

# DE LA CONTRACEPTION HORMONALE EN AFRIQUE DE L'OUEST : EFFETS SECONDAIRES ET USAGES A LA MARGE

Maria Teixeira \*, Nathalie Bajos \*\*,  
Agnès Guillaume \*\*\* & l'équipe ECAF †

## INTRODUCTION

Aujourd'hui, la diffusion de la biomédecine et de sa pharmacopée dans les sociétés du Sud suscite adhésions, réticences ou interrogations (Van der Geest, 2006). Le rapport aux produits pharmaceutiques n'est pas donné, fixé une fois pour toutes. Des processus d'apprentissage, de réappropriation et des réinterprétations s'opèrent, notamment en ce qui concerne la contraception hormonale.

En Afrique subsaharienne, cette contraception reste très peu employée malgré un accès facile, du moins en ville (Guillaume, 2003). Dans ces sociétés où la sexualité prémaritale et non procréative se développe, son utilisation pourrait pourtant permettre de limiter les grossesses non prévues. Véronique Hertrich a montré que :

\* Anthropologue, ingénieur de recherche, UMR-S 1123 Eceve, Inserm – université Paris-Diderot, Sorbonne, Paris Cité, France.

\*\* Sociologue-démographe, directrice de recherche, responsable de l'équipe *Genre sexualité santé*, Inserm U 1018 – Cesp – Ined, Paris, France.

\*\*\* Démographe, IRD – Ceped UMR 196 - université Paris-Descartes – Ined-IRD, Paris, France.

‡ L'équipe Ecaf (*Emergency Contraception in Africa*) comprend : Nathalie Bajos (responsable de la recherche, Inserm-Ined, France), Michèle Ferrand (co-responsable scientifique, CNRS, France), Agnès Guillaume (coordinatrice ; IRD, France), Agnès Adjamagbo (IRD, France), Clémentine Rossier (Ined, France), Maria Teixeira (Inserm, France), Banza Baya, André Soubeiga et Nathalie Sawadogo (ISSP, université de Ouagadougou, Burkina Faso), Fatima Bakass et Aziz Chaker (Insea, Maroc), John Gyapong, Leticia Beikro et Ivy Osei (*Health Research Unit, Ghana Health Service*, Ghana), Pierrette Aguessy Koné (*Association Santé reproductive et genre*, Sénégal), Catherine Gourbin et Lorise Moreau (Université de Louvain-la-Neuve, Belgique), Susannah Mayhew et Martine Collumbien (*Centre for Population Studies, LSHTM, Royaume-Uni*).

*l'augmentation de l'âge au mariage des femmes indique ainsi une certaine reconnaissance, pour les jeunes femmes, d'une période de vie et d'un statut hors de la sphère conjugale et reproductive. Elle crée une ouverture potentielle vers une période de formation, d'élaboration de projets personnels et de construction de soi beaucoup plus importante.*

Hertrich (2007 : 292).

En Afrique les processus d'individualisation hybrides se dessinent entre d'une part un individuel et d'autre part un collectif qui ne se centre plus seulement sur la famille étendue.

*C'est dans un rapport au communautaire recomposé et reconfiguré que les individus émergent et "s'autonomisent" dans la sphère publique comme dans la sphère familiale.*

Calves & Marcoux (2007 : 14).

Cependant, la procréation, la maternité et la paternité restent des événements particulièrement importants pour le statut des femmes et des hommes dans toutes les sociétés, en particulier celles du Sud. L'une des principales finalités du mariage est la constitution d'une descendance. Une femme stérile peut être plainte ; elle n'en est pas moins dévalorisée et considérée comme « incomplète ». Ainsi, tout sera mis en œuvre par la société pour faire en sorte qu'une femme enfante. Des rituels sont organisés, dont certains sont de véritables injonctions à la procréation (Journet, 1985). Cependant, une solidarité féminine se déploie dans le cadre de communautés de femmes ayant été en mal d'enfant. Il n'en reste pas moins qu'une femme qui n'a pas réussi à enfanter malgré ses démarches sera désignée de manière privilégiée comme une sorcière (Cros, 1990). Les Manjak disent « Dieu l'a faite comme un homme », même son identité sexuelle lui est déniée (Teixeira, 2001 : 9). Selon le schéma décrit par Paola Tabet (1998) d'une division sexuelle du travail dans le cadre conjugal, les femmes et co-épouses, pour tenir leur rôle, se doivent de constituer la descendance de leur époux et de son lignage. Aussi la contraception n'est sereinement acceptée que si les femmes et les hommes ont la certitude qu'elle ne remettra pas en cause la fertilité future du couple ou si le couple a déjà eu tous les enfants souhaités.

Le rapport aux produits pharmaceutiques, et plus particulièrement à la contraception, peut être double. D'une part la réputation d'efficacité des produits pharmaceutiques ou des techniques de soins est souvent d'autant plus grande qu'ils viennent de contrées lointaines : pays industrialisés, espaces extérieurs au territoire (Van der Geest & Whyte, 1989) ; d'autre part, cette distance induit un certain scepticisme. La diffusion de ces produits en Afrique peut être appréhendée comme une intrusion de l'industrie du Nord, visant à créer un certain modèle de composition familiale dans les sociétés du Sud, imposant comme norme l'espacement et la limitation des naissances par la planification

familiale. Par ailleurs, les méthodes contraceptives médicales permettent une sexualité non procréative et le contrôle de la descendance par les femmes (Nichter & Vuckovic, 1994). C'est pourquoi, en Afrique, des positionnements contradictoires peuvent être adoptés face aux méthodes hormonales de contraception. Les hommes ne cèdent pas sans réticences leur part de contrôle sur les naissances. Certains craignent une plus grande liberté sexuelle pour les femmes, qui serait non conforme aux injonctions sociales de fidélité et qui s'exercerait en dehors du mariage. Cependant d'autres se réjouissent au contraire de cette possibilité qui leur est offerte d'avoir des rapports sexuels en dehors du mariage et notamment avant celui-ci, sans craindre la survenue d'une grossesse non désirée. Du point de vue des femmes, c'est aussi l'impact sur leur santé, leur corps et leur fécondité qui leur fait adopter des positionnements contradictoires. D'un côté, la contraception leur permet d'éviter grossesses non prévues et avortements clandestins, mais d'un autre côté les effets secondaires vécus, rapportés ou supposés, sont craints.

