

Ministère de l'Enseignement  
Supérieur et de la Recherche  
Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI  
Un Peuple – Un But – Une Foi

-----  
Université des Sciences, des Techniques  
et des Technologies de Bamako



-----  
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

-----  
DER de Santé Publique et Spécialités

N° . . . . . DERSP/FMOS/USTTB

# Mémoire

**Master en Santé Publique**  
**Option Santé Communautaire**

**Année Universitaire 2016 - 2017**

**Etude des facteurs limitant l'utilisation de la contraception  
moderne dans l'aire de santé de Badinko, district sanitaire de Kita**

Présenté et soutenu le .....

Par : Dr Aliou KAMISSOKO

Président :  
Membre :  
Directeur : Pr Hamadoun SANGHO  
Co-directeur : Dr Amadou DIA

Sponsor : (si le cas)



## **DEDICACES**

Je remercie le Tout Puissant Allah! Qui m'a permis de réaliser ce travail.

Je dédie ce travail à l'ensemble des membres de ma famille en particulier :

- À mon père Feu Bilambadiala KAMISSOKO, homme modèle, de principe et de justice, que la terre vous soi légère. Les mots me manquent pour te dire merci Baba je suis très fier de toi.
- À ma mère M'Bafily DANSIRA, le mot me manque pour vous remercier ; que le Tout-Puissant vous garde encore longtemps pour que nous puissions partager ensemble les fruits de ce travail.
- À ma chère épouse Marie Anne DOUGNON, merci pour votre patience, compréhension et soutien moral et financier. Ce travail est le vôtre, trouvez ici l'expression de mes sentiments les plus sincères.

## REMERCIEMENTS

### **J'adresse mes remerciements :**

- À mon père, Feu Bilambadiala KAMISSOKO pour m'avoir inscrit à l'école.
- Au Pr Hamadoun SANGHO, Chef du DER-SP et Directeur General du CREDOS pour votre disponibilité, votre rigueur et vos conseils tout au long de cette formation, merci cher maître.
- À l'ensemble des enseignants et personnel de soutien du DER-SP pour la qualité de leur enseignement et les services rendus pour la réussite de cette formation.
- À mon encadreur, Dr Amadou DIA pour son apport et sa disponibilité inestimable.
- À tout le personnel du CREDOS pour leurs encouragements.
- Au médecin-chef du district sanitaire de Kita, Dr Sory Ibrahim YOROTE pour sa simplicité et son engagement pour la réalisation de cette étude.
- Au Directeur Technique du Centre de santé communautaire de Badinko et le président de l'ASACO pour leur accueil et accompagnement pour la réalisation de l'enquête.
- À ma famille et proche particulièrement ma mère et ma femme pour leur patience, leur compréhension et conseils tout au long de la formation.
- À mon grand-frère, Dr Amadou KONARE pharmacien à Yélimane pour son soutien moral et financier.
- À mes collègues de la 5<sup>ème</sup> promotion de master en santé publique pour leur collaboration et conseil.
- À tout le personnel de l'ONG STOP-SAHEL de Kayes et Bamako pour leur soutien inconditionnel.
- À mes amis, Dr Yacouba N TRAORE, Dr Amadou B DIARRA, Dr Drissa DIARRA et Moussa MALLE.

## Sommaire

DEDICACES.....	i
REMERCIEMENTS .....	ii
Sommaire .....	iii
I. INTRODUCTION.....	- 1 -
II. Objectifs .....	- 6 -
2.1. Objectif général .....	- 6 -
2.2 Objectifs spécifiques .....	- 6 -
III. Question de recherche .....	- 6 -
3.1 Question de recherche .....	- 6 -
IV. REVUE DE LA LITTERATURE.....	- 7 -
4.1. La contraception : une pratique ancienne .....	- 7 -
4.2. La contraception et la société moderne .....	- 8 -
V. METHODES ET MATERIELS .....	- 29 -
5.1. Cadre d'étude .....	- 29 -
5.2. Type et période d'étude.....	- 29 -
5.3. Population d'étude.....	- 29 -
5.3.1 Critères d'inclusion .....	- 29 -
5.3.2 Critères de non-inclusion.....	- 29 -
5.4. Échantillonnage et calcul de la taille d'échantillon .....	- 30 -
5.5. Choix des variables .....	- 31 -
5.6. Technique de collecte.....	- 32 -
5.7 Gestion et analyse des données .....	- 32 -
5.8. Aspect éthique .....	- 32 -
VI. RESULTATS .....	- 33 -
VII. DISCUSSION .....	- 44 -
VIII. CONCLUSION - RECOMMANDATIONS.....	- 47 -
8.1. Conclusion.....	- 47 -
8.2 Recommandations .....	- 47 -
IX. REFERENCES.....	- 49 -
ANNEXES .....	A

## **SIGLES ET ABREVIATIONS**

<b>ASACO</b>	: Association de Santé Communautaire
<b>CPN</b>	: Consultation Prénatale
<b>CREDOS</b>	: Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation pour la Survie de l'Enfant
<b>CSCom</b>	: Centre de Santé Communautaire
<b>DER</b>	: Département d'Enseignement et de Recherche
<b>DERSP</b>	: Département d'Enseignement et de Recherche en Santé Publique
<b>DIU</b>	: Dispositif Intra-Utérin
<b>DTC</b>	: Directeur Technique du Centre
<b>EDS</b>	: Enquête Démographique et de Santé
<b>IC</b>	: Intervalle de Confiance
<b>ISF</b>	: Indice Synthétique de Fécondité
<b>OMS</b>	: Organisation Mondiale de la Santé
<b>OR</b>	: Odds Ratio
<b>PC</b>	: Prévalence Contraceptive
<b>PF</b>	: Panification Familiale

## RESUME

**Introduction :** la planification familiale (PF) est connue dans la réduction de la morbidité et mortalité maternelle. Le risque de mortalité est de 1 femme sur 36 dans les pays à faible revenu contre 1 sur 3 300 pour les pays à revenu élevé. Le recours à la contraception moderne est très variable dans les pays en développement. En Asie de l'Est, près de neuf femmes mariées sur dix utilisent une méthode de contraception moderne, moins d'une femme sur cinq en Afrique subsaharienne. L'accès aux produits contraceptifs est limité aux adolescentes par rapport aux adultes et les besoins non satisfaits sont très élevés (21%) en milieu rural. Au Mali, l'indice synthétique de fécondité est de 6,1 naissances par femme contre 7,6 au Niger, 5,5 en Afrique subsaharienne et 2,5 dans le monde alors que la prévalence contraceptive moderne est seulement de 9,9 pour cent (6,8 % en milieu rural contre 21,8 % en urbain). L'objectif de cette étude était d'étudier les facteurs limitant l'utilisation de la contraception moderne chez les femmes dans l'aire de santé de Badinko, district sanitaire de Kita.

**Méthodes :** nous avons mené une étude descriptive à visée analytique, en novembre 2017. Les cibles étaient les femmes de ménages âgées de 15 à 49 ans. Le test de Fisher a été utilisé au seuil de 5%. Les données ont été collectées par interview, saisies et analysées sur le logiciel SPSS 21.

**Résultats :** 178 personnes incluses dont 175 femmes et 3 prestataires de soins PF ; l'âge moyen des femmes était de 27,97 [26.77 ; 29.16]. Les femmes ayant entendues parler au moins une fois la contraception moderne représentaient 95,42%. La prévalence contraceptive moderne était de 28,74%. L'utilisation de la contraception moderne était moins de huit fois chez les femmes avec revenu très faible que celles un revenu faible avec  $p < 0,009$  (IC95% : 1,52 ; 43, 21) ; les femmes polygames utilisaient une fois plus que les monogames avec  $p < 0,025$  (IC 95% : 0,19 ; 0,85), donc le revenu et le statut du conjoint étaient les facteurs associés à la limitation d'utilisation de la contraception moderne. Les prestataires de soins de planification familiale au niveau des centres de santé n'avaient pas de compétence dans l'insertion de méthodes contraceptive de longue durée d'action.

**Conclusion :** la sensibilisation des femmes, l'implication des chefs de ménages et les compétences des prestataires de soins sur la planification familiale devraient être renforcées ainsi qu'à l'autonomisation des femmes du milieu rural en vue d'accroître l'utilisation de la contraception moderne.

**Mots clés :** Planification familiale, contraception moderne, femme, aire de santé

## SUMMARY

**Introduction:** Family planning (FP) is known for reducing maternal morbidity and mortality. Mortality risk is 1 in 36 women in low-income countries compared to 1 in 3,300 for high-income countries. The use of modern contraception is highly variable in developing countries. In East Asia, nearly nine out of ten married women use a modern method of contraception, with less than one in five women in sub-Saharan Africa. Contraceptive access is limited to adolescent girls compared to adults and unmet need is very high (21%) in rural areas. In Mali, the total fertility rate is 6.1 births per woman, compared to 7.6 in Niger, 5.5 in sub-Saharan Africa and 2.5 in the world, whereas modern contraceptive prevalence is only 9.9 percent (6.8% in rural areas versus 21.8% in urban areas). The aim of this study was to study the factors limiting the use of modern contraception among women in the Badinko health area, Kita health district. **Methods:** We conducted a descriptive study for analytical purposes in November 2017. The targets were women in households aged 15 to 49 years. The Fisher test was used at the 5% level. Data was collected by interview, captured and analyzed on SPSS 21 software. **Results:** 178 people included, including 175 women and 3 FP care providers; the average age of women was 27.97 [26.77; 29.16]. Women who heard about modern contraception at least once accounted for 95.42%. The modern contraceptive prevalence was 28.74%. Contraceptive use was less than eight times among women with very low income than those with low income with p at 0.009 (95% CI: 1.52, 43, 21) ; polygamous women used one more time than monogamous with p at 0.025 (95% CI: 0.19, 0.85), so spousal income and status were the factors associated with limiting use of modern contraception. Family planning health-care providers at the health center level were not competent in introducing long acting contraceptive methods. **Conclusion:** Women's awareness, the involvement of household heads and the skills of health care providers on family planning should be strengthened as well as the empowerment of rural women to increase the use of family planning modern contraception

**Key words:** Family planning, contraception modern, woman, health area.



## **I. INTRODUCTION**

La planification familiale (PF) est l'une des stratégies de santé connue dans la réduction de la morbidité et mortalité maternelle, et infantile ainsi qu'à l'élimination de l'extrême pauvreté [1].

Sans accès à la contraception moderne, les femmes surtout celles qui sont les moins instruites et qui vivent en milieu rural, sont plus susceptibles de subir de grossesses précoces ou tardives, nombreuses et rapprochées, responsables de la majorité de complications obstétricales, causes de plus de 70% des décès maternels dans les pays à faible revenu [2].

### **1.1. Enoncé du problème**

Dans le monde 214 millions de femmes et d'adolescentes désirent éviter une grossesse mais n'emploient pas de méthode de contraception moderne parce qu'elles n'ont pas accès aux informations et aux services dont elles ont besoins ou ne reçoivent pas l'appui de leur communauté, de leur famille et de leur partenaire [3]. Par rapport aux adultes mariés, les adolescents ont souvent un accès limité aux contraceptifs et aux informations concernant leur utilisation, ils font face à plusieurs obstacles notamment la méconnaissance des lieux de distribution de contraceptifs, la peur d'être rejetés par les prestataires de services, l'opposition de leur mari/partenaire, la stigmatisation de la contraception ou de la sexualité des adolescents par la communauté, l'emplacement ou horaires inadaptés des centres de santé, le coût ou encore inquiétudes vis-à-vis du respect de la vie privée et de la confidentialité [4].

Le recours aux moyens de contraception modernes est très variable dans les pays en développement [4]. En Asie de l'Est, près de neuf femmes mariées sur dix âgées de 15 à 49 ans utilisent une méthode de contraception moderne et au moins une femme sur cinq y a recours en Afrique subsaharienne [3, 4].

Nombreuses femmes, notamment celles qui sont pauvres, n'ont pas accès à un moyen de contraception privilégiée. Il a été démontré que les investissements en faveur de la contraception avaient des retombées considérables sur les économies. Les femmes des ménages les plus pauvres, et vivantes en milieu rural sont celles dont les besoins en contraception sont les moins satisfaits [4].

La proportion des femmes âgées de 15 à 49 ans dont les besoins de planification familiale sont satisfaits par la contraception moderne est la plus faible (49%) dans les pays à faible revenu, par rapport à 69% dans ceux à revenu intermédiaire inférieur et 86% dans ceux à revenu intermédiaire supérieur [3].

En Afrique subsaharienne, le nombre de naissances est près de trois fois plus élevé chez les adolescentes de 15 à 19 ans vivantes dans les 20 % de ménages les plus pauvres, il est en moyenne deux fois plus élevé chez les adolescentes vivantes en milieu rural que chez celles vivant en milieu urbain. Les adolescentes sont souvent mariées de force, généralement à un homme beaucoup plus âgé qu'elles. À cause de cette différence d'âge, il peut être plus difficile pour les jeunes filles de peser sur les décisions liées à l'utilisation de la contraception [4].

Le risque de mortalité maternelle touche 1 femme sur 36 pour les pays à revenu élevé contre 1 sur 3 300 pour les pays à faible revenu, au Tchad, ce risque est de 1 sur 18 [4]. La proportion de femmes qui présentent des besoins non satisfaits en contraception moderne est très élevée (21%) [3]. La demande non satisfaite en planification familiale est plus importante dans les pays en développement notamment en Afrique Occidentale et Centrale, chez les femmes pauvres, peu instruites et vivantes en milieu rural [4].

Le taux de mortalité maternelle reste de 436 décès pour 100 000 naissances dans les pays en développement, contre seulement 12 décès pour 100 000 naissances dans les pays développés [4] et 676 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en Afrique occidentale et centrale [5]. Il existe une corrélation inverse entre mortalité maternelle et prévalence contraceptive(PC) : les pays qui ont une PC élevée ont des taux de mortalité maternelle plus faibles [2]. Selon Bhutta [1, 6], à elle seule, la PF peut permettre d'éviter 35% de décès maternels dans les pays pauvres, si au moins 60% des femmes en âge de procréer utilisaient une méthode contraceptive. Il existe également une corrélation entre pauvreté et PC; la majorité de pays avec faible PC sont pauvres probablement à cause des charges importantes à assurer dans les familles avec la taille de ménage élevée. Cette corrélation suggère que les mesures visant à renforcer l'utilisation des MC dans un pays, contribuent également à améliorer le statut socio-économique des ménages [2].

