquoi ?	
II.19. Parlez – vous facilement du condom féminin avec vos ami(e)s ? 1. Oui 2. Non → III.1	/ ____/
II.20. Si non pourquoi ?	

III. Accessibilité du condom féminin

III. 1. Dans votre milieu, y a-t- il un endroit où vous pouvez vous approvisionner en condom féminin ? 1. Oui 2. Non → III.4	/ ____/
III.2. Si oui, quel est cet endroit ? 1. Pharmacie 2. Boutique 3. Centre de santé 4. Chez un collègue 5. Agent de santé communautaire 6. Ailleurs (Spécifier).....	/ ____/
III.3. Combien de temps vous faut- il pour y arriver ? 1. Moins d'une heure 30 minutes 2. Plus d'une heure 30 Minutes	/ ____/
III.4. Pour vous, quelle est la difficulté majeure à vous procurer le condom féminin dans votre milieu ? 1. Connaissances limitées 2. Prix élevé 3. Indisponibilité du condom féminin	/ ____/
III.5. Est – il honteux d'acheter le condom féminin au vu du public ? 1. Oui 2. Non	/ ____/

IV. Pratique du condom féminin

IV.1. Utilisez – vous actuellement une méthode contraceptive/prévention de grossesses ? 1. Oui 2. Non → IV.4	/ ____/
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------

<p>IV.2. Quelle est la méthode contraceptive que vous utilisez actuellement ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Stérilisation féminine 2. Stérilisation masculine 3. Pilule 4. DIU 5. Injectables 6. Implants 7. Condom masculin 8. Condom féminin 9. MAMA (Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée) 10. MJF (Méthode des Jours Fixes) 11. Contenance périodique 12. Retrait 13. Autres méthodes 	/ ____/
<p>IV.3. Pourquoi avez –vous choisi cette méthode ?</p> <p>.....</p>	
<p>IV.4. avez – vous jamais essayé le condom féminin au moins une fois ? 1. Oui 2. Non → IV.12</p>	/ ____/

IV.5. En général, comment avez – vous trouvé l'utilisation condom féminin ?

1- Très facile	2- Facile	3- Acceptable	4- Difficile	5- Très difficile
----------------	-----------	---------------	--------------	-------------------

IV.6. comment avez-vous troué l'insertion du condom féminin ?

1- Très facile	2- Facile	3- Acceptable	4- Difficile	5- Très difficile
----------------	-----------	---------------	--------------	-------------------

IV.7. L'utilisation du condom féminin ne change pas la satisfaction sexuelle éprouvée.

1- Tout à fait en désaccord	2- En désaccord	3- Incertain	4- D'accord	5- Tout à fait d'accord
-----------------------------	-----------------	--------------	-------------	-------------------------

VIII

IV.8. Je recommanderais à mes amis d'utiliser le condom féminin.

1- Tout à fait en désaccord	2- En désaccord	3- Incertain	4- D'accord	5- Tout à fait d'accord
-----------------------------	-----------------	--------------	-------------	-------------------------

IV.9. J'utiliserais le condom féminin si disponible.

1- Tout à fait en désaccord	2- En désaccord	3- Incertain	4- D'accord	5- Tout à fait d'accord
-----------------------------	-----------------	--------------	-------------	-------------------------

IV.10. Le condom féminin gêne le déroulement des rapports sexuels.

1- Tout à fait en désaccord	2- En désaccord	3- Incertain	4- D'accord	5- Tout à fait d'accord
-----------------------------	-----------------	--------------	-------------	-------------------------

IV.11. Comment avez – vous trouvé son aspect extérieur ? 1. Propre 2. Malpropre 3. Indifférent	
IV.12. Quel type de condom utilisez-vous le plus fréquent ? 1. Masculin 2.Féminin	/ __ /
IV.13. Quel type de condom préférez – vous ? 1. Masculin 2. Féminin 3. Aucun	/ ___ /
IV.14. Pourquoi ?.....	/ ___ /
IV.15. Que recommandez – vous aux utilisateurs du condom féminin ?	/ ___ /
IV.16. Que recommandez – vous aux professionnels de santé concernant la promotion efficace du condom féminin?	/ ___ /

Commentaires de l'enquêteur.....

Fin du questionnaire

Merci !