En effet, l'un des principaux facteurs favorisant l'abandon des méthodes contraceptives hormonales par les femmes est le vécu de ces effets secondaires (Vitzthum & Ringheim, 2005). Ces effets non létaux ne sont pas considérés par les milieux médicaux et pharmaceutiques à la hauteur des inconvénients qu'ils génèrent chez les utilisatrices. Dans notre recherche conduite en Afrique de l'Ouest, nous avons pu constater l'importance des effets indésirables dont souffrent de nombreuses femmes.

Depuis le début des années 2000, une nouvelle contraception d'urgence à base de progestatifs a été mise sur le marché africain dans la perspective de réduire les échecs de contraception et la mortalité associée à la pratique de l'avortement clandestin et d'améliorer ainsi la santé sexuelle et reproductive des femmes. Elle présente l'avantage d'être plus efficace que la méthode Yuzpe (Trussell *et al.*, 2003)<sup>1</sup>, d'avoir moins d'effets secondaires, tels que vertiges, nausées et signes cutanés, et de ne pas présenter de contre-indication médicale, ce qui permet sa délivrance sans ordonnance. La contraception d'urgence, mise au point dans des pays occidentaux où la contraception pré-coïtale est largement diffusée, est présentée comme une méthode de rattrapage d'un échec de contraception. Elle est promue comme méthode de contraception post-coïtale à utiliser « en urgence ».

1. — Abraham Albert Yuzpe est un gynécologue et obstétricien canadien ayant travaillé sur la contraception d'urgence. La méthode qu'il a développée consiste à prendre deux doses de pilules d'oestrogènes et de progestatifs composées chacune de 100 µg d'éthinylœstradiol et de 500 µg de lévonorgestrel. La première pilule est à prendre dans les 72 heures après le rapport sexuel à risque de grossesse non désirée et la seconde 12 heures après la première pilule. Au total doivent être pris 200 µg d'éthinylœstradiol et de 1,0 mg de lévonorgestrel.

Cependant, la possibilité d'intervenir après l'acte sexuel pour éviter une grossesse s'enracine dans des pratiques locales, déjà mises en œuvre en Afrique subsaharienne par les femmes avant l'apparition de la contraception d'urgence (Van de Walle & Renne, 2001 ; Teixeira *et al.*, 2012). Décoctions de plantes, boissons alcoolisées ou comprimés pharmaceutiques réinterprétés sont consommés et des bains vaginaux sont réalisés.

L'objectif de ce chapitre est d'analyser les effets secondaires vécus et rapportés par les utilisatrices des contraceptions hormonales (injections, implants et pilules) et de comprendre si la contraception d'urgence peut être une alternative pour les femmes qui éprouvent ces effets secondaires.

## MÉTHODOLOGIE

L'analyse est fondée sur des données recueillies entre 2005 et 2007 dans le cadre de la recherche Ecaf dont les résultats ont fait l'objet d'un dossier thématique de la revue *Population* (Bajos *et al.*, 2013). L'objectif global était d'étudier les représentations et l'utilisation de la contraception d'urgence au Sénégal, au Burkina Faso et au Ghana, trois pays où la prévalence contraceptive est faible (respectivement 10,5 %, 8,8 % et 18,7 % chez les femmes mariées en 2003) et où les besoins de contraception non satisfaits sont élevés (United Nations, 2011). L'étude est focalisée sur le milieu urbain (Dakar, Ouagadougou, Accra) où la contraception est mieux diffusée qu'en milieu rural.

Les 149 répondantes, recrutées par la méthode boule de neige, étaient âgées de dix-huit à quarante ans et de milieux sociaux professionnels et de situations conjugales et familiales variés. Cette recherche couvre l'ensemble de leur vie affective, sexuelle, contraceptive et familiale. Dans les trois pays, un consentement éclairé a été obtenu de chaque interviewée après lui avoir lu un document d'information présentant l'enquête. Un prénom fictif a été donné à chacune d'entre elles afin de respecter la confidentialité. L'approbation des comités d'éthique a été obtenue au Sénégal (*Conseil national pour la recherche en santé*), au Ghana (*Ghana Health Service Ethical Committee*) et au Burkina Faso (*Comité d'éthique pour la recherche en santé*).

Un guide d'entretien semi-structuré a été testé puis établi. Les enquêtrices qui ont mené les entretiens étaient toutes originaires des pays concernés, ce qui a permis aux répondantes de choisir la langue véhiculaire dans laquelle s'exprimer. Les entretiens enregistrés ont été transcrits et traduits lorsque nécessaire (en anglais pour les entretiens du Ghana et en français pour les autres).

Tous les membres de l'équipe de recherche ont lu les transcriptions à plusieurs reprises et les ont discutées collectivement. Les entretiens ont été codés et étudiés thématiquement à l'aide du logiciel NVivo7. Une analyse phénoménologique des propos de chaque personne interviewée a été réalisée.