Dans les pays à revenu élevé, plus de 70% de femmes ont accès à une MC [1]. En Afrique, où la charge de la mortalité maternelle est la plus importante, à peine 24% des femmes en âge de

procréer ont accès à une MC moderne. Elle est encore très faible en Afrique subsaharienne, où elle est de 2,5% en milieux ruraux contre 9% en milieux urbains [2].

En Afrique occidentale, la pratique contraceptive est attachée à une pratique d'espacement des naissances. Parmi les méthodes pratiquées, l'abstinence sexuelle en période post-partum était la plus répandue; cela a été démontré par l'étude de André L et Soumaoro B [7] « La femme doit s'abstenir d'avoir des relations sexuelles jusqu'à ce que son enfant soit sevré, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'il marche ou jusqu'à ce qu'il puisse parler ». Le comportement d'arrêt de la fécondité est rarement observé. Ce résultat rejoint dans une certaine mesure celui de F et E Van de Walle : « En Afrique, autant les stratégies d'espacement sont évidentes, autant les stratégies d'arrêt sont rares ». Plus la fécondité est élevée et plus le recours à la contraception est traditionnel ; par exemple, le Togo et le Burkina Faso, pays à fécondité élevée, sont les pays où cette tradition paraît être la plus conservée [8].

Dans les sociétés modernes, les contraintes et les conditions d'application des méthodes de continence et d'abstinence sont devenues de plus en plus inadaptées. Le recours aux méthodes de contraception plus efficaces et moins contraignantes s'avère indispensable, d'une part pour amener la fécondité à des niveaux compatibles aux ambitions de développement des pays et, d'autre part, pour améliorer la santé des mères et des enfants [8].

La proportion de femmes mariées utilisant une méthode de contraception moderne est encore plus faible, allant de 5 pour cent au Niger à 10 pour cent au Burkina Faso et au Sénégal. Ces niveaux sont parmi les plus faibles d'utilisation de contraceptifs modernes dans le monde [9].

Au Mali, le taux de mortalité infantile reste élevé, il est de 75 décès pour mille naissances vivantes [10] contre 42‰ au Sénégal [11] et 57‰ au Niger [12].

L'Indice synthétique de Fécondité est passé de 6,8 enfants par femme en 1996 à 6,6 respectivement en 2001 et 2006, et 6,1 en 2015 [10] ; il est de 5,4 enfants par femme en milieu urbain contre 7,2 enfants en zones rurales [13]. Ce niveau est supérieur à celui des pays voisins du Mali sauf Niger (7,6 en 2015), ainsi qu'à la moyenne de l'Afrique subsaharienne qui s'élève à 5,5 dans la région, soit plus du double du taux observé dans le monde (2,5 naissances par femme) [9].

En effet, le Mali n'a pas encore entamé sa transition de fécondité [14]. Le taux brut de natalité demeure élevé, il est passé de 50 naissances pour mille en 1970 à 49‰ 1990 pour atteindre

43 naissances pour mille en 2015 [10], ce taux est élevé en milieu rural (39,2 ‰ contre 36,7 ‰ en urbain) [15].

Le taux global de fécondité générale (TGFG) est passé de 229‰ en 2006 à 214 ‰ en 2012, il est plus important en milieu rural qu'en milieu urbain (226 ‰ contre 175 ‰) [15].

La mortalité maternelle est à la baisse, passant de 582 décès pour 100 000 naissances en 2001, à 465 décès pour 100 000 naissances en 2006 pour atteindre 368 décès pour 100 000 naissances en 2012 alors que la prévalence contraceptive moderne est passée de 6,2% en 2006 à 9,6 % en 2012, elle reste faible surtout en milieu rural (7% contre 22 % en urbain) [15]. Les femmes ayant des besoins non satisfaits en planification familiale sont passées de 31% en 2006 à 26 % en 2012 ; ils restent élevés en milieu rural qu'en milieu urbain (27 % contre 24%) du fait qu'en milieu rural, les femmes utilisent beaucoup moins les méthodes contraceptives modernes [15]. La demande satisfaite pour les services de planification familiale est beaucoup plus importante en milieu urbain (49 %) qu'en milieu rural (21 %). Les besoins pour l'espacement des naissances sont toujours nettement plus importants que ceux pour la limitation, aussi bien en zone urbaine que rurale [15].

L'utilisation des méthodes contraceptives dépend du contexte politique et institutionnel. L'influence de ce contexte à travers l'offre de la contraception consiste, pour le pouvoir politique en place, à adopter une législation en faveur des actions du programme de planification familiale.

Les interventions menées pour satisfaire l'objectif de maîtrise de la croissance démographique semblent toutefois avoir un impact relativement limité au regard du faible taux de prévalence contraceptive moderne.

L'acceptabilité socioculturelle de la pratique contraceptive, les motivations des couples, la crainte des effets secondaires, les conditions économiques peu favorables, le manque de soutien politique durable et les problèmes d'accessibilité des services de planification familiale sont les difficultés souvent rencontrées dans la mise en œuvre des programmes de planification familiale [8].

À l'instar de ses difficultés, les conditions d'une baisse rapide de la fécondité ne sont pas entièrement réunies pour atteindre la fécondité désirée. Ainsi, plutôt qu'à une baisse de la demande d'enfants qui se traduirait par une adhésion massive des populations à la pratique contraceptive, c'est au changement survenu dans les comportements matrimoniaux que l'on doit l'amorce de la baisse de la fécondité. Cette faible adhésion des populations au programme de planification familiale soulève des interrogations quant aux déterminants de la pratique contraceptive.

La plupart des études qui se sont intéressées aux déterminants de la fécondité en Afrique se sont basées sur les caractéristiques de la femme. Mais la fécondité des mariages est en partie influencée par les caractéristiques individuelles des maris, leurs préférences en matière de procréation, leurs attitudes et opinions face à la planification familiale. Comme le note RAINWATER, "il y a préférence pour une famille nombreuse lorsque les relations conjugales sont plus ou moins affectées par la ségrégation, lorsque les enfants et le foyer sont les valeurs fondamentales".

Pour aborder une telle problématique, référence est faite aux caractéristiques de la femme, de son conjoint et de l'environnement dans lequel elle évolue en vue de cerner les facteurs facilitant et ceux limitant l'utilisation des méthodes contraceptives moderne dans la zone d'étude.

Dans la zone d'étude, la prévalence contraceptive (PC) administrative estimée à 2,96% [16] contre 7,31% en 2016 au niveau du district [17], est obtenue à partir des données des registres de PF. Elle peut être biaisée car elle ne tient pas compte les données concernant les femmes qui utilisent les produits contraceptifs (pilule et préservatifs) en vente libre notamment dans les dépôts de vente des médicaments et officine privée. Malgré cette prévalence, l'utilisation de la contraception moderne dans la zone est très faible chez les femmes en âge de procréer d'où notre motif de mener une étude sur les facteurs limitant l'utilisation de la contraception moderne dans l'aire de santé de Badinko.

## **II. Objectifs**

### **2.1. Objectif général**

L'objectif général est d'étudier les facteurs limitant l'utilisation de la contraception moderne chez les femmes dans l'aire de santé de Badinko.

### **2.2 Objectifs spécifiques**

- Décrire le niveau de connaissance et de pratique des femmes de ménage sur la contraception moderne ;
- Décrire la situation de l'offre de soins de PF;
- Identifier les facteurs d'utilisation et de non d'utilisation de la contraception moderne.

## **III. Question de recherche**

### **3.1 Question de recherche**

Les facteurs socioculturels, économiques et l'offre de services limitent-ils l'utilisation de la contraception moderne chez les femmes dans l'aire de santé de Badinko ?

#### **IV. REVUE DE LA LITTERATURE**

Les études sur les facteurs de la contraception sont nombreuses en Afrique, cependant, elles sont rares au Mali.

Ce chapitre fait une synthèse de ces études, et présente le cadre conceptuel.

##### **4.1. La contraception : une pratique ancienne**

En Afrique traditionnelle, des pratiques contraceptives dites naturelles existent dans la plupart des sociétés. Ces pratiques ont généralement pour fondement des valeurs telles: des connaissances physiologiques traditionnelles, des croyances mystiques et des connaissances pharmacologiques traditionnelles, mais aussi l'allaitement maternel.

En Afrique noire, la fécondité est généralement qualifiée de naturelle dans la mesure où elle se manifeste principalement dans le cadre du mariage et surtout en l'absence de contraception et de l'avortement volontaire. Dans les enquêtes réalisées en Afrique subsaharienne sur les connaissances, attitudes et pratiques notamment en matière de la planification familiale(PF), force est de constater que les femmes sont très embarrassées par des questions relatives à l'utilisation des méthodes contraceptives ou encore à la taille idéale de leur famille. Très souvent, les réponses font référence à la «volonté de Dieu» ou «je ne connais pas». Par contre, en ce qui concerne la durée idéale de l'intervalle intergénéral voire les moyens à utiliser pour espacer les naissances, les réponses sont beaucoup plus précis et rassurantes. Il est évident dans cette perspective que la norme d'espacement des naissances est fondamentale en milieu africain. C'est ainsi que cette préoccupation est d'une très grande importance dans la vie de la femme africaine. À titre illustratif, chez les Havu de l'Est du Congo Démocratique, la femme qui n'espacé pas ses naissances est taxée de «Kulikisa», la paresseuse, dans la mesure où avec des grossesses très rapprochées, elle sera dispensée de ses tâches agricoles. Dans cette culture, l'espacement est impératif et fonctionnel: son principal but est de maintenir un certain équilibre entre les rôles reproductifs et procréatifs de la femme [18]. Au Mali, elle est traitée de «Seremuso», c'est-à-dire une femme dont le retour de couches est précoce du fait d'une nouvelle grossesse. Au Bénin alors, elle est qualifiée de «Kpedevinon», en d'autres termes, femme d'un enfant par an [19]. Ce qui laisse entendre que même dans la cité ancienne, la pratique a son sens d'être dans la mesure où les femmes qui n'espacent pas leurs naissances sont critiquées.

De toutes les méthodes pratiquées, l'abstinence post-partum est la plus répandue. Elle est fondée sur le désir d'éviter une nouvelle grossesse avant que l'enfant ne marche. À cet effet, symboliquement la mère est renvoyée avec son bébé chez ses parents afin de leur montrer ce nouveau-né, pendant une période relativement longue.

Comme plante magique, Laplante et Soumaoro (1973) ont identifié au Mali, le «tafo» qui est une cordelette de coton comportant des nœuds. À chaque nœud est liée une parole magique prononcée par le marabout et qui aura des effets contraceptifs. Il y a également le «N'talenfura» (la toile d'araignée très étanche) qui ressemble beaucoup aux techniques modernes du diaphragme ou de la cape cervicale.

La pharmacologie locale quant à elle se compose de racines et d'écorces d'arbres, d'infusions, de décoctions, etc. Au Mali, la racine de «N'Gwane» (nom Wasulunké d'un arbuste en région de Sikasso), l'infusion du «N'Tomi» (tamarin), le «Didlo» (hydromel fait d'eau et de miel fermenté ou non), le «Segekata» (potasse), sont tous considérés comme des produits ayant des vertus contraceptifs [19].

De ce qui précède, il est tout à fait évident que la contraception n'est pas un fait nouveau pour les sociétés africaines. Cependant, les techniques utilisées varient d'une culture à l'autre et d'une région à l'autre.

Les cas évoqués ci-haut sont forts pertinemment édifiants. Ces méthodes contraceptives qualifiées de traditionnelles, bien qu'ayant des effets contraceptifs en terme d'espacement des naissances semblent largement être en dessous des attentes de la société contemporaine du point de vue non seulement de la santé maternelle et infantile, mais surtout de la maîtrise de la fécondité, idée très forte de la planification familiale.

#### **4.2. La contraception et la société moderne**

Face à ce que l'on appelle une explosion démographique, «la position des gouvernements africains vis-à-vis des politiques démographiques en matière de fécondité a évolué au cours des vingt dernières années, passant généralement d'une position de laisser-faire, à une volonté déclarée d'infléchir la croissance démographique rapide par la mise en œuvre d'une approche globale et intégrée susceptible de relever des défis de pauvreté, de la maîtrise de la fécondité et d'un développement social et humain durable» [20].



Parlant de PF, Locoh (1988), affirme que: «les gouvernements africains ont eu à l'égard de cette dernière un discours à deux vitesses: un discours à tendance extravertie ou externe, avec des prises de positions nettement favorables aux programmes de PF et un discours à l'endroit des citoyens, beaucoup moins affirmatifs avec dans certains cas, des restrictions sévères à l'extension des services de PF».

L'adhésion mitigée de bon nombre de décideurs politiques africains aux programmes de PF s'explique en partie par ce «conflit» entre les traditions ancrées dans l'imaginaire populaire, considérant l'enfant comme une source de richesse, pendant que les idéologies occidentales le considèrent comme étant générateur de pauvreté [21].

#### **4.2.1. Les facteurs socio-économiques**

Parmi les facteurs socio-économiques qui sont susceptibles de limiter l'utilisation de la méthode contraceptive moderne, l'on retient généralement l'activité économique de la femme et son niveau de vie.

##### ***4.2.1.1. L'activité économique***

Les politiques visant à stimuler la productivité économique pourraient se concentrer sur la création d'un plus grand nombre d'emplois mieux rémunérés accessibles aux personnes victimes d'exclusion. Une étude menée par sept États membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) a révélé qu'investir 2 % du PIB dans l'économie des soins augmenterait le nombre total d'emplois de plus de 6 %, dans certains cas, et réduirait les inégalités entre les sexes en matière d'emploi au moins de moitié [4].

L'accès à la propriété améliore la sécurité et les perspectives financières, et peut renforcer le pouvoir de négociation au sein du foyer. En Colombie, il a été montré que les femmes propriétaires étaient plus susceptibles de se déplacer librement, de négocier leur droit au travail et de contrôler leurs revenus [4].