Sur les 149 entretiens, 59 font explicitement référence à l'utilisation ou au refus d'utiliser la pilule ; 47 témoignent de l'utilisation d'injections ou d'implants ; et 20 font référence à la contraception d'urgence. Les femmes les plus jeunes de notre corpus utilisent peu la contraception hormonale surtout lorsqu'elles sont célibataires. Lors du (ou des) premier(s) rapport(s) sexuel(s), souvent rien n'est utilisé (86 femmes). Par la suite, elles préfèrent les méthodes dites naturelles (date et retrait) et les préservatifs. Voyons maintenant les discours des femmes à propos des effets de la contraception hormonale sur leur corps.

Nombre d'effets secondaires ressentis lors de l'utilisation de méthodes hormonales de contraception sont rapportés par les répondantes. Ces effets sont connus (Hatcher *et al.*, 2007). Celles qui ont expérimenté les méthodes hormonales nous décrivent les effets physiquement ressentis, leur vécu. Celles qui n'ont pas utilisé ces méthodes ont toutefois élaboré des représentations fondées sur ce qu'elles en ont entendu par leur entourage, leurs pairs éducateurs et par les professionnels de santé : le flux sanguin des règles est modifié, le poids du corps connaît parfois de grandes variations et différents maux affectent le corps et l'humeur. Cependant le regard porté sur des effets identiques n'est pas toujours similaire ; il varie en fonction des attentes de chacune.

#### LES EFFETS IMPUTÉS À LA CONTRACEPTION : DISCOURS ET VÉCU

##### *Les effets sur le flux sanguin des règles*

Les femmes évoquent des perturbations des règles presque exclusivement lors de l'utilisation des méthodes injectables de contraception et des implants.

Lorsque la contraception provoque une aménorrhée, cette « impureté » du sang des règles est perçue par certaines femmes comme retenue dans le corps. Ophira (Ghanéenne de 30 ans, mariée, sans instruction scolaire), qui a utilisé l'injection, nous fait part de cette impression : « J'ai peut-être du sang impur dans mon système. » Otilie (Ghanéenne de 31 ans, célibataire, sans instruction scolaire) qui utilise la même méthode, explique : « Si vous prenez l'injection, vous n'aurez pas vos règles, ce qui veut dire que tout le sang sale est dans votre ventre. » Puis elle rapporte avoir constaté une modification de l'aspect de ce sang qui « était noir et comme caillé ». L'impureté et la saleté supposée du sang des règles, qu'il soit perçu comme retenu dans le corps ou comme ayant un aspect anormal, témoigneraient de modifications profondes de la qualité de ce sang, perceptibles également par sa mauvaise odeur. Oprah (Ghanéenne de 30 ans mariée, instruction secondaire) se souvient : lorsqu'elle était sous injection, « Ça sentait mauvais en plus. L'odeur était désagréable donc cela ne me plaisait pas ». Aussi, l'ensemble du système sanguin semble-t-il être affecté par la contraception.

L'aménorrhée et l'irrégularité du flux des règles sont des plaintes récurrentes. Fabatou (Sénégalaise de 33 ans, mariée, instruction primaire), qui a opté pour

l'injection trimestrielle, s'inquiète de ne plus avoir de règles, ressent douleurs et fatigue qui l'empêchent de vaquer à ses activités. D'ailleurs, Latifa (Ghanéenne de 26 ans, mariée, école de secrétariat) pense abandonner l'injection en nous expliquant son inquiétude d'être surprise par ses règles sans protection hygiénique. Ses périodes d'aménorrhée sont tellement variables qu'elle est dans l'incapacité de prévoir la date de survenue de ses règles. Quant à Lynnette (Ghanéenne de 26 ans, mariée, école de secrétariat), qui souffre de ménorragie avec des règles qui durent plus longtemps qu'à l'accoutumée, ces pertes limitent son activité sexuelle et perturbent la vie du couple qui adhère à la valeur négative attribuée au sang des règles, véhiculée par les représentations sociales.

Toutefois, certaines femmes acceptent ces complications, l'efficacité de la contraception et l'impact positif sur la vie de couple étant pour elles plus importants que les effets indésirables. Il en est ainsi de Liberty (Ghanéenne de 35 ans, mariée, instruction secondaire) qui a opté pour l'implant d'une durée de cinq ans :

*J'ai aussi réalisé que le planning familial que j'ai fait a apporté la joie et la paix entre moi et mon mari. [...] Le problème avec ça c'est qu'à chaque fois que j'ai mes règles le sang met plusieurs jours à arrêter de couler. Parfois le sang s'arrête à temps mais je vais avoir des pertes comme de l'eau pendant une à deux semaines.*

Parfois des effets secondaires qui peuvent sembler importants sont non seulement acceptés, mais même recherchés.

Les injections sont appréciées et recherchées à cause de l'aménorrhée qu'elles provoquent. Jamie (Burkinabè de 37 ans, mariée, BEPC) a choisi l'injection car :

*tes règles ne viennent pas ! Donc tu vas te reposer ; tu marches comme un homme maintenant. Donc je suis allée et j'ai fait mais [hésitation], j'ai fait le constat qu'une femme qui n'a pas ses règles, ce n'est pas normal.*

Finalement elle se ravise, ne se sentant pas à l'aise dans cet état, son identité féminine étant remise en cause par la disparition des règles. Une autre femme, Josée (Burkinabè de 20 ans, fiancée, en vie maritale, instruction secondaire) souffre de dysménorrhée ; elle a donc essayé de faire disparaître ses règles douloureuses en optant pour les injections trimestrielles.

*Au moment des règles je souffre trop. Quand je porte le coton, je me sens gênée [...] donc si ça ne vient pas ça m'arrange parce que je suis libre de m'habiller comme je veux.*

Mais finalement au lieu d'un arrêt des règles, la méthode provoque des pertes très fréquentes : elle a bien eu des effets secondaires mais pas ceux escomptés. Au lieu de gagner en liberté et en bien-être, Josée a éprouvé plus de douleurs et davantage de contraintes.

Janta (Burkinabè de 25 ans, mariée, instruction primaire), souffrant également de dysménorrhée, souhaite limiter mais ne pas supprimer totalement ses règles. Elle en discute avec une agent de santé qui lui conseille l'injection qui pourrait diminuer le flux de ses règles.

*Donc j'ai été piquée et je suis repartie. Pendant deux mois je n'ai pas vu mes règles. Je suis repartie le lui dire. Elle m'a dit de repartir, que ça va venir. Trois mois après, ce n'était toujours pas venu. Je suis repartie la voir : elle m'a proposé de faire la piqûre de nouveau et que les règles allaient revenir. J'ai refusé en me disant je n'allais plus faire ça. Pour moi, si c'était venu et j'ai vu, je pouvais accepter ! Mais comme ce n'est pas venu, je ne vais plus faire.*

Dans ce cas, la prestataire de soins ne semble pas à l'écoute des plaintes, elle a peut-être minoré l'inquiétude de cette femme ou bien, même si cela est peu probable, n'a-t-elle pas de méthodes alternatives à proposer.

Ces variations du flux sanguin et les modifications de l'aspect du sang des règles ne sont pas les seuls effets vécus par les femmes. Des modifications pondérales importantes sont également rapportées.

#### *Les effets sur le poids*

Selon les canons de beauté dans certains milieux sociaux en Afrique, les mères de famille doivent être « bien en chair », mais sans excès. Aujourd'hui, ces canons se modifient notamment chez les jeunes filles vivant en milieu urbain qui veulent « garder la ligne ». Une prise de poids jugée excessive par les femmes est d'autant plus mal vécue qu'elle est parfois associée à une grande fatigue qui les empêche de vaquer à leurs occupations.

Fabatou, sous injection puis sous implant, raconte :

*Quand je prenais la piqûre, j'étais arrivée à un point où mon poids ne me permettait plus de faire quoi que ce soit. J'étais épuisée au moindre mouvement [...]. Avec le Norplant® [implant], j'avais pris considérablement du poids à tel point que j'étais méconnaissable.*

Cette femme qui se décrit comme maigre avant l'utilisation de ces méthodes était accablée par des douleurs et déformée esthétiquement par un poids excessif qui de surcroît la ralentissait et l'entravait dans ses activités. Depuis qu'elle est sous pilule elle n'a plus ce type de problème.

Otilie, utilisatrice de contraception injectable, rencontrée précédemment quand elle se plaignait de son aménorrhée et du sang « sale » dans son ventre, poursuit en associant la prise de poids à ces maux.

*J'ai pris tellement de poids que les gens croyaient que j'étais enceinte. Mon ventre était devenu gros. [...]. Quand les gens rencontraient ma grand-mère ils lui demandaient « est-ce que votre petite-fille boit de l'akpeteshie ? » [Boisson alcoolisée locale]. Mon visage était devenu très gras.*

L'impact social est important pour Otilie, puisque l'entourage interprète les rondeurs de son visage comme celles d'un visage bouffi par l'alcool, faisant porter sur cette femme le stigmate de l'alcoolisme.

Mais ces variations pondérales ne vont pas nécessairement dans le sens d'une augmentation : il arrive qu'une perte de poids soit imputée à la prise d'hormones. Josée s'en inquiète :

*Quand les trois mois sont arrivés, moi je ne suis plus allée faire [l'injection] et en plus, ça m'a fait maigrir et me donne des effets [secondaires/indésirables], j'avais des nausées.*

*A contrario*, certaines femmes cherchent à prendre du poids ou se réjouissent d'en prendre. Avoir des rondeurs est alors vécu comme un symbole de forme physique, de puissance économique, de plénitude et de bonheur. C'est ainsi que Jalimatou (Burkinabè de 30 ans, divorcée, instruction primaire) s'est réjouie de sa prise de poids sous pilule, tout comme Lilah (Ghanéenne de 30 ans, mariée, instruction secondaire) qui a grossi grâce aux injections.

L'absence d'apparition de ces effets peut être un motif d'abandon de la méthode. Les effets considérés comme secondaires et indésirables par les instances biomédicales peuvent parfois devenir les premiers effets recherchés par les utilisatrices. La raison avancée par Lena (Ghanéenne de 21 ans, mariée, instruction primaire) pour expliquer l'arrêt de la méthode de contraception qu'elle utilisait est que cette dernière ne l'a pas fait grossir :

*Je leur ai dit que je voulais prendre un peu de poids, alors j'ai choisi la piqûre de trois mois. Je l'ai utilisée, mais je n'ai pris aucun poids. Ils ont dit que si tu l'utilises tu vas devenir bien en chair, mais je n'ai pris aucun poids. Je ne suis pas bien en chair, alors j'ai décidé d'arrêter, maa.*

Hormis la modification du flux, de l'odeur et de l'apparence du sang des règles et les variations pondérales, d'autres effets secondaires ont été identifiés.