En ce qui concerne le travail rural, lorsque les femmes ne bénéficient d'aucune sécurité en matière d'occupation des terres et ne peuvent accéder à des crédits et à des intrants agricoles, les rendements agricoles et donc les revenus qui en découlent sont plus faibles ; en Jordanie, 25 % des femmes ayant arrêté l'école en primaire travaillent sans recevoir de rémunération, contre seulement 7 % des femmes ayant suivi des études secondaires [4].

L'activité économique de la femme a été appréhendée pour expliquer la limitation d'utilisation de la contraception moderne. Cette variable montre la capacité de la femme à se procurer des méthodes contraceptives. Nouetagni (1999) a montré en affirmant que «le très faible pouvoir d'achat des pauvres annulera toute volonté de recourir aux méthodes modernes de contraception pour inhiber leur fécondité dans le cas du Cameroun ».

L'occupation ou l'activité économique principale peut se comprendre de plusieurs façons. En fait le type d'activité permet de distinguer les personnes qui ont un emploi et celles qui en sont dépourvues, avec cette présomption que les premières sont rémunérées, donc capables de s'offrir les moyens contraceptifs modernes que les secondes (ce qui n'est pas toujours vrai). Au Pakistan, les femmes qui ont arrêté l'école en primaire gagnent 51 % des revenus des hommes, tandis que les femmes ayant suivi des études secondaires gagnent 70 % des revenus des hommes (UNESCO, 2013). En République dominicaine, un programme sur les compétences nécessaires à la vie courante, Juventud y Empleo, a permis d'augmenter légèrement les revenus des participants et de diminuer de 5 points de pourcentage les grossesses précoces (Ibarrarán et al, 2014.) La relation entre l'activité économique et la pratique contraceptive a été largement abordée dans les études de Shapiro et Tambashe (1994), ainsi que Akoto E. M. et Kamdem, H. (2003) pour expliquer les comportements contraceptifs. Mais cette relation est ambivalente selon les contextes.

En effet, l'activité économique procure à la femme non seulement une certaine liberté, mais aussi les moyens de payer les produits contraceptifs. Dans cette étude, il faut noter que l'accent est mis plutôt sur le type d'activité. Dans le cas du Zaïre, Tambashe et Shapiro ont observé que: «toutes choses étant égales par ailleurs, les femmes qui travaillent à leur propre compte et celles qui travaillent dans le secteur moderne ont plus de chance d'utiliser les méthodes contraceptives que celles qui travaillent dans l'agriculture ou qui sont inactives».

Le faible recours aux méthodes contraceptives chez les agricultrices s'expliquerait par le besoin de pallier au manque de moyens de production adéquats, car l'utilisation des moyens rudimentaires et la nature extensive de l'agriculture nécessitent une main-d'œuvre abondante. Akoto E. M. et Kamdem, H. (2003), ont montré également que: «la profession de la femme exerce une influence non négligeable sur la pratique contraceptive au Cameroun et au Kenya. Au Cameroun, les agricultrices et les chômeuses ont tendance à moins pratiquer la contraception moderne que les autres femmes».

#### ***4.2.1.2. Le niveau de vie du ménage***

La modernité est définie comme l'acquisition d'attributs, de qualités qui entraînent un changement d'attitude et de comportement résultant de l'instruction, de l'urbanisation, de

l'occupation à des activités de type moderne et de l'accès à l'information (Tesler, 1973 ; Inkeles, 1989; cité par Keita, 1998).

Dans les pays en développement, les difficultés d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive et les problèmes de santé sont étroitement liées à la pauvreté. Les femmes ayant un revenu élevé bénéficient généralement d'un meilleur accès aux soins et aux services, ce qui leur permet d'exercer leurs droits reproductifs. Bien que l'accès aux services et le niveau de santé reproductive soient en corrélation avec le degré de richesse d'une femme, quel que soit le pays, nombreux autres facteurs (sociaux, institutionnels, politiques, géographiques et économiques) entrent en jeu [4].

Selon certains auteurs, l'émergence des valeurs modernes tend à relever le statut de la femme et entraîne une redistribution du pouvoir au sein du couple (Rono, 1998). Les valeurs modernes permettent à la femme de valoriser son statut au sein du ménage et de la société et ainsi, de prendre part au processus de prise de décision en matière de fécondité dans le couple. Une étude réalisée par le Centre de Recherche en Démographie du Maroc (CERED) à partir d'une enquête auprès des populations en 1998, révèle que dans un couple, les partenaires prennent des décisions communes quand la femme travaille pour un salaire ou quand elle est instruite, ce qui tend à relever son statut au sein du ménage et de la famille.

En Afrique au Sud du Sahara, par ses activités de petits commerces, surtout en milieu urbain, la femme accède généralement à une autonomie financière. Abanihé (1994) observe qu'au Nigeria, la prise de décision en matière de fécondité au sein d'un couple incombe à celui qui apporte les ressources économiques. Ainsi, les femmes Yoruba sont réputées avoir beaucoup d'autorité dans le couple, à l'opposé des femmes Ibo. L'autonomie financière de la femme lui permet de prendre part aux décisions au sein du couple. En Thaïlande par exemple, la réussite des programmes de planification familiale est en partie due à la confiance et au degré d'autonomie élevée qui s'étend de la prise de décision relative à la fécondité, à la pratique de la contraception dont jouissent les femmes (Bella, 1998).

Le niveau de vie de la femme ou standing de l'habitat a été approché pour expliquer la non-utilisation de la contraception moderne. Cette variable permet d'appréhender la capacité des individus à se procurer des contraceptifs. L'hypothèse généralement avancée pour expliquer la faible prévalence de la contraception chez les populations vivant des conditions de vie misérables est que d'une part, ces dernières font ou ont beaucoup d'enfants pour essayer d'échapper à la misère, assurer leur avenir (motivation de la production et la sécurité sociale) et d'autre part elles n'ont pas les moyens de se procurer les méthodes contraceptives efficaces. Des études ont montré que, quel que soit le milieu de résidence considéré, la pratique contraceptive dépend du niveau de vie des populations. Toutes fois, dans le cas du Cameroun, Evina A. (2007) a trouvé que l'effet de cette variable est plus significatif dans les villes moyennes et le milieu rural. De même, Feyisetan, B.J. et Ainsworth, M. (1994) ont observé que le niveau de vie du ménage n'a d'effet sur l'utilisation des méthodes contraceptives modernes que chez les jeunes générations.

#### **4.2.2. Les facteurs socioculturels**

Le milieu socioculturel est généralement appréhendé par l'ethnie, la religion, le niveau d'instruction et le milieu de résidence. Il régit la plupart des comportements, notamment procréateurs de ses membres.

##### **4.2.2.1. L'ethnie**

Concernant l'ethnie, Evina A., (2007) affirme que: «l'ethnie est en effet le lieu de production et de reproduction des modèles culturels qui modulent les comportements des individus». Elle confère aux individus des cadres de pensée et de pratiques qui créent un habitus, c'est un comportement acquis, caractéristique de chaque ethnie (notamment en matière de fécondité), et transmissible au point de sembler inné.

De nombreuses études ont montré que la pratique contraceptive diffère selon les ethnies. Rwengé, M. (cité par Salami Odjo, R., 1997) explique ces variations par le fait que: «certaines ethnies sont plus enclines à l'individualisme». De même, dans une étude sur les facteurs de l'attitude et de la connaissance de la contraception masculine, Dembélé, B. (1995) a observé au Niger que: «les hommes de l'ethnie haoussa ont une attitude hostile à l'utilisation à la contraception. Donc leurs femmes n'utiliseraient pas elles aussi les méthodes contraceptives».

#### **4.2.2.2. La religion**

Le rôle de la religion dans le renforcement du pouvoir de décision de l'homme a souvent été révélé. Selon Karen Greenspan (cité par Véron, 1997), le judaïsme ancien contribua à la tradition patriarcale en plaçant la femme en situation de subordination. Quant à l'islam, il établit l'autorité de l'homme sur la femme à travers, entre autre, la reconnaissance de la polygamie, l'initiative masculine en matière de divorce, le droit à l'héritage en privilégiant les fils.

Pratiquement toutes ces confessions religieuses établies en Afrique sont natalistes. Cependant, elles acceptent plus ou moins le principe de régulation des naissances. Mais elles ont encore des divergences sur les moyens à mettre en œuvre pour y arriver. Contrairement aux religions chrétiennes, la religion musulmane et animiste est restée (et restent encore) sur leurs fins traditionnelles.

Dans une étude, Sala-Diakanda (1996) a dégagé les contradictions existant entre les confessions religieuses sur les questions relatives à la contraception. Ainsi, l'auteur montre qu'à l'occasion du forum des ONGs organisé parallèlement à la conférence du Caire, le conseil des églises, réunissant les protestants, les anglicans et orthodoxes, avait souligné que, bien que les églises qu'il représente aient des approches différentes sur des questions concernant la sexualité, les méthodes contraceptives et l'avortement, elles sont contre la considération de l'avortement parmi les méthodes contraceptives.

L'auteur ajoute que le conseil est même allé loin en affirmant que le recours légal à l'avortement sous bonne surveillance médicale, eu égard les traitements injustes et l'exploitation systématique auxquels sont soumises les femmes, est une nécessité morale. La position des églises protestantes semble être souple dans la mesure où elle admet l'utilisation de la contraception moderne et même l'avortement sous le contrôle médical.

Par ailleurs, réagissant à ce qui pourrait être considéré comme le «réalisme protestant», l'Église catholique avait, à la même année précisée la sienne dans l'encyclique *Casti Connubii* du pape XI: l'Église catholique manifeste une opposition radicale aux méthodes contraceptives.

#### **4.2.2.3. Le niveau d'instruction**

Partout dans le monde, les filles et les garçons des segments les plus riches de la société parviennent au même niveau d'instruction. Dans la majorité des pays, les différences entre les sexes sont plus marquées dans les segments les plus pauvres. Les filles non scolarisées peuvent se voir privées d'une éducation complète à la sexualité et des connaissances pratiques qui leur permettraient de mieux connaître leur corps et d'appréhender les rapports entre les sexes et les relations de pouvoir. Les pauvres sont plus susceptibles d'être moins instruits et de vivre en milieu rural, dans des ménages incluant plus d'enfants : 80 % des pauvres vivent dans des régions rurales, 44 % ont 14 ans ou moins et 39 % n'ont pas reçu d'éducation formelle [4].

Selon une étude portant sur l'éducation des filles au Kenya (Ferré, 2009), le risque d'accoucher à l'adolescence diminuait de 7,3 % si la fille était au moins allée à l'école primaire, et de 5,6 % si elle avait au moins suivi un enseignement secondaire.

Des programmes communautaires de formation aux compétences nécessaires à la vie courante, comme l'initiative Berhane Hewan menée en Éthiopie, ont permis de retarder l'âge du mariage, d'améliorer le niveau d'études et d'accroître le recours à la contraception chez les adolescentes impliquées dans le programme par rapport à celles n'y participant pas (Erulkar et Muthengi, 2009).

En Ouganda, un programme de formation professionnelle, associé à des espaces sûrs permettant aux jeunes femmes de discuter entre elles et d'obtenir des informations sur la santé et les comportements à risque, a permis de réduire la proportion de jeunes femmes ayant des rapports sexuels forcés de 21 % à presque zéro. Ce programme a également augmenté leur participation à des activités génératrices de revenus de 35 % (Bandiera et al, 2015).

Les études de D. Nortman (1977), Locoh (1988), Nane (1994) et Njogu (1991) ont montré que l'éducation de la femme influence positivement et significativement l'utilisation de la contraception. Selon Rwenge M. (1994): «cette relation résulterait du fait que l'instruction de la femme favorise son ouverture aux valeurs modernes et partant, sa faculté de remettre en cause les valeurs traditionnelles en matière de procréation et d'engager une discussion sur la PF avec son partenaire. Cette relation peut aussi résulter de la forte association entre l'instruction de la femme et son activité. Cette dernière étant, d'une part, un facteur de la capacité de la femme à disposer des ressources requises pour l'achat des services de PF et, d'autre part, source de conflits entre ses rôles de mère et de travailleuse».

En effet, une femme qui exerce un travail professionnel dispose peu de temps pour s'occuper de ses enfants. Alors, elle décidera de limiter les naissances ou de s'en empêcher et cela n'est possible que par les moyens contraceptifs modernes. Tandis que leurs consœurs qui n'exercent pas un travail professionnel parce qu'elles n'étant pas instruites ne limitent pas leurs naissances parce qu'elles n'utilisent pas la contraception. Faute de moyens de s'en procurer ou par ignorance.

Au Mali, le niveau d'instruction est un des facteurs déterminant de l'utilisation de la contraception, la prévalence variant de 8 % chez les femmes sans instruction à 13 % parmi celles qui ont un niveau d'instruction primaire et à 27 % parmi celles qui ont fait des études secondaires ou plus ; la mortalité des enfants de moins de 5 ans est plus importante chez les mères ayant un niveau d'instruction plus faible (primaire) que celles du niveau secondaire et plus [15].

#### ***4.2.2.3. Le milieu de résidence***

Le milieu de résidence apparaît aussi comme une variable pertinente qui explique ou non l'utilisation de la contraception moderne. Il a été constaté lors de différentes Enquêtes Démographiques et de Santé du Mali que les femmes utilisent plus les méthodes contraceptives en milieu urbain qu'en milieu rural. Akoto E. M. et Kamdem H. (2003) ont montré que: «en Tunisie, la forte influence du milieu d'habitat provient du fait que l'installation des services de PF a débuté en milieu urbain où ils sont très développés; ce n'est que plus tard et de façon progressive que ces services ont été étendus aux milieux ruraux où ils sont relativement moins développés, surtout dans les zones enclavées».

En général, en Afrique, les structures sanitaires sont concentrées dans les centres urbains. Cette répartition inégale en équipement limite considérablement l'accès à la contraception moderne dans les milieux ruraux. Les contraintes sociales sont marquées en milieu rural, et restreignent la liberté des femmes. Aussi, en milieu rural, les enfants sont appréciés non seulement parce qu'ils perpétuent la lignée, mais aussi parce qu'ils représentent une main-d'œuvre, notamment dans les travaux agricoles.

### 4.2.3. Facteurs sociodémographiques

#### 4.2.3.1. L'âge et l'histoire génésique de la femme

L'âge reste l'une des variables fondamentales dans l'étude des phénomènes démographiques. Il permet de saisir et d'appréhender facilement la tranche de la population qui subit le phénomène qui suscite l'attention des chercheurs. Toutefois, il reste aussi une information la plus difficile à obtenir lorsque l'enregistrement de l'événement, particulièrement les naissances n'est pas généralisé [22]. Il n'en serait pas du reste dans l'utilisation ou non de la méthode contraceptive moderne.