### *Les autres effets physiques*

Vertiges, nausées, maux de tête, yeux rouges, sensibilité des seins, sécheresse vaginale, envies de cracher et modifications de l'humeur, ont été décrits par les femmes rencontrées au cours de notre recherche comme autant de maux indésirables apparus sous pilule. Certains des maux ressentis les premiers jours sont parfois insurmontables et poussent les femmes à interrompre leur contraception après quelques jours d'utilisation. Ce fut le cas pour Jalila (Burkinabè de 29 ans, célibataire, instruction secondaire) : après trois jours d'effets indésirables elle a arrêté de la prendre. La contraception est aussi parfois inadaptée au mode de vie et aux activités de la femme. Mawa (Burkinabè de 22 ans, célibataire, instruction supérieure) avait des nausées, mangeait beaucoup et n'arrivait plus à suivre ses cours. Elle avait peur que sa mère qui n'était pas au courant de sa vie sexuelle se rende compte de ces changements. Par ailleurs un ou deux rapports

sexuels par mois avec son compagnon ne justifiaient pas à ses yeux la prise quotidienne d'une pilule dont elle se méfie. Un faisceau de raisons a ainsi orienté cette jeune femme vers l'abandon de cette méthode.

Les effets secondaires ne sont pas seuls en cause : les normes sociales et morales peuvent conduire certaines femmes à être plus intolérantes vis-à-vis de ces effets. La sexualité vécue dans la clandestinité et protégée par une contraception est perçue comme illégitime, au sein du mariage également, lorsque la contraception va à l'encontre d'une idéologie nataliste défendue par certains. Après avoir fait une seule injection contre l'avis de son mari, Janta (Burkinabè de 25 ans, mariée, instruction primaire) a abandonné la méthode pour plusieurs raisons :

*J'ai pensé que comme je suis allée faire [l'injection], si je ne gagnais plus de maternité, c'était moi qui l'aurais cherché. Aïh ! Si Dieu te donne [la maternité] et tu limites, c'est comme si c'était toi qui t'es privé de ça maintenant.*

La peur de devenir stérile est générée à la fois par l'avis défavorable de son mari, par l'inquiétude face à la disparition de ses règles et par les normes religieuses. La peur de la stérilité est l'une des craintes les plus répandues mais Josée a choisi l'injection pour éviter de devenir stérile ; ses craintes ont concerné l'implant. D'autres rumeurs à propos de maladies qui seraient provoquées par la contraception hormonale — notamment les cancers — sont aussi fréquentes.

Mais parfois les effets sur le corps sont perçus de manière positive et la personne a l'impression que la contraception contribue à améliorer son état général. Ainsi Olga (Ghanéenne de 30 ans, mariée, instruction secondaire) rapporte :

*Olga : Ils m'ont fait l'injection et prescrit des cachets en plus. Je pense que c'était des vitamines. Ils les vendent à l'hôpital et m'ont dit d'en prendre tous les jours parce que c'est bon pour moi. J'ai fait ce qu'ils ont dit et depuis je ne suis plus tombée malade, même pas le palu.*

*Enquêtrice : Ha ?*

*Olga : Non. Même quand je me sens fatiguée... depuis que j'ai commencé, je n'ai jamais pris de paracétamol. Quand je suis fatiguée, je fais une sieste et ça va mieux après, je peux retourner travailler. Je n'ai jamais été malade depuis que j'ai commencé, donc toutes les allégations sur le planning familial c'est pas vrai.*

Nous voyons se confirmer l'idée que les effets de la contraception hormonale sur le corps et l'état général des utilisatrices peuvent être très différemment ressentis.

### *Place de la contraception d'urgence*

Dans les représentations locales, il arrive que les contraceptions hormonales aient la réputation de provoquer la stérilité. Concernant la contraception

d'urgence, les femmes rencontrées expriment également des craintes à propos des conséquences des produits hormonaux sur leur fertilité dans des contextes sociaux où être mère est un attribut fondamental du statut social des femmes.

L'ancienne formule de la contraception d'urgence, la méthode Yuzpe se présentant sous la forme de deux pilules fortement dosée en hormones et à prendre à douze heures d'intervalle, provoquait parfois des effets secondaires. Owusua (Ghanéenne de 22 ans, célibataire instruction secondaire) nous raconte :

*Quand je la prenais, en moins de trente minutes, j'étais malade. Je commençais à vomir tout ce que j'avais mangé.*

La nouvelle contraception d'urgence, certes hormonale mais moins dosée et uniquement progestative, permet d'éviter ces effets, mais elle donne aussi lieu à un autre usage que celui initialement prévu par les instances sanitaires.

En Afrique de l'Ouest, elle s'insère dans un contexte où il existe des méthodes post-coïtales anciennes (plantes, boissons alcoolisées, bains vaginaux etc.) ne mobilisant pas ou peu la notion d'urgence. Certaines femmes ne prennent pas la contraception d'urgence de manière exceptionnelle. Elles combinent la méthode des dates avec la contraception d'urgence qu'elles n'utilisent que pendant les périodes fertiles dans l'optique de ne pas compromettre leur fertilité future par la prise d'une contraception hormonale quotidienne ou à long terme comme les injections ou les implants. Lovelace (Ghanéenne de 31 ans, mariée instruction supérieure) l'utilise de temps en temps, quand elle pense être dans une période à risque. Les échecs sont alors liés à la question du contrôle du cycle de l'ovulation. Parfois, une régularité s'installe dans la prise de la contraception d'urgence. Pour Love (Ghanéenne de 30 ans, mariée, instruction supérieure) le fait de ne pas avoir de « médicament dans le sang » quand cela n'est pas nécessaire, c'est-à-dire quand il n'y a pas de rapports sexuels, prend le dessus par rapport à la moindre efficacité de la méthode par rapport aux pilules quotidiennes. Pour elle, les éléments qui plaident en faveur de cette méthode sont le fait que le contraceptif « ne reste pas longtemps dans le corps » et qu'il n'est pas pris en continu, ce qui par ailleurs permet des rester fertile dès l'étape critique dépassée.