Lors de leurs études menées au Kenya, Tunisie, Cameroun, Akoto E. M. et Kamdem, H. (2003) ont montré que l'âge joue un rôle déterminant dans ces trois pays en matière de contraception: «Les jeunes femmes âgées de moins de 25 ans ont une probabilité moindre d'utiliser la contraception moderne que les femmes âgées de 35 ans et plus. Ces dernières ayant fort probablement atteint, voire dépassé, leur fécondité désirée, on peut penser qu'elles sont plus enclines à pratiquer la contraception que les premières qui sont pour la plupart au début de leur vie féconde».

L'hypothèse avancée pour expliquer ce comportement différentiel est l'urbanisation et le développement de la scolarisation. On peut dès lors s'interroger sur l'influence de cette variable en matière de pratique contraceptive dans un contexte caractérisé non seulement par un faible taux de scolarisation, notamment chez les filles, mais aussi par une moyenne d'âge au premier mariage qui est généralement de 15 ans.

Au Mali, l'âge à la première naissance est un peu plus précoce en milieu rural (18,8 ans) qu'en zone urbaine (19,3 ans) [13]. La proportion de décès maternel est très forte aux âges intermédiaires (25-39 ans) et cohérente avec les niveaux de fécondité, puisque c'est à ces âges que la fécondité est la plus élevée [15].

L'histoire génésique de la femme a une influence sur l'utilisation ou non des méthodes contraceptives. Dans une population où la pratique contraceptive vise non pas la limitation des naissances, mais leur espacement, les femmes de faible parité ont plus tendance à utiliser des méthodes contraceptives en vue d'espacer les naissances alors que celles de parité élevée observeraient un comportement d'arrêt [23].



#### ***4.2.3.2. La parité***

L'utilisation de la contraception pour la première fois peut, en fonction de la parité atteinte à ce moment-là, répondre à des objectifs différents : retarder la première naissance si l'utilisation commence lorsque la femme n'a pas encore d'enfant, espacer les naissances si la contraception débute à une parité que la femme souhaite augmenter selon un calendrier donné, ou encore limiter tout simplement la descendance au niveau actuel lorsque la femme recourt à la contraception parce qu'elle a le nombre d'enfants qu'elle souhaite ou pour d'autres raisons (raisons de santé).

La proportion de femmes qui ont commencé à utiliser une méthode contraceptive alors qu'elle n'avait pas d'enfant est passée de moins d'un pour cent parmi celles de 45-49 ans à 7 % parmi celles de 15 -24 ans, ce qui pourrait vouloir signifier que les femmes des générations les plus jeunes souhaitent retarder la venue d'un premier enfant. On note la même tendance en ce qui concerne les proportions des femmes ayant commencé à utiliser une méthode à partir de la première naissance (4 % parmi celles de 45-49 ans à 11 % parmi celles de 20-24 ans) [13].

#### ***4.2.3.3. L'état matrimonial***

L'état matrimonial est censé donner une idée de la catégorie d'individus les plus susceptibles d'utiliser la contraception. L'Afrique, on le sait, se caractérise par une grande diversité de situations matrimoniales différentes les unes des autres selon leur degré de permanence ou leur relation avec la loi, la coutume ou la religion. Et il est évident que la classification des célibataires, des mariés, veufs et séparés/divorcés est insuffisante pour rendre compte d'une telle diversité [22]. Néanmoins, on note que la polygamie est assez répandue dans le continent noir et le type de mariage (monogame ou polygame) à un impact sur le comportement en matière de contraception.

En effet, les études antérieures ont montré que les personnes en union monogame sont plus susceptibles d'utiliser la contraception que les polygames chez qui l'utilisation de la contraception est moins répandue d'où l'influence négative de la polygamie sur la contraception.

En Afrique contemporaine, les familles monogames tendent à se nucléariser sous l'effet de l'industrialisation, de l'urbanisation... donc elles doivent recourir aux méthodes contraceptives modernes pour freiner et/ou contrôler leurs naissances. Généralement, dans le type d'union monogamique, on trouve les femmes instruites qui peuvent discuter de la PF avec leur mari [24].

Au Mali, la pratique de la polygamie est plus répandue en milieu rural qu'en milieu urbain (45 % contre 27 %) ; elle touche de manière inégale, les femmes, en fonction de leur niveau d'instruction (plus élevée chez les femmes sans instruction) et en fonction du niveau socio-économique du ménage, la proportion de femmes polygames diminue au fur et à mesure que le niveau de bien-être s'améliore pour atteindre un minimum de 25 % dans le quintile le plus riche contre un maximum de 46 % dans le plus pauvre. Il semble donc que la polygamie reste une pratique la plus répandue dans les classes moyennes [13].

#### **4.2.4. Offre de services de planification familiale**

Cette approche est fondée sur l'idée selon laquelle, le faible recours à la pratique contraceptive est lié aux caractéristiques de services de PF. L'une des hypothèses généralement avancées par cette approche est qu'il existe des femmes qui ont le désir de limiter leurs naissances, mais ne connaîtraient pas les méthodes efficaces appropriées ou encore ne sauraient où se procurer [25]. Elle accorde une importance capitale à la qualité, la disponibilité, l'accessibilité.

Le recours aux méthodes modernes de contraception est lié à l'accessibilité aux services. Il faut noter que l'accessibilité recouvre plusieurs aspects: géographique, financier et social. Ainsi, la concentration des services de planification dans les grandes agglomérations expliquerait la faible prévalence de la contraception notamment en milieu rural.

L'offre de services apparaît comme un indicateur pertinent pour l'explication de la non-utilisation des méthodes contraceptives modernes parce qu'elle influencerait cette dernière à travers la disponibilité, l'accès à l'information, la qualité de services ainsi que l'accessibilité.

##### ***4.2.4.1. Disponibilité des produits contraceptifs***

L'environnement d'offre du PF exerce une forte influence sur la probabilité d'adoption d'une méthode parmi les femmes n'ayant pas indiqué leur intention d'en utiliser dans le futur [26]. Selon l'OMS (1997 : 15), «la mise à la disposition d'un vaste éventail contraceptif encourage les femmes et les couples à poursuivre la pratique de la contraception en leur permettant d'abandonner une méthode au profit d'une autre méthode qui est mieux adaptée à leurs nouvelles exigences».

Dans une étude sur les femmes marocaines, O'connor, M. L, (2000) a trouvé que: «la disponibilité de méthodes dans la clinique publique la plus proche exerce un effet positif parmi les femmes qui avaient déclaré ne pas avoir l'intention d'utiliser une méthode contraceptive».

Aux Philippines, la gratuité de la contraception a permis d'éliminer les obstacles économiques auxquels se heurtaient près de 6 millions de femmes, dont les besoins de planification familiale n'étaient pas satisfaits [4].

Au Myanmar, l'UNFPA a aidé le gouvernement à élargir l'éventail de contraceptifs disponibles, afin que les femmes puissent choisir la méthode la plus adaptée à leurs besoins. Le gouvernement a également rendu les implants contraceptifs gratuits pour les femmes démunies [4].

Au Sénégal, l'amélioration de la distribution des produits a augmenté le taux de prévalence de la contraception, en particulier en milieu rural, ce dernier étant passé de 7 % en 2011 à 15 % en 2015 [4].

#### ***4.2.4.2. Accès à l'information***

Dans le monde, les femmes sont en moyenne 14 % moins susceptibles que les hommes de posséder un téléphone portable. Une étude sur l'accès à Internet menée en 2012 dans 144 pays à faible revenu et à revenu intermédiaire a révélé que les femmes disposaient d'un accès 25 % inférieur à celui des hommes (Intel, 2012). En Afrique subsaharienne, il atteint même près de 45 %. Cet accès plus limité des femmes aux technologies de l'information et de la communication reflète en partie le manque d'argent nécessaire à leur acquisition et les normes qui dissuadent les femmes de les utiliser [4].

L'accès à l'information constitue une étape préalable à l'adoption d'un comportement novateur en matière de PF. Dès lors, une absence ou une mauvaise qualité de l'information peut entraîner un rejet de toute idée nouvelle. Ngom, P. (2000) a mis en exergue le rôle des réseaux informels (famille, entourage, contacts de la vie quotidienne, etc.) sur le décalage entre la connaissance et la pratique de la contraception. Pour lui, les fausses rumeurs que ces canaux d'information diffusent sont susceptibles de générer de résistances à l'adoption des comportements préventifs. La peur supposée ou réelle des effets secondaires peut résulter de la mauvaise information distillée par certains opposants à la régulation des naissances.

#### **4.2.4.3. Qualité de services**

La qualité de service de PF doit jouer un grand rôle dans la non-utilisation de la contraception moderne. Les services de PF sont en effet largement tributaires de l'infrastructure et du personnel.

En Afrique, la qualité de services de PF laisse à désirer. Sinon, comment comprendre que le continent africain reste celui où la fécondité et la fréquence de maladies sexuellement transmissibles y restent les plus élevées au monde malgré l'offre de services de PF.

Au Niger par exemple, Moussa, H. (2007) a identifié trois principaux facteurs qui entravent la qualité des services de planification: «la durée de l'attente sur les sites de soins, la qualité de l'accueil et le déficit de communication». De longs moments d'attente sont souvent imposés aux clientes, mais aussi, les sages-femmes trient leurs patientes sur des bases subjectives (parente, amie ou voisine). Ces comportements sont à la base de nombreuses tensions entre les clientes et les prestataires qui à terme conduisent les premières à ne pas fréquenter les centres de soins ou à les abandonner.

#### **4.2.4.4. Accessibilité**

L'accès aux soins de santé reproductive permet à une femme démunie non seulement d'exercer ses droits reproductifs, mais également de surmonter les inégalités en matière d'éducation et de revenus, ce qui aura des retombées à la fois sur sa vie personnelle, sur sa famille et sur l'ensemble de son pays. Au niveau des systèmes de santé nationaux, il est possible de mettre l'accent sur les services qui font encore trop défaut aux populations démunies : accès à la planification familiale et aux soins prénatals, et présence de personnel qualifié à la naissance [4].

Les comportements contraceptifs sont largement tributaires de l'accessibilité aux services de PF. Le terme «accessibilité» fait référence aussi bien à l'accessibilité géographique, financière, administrative, psychologique ou même cognitive [27]. Parmi ces différentes accessibilités aux services de PF, nous mettrons l'accent sur l'accessibilité géographique et financière.

- **L'accessibilité géographique**

Étendre l'accès à la contraception nécessite non seulement d'augmenter les stocks de contraceptifs de qualité disponibles et de communiquer davantage au sujet de leur bonne utilisation, mais également de veiller à ce que plusieurs méthodes de contraception soient disponibles. Cela implique également de lever les obstacles géographiques, sociaux et économiques qui entravent leur utilisation [4].

Feyisetan B.J et Ainsworth, M. 1994, ont montré que la distance à parcourir et le temps nécessaire pour atteindre l'endroit où l'on peut se procurer les méthodes constituent un facteur déterminant de la pratique contraceptive, particulièrement en Afrique au sud du Sahara. Au Nigeria par exemple, une augmentation d'un mile (1,609 km) de la distance par rapport à la source d'approvisionnement en contraceptifs la plus proche entraîne une chute de 0,6% du risque d'utilisation de la contraception. Toutefois, cette relation est à relativiser dans la mesure où la demande et l'utilisation des méthodes contraceptives peuvent influencer l'implantation des services de PF.

Le Ghana, la Tanzanie et d'autres pays d'Afrique expérimentent l'utilisation de drones pour livrer des contraceptifs dans des régions rurales isolées [4].

Le problème d'accessibilité géographique est beaucoup plus fréquent dans le milieu rural qu'en milieu urbain et il est d'autant plus fréquent que le niveau d'instruction est faible ou que la femme vit dans un ménage du quintile le plus pauvre. Ceci confirme le fait que les femmes sans instruction et celles du milieu rural sont aussi celles qui vivent dans les endroits les plus isolés, donc les moins bien équipés en biens et services [13].

- **L'accessibilité financière**

Les disparités entre les sexes sont une facette de l'inégalité qui s'aggrave dans certaines régions du monde. Ces disparités, qui ont des répercussions dans tous les domaines de la vie, sont en grande partie liées aux inégalités économiques, notamment l'inégalité d'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive [4].

Lorsque les services sont disponibles, les frais formels et informels des soins de santé maternelle et de l'enfant créent des obstacles financiers pour les plus pauvres. Comme d'autres barrières, telles que la distance, le temps et les coûts associés à l'utilisation des services, la faible sensibilisation, les problèmes de qualité et les freins socioculturels, qui réduisent la demande en services [10].

Certains d'auteurs mettent en avant le coût des produits contraceptifs pour expliquer la non-utilisation des méthodes modernes de contraception. En l'absence des services publics qui garantiraient l'offre des méthodes de PF, le coût monétaire de la régulation des naissances dans beaucoup de pays en développement constitueraient un obstacle et, par conséquent l'acceptation de la régulation des naissances serait très faible [28].

Le niveau de revenu de certaines couches de la population ne leur permet pas d'accéder à certains produits. Le manque d'argent nécessaire pour le traitement était le principal obstacle d'accès aux soins de santé, l'importance de ce problème augmente sensiblement avec la parité. Ce sont les femmes du milieu rural (72 %), celles sans instruction (70 %), celles vivant dans les ménages les plus pauvres (74 %) et celles exerçant un travail non payé (68 %) qui ont le plus fréquemment rencontré ce problème pour accéder aux soins de santé. Il reste donc poser le problème du financement des dépenses de santé pour les pauvres et les personnes indigentes dans un contexte d'équité [13].

Selon Guttmacher Institute 2017, chaque dollar dépensé pour des services de contraception représente une économie de 2,22 dollar sur les frais médicaux liés à la grossesse.

La plupart des besoins se concentrent dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, et dans les communautés les plus pauvres de ces pays [4].