## DISCUSSION-CONCLUSION

### *Rejet et recherche des effets secondaires*

Dans toute société, la symbolique du sang est complexe (Cros, 1990) ; il est source de vie, de force et de vitalité. Les règles sont un marqueur de l'identité féminine, cependant dans nombre de religions, ce sang est considéré comme impur et il fait l'objet de nombreux interdits. Dans certaines sociétés, telle la société joola (Journet-Diallo, 1987) ou moaga (Bonnet, 1988), une femme qui a ses règles ne peut pas avoir de relations sexuelles, mais elle ne peut pas non plus cuisiner.

Des effets identiques peuvent être vécus de manière totalement différente entre diverses utilisatrices de la contraception hormonale. La modification de l'aspect et de l'odeur d'un sang considéré comme impur, et l'idée que ce sang est retenu dans le corps, suscitent des inquiétudes. Mais un changement du flux des règles peut être ressenti positivement ou négativement selon son impact sur la vie sociale et sexuelle. Si des femmes recherchent certains effets secondaires, le résultat de ces recherches est aléatoire et n'est pas toujours couronné de succès. Il est en effet hasardeux d'obtenir les effets secondaires espérés. L'une des femmes qui cherchait à ne plus avoir de règles s'est ravisée et a regretté ce choix qui avait brouillé son identité sexuelle tandis que les deux autres qui voulaient stopper ou réduire le flux de leurs règles ont bien eu des effets secondaires mais pas ceux escomptés.

Comme pour les modifications du flux sanguin des règles, les effets secondaires sur le poids sont parfois recherchés par les femmes. Une prise de poids peut être considérée et vécue comme bénéfique, les femmes acceptant ces nouvelles rondeurs ou les recherchant au point que si ces effets n'apparaissent pas, elles se détournent de la méthode. Mais un poids excessif est rejeté sans ambiguïté, notamment lorsqu'il est associé à des palpitations, une grande fatigue, des déformations qui rendent méconnaissable et donnent un visage bouffi. De même, un amaigrissement important évoque un affaiblissement du corps, la survenue d'une maladie ou d'un malheur et peut être interprété comme révélateur d'un problème de santé et conduire à l'arrêt de la méthode. Au Sénégal par exemple, l'amaigrissement est souvent associé à l'attaque par acte de sorcellerie et à l'affliction (Teixeira, 2008), ou encore comme en Côte-d'Ivoire au sida (Vidal, 2004).

Les représentations liées à la peur de la stérilité ou du cancer, ainsi que les effets indésirables vécus comme les nausées, les vertiges, les maux de tête, la sécheresse vaginale etc. ne peuvent être considérés comme mineurs, car ils conduisent certaines femmes à ne pas utiliser ou à abandonner la méthode en cause.

Ainsi, dans l'éventail des effets considérés par la biomédecine comme premiers ou comme secondaires, ce sont les femmes qui en définitive choisissent ce qu'elles sont prêtes à accepter ou à rejeter, à rechercher ou à éviter :

*Des femmes peuvent préférer une contraception hormonale ayant moins d'effets indésirables même si elle est moins efficace. D'autres préfèrent avoir des saignements irréguliers plutôt que des maux de tête. Et d'autres peuvent tolérer des effets indésirables du moment que le risque de grossesse est aussi bas que possible sans recours à la stérilisation.*

Vitzthum & Ringheim (2005 : 27-28).

Nous suivons donc Etkin lorsqu'elle écrit : « When the side effect has high value, it can be transformed to primary bearing, even with an altered route of administration ». (Etkin, 1992 : 102). Les effets secondaires appréciés et

recherchés sont le signe que la médecine est puissante (Van der Geest *et al.*, 1996) et ; dans nos résultats ; les femmes les recherchent pour des raisons qui ne sont pas forcément liées à leur action contraceptive.

La nouvelle formule de la pilule dite « du lendemain » peut prendre la place d'une contraception pré-coïtale ou à l'acte. Bien que nous retrouvions pour la contraception d'urgence les mêmes craintes que celles exprimées vis-à-vis de la contraception hormonale en général, à propos du risque des effets iatrogènes, l'utilisation ponctuelle après un rapport sexuel fait penser qu'elle est moins nocive qu'une contraception sur le long terme. Ainsi cette contraception n'est pas toujours utilisée en tant que contraception de rattrapage, mais elle l'est en tant que méthode post-coïtale ordinaire et comme moins nocive que les autres méthodes hormonales (Teixeira *et al.*, 2012).

### *Réinterprétations et réaménagements à la marge*

Ainsi, les propos des femmes rencontrées dans le cadre de cette recherche permettent de mettre au jour la diversité des usages de la contraception hormonale et des logiques qui sous-tendent ces utilisations.

Le principal objectif de l'usage de la contraception est d'éviter une grossesse non désirée, de retarder la survenue du premier enfant, d'espacer les naissances, de faire une pause ou d'arrêter d'enfanter lorsque le nombre d'enfants souhaité est atteint, ou ne pas avoir du tout d'enfant même si cette situation est extrêmement minoritaire. Les effets secondaires sont majoritairement interprétés comme étant non désirés et font craindre l'apparition de maladies iatrogènes ou d'une stérilité. Mais, à la marge, d'autres intentions émergent (se libérer de l'écoulement des règles, soulager la dysménorrhée, être « bien en chair ») qui deviennent les objectifs principaux. Les effets secondaires sont alors les premiers effets recherchés par certaines femmes. Nous suivrons donc Etkin lorsqu'elle s'interrogeait sur ces effets dits secondaires :

*L'interprétation des signes ou des symptômes est profondément ancrée dans des significations culturelles des traitements et de leurs résultats, et les patients et les thérapeutes de la même société ne sont pas nécessairement d'accord sur ce qui est principal et ce qui est secondaires dans un traitement efficace.<sup>2</sup>*

Etkin (1992 : 102).