#### **4.2.5. Facteurs intermédiaires :**

Dans le système patriarcal africain, la femme est très souvent en position de dominée au sein du couple. Dans ces conditions, la prise de décision en matière de planification familiale ou du nombre d'enfants que le couple doit avoir lui échappe souvent. Cette assertion trouve sa justification dans des études menées dans plusieurs pays africains comme la Côte d'Ivoire (Kouyé, 1997), le Nigeria (Abanihé, 1994), le Gabon (Ndong Nkoghé, 2000) et le Soudan (Bankolé et al, 1998).

Certains auteurs ont examiné les variables qui médiatisent les effets des principales variables dans le cas de la pratique contraceptive. Pour Fassari .R, (2007), les interactions dans le couple constituent des facteurs importants de l'utilisation de la contraception.

En effet, écrit-il: «Lorsque la communication est établie réellement au sein du couple, la femme a des chances accrues de pratiquer la contraception. Ainsi, la discussion au sein du couple sur les questions de PF et l'opinion favorable du mari vis-à-vis de la contraception sont des facteurs importants d'une adhésion féminine à la pratique contraceptive». Noubissi, A et Wayak-Pambe, M. (2000) considèrent ces interactions, avec des normes et préférences en matière de fécondité comme une indication des mentalités et coutumes qui conditionnent l'adoption des attitudes de rejet ou d'acceptation de la PF.

La désapprobation du conjoint et sa préférence pour une famille nombreuse ont des répercussions sur la discussion au sein du couple, qui est corrélée positivement avec le recours contraceptif. En Afrique au Sud du Sahara, les couples discutent moins de la fécondité et de la planification familiale. Dans ces conditions, quand bien même elles ont un besoin en espacement et en limitation des naissances, les femmes ne soumettent pas la plupart du temps leur point de vue à leur époux. L'ambivalence observée entre la motivation de l'épouse pour le contrôle de la fécondité et son comportement face à la planification familiale n'est résolue que si le mari approuve, et favorise la discussion sur ce sujet (Cord, 1978, cité par Hollerbach, 1982).

Certains auteurs mettent particulièrement l'accent sur le conjoint. Pour Salaway, S. (1994), s'il est possible que la femme puisse décider de recourir à la contraception moderne sans l'avis de son mari, en Afrique, ce modèle de prise de décision n'est pas encore établi. Akoto, E, M. et Kamdem, H. (2001), montrent que: «l'avis du conjoint sur la pratique contraceptive est la variable la plus influente dans deux pays africains (Cameroun et Kenya). Ils poursuivent toujours en affirmant que dans ces mêmes pays, les femmes dont le mari approuve l'utilisation d'une méthode contraceptive ont une plus grande probabilité de pratiquer la contraception moderne que celles dont le mari désapprouve l'utilisation de méthode contraceptive».

Au Nigeria, Abanihé (1994) révèle que 78 % des femmes et 88 % des hommes mariés pensent que c'est le mari qui influencent le plus les décisions du couple. A la question de savoir « qui influence le plus les décisions sur le nombre d'enfant? », la moitié des hommes et 43 % des femmes pensent que c'est le couple qui décide, tandis qu'un tiers des maris et un quart des femmes affirment que la décision revient à l'homme. Ce dernier étant le plus influent dans les décisions du couple, l'auteur en conclut que la domination masculine et la tradition patrilinéaire en vigueur dans cette société encourageant une taille élevée de la famille, sont à la base du faible taux de prévalence contraceptive observé. Une étude similaire sur le même pays (Abanihé 1991, cité par Abanihé, 1994) faisait remarquer que la vie familiale est guidée par les principes normatifs, institutionnels et des croyances qui varient d'un groupe à un autre. Dans la majorité des ethnies, l'homme domine les relations familiales allant de la production à la reproduction qu'il considère comme étant ses prérogatives. Chez les Ibo, par exemple, la femme vit sous l'autorité de son mari et lui doit obéissance. L'auteur démontre aussi que cette influence du mari dans les décisions concernant la reproduction est renforcée par les lois qui exigent l'autorisation du conjoint avant l'obtention d'une méthode contraceptive par la femme. Il lui (la femme) est donc impossible de décider seule l'utilisation d'une méthode quelconque de contraception. A ce propos, Ascadi et al (1990, cité par Abanihé, 1994) montrent dans le même pays que les hommes, particulièrement dans les couples monogames, raccourcissent la période d'abstinence post partum par leur insistance auprès de leurs épouses, qui finissent toujours par se rallier à leur volonté.

En Côte d'Ivoire, que ce soit dans les sociétés patrilinéaires ou matrilineaires, les décisions concernant le choix d'une méthode contraceptive reviennent souvent à l'homme (Nguessan et al, cité par Kouyé, 1997) ; Kouyé (1997) note que les couples où l'homme seul approuve la planification familiale ont 40 % plus de chance de pratiquer la contraception, alors que ceux où la femme approuve ont 30 % plus de chance de pratiquer la planification par rapport aux couples où les conjoints approuvent. Ce qui amène l'auteur à affirmer que le rôle de l'homme dans la pratique contraceptive est déterminant. Bankolé et al (1998), dans leur étude portant sur plusieurs pays, à partir des enquêtes démographiques et de santé, observent que la pratique contraceptive est élevée lorsque le mari ne veut plus d'enfants. Ezeh (1996) met aussi en exergue la prédominance du conjoint dans les décisions concernant la fécondité.

L'avis de la femme sur la pratique contraceptive est aussi déterminant, mais son influence est plus faible que celle de l'homme.



Par ailleurs, l'exposition aux médias a été retenue dans certaines études [23, 29, 30]. En effet, les moyens de communication constituent non seulement les principales sources d'information sur les méthodes contraceptives, mais aussi sur leurs sources d'approvisionnement en produits contraceptifs.

L'OMS (1997) affirme même que: «dans les pays où l'éducation universelle n'est pas assez développée, l'exposition à la radio et à la télévision pourrait jouer le rôle qui était jadis dévolu à l'école en matière de PF».

Les recherches les plus récentes montrent que le système des rapports de genre se situe à niveau plus global de la société : au-delà des relations interindividuelles entre un homme et une femme, ce système détermine les représentations sociales des rôles masculins et féminins. Cependant, dans certains pays, la diffusion de nouvelles pratiques en matière de santé de la reproduction comme la planification familiale se heurte à des résistances sociales et psychologiques très importantes [31].

L'apparition des nouvelles méthodes de contraception change l'équilibre des forces car les femmes sont maintenant en mesure de maîtriser leur fécondité indépendamment et secrètement, du moins en théorie. En effet, pendant des siècles, les hommes ont eu un rôle dans la régulation de la fécondité car ils étaient impliqués dans la pratique des méthodes traditionnelles d'espacement des naissances, tel que le retrait ou l'abstinence. Les nouvelles méthodes de contraception constituent donc pour les hommes une perte potentielle ou effective de contrôle, d'abord sur le choix du moment de la procréation que la femme peut maîtriser mais, plus problématiquement, la possibilité d'éviter une grossesse [31].

Dans le cadre du mariage, les maris utilisent alors souvent le pouvoir réel ou symbolique qu'ils détiennent pour empêcher leurs épouses de recourir aux services de santé reproductive. La réprobation des relations sexuelles hors du cadre du mariage rend par ailleurs l'accès à ces services très difficiles pour les femmes qui ne sont pas en union légitime, notamment les plus jeunes (FNUAP, 1996). Ces représentations négatives se répercutent alors sur la législation, sur le fonctionnement des services de planification familiale et aux efforts qui lui sont consacrés ; le cadre institutionnel, politique et religieux est largement défini par les prérogatives masculines.

Dans les pays en développement, les hommes ont de meilleures connaissances sur les méthodes de contraception que les femmes mais par contre ils sont, plus souvent réfractaires à l'utilisation [4].

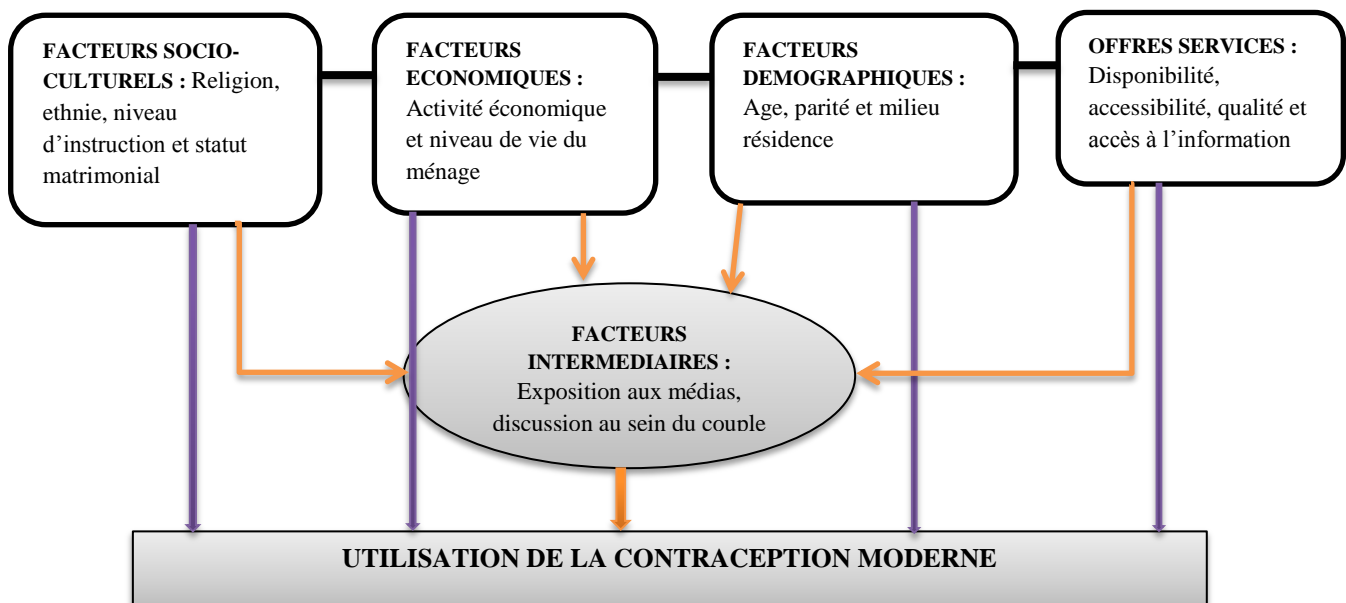
#### 4.2.6. Cadre conceptuel, hypothèse et définition des concepts

##### 4.2.6.1. Cadre conceptuel et l'hypothèse

Après le parcours des littératures traitant des facteurs expliquant la pratique contraceptive moderne, nous constatons qu'elles restent très vastes et complexes. Alors, nous résumerons sous forme de schéma les différents concepts retenus pour l'explication de la pratique contraceptive moderne avant de les définir.

L'hypothèse à la base de ce travail est que l'utilisation limitée des méthodes contraceptives modernes dépend des facteurs socioculturels, économiques et offres de services.

**Schéma :** Cadre conceptuel analysant les facteurs limitant l'utilisation de la contraception moderne.



#### **4.2.6.2. Explication du cadre conceptuel**

- **Les facteurs socioculturels**

Ce sont des facteurs d'ordre social et culturel situés aussi bien au niveau macro (pays, région), méso (communauté ou famille) que micro ou individuel et susceptibles d'influencer le comportement contraceptif de l'individu. Il s'agit des normes et valeurs culturelles ainsi que des caractéristiques individuelles d'identification sociale. Le milieu de résidence, la religion, l'ethnie et le niveau d'instruction sont considérés comme les variables.

- **Les facteurs économiques**

Les facteurs économiques sont des caractéristiques individuelles d'identification sociale susceptibles d'entraîner au niveau individuel une modification, voire une rupture, par rapport aux modèles traditionnels de procréation et de PF [29]. Il s'agit dans cette étude, de l'activité économique.

- **Facteurs démographiques**

Il s'agit de l'ensemble des caractéristiques démographiques qui influencent le recours ou non à la contraception moderne chez une femme. Ces facteurs sont appréhendés à travers l'âge, la parité, et l'état matrimonial.

- **Offre de services**

Elle se réfère aux facteurs institutionnels ou structurels qui influencent les chances de la femme de recourir à l'utilisation de la contraception moderne. Les études en ont identifié plusieurs ; il s'agit notamment de la disponibilité, l'accès à l'information, de la qualité des soins et des normes sociales (accessibilités).

- **Facteurs intermédiaires**

Le genre fait référence aux différences sociales entre l'homme et la femme au sein d'une communauté voir société. Ces rapports s'observent à deux niveaux.

Au niveau macro, il s'agit des normes socioculturelles en vigueur dans une société qui définissent ce que doit être le statut et le rôle des femmes et des hommes.

Au niveau micro, il fait référence aux rapports entre l'homme et la femme dans la famille ou au sein des couples. Il y a une interaction entre ces deux niveaux. En effet, les relations existantes entre l'homme et la femme sont fonction de la perception que leur société d'appartenance a du statut et du rôle de chacun. Le rapport genre ne sera considéré ici qu'au niveau micro [30].

- **Comportements contraceptifs modernes** : Utilisation de la contraception moderne

Selon le dictionnaire Hachette (1998) : «un comportement, c'est la manière d'agir, de se comporter».

En psychologie, c'est l'ensemble des réactions, des conduites conscientes et inconscientes d'un sujet.

On peut alors définir un comportement contraceptif moderne comme la manière de se comporter vis-à-vis de la contraception moderne. Les méthodes modernes sont le condom (masculin ou féminin), la pilule, les injections, les spermicides, la stérilisation masculine et féminine, l'implant, le dispositif intra-utérin (DIU) etc. De ce qui précède, on parle de la limitation d'utilisation de la contraception moderne lorsqu'on empêche la femme de pratiquer une de ces méthodes dans le temps et dans l'espace.

## **V. METHODES ET MATERIELS**

### **5.1. Cadre d'étude**

L'étude a été effectuée dans l'aire de santé de Badinko, située dans le district sanitaire de Kita, région de Kayes. Elle fait partir des 35 aires de santé fonctionnelles que compte le district [17], elle est limitée :

- À l'Est par l'aire de santé de Sébekoro ;
- À l'Ouest par l'aire de santé de Daféla;
- Au Sud par l'aire de santé de Senko ;
- Au Nord par l'aire de santé de Guénikoro et;
- Au Nord-Ouest, l'aire de santé de Bangassi.