Des réaménagements, des réinterprétations et une certaine créativité dans l'utilisation de ces produits pharmaceutiques, nous conduisent vers une relecture du sens donné à la contraception.

2. — « The interpretation of signs or symptoms is deeply embedded in cultural meanings of therapeutics and outcome, and patients and healers in the same society do not necessarily agree on what is primary and what is secondary effective therapy ».

Certains effets dits *seconds*, mais premiers d'un point de vue émiqque correspondent aux attentes socio-culturelles de l'image de la mère féconde et épanouie par la procréation, tels que la volonté d'être bien en chair et de préserver sa fertilité. D'autres vont à l'encontre de cette image et renvoient à des représentations du corps féminin dont les caractéristiques ne font plus référence à la procréation, ainsi en est-il de la volonté de ne plus avoir de règles et de pouvoir ainsi s'habiller librement, ou du refus de souffrir de ses règles. Cette aspiration est associée à une vie sexuelle épanouie et à une volonté de séduire. Toutefois, comme nous l'avons vu, des femmes peuvent se raviser, lorsqu'elles vivent une aménorrhée et sont rattrapées par l'image de la femme conforme aux traditions, c'est-à-dire une femme qui a ses règles chaque mois.

Van der Geest souligne le fait que l'information du patient ne suffit pas à obtenir de lui le comportement attendu :

*La non-observance est rarement l'effet d'incompréhensions par les patients de l'information donnée par le médecin, mais vient plutôt du fait que les patients ont des idées différentes et en particulier des intérêts différents.*<sup>3</sup>

Van der Geest *et al.* (1996 : 166).

La pharmaceuticalisation de la contraception s'insère dans des contextes socio-culturels dont la prise en compte est nécessaire à la compréhension des réinterprétations et des usages à la marge. C'est le cas pour les contraceptions hormonales. La connaissance des effets secondaires possibles ne suffit pas à les faire accepter par les femmes et, *a contrario*, ne pas ressentir les effets secondaires recherchés peut conduire à l'arrêt de la méthode, savoir que la contraception d'urgence doit être prise exceptionnellement ne suffit pas à limiter son utilisation.

Le vécu des effets secondaires non recherchés nous informe sur la permanence de certaines représentations du corps. Le corps trop gras et bouffi ou maigre, renvoie à une image négative de la femme non seulement inesthétique, mais surtout inactive car affaiblie par son poids excessif ou insuffisant, voire même alcoolique. Ceci va à l'encontre de l'image de la belle femme, solide travailleuse, active et ne souffrant pas d'addiction. Nous pouvons également saisir dans le vécu de la contraception la notion de femme malsaine et inféconde. Ainsi, l'aménorrhée mobilise des représentations autour de l'impureté du sang des règles, sang qui se répand dans tout le corps et y reste contenu. Cette impureté renvoie à la stérilité car ce sang n'a pu être fécond comme c'est le cas lors des ménorragies, qui par ailleurs limitent la sexualité entre les partenaires qui adhèrent à ces représentations sur l'impureté de ce sang.

3. — « Rarely is noncompliance the result of patients misunderstanding the doctor's information, but it is the result of patients having different ideas and, in particular, different interests ».

Toutefois nous voyons aussi se dessiner certains changements lorsqu'il y a acceptation des effets secondaires. Ainsi nous avons vu Liberty qui, malgré des effets secondaires importants, avance l'idée que la contraception a apporté la joie dans son couple. En effet, il s'agit bien d'une transformation des comportements sexuels qui est ici mise en exergue. La limitation des naissances a toujours existé, notamment par l'abstinence *post partum*. Cependant, le temps d'abstinence tend à se réduire (Morel *et al.*, 2000). Aussi pour espacer les naissances tout en restant sexuellement actives, certaines femmes sont prêtes à accepter les inconvénients de la contraception hormonale. Ceci leur évite non seulement les grossesses non désirées mais aussi les conflits avec le partenaire lorsqu'il souhaite avoir une relation sexuelle en période fertile.

Ainsi, la diversité des représentations et des pratiques est à mettre en perspective avec le développement d'une plus grande individualisation des comportements sexuels et d'une vie de couple qui se défait en partie, en milieu urbain plus qu'en milieu rural, du contrôle du groupe familial, social, médical ou religieux. La contraception hormonale et la contraception d'urgence, introduites récemment, nous ont permis d'approcher des sociétés où se côtoient, s'associent et s'opposent des valeurs et des pratiques multiples s'enracinant dans des communautés soumises à des transformations rapides. Dans ce contexte, l'étude de la contraception reflète toute la complexité du rapport au corps, aux médicaments et à leurs effets principaux ou secondaires, non désirés ou recherchés, utilisés selon les prescriptions ou non, mais toujours objets de réinterprétations et d'adaptations spécifiques par les femmes. Ces pratiques et attitudes paradoxales sont parfois contradictoires entre individualisation des comportements dans le champ de la sexualité, de la séduction et de l'intime, et s'articulent avec des représentations sociales et familiales du corps féminin sain, actif, productif et fécond. Ces va-et-vient entre représentations positives et négatives peuvent conduire les femmes à la marge des normes biomédicales lors de la décision d'utiliser ou pas un contraceptif.