L'aire de santé couvre cinq(5) villages pour une population totale de 10942 habitants, cette population est composée majoritairement de Malinké, de Bambara et Soninké. Selon le taux d'accroissement de la population, les femmes en âge de procréer représentent 5% de la population totale soit un effectif de 547 [16].

### **5.2. Type et période d'étude**

Il s'agissait d'une étude descriptive à visée analytique ; qui s'est déroulée sur une période de 15 jours allant du 13 au 27 novembre 2017.

### **5.3. Population d'étude**

Elle a concerné 178 personnes, 175 femmes mariées et 03 prestataires de soins PF dont deux du centre de santé communautaire et un du cabinet médical de soins privé.

#### **5.3.1 Critères d'inclusion**

Sont incluses dans notre étude les femmes de ménage âgées de 15 - 49 ans résidents dans l'aire de santé depuis 6 mois et disponibles à participer volontairement, et les responsables techniques des centres de santé communautaire et privés (directeur technique ou responsable maternité).

#### **5.3.2 Critères de non-inclusion**

Sont exclues, les femmes qui n'étaient pas disponibles ou absentes pendant la période de collecte, les femmes enceintes, celles atteintes d'une maladie ou qui ont refusés de participer à l'étude.

## 5.4. Échantillonnage et calcul de la taille d'échantillon

### 5.4.1 Échantillonnage

#### 5.4.1.1. Choix de villages

Pour l'aire de santé, nous avons décidé de faire une stratification basée sur la distance Villages – centre de santé de communautaire(CSCom).

Strate 1 : les villages ayant une distance  $\leq 5$ km, ce sont :

- Badinko.....0 km
- Darsalam.....5 km
- Sebefé.....2 km

Strate 2 : les villages ayant une distance  $> 5$  km :

- Dialakoni.....7 km
- Kouleko.....12 km

Dans chaque strate nous avons pris 25% des villages, qui ont été tirés de façon aléatoire simple. Au total deux villages ont été retenus, Badinko dans la strate 1 et Kouleko strate 2.

#### 5.4.1.2. Choix des concessions, ménages et cibles dans les villages

- **Choix des concessions :** Dans chaque village l'enquêteur a pris son départ à partir d'une place publique en jetant un crayon en l'air. Dans la direction indiquée par le crayon, il a choisi la porte la plus proche située à droite, celle-ci a été la première concession à visiter. Pour accéder à la concession suivante, l'enquêteur a suivi sa droite en progressant de proche en proche jusqu'à atteindre le point de départ. Pour accéder aux autres concessions, il a choisi à partir de ce point de départ la porte la plus proche différente de celle déjà utilisée.
- **Choix des ménages :** Dans une concession, tous les ménages ont été enquêtés en commençant de la droite vers la gauche ; pour passer au ménage suivant, il est sorti pour suivre sa droite et a progressé de proche en proche.
- **Choix des cibles dans le ménage :** Dans chaque ménage, l'enquêteur a pris toutes les femmes répondant aux critères d'inclusion. Ce processus a été mené jusqu'à avoir le nombre déterminé, et au cas où le nombre n'a pas été atteint dans une localité, il était complété dans la localité suivante.
- **Autres cibles :** Elles ont été choisies de manière raisonnée.

#### 5.4.2. Calcul de la taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon des cibles primaires a été définie par la formule de SCHWARTZ :

$$n = \frac{z\alpha^2 P(1-P)}{i^2}$$

n= taille échantillon,  $z\alpha$  : coefficient de marge déduit du taux de confiance « s »  $z\alpha = 2.05$  donc  $z\alpha^2 = 4,2025$  ; i: marge d'erreur, si  $i = 4\%$  ; p : proportion (aucune donnée de prévalence au niveau communautaire n'est disponible dans l'aire de santé alors nous allons utiliser celle de la région à laquelle appartient cette aire, qui est Kayes, selon l'EDS-V cette prévalence est estimée à 7%) ou probabilité de succès ou probabilité de réalisation positive

p= 7% ; q : probabilité d'échec ou probabilité de réalisation négative,  $q=1-p$  donc  $q = 0.07$  ;  
donc **n= 170,9892 ≈ 175**

Les autres cibles ont été choisies de façons raisonnées, le Directeur Technique du Centre(DTC) et le responsable de la maternité du CSCom, et le responsable praticien du cabinet de soins privé.

En effet, on note dans l'aire de santé 1 CSCom et 1 cabinet médical de soins privé soit 3 personnes donc la taille totale de l'échantillon sera de 178 participants.

#### 5.5. Choix des variables

##### 5.5.1. Variables dépendantes:

Nous avons considéré dans le cadre de la présente étude, l'utilisation des méthodes contraceptives modernes comme variable dépendante, qui est dichotomique : utilisation (oui=1) et non-utilisation (non=0).

Par méthode contraceptive moderne, nous avons considéré les méthodes suivantes: pilule, injectable (depo provera), implant, dispositif intra-utérin (DIU) et condom, car elles sont les plus utilisées en milieu rural.

Par non utilisation des méthodes contraceptives modernes, nous avons considéré les femmes qui avaient ou non d'information sur l'existence de ces méthodes et qui n'en faisaient pas usage.

### **5.5.2. Variables indépendantes :**

Nous avons retenu les facteurs prédictifs de l'utilisation de la contraception : l'âge, la parité, la religion, l'ethnie, le statut matrimonial du conjoint, le niveau d'instruction, l'occupation, le revenu de la femme, et l'accès à l'information (l'exposition aux médias, la connaissance des méthodes contraceptives et la discussion avec le conjoint).

### **5.6. Technique de collecte**

Les données ont été collectées par interview à l'aide d'un questionnaire préétabli. Pour administrer ce questionnaire, l'équipe d'enquêteurs s'est rendu dans les ménages et structures de santé (CSCom et cabinet privé); cet outil a permis de recueillir les données relatives aux variables dépendantes et indépendantes.

### **5.7 Gestion et analyse des données**

Les données ont été saisies sur Magpi et analysées à partir de logiciel SPSS 21.0, nous avons calculés la distribution des fréquences pour les variables qualitatives et la moyenne pour les variables quantitatives.

Pour étudier les croisements entre les variables, nous avons utilisé le test de Fisher au seuil de risque de 5%. Il y avait un lien statistiquement significatif quand la probabilité (p) était inférieure à 0,05.

### **5.8. Aspect éthique**

Après validation du protocole par le directeur de mémoire, le Département d'Enseignement et de Recherche en Santé Publique(DERSP) a adressé une lettre de demande de réalisation d'enquête au médecin-chef du district sanitaire de Kita pour son accord, et qui a été ensuite transmise à la mairie à travers le président de l'Association de Santé Communautaire (ASACO) en collaboration avec le Directeur Technique du Centre de santé Communautaire pour approbation. Le consentement éclairé verbal a été demandé et obtenu volontairement auprès de chaque participant(e) à l'étude. L'anonymat des participant(e)s et la confidentialité des informations recueillies ont été respectés, pour cela un numéro d'identification a été attribué à chaque participant(e) pour masquer le(s) nom(s) et prénom. Les informations fournies par les participants ont été recueillies sur un papier en copie dure.



## VI. RESULTATS

Au total 178 personnes enquêtées, 175 femmes mariées et 03 prestataires de soins de PF.

### 6.1 Caractéristiques socio-culturelles et économiques des femmes

**Tableau 1** : Répartition des femmes selon les tranches d'âge

Tranche d'âge	Effectifs n=175	Pourcentage (%)
15 – 24	67	38,29
25 - 34	62	35,43
35 - 49	46	26,28
Moyenne âge ( $\pm$ IC à 95%)	27,97 [26.77 ; 29.16]	

La moyenne d'âge des femmes à l'étude était de 27,97.

**Tableau 2** : Répartition femmes selon l'ethnie

Ethnie	Effectifs n=175	Pourcentage (%)
Malinké	62	35,43
Bambara	49	28,00
Peulh	37	21,14
Sarakolé	27	15,43

Le malinké était la plus représentée avec une proportion de 35,42%.

**Tableau 3** : Répartition des femmes selon le niveau d'instruction

<b>Niveau d'instruction</b>	<b>Effectifs</b> <b>n=175</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Aucun	87	49,72
Fondamental 1	50	28,57
Fondamental 2	33	18,86
Secondaire	05	02,85

Les femmes n'ayant aucun niveau d'instruction étaient 49,72%.

**Tableau 4** : Répartition des femmes selon la religion

<b>Religion</b>	<b>Effectifs</b> <b>n=175</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Musulmane	152	86,86
Sans religion	22	12,57
Chrétienne	01	0,57

La proportion des femmes musulmanes était de 86,86%.

**Tableau 5** : Répartition des femmes selon l'occupation (ou profession)

<b>Occupation</b>	<b>Effectifs</b> <b>n=175</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Commerce	100	57,14
Aucune	30	17,14
Agricultrice	24	13,71
Maraîchage	12	6,86
Salariée	07	4,00
Autre	02	1,15

Les femmes exerçant le commerce étaient de 57,15%.

**Tableau 6** : Répartition des femmes selon le revenu

<b>Revenu</b>	<b>Effectifs</b> <b>n=175</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
< 5000	62	35,42
5000 – 10 000	16	9,14
10 001 – 15 000	59	33,72
> 15 000	38	21,72

Moyenne revenue ( $\pm$  IC à 95%) 12157,14 [10595.45 ; 13718.83]

Le revenu moyen par femme était estimé à 12 157 F CFA.

**Tableau 7** : Répartition des femmes selon le nombre d'enfants

<b>Nombre enfant</b>	<b>Effectifs</b> <b>n=175</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
0	51	29,14
1 - 2	43	24,57
3 - 4	61	34,86
$\geq$ 5	20	11,43

Les femmes n'ayant 3 à 4 enfants étaient les plus représentées avec une proportion de 34,86%.

**Tableau 8**: Répartition des femmes selon le statut matrimonial du conjoint

<b>Statut matrimonial</b>	<b>Effectifs</b> <b>n=175</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Monogamie	94	53,72
Polygamie	81	46,28

Les femmes vivant en régime monogame représentaient 53,72%.

**Tableau 9:** Répartition des femmes selon le niveau d'instruction du conjoint

Niveau d'instruction conjoint	Effectifs n=175	Pourcentage (%)
Aucun	109	62,28
Fondamental 1	30	17,14
Fondamental 2	22	12,58
Secondaire	11	06,29
Supérieur	03	01,71

Les conjoints n'ayant aucun niveau d'instruction étaient de 62,28%.

## 6.2 Connaissance et pratiques des méthodes contraceptives

**Tableau 10:** Femmes ayant entendues parlés au moins d'une méthode de contraception moderne

Femme ayant entendue parler de CM	Effectifs n=175	Pourcentage (%)
Oui	167	95,42
Non	08	04,58

Les femmes qui n'avaient jamais entendues parlés au moins d'une méthode de contraception moderne représentaient 04,58%.

**Tableau 11 :** Répartition des femmes selon les sources d'information sur la contraception moderne

Sources d'information	Effectifs n=167	Pourcentage (%)
Centres santé	57	34,13
Radio	47	28,14
Ami(e)s	46	27,55
Télévision	17	10,18

Plus d'un tiers (34,13 %) des femmes avaient été informées par le centre de santé.

**Tableau 12** : Répartition des femmes selon l'utilisation de la contraception moderne

<b>Utilisation de la contraception moderne</b>	<b>Effectifs 167</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Oui	48	28,74
Non	119	71,26

Les femmes non-utilisatrices de la contraception moderne représentaient 71,26%.

**Tableau 13** : Répartition des femmes selon les méthodes de contraception moderne utilisées

<b>Méthodes utilisées</b>	<b>Effectifs n=48</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
Implant	16	33,34
Injectable	14	29,17
Pilule	10	20,83
DIU	04	08,33
Autres	04	08,33

Le dispositif intra-utérin(DIU) était la méthode la moins utilisée avec une proportion de 08,33%.

**Tableau 14** : Répartition des femmes selon les raisons de non-utilisation de la contraception moderne

<b>Raisons de non utilisation</b>	<b>Effectifs n=119</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Enquêtée opposée	67	56,30
Conjoint en voyage	18	15,12
Conjoint opposé	15	12,61
Effets secondaire	11	09,25
Problème santé	06	05,04
Interdit religieux	02	01,68

L'opposition de l'enquêtée à la contraception moderne était la plus fréquente avec 56,30%.

**Tableau 15** : Répartition selon la décision d'utilisation de la contraception moderne

<b>Décision d'utilisation</b>	<b>Effectifs n=48</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Commune	31	64,58
Enquêtée	14	29,17
Conjoint	03	06,25

La décision d'utilisation de la contraception moderne était consentie par le couple dans 64,58%.

**Tableau 16** : Connaissance de sources d’approvisionnement en produits contraceptifs moderne

<b>Connaissance sources d’approvisionnement</b>	<b>Effectifs n=167</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Oui	158	94,61
Non	09	05,39

94,61% des femmes connaissaient au moins une source d’approvisionnement en produits contraceptifs moderne.

**Tableau 17** : Répartition des femmes selon les sources d’approvisionnement en produits contraceptifs modernes

<b>Sources d’approvisionnement</b>	<b>Effectifs n=158</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
CSCom	111	70,25
Cabinet de soins privé	21	13,29
Dépôt de vente privé	16	10,13
Pharmacie privée	10	06,33

Le centre de santé communautaire était la source la plus utilisée par les femmes pour se procurer en produits contraceptif moderne avec une proportion de 70,25%.

**Tableau 18** : Appréciation de la contraception moderne par les femmes

<b>Appréciation contraception moderne</b>	<b>Effectifs n=167</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Bien	145	86,82
Mauvaise	22	13,18

La contraception moderne était bien appréciée par les femmes dans 86,82%.

### **6.3 L'offre de services de soins PF**

L'aire de santé de Badinko couvrait cinq(5) villages et disposait deux centres de santé, un centre de santé communautaire(CSCom) et un cabinet médical de soins privé dénommé "Promo santé" tous situés dans le village de Badinko.

Le centre de santé communautaire de Badinko est un bâtiment en bon état, construit en deux blocs. Le premier sert de salle de consultation, de chaîne de froid, de pansement/injections, de dépôt de vente de médicaments, d'observation de malades et un magasin, et le second la maternité composée d'une salle de CPN, une salle d'accouchement, une salle de suite de couche et une salle de garde personnel.

Il disposait 08 agents :

- 1 médecin, directeur technique du centre ;
- 1 infirmière obstétricienne, responsable de la maternité ;
- 2 matrones ;
- 2 aides-soignants ;
- 1 gérante du dépôt de vente de médicaments ;
- 1 gardien manœuvre.

Le CSCom disposait également une ambulance pour la référence-évacuation des malades, une moto-simple AG100 pour la réalisation des activités de supervision et de stratégies avancées comme les consultations prénatales et de vaccination ; un bloc de trois latrines, et un incinérateur. Il est alimenté en eau par le système d'adduction d'eau solaire du village et une pompe à motricité humaine en son sein, et en énergie solaire.

En matière de PF, l'aire de santé bénéficiait une intervention de l'ONG MARIE STOP INTERNATIONAL depuis 2014, basée sur la sensibilisation et la promotion des méthodes de contraception moderne de longue durée d'action.

Malgré la disponibilité du personnel qualifié, le CSCom n'offrait pas les méthodes contraceptives modernes de longue durée d'action pour manque de compétence dans l'insertion de celles-ci. Quant au cabinet médical de soins, seul l'implant était offert temporairement en raison de compétence limitée du personnel.

Les activités promotionnelles des centres en matière de planification familiale portaient sur les causeries éducatives lors des journées de consultation prénatale et de vaccination, le



conseiling pour les femmes en post-partum immédiates et parfois lors de consultation curative.

Les méthodes de contraception moderne disponibles en permanence dans les deux centres de santé étaient les méthodes de courte durée d'action (pilule et l'injectable) alors que celles de longue durée notamment le dispositif intra-utérin et l'implant étaient offertes au CSCCom lors des journées de campagnes de sensibilisation et de promotion de la planification familiale de la dite ONG.

La femme qui désirait utiliser une méthode moderne était informée sur les avantages et inconvénients, et éventuellement la gestion des effets secondaires ; le choix d'une méthode revenait à l'utilisatrice.

Le coût de prestations en contraception moderne variait en fonction de méthodes et de centres de santé ; il était plus élevé au cabinet médical de soins privé qu'au CSCCom.

Pour accroître l'utilisation de la contraception moderne, deux prestataires sur trois pensaient qu'il faut poursuivre la sensibilisation des femmes et les hommes en mettant l'accent sur l'espacement de naissance, renforcer régulièrement les compétences des prestataires sur l'insertion des méthodes de longue durée d'action, et instaurer la politique de gratuité des produits contraceptifs pour les femmes en âge de procréer.

## 6.4 Analyse des facteurs limitant l'utilisation de la contraception moderne

**Tableau 16** : Analyse multivariée des facteurs limitant l'utilisation de la contraception moderne.

Facteurs	Utilisation		OR	IC 95%	P bilatérale
	Oui	Non			
<b>Ethnie</b>					
Malinké*	14	48			
Sarakolé	07	16	0,66	0,23 – 1,94	0,572
Peulh	10	24	0,70	0,27 – 1,81	0,470
Bambara	17	31	0,53	0,22 – 1,13	0,199
<b>Religion</b>					
Musulmane*	42	102			
Chrétienne	00	01	-1	-1	1
Sans religion	06	16	1,09	0,40 – 2,99	1
<b>Tranche d'âge</b>					
15-24 ans*	15	46			
25-34 ans	18	42	0,76	0,34 – 1,69	0,545
35-49 ans	15	31	0,67	0,28 – 1,57	0,391
<b>Niveau d'instruction</b>					
Aucun*	19	64			
Fondamental 1	18	31	0,51	0,23 – 1,11	0,109
Fondamental 2	10	20	0,59	0,23 – 1,48	0,329
Secondaire	01	04	1,18	0,12 – 11,27	1
<b>Occupation</b>					
Commerce*	27	71			
Aucune	08	16	0,76	0,29 – 1,98	0,618
Agricultrice	05	19	1,45	0,49 – 4,26	0,610
Maraîchage	03	09	1,14	0,28 – 4,53	1
<b>Revenu</b>					
<5000*	15	42			
5000-10 000	2	13	8,12	1,52 – 43,21	<b>0,009</b>
10000-15000	18	40	2,78	1,08 – 7,12	0,054
>15 000	13	24	2,3	0,84 – 6,37	0,129

<b>Statut du conjoint</b>					
Monogamie*	24	63			
Polygamie	24	56	0,71	0,19 – 0,85	<b>0,025</b>
<b>Niveau d’instruction du conjoint</b>					
Aucun*	34	72			
Fondamental 1	06	22	1,73	0,64 – 4,66	0,355
Fondamental 2	05	15	1,42	0,48 – 4,22	0,607
Secondaire	02	09	2,13	0,44 – 10,37	0,499
Supérieur	01	01	0,47	0,03 – 7	0,545

\*Référence

Les femmes ayant un revenu faible utilisaient huit fois la contraception moderne que celles ayant un revenu très faible avec une p significative (p=0,009).

Les femmes en régime polygame pratiquaient une fois plus la contraception moderne que celles qui vivaient en monogamie avec p=0,025.

Les femmes dont le conjoint a un niveau d’instruction secondaire utilisaient plus de deux fois la contraception moderne comparativement à ceux d’aucun niveau avec p non significative (p=0,499).

## **VII. DISCUSSION**

### **7.1 Connaissance des méthodes contraceptives**

Nous avons trouvé que 95,42% des femmes avaient entendues parler au moins une méthode contraceptive moderne. Ces résultats plébiscitent les acteurs du domaine de sensibilisation en matière de planification familiale, car le message diffusé a atteint une cible très importante. La majorité des femmes informées (34,13%) l'étaient principalement à partir des structures de santé, 28,14% l'étaient à partir de la radio des amis, seulement 10,18% des femmes étaient informées à partir de la télévision. Ces résultats sont similaires à celle d'Abel Mukengeshayi Ntambu et al réalisée dans la zone de santé de Dibindi à Mbuji-Mayi en République Démocratique du Congo, où la principale source d'information était les structures de santé (63,6%) [2] ; tandis qu'ils sont différents de ceux obtenus dans la ville de Goba Town en Éthiopie, où les médias (radio et télévision) étaient la source principale d'information (87,3%) sur les méthodes contraceptives moderne [32]. Cela pourrait s'expliquer par le fait que, dans notre zone d'étude, la majorité de femmes utilisent les services de santé, soit pour les consultations prénatales (CPN) ou l'accouchement, soit pour la vaccination, ce qui augmente la chance de recevoir l'information sur la contraception moderne; c'est aussi un signe que l'activité de planification familiale est intégrée dans les services de santé, car toute femme en union a la chance de s'y rendre à des différentes circonstances inhérentes à sa santé. Le niveau élevé de connaissance de la contraception moderne a été observé dans l'Enquête Démographique et de Santé au Mali de 2012 - 2013 où 82,1% des femmes en union, en milieu rural avaient au moins entendues une méthode contraceptive moderne, il était de 83,1% dans la région de Kayes, région dans laquelle se trouve l'aire de santé de Badinko. Ceci témoigne de l'efficacité des campagnes de sensibilisation sur la contraception moderne, autant par les structures sanitaires, que par d'autres moyens de communication [15].

### **7.2 Utilisation des méthodes contraceptives**

La prévalence contraceptive moderne était faible (28,74%). Ces résultats sont similaires à ceux obtenus par Matungulu et al dans la zone de santé de Mumbunda à Lubumbashi en République Démocratique de Congo, qui ont trouvé 27,6% [33]. Elles restent nettement supérieures à celle du district sanitaire de Kita [17] et de la région de Kayes (6,4%) [15].

L'âge des femmes n'influe pas l'utilisation de la contraception moderne. Ce constat est retrouvé dans l'étude de Degrées à Abidjan [34]. Par contre Attanasso et al ont analysé les données de l'enquête démographiques et de santé de Benin de 2001 ; en considérant l'âge des

femmes étudiées, ils ont remarqué que celles de moins de 25 ans (entre 15 et 24 ans) manifestaient très peu d'intérêt pour la contraception moderne comparativement aux femmes appartenant aux groupes d'âge intermédiaires (c'est-à-dire entre 25-34 ans et 35-44 ans) [35].

Parmi les utilisatrices, environ (50%) ont pratiqué une méthode contraceptive moderne de courte durée d'action surtout l'injectable (29,17%) ou pilules en comprimés (20,83%) alors que 33,34% ont utilisé une méthode contraceptive de longue durée d'action notamment l'implant sur l'ensemble des utilisatrices, la proportion élevée de cette méthode s'expliquerait par l'intervention de l'ONG MARIE STOP INTERNATINAL. Il n'y a pas assez de différence entre ces résultats et ceux rapportés par une étude au Rwanda où (64,10%) des utilisatrices de contraception moderne ont relayé des méthodes contraceptives de courte durée et également au sud de l'Éthiopie avec (57%) des femmes qui utilisaient de méthodes de courte durée d'action [36, 37]. L'utilisation prédominante de méthodes à courte durée d'action pourrait être due à l'influence des prestataires de services sur les utilisatrices, ce qui les a amenés à choisir les méthodes qui sont fournies [38].

La proportion des femmes utilisatrices de contraception moderne était de 39,58% pour les femmes sans niveau d'instruction, 58,34% pour le niveau primaire dont 37,5% pour le fondamental 1 et 20,84% fondamental 2, et 02,08% pour le secondaire ; ces résultats sont différents de ceux trouvés au Kenya, seules 23% des femmes qui n'ont pas été à l'école pratiquaient la contraception contre 35% pour celles qui ont été à l'école primaire et 57% pour les universitaires [36]. Les établissements scolaires pourraient également servir de précieux canaux pour passer des messages sur la santé sexuelle et reproductive à l'endroit des adolescent(e)s. De façon globale, la femme dont le conjoint est instruit a plus de chance d'utiliser les produits contraceptifs modernes qu'une autre femme [39].

### **7.3 Facteurs associés à la limitation d'utilisation de la contraception moderne**

L'utilisation des méthodes de contraception moderne varie en fonction de revenu, ainsi nous avons trouvé que les femmes ayant un revenu très faible utilisaient moins de huit fois la contraception moderne que celles ayant un revenu faible (OR=8,12 ; IC95% : 1,52 ; 43, 21) avec p significative (p=0,009), donc le revenu était un facteur associé à la limitation d'utilisation de la contraception. La proportion des utilisatrices dans cette catégorie était de 31,25%, ces résultats sont différents de ceux trouvés par l'Enquête Démographique et de Santé du Mali de 2012 – 2013, qui était de 5%. Cette différence s'expliquerait par le fait que ces résultats n'ont concerné qu'une seule aire de santé.

Pour le statut matrimonial du conjoint, 52,95% des femmes monogames n'utilisaient pas une méthode contraceptive moderne. Ces résultats corroborent avec ceux rapportés par l'étude de NGOY Kishimba au Cameroun, qui a trouvé 68,40% de femmes monogames non utilisatrices de la contraception moderne. Les femmes polygames utilisaient une fois plus la contraception moderne que les monogames avec  $p$  significative ( $p=0,025$ ), donc le statut du conjoint était un facteur associé à la limitation d'utilisation de la contraception moderne. Cela s'expliquerait par le fait que les femmes monogames ressentent le besoin de donner naissance continuellement jusqu'à la ménopause pour empêcher leur mari de prendre une autre épouse [40].

**Limites :** La faible taille de l'échantillon compte tenu des difficultés financières pour prendre en charge les honoraires des enquêteurs ; le caractère du sujet abordé encore considéré comme une affaire privée du couple dans notre société surtout en zones rurales ainsi que de biais de mémoire, par le fait qu'il est possible que les femmes aient confondu l'utilisation actuelle et passée des méthodes contraceptives. Toutefois, le fait d'avoir focalisé l'utilisation des méthodes contraceptives au cours du période d'enquête, a limité l'impact de ce biais.

## **VIII. CONCLUSION - RECOMMANDATIONS**

### **8.1. Conclusion**

La prévalence contraceptive moderne dans la zone d'étude était faible eu égard aux services de planification familiale disponibles. Une proportion importante de femmes n'adhère pas encore à l'utilisation de la contraception moderne malgré une connaissance élevée sur les différentes méthodes. Les raisons principales de non utilisation étaient l'opposition de la femme, le conjoint en voyage, et l'opposition du conjoint. Le revenu des femmes et le statut matrimonial du conjoint étaient les facteurs associés à la limitation d'utilisation de la contraception moderne.

Les autorités administratives, sanitaires et locales, et leurs partenaires doivent intensifier la sensibilisation et la promotion des méthodes contraceptives moderne tout en impliquant les chefs de ménages, poursuivre le renforcement des capacités des prestataires de soins pour mieux satisfaire les besoins en planification familiale, et promouvoir l'autonomisation des femmes et adolescentes du milieu rural.

### **8.2 Recommandations**

Au terme de notre étude, nous recommandons :

#### **À l'Association de Santé Communautaire(ASACO) de Badinko :**

- Impliquer davantage les chefs de ménages/leaders communautaires dans les activités de sensibilisation sur la contraception au niveau communautaire ;
- Renforcer les capacités du responsable de la maternité sur l'insertion des méthodes contraceptives de longue durée d'action notamment l'implant et le dispositif intra-utérin (DIU) ;
- Rendre disponibles au niveau du CSCCom les produits contraceptifs de longue durée d'action.

#### **Au Centre de Santé de Reference de Kita :**

- Renforcer régulièrement les capacités des prestataires de soins PF au niveau des CSCComs sur l'insertion de méthodes de longue durée d'action ;
- Assurer la dissémination des documents de politiques, normes et procédures s en matière de la planification familiale au niveau des CSCCom ;

- Organiser au niveau communautaire des campagnes de sensibilisation et de promotion de la planification familiale en collaboration avec des partenaires/ONG intervenant dans le domaine de la planification familiale.

#### **Au Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique:**

- Mettre en place une politique de gratuité des produits contraceptifs modernes pour les femmes en âge de procréer ;
- Poursuivre la communication sur l'utilisation de la contraception moderne en mettant l'accent sur l'importance de l'espacement de naissance ;
- Promouvoir l'utilisation des méthodes contraceptives ayant peu d'effets secondaires.