#### BIBLIOGRAPHIE DES SOURCES CITÉES

- BAJOS N., TEIXEIRA M., ADJAMAGBO A., FERRAND M., GUILLAUME A., ROSSIER C., Equipe ECAF, 2013. « Tensions normatives et rapport des femmes à la contraception : une approche comparative dans 4 pays africains », *Population*, 68, 1, 17-40.
- BONNET D., 1988. *Corps biologique corps social. Procréation et maladies de l'enfant en pays mossi*, Burkina Faso, Paris, Orstom.
- CALVES A. E., MARCOUX R., 2007. « Présentation : les processus d'individualisation à "l'africaine" », *Sociologie et sociétés*, 39, 2, 5-18.
- CROS M., 1990. *Anthropologie du sang en Afrique*, Paris, L'Harmattan.
- ETKIN N. L., 1992. « 'Side effects': Cultural construction and reinterpretations of western pharmaceuticals », *Medical Anthropology Quarterly*, 6, 2, 99-113.

- GUILLAUME A., 2003. « Le rôle de l'avortement dans la transition de la fécondité à Abidjan au cours des années 1990 », *Population* (édition française), 58, 6, 741-71.
- HATCHER R. A., TRUSSELL J., NELSON A. L., CATES W. Jr., STEWART F. H., KOWAL D. (dir.), 2007. *Contraceptive technology*, 19<sup>e</sup> édition, New York, Ardent Media.
- HERTRICH V., 2007. « Nuptialité et rapports de genre en Afrique. Tendances de l'entrée en union, 1950-1999 ». In : T. LOCOH (dir.), *Genre et sociétés en Afrique. Implications pour le développement*, Les cahiers de l'Ined, 160, 281-307.
- JOURNET-DIALLO O., 1985. « Les hyper-mères n'ont plus d'enfants : maternité et ordre social chez les Joola de Basse-Casamance », In : N-C. MATHIEU (dir.), *L'arraisonnement des femmes : essais en anthropologie des sexes*, Paris, Cahiers de l'Homme, 17-36.
- JOURNET-DIALLO O., 1987. « Le sang des femmes et le sacrifice : l'exemple joola », In : M. CARTRY (dir.), *Sous le masque de l'animal : essais sur le sacrifice en Afrique Noire*, Paris, PUF : 241-265.
- MOREL M.-F., GUIDETTI M., LALLEMAND S., 2000. *Enfances d'ailleurs, d'hier et d'aujourd'hui*, Paris, Armand Colin.
- NICHTER M., VUCKOVIC N., 1994. « Agenda for an anthropology of pharmaceutical practice », *Social Science & Medicine*, 39, 11, 1509-1525.
- TABET P., 1998. *La construction sociale de l'inégalité des sexes. Des outils et des corps*, Paris, L'Harmattan.
- TEIXEIRA M., GUILLAUME A., FERRAND M., ADJAMAGBO A., BAJOS N., Groupe ECAF, 2012. « Representations and Uses of Emergency Contraception in West Africa. A social anthropological reading of a northern medicinal product », *Social Science & Medicine*, 75, 1, 148-155.
- TEIXEIRA M., 2008. « Sorcellerie et contre-sorcellerie : Un réajustement permanent au monde. Les Manjak de Guinée-Bissau et du Sénégal, "Territoires Sorciers" », *Cahiers d'études africaines*, 189-190, 59-79.
- TEIXEIRA M., 2001. « Un rituel d'humanisation des nourrissons, le *kabuatã* manjak (Guinée-Bissau Sénégal) », *Journal des Africanistes*, 71, 2, 7-31.
- TRUSSELL J., ELLERTSON C., DORFLINGER L., 2003. « Effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception by cycle day of intercourse: implications for mechanism of action », *Contraception*, 67, 3, 167-171.
- UNITED NATIONS, Population Division, 2011. *World contraceptive prevalence 2011* [En ligne] [www.un.org/esa/population/publications/contraceptive](http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive) [Consulté le 12 janvier 2012]
- VAN DER GEEST S., 2006. « Anthropology and the pharmaceutical nexus », *Anthropological Quarterly*, 79, 2, 303-314.
- VAN DER GEEST S., WHYTE S. R., HARDON A., 1996. « The anthropology of Pharmaceuticals: A biographical approach », *Annual Review of Anthropology*, 25, 153-178.
- VAN DER GEEST S., WHYTE S. R., 1989. « The charm of medicines: metaphors and metonyms », *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, 3, 4, 345-367.
- VAN DE WALLE E., RENNE E. P., 2001. *Regulating Menstruation. Beliefs, Practices, Interpretations*, Chicago, The University of Chicago Press.
- VIDAL L., 2004. *Ritualités, santé et sida en Afrique. Pour une anthropologie du singulier*, Paris, IRD-Karthala.
- VITZTHUM V. J., RINGHEIM K., 2005. « Hormonal Contraception and Physiology: a research-based theory of discontinuation due to side effects », *Studies in Family Planning*, 36, 1, 13-32.

Texeira M., Bajos N., Guillaume Agnès, Ferrand M. (collab.),  
Adjamagbo Agnès (collab.), Rossier C. (collab.), Baya B.  
(collab.), Soubeiga A. (collab.), Sawadogo N. (collab.), Bakass  
F. (collab.), Chaker A. (collab.), Gyapong J. (collab.), Beikro L.  
(collab.), Osei I. (collab.), Aguessy Koné P. (collab.), Gourbin C.  
(collab.), Moreau L. (collab.), MayHew S. (collab.), Collumbien  
M. (collab.).

De la contraception hormonale en Afrique de l'Ouest : effets  
secondaires et usages à la marge.

In : Desclaux Alice (ed.), Egrot Marc (ed.). Anthropologie du  
médicament au Sud : la pharmaceuticalisation à ses marges.

Marseille (FRA), Paris : IRD, L'Harmattan, 2015, p. 181-195.

(Anthropologies et Médecines).

ISBN 978-2-343-05253-3