#### **A l'endroit de la population :**

- S'informer sur les méthodes contraceptives modernes auprès des structures offrant les services de planification familiale ;
- Discuter en couple la possibilité d'utilisation de la contraception moderne ;
- Choisir une méthode de contraception moderne compatible avec votre organisme ;
- Pratiquer une méthode de contraception moderne dans les services qui offrent la planification familiale.



## IX. REFERENCES

1. **Bhutta Zulfiqar A, Ali S, Cousens S, Ali Talaha M, Haider Azra B, Rizvi A et al.** Interventions to address maternal, newborn, and child survival: what difference can integrated primary health care strategies make? *Lancet*. 2008 Sep 13, 372(9642): 972-89p.
2. **Ntambue Mukengeshayi A , Tshiala Ngalula R, Malonga Kaj F, Ilunga Mpoyi T , Kamonay Mulumba J, Kazadi Tshimankinda S et al.** Utilisation des méthodes contraceptives modernes en République Démocratique du Congo: prévalence et barrières dans la zone de santé de Dibindi à Mbuji-Mayi. 2017; 26: 2-3p.
3. **www.guttmacher.org/fr/fact-sheet/adding-itup-contraception-mnh-2017.** The Costs and Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health 2017. 2017, 2p.
4. **Etat de la population mondiale 2017, DES MONDES À PART, Santé et droits en matière de reproduction à une époque marquée par les inégalités.** UNFPA ; 2017; 10-100p.
5. **Millions of lives transformed.** UNFPA; 2016, 16p.
6. **Bhutta Zulfiqar A, Das Jai K, Bahl R, Lawn Joy E, Salam Rehana A, Paul Vinod K et al.** Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths and at what cost? *Lancet*. 2014 Jul 26, 384(9940): 347-70.
7. **Laplante A, Soumaoro B.** Planning traditionnel au Mali, in *Education sexuelle en Afrique tropicale (Proceedings of an Inter-African Seminar, Bamako, April 16-25, 1973.)* Ottawa, International Development Research Centre; 1973, 54-60p.
8. **Evina A, Kishimba N.** L'utilisation des méthodes contraceptives en Afrique: de l'espace à la limitation des naissances? In *GENDREAU F et POUPARD M. Transitions démographiques des pays du sud, AU ELF-UREF, Actualité Scientifique, ESTEM ; 2001, 253-268p.*
9. **Guide sur la santé sexuelle et reproductive en Afrique de l'Ouest Francophone ;** 2011, p13.
10. **La situation des enfants dans le monde 2016, l'égalité des chances pour chaque enfant.** Unicef ; 2016, 34-139p.
11. **Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie du Sénégal.** Enquête Démographique et de Santé continue (EDS continue) 4<sup>ème</sup> édition ; 2010, 26p.
12. **Institut National de la Statistique du Niger.** Enquête Démographique et de Santé et à indicateurs Multiples du Niger 4<sup>ème</sup> édition ; 2012, 19p.
13. **Enquête Démographique et de Santé du Mali – IV ;** 2006, 50 - 83+121p.

14. **Le Mali face au défi démographique.** Rapport Banque Mondiale ; N° 44459-Mali ; 2009, 27p
15. **Enquête Démographique et de Santé du Mali – V** ; 2013, 91-99+197-207p.
16. **Données du Système Local d'Information Sanitaire(SLIS), district Kita** 2016.
17. **Rapport d'activités du Centre de Santé Communautaire de Badinko**, 2016.
18. **Van DE Walle E F.** Les pratiques traditionnelles et modernes d'espacement ou d'arrêt de la fécondité, in TABUTIN, D. Populations et sociétés en Afrique au Sud du Sahara. édition l'Harmattan, Paris, 1988, 141-161p.
19. **Sala-diakanda M.** L'infécondité de certaines ethnies, in TABUTIN, D. Population et sociétés en Afrique au Sud du Sahara, Edition Harmattan, Paris ; 1988, 551p.
20. **Bello T.** Impact des programmes de santé et de planification familiale, in KOFFI, N et al. Maîtrise de la croissance démographique et développement en Afrique, ENSEA-ORSTOM, Abidjan ; 1991, 195-204p.
21. **Gendreau F.** La population de l'Afrique, Manuel de démographie, Edition : Karthala, CEPED ; 1993, 463p
22. **Locoh T.** Les politiques de population en matière de fécondité dans les pays francophones: l'exemple du Togo, CEPED n°6, Paris ; 1989, 19p.
23. **Noumbissi A, Wayak-pambe M.** La femme Camerounaise face aux méthodes contraceptives modernes: Rejet ou inaccessibilité, in PILON, M. et GUILLAUME, A. Maîtrise de la fécondité et planification au Sud, Paris, éd. IRD, Colloques et séminaires ; 2000, 177-191p.
24. **Speizer Ilene S, Hotchkiss David R, Magnani Robert J, Hubbard B et Kristen N.** Do Service Providers in Tanzania Unnecessarily Restrict Clients' Access to Contraceptive Methods? Vol. 26, n°1; 2000, 13-20+42p.
25. **Pascal B.** Etude bibliographique sur l'accessibilité et le problème de l'accès aux soins, aux services de santé : Place particulière des concepts en géographie et en économie de la santé. Université Paul Valéry, Montpellier 3, France, 2002, 6-10p.
26. **Nag M, Kak N.** Demographic Transition in a Punjab Village. Vol. 10, n°4 ; 1984, 661-678p.
27. **Evina A.** Les facteurs de la contraception au Cameroun au tournant du siècle. Document d'analyse n°6, Paris, Collections du CEPED ; 2007, 62 p.
28. **Fassassi R.** Les facteurs de la contraception en Afrique de l'Ouest et en Afrique Centrale au tournant du siècle. Paris-France CEPED; 2007, 67p.

29. **Rwenge M.** Statut de la femme, planification familiale et fécondité à Bafoussam et Mbalmayo, in Etude de la population africaine, Dakar-Ponty, UEPA, Vol.22, n°1 ; 2007, 57-85p.
30. **Ondo Ndemezogh I.** Facteurs explicatifs de la fécondité des adolescentes au Gabon. Yaoundé, 2012, 19p.
31. **Ella NFoume E.** Facteurs d'utilisation de la contraception moderne au sein des couples Gabonais. Yaoundé, 2002, 12-16p.
32. **Takele A, Degu G et Yitayal M.** Demand for long acting and permanent methods of contraceptives and factors for non-use among married women of Goba Town, Bale Zone, South East Ethiopia. *Reproductive Health* 2012, 9:26, 4p;
33. **Matungulu Matungulu C, Kandolo Ilunga S, Mukengeshayi Ntambue A, Nkola Musau A, Mpoyi Ilunga D, Mumba Katanga S.** Déterminants de l'utilisation des méthodes contraceptives dans la zone de santé Mumbunda à Lubumbashi, République Démocratique du Congo. 2015, 4p.
34. **Desgrees Du Loù A, Guillaume A.** Limitation des naissances parmi les femmes d'Abidjan, en Côte d'Ivoire: contraception, avortement ou les deux ? *Perspectives Internationales sur le Planning Familial*. 2002, 4-11p.
35. **Attanasso O, Fagninou R, M'Bouke C et Amadou Sanni M.** Les facteurs de la contraception au Bénin : Analyse des données de l'enquête démographique et de santé. *Documents d'analyse n° 4*, 2005, 48p.
36. **Eshete A.** Contraceptive Method Mix Utilization and its Associated Factors among Married Women in Gedeo Zone, Southern Nations, Nationality and People Region-Ethiopia: A Community based Cross Sectional Study. *Epidemiology*, volume 5; 2015, 6p.
37. **Brunie A, Tolley Elizabeth E, Ngabo F, Wesson J, et Chen M.** Getting to 70%: barriers to modern contraceptive use for women in Rwanda. 2013, 5p.
38. **Zlidar Vera M, Gardner R, Rutstein Shea O, Morris L, Goldberg H, Johnson K.** Conclusions de nouvelles enquêtes : poursuite de la révolution dans le domaine de la reproduction. *Population Reports, series M, N° 17*. Baltimore: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health; 2003, 31p.
39. **Vimard P, Fassassi R, Talnan E.** Le début de la transition de la fécondité en Afrique subsaharienne. Marseille : UMR IRD-Université de Provence; 2002, 32p.
40. **Kishimba N.** Comportement des couples face à la planification familiale au Cameroun. 1993, 62p.

## ANNEXES

### Chronogramme d'activités

Activités	Périodes				
	Août – Oct 2017	Nov 2017	Déc 2017	Jan et février 2018	Mars 2018
<b>Elaboration du protocole</b>					
<b>Collecte de données</b>					
<b>Saisie &amp; analyse des données</b>					
<b>Rédaction du mémoire</b>					
<b>Correction du mémoire</b>					
<b>Dépôt du mémoire</b>					

## QUESTIONNAIRE MENAGES

ID /\_/\_/\_/\_/

Date /\_/\_/\_/\_/\_/\_/

District sanitaire

Aire santé de

Localité/Village de

### **I. DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES ET ECONOMIQUES**

**Q1 : Etes-vous mariée ?** 1. Oui /\_/, 0. Non /\_/. Si non, ne pas enquêtée

**Q2 : Quel âge avez-vous ?** /\_/\_/ ans

**Q3 : Quelle est votre ethnie ?** 1. Malinké /\_/, 2. Sarakolé/Soninké /\_/, 3. Peulh /\_/, 4. Bambara /\_/,

5. Autres à préciser.....

**Q4: Quel est votre niveau d'éducation ?** 1. Aucun niveau /\_/, 2. Fondamental 1 /\_/,

3. Fondamental 2 /\_/, 4. Secondaire /\_/, 5. Supérieur /\_/

**Q5: Quelle est la religion que vous pratiquez ?** 1. Musulmane /\_/, 2. Chrétienne /\_/, 3. Sans religion /\_ /

**Q6 : Quelle est votre profession, c'est-à-dire quel genre de travail faites-vous principalement et qui vous génère de l'argent ?** 1. Aucune /\_/, 2..Commerce /\_/, 3. Agricultrice /\_/, 4. Elevage /\_/,

5. Salariée /\_/, 6. Maraîchage /\_ /

**Q7 : Avez-vous fait combien de grossesse ?** /\_/\_/

**Q8 : Avez-vous fait d'avortement ?** 1. Oui /\_/, 0.Non /\_ /

**Q8.1 : Si oui combien ?** /\_/\_/

**Q9 : Avez-vous combien d'enfant vivant ?** /\_/\_/\_/

**Q10 : Quel est l'âge de votre dernier enfant ?** /\_/\_/\_/ année-mois

**Q11 : Quelle est votre dépense moyenne mensuelle en CFA ?** .....

**Q12 : Quel est le statut matrimonial de votre conjoint ?** 1 .Monogamie /\_/, 2. Polygamie /\_ /

**Q13 : Quel est l'âge de votre conjoint ?** /\_/\_/\_/ ans

**Q14 : Quel est le niveau d'éducation de votre conjoint ?** 1. Aucun niveau /\_/, 2. Fondamental 1 /\_/\_/,

3. Fondamental 2 /\_/\_/, 4. Secondaire /\_/\_/, 5. Supérieur /\_/\_/

**II. CONNAISSANCE ET PRATIQUE**

**Q15 : Avez-vous entendue au moins une méthode de contraception moderne ?** 1. Oui / \_ /, 0. Non / \_ /

**Q16 : Quelle est votre principale source d'information ?** 1. Radio / \_ /, 2. Télévision / \_ /, 3. Ami(e)s / \_ /,  
4. Centres de santé / \_ /, 5. Agent santé communautaire / \_ / 6. ONG / \_ /

**Q17 : Vous utilisez actuellement une méthode contraceptive moderne pour espacer les grossesses ?**

1. Oui / \_ /, 0. Non / \_ /

**Q17.1. Si oui, laquelle ?** 1. Pilule / \_ /, 2. Injectable / \_ /, 3. Implant / \_ /, 4. DIU / \_ /,  
5. Condom / \_ /, 6. Autres à préciser.....

**Q17.2 : Si non, quelle est la principale raison ?** 1. Enquêtée opposée / \_ /, 2. Conjoint opposé / \_ /,  
3. Interdit religieux / \_ /, 4. Effets secondaires / \_ /, 5. Pas accessible / \_ /, 6. Trop chère / \_ /,  
7. Conjoint en voyage / \_ /, 8. Problèmes santé / \_ /

**Q18 : L'utilisation de la contraception moderne est-elle principalement la décision de qui ?**

1. Enquêtée / \_ /, 2. Conjoint / \_ /, 3. Commune(les deux) / \_ /

**Q19 : Connaissez-vous un endroit où une personne peut se procurer en produits contraceptifs moderne ?**

1. Oui / \_ / 0.Non / \_ /

**Q19.1 Si oui, lequel principalement ?** 1. CSCom / \_ /, 2. Cabinet soins / \_ /, 3. Dépôt de vente privé / \_ /,  
4. ASC / \_ /, 5. Pharmacie privée / \_ /,

**III. OPINION DES FEMMES**

**Q20 : Que pensez-vous de la contraception moderne ?**

**Q20.1 : Si bonne, pourquoi ?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Q20.2 : Si mauvaise, pourquoi ?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Q21 : Pour améliorer l'utilisation de la contraception moderne chez les femmes, quelles sont les principales actions**

**(Citer au moins 3) que vous proposez ?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Je vous remercie**

**QUESTIONNAIRE PRESTATAIRES**

Date /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/

Centre de santé de .....

**OFFRE DE SOINS**

**Q1 : Offrez-vous les soins de planification familiale dans votre centre de santé ?** 1. Oui / \_ /, 0. Non / \_ /

**Q2 : Le centre dispose-t-il un local approprié pour la PF ?** 1. Oui / \_ /, 0. Non / \_ /

**Q3 : Le centre dispose –t- il un personnel qualifié ?** 1. Oui / \_ /, 0. Non / \_ /

**Q4 : Y a-t-il une continuité de soins PF après la décente du travail ?** 1 .Oui / \_ /, 0. Non / \_ /

**Q4.1 : Si oui, elle est assurée par qui ?** .....

**Q5 : Le centre réalise-t-il des activités promotionnelles pour la PF ?** 1. Oui / \_ /, 0. Non / \_ /

**Q5.1 : Si oui, lesquelles ? (citer au moins 3)**

.....  
.....  
.....

**Q6 : Quelles sont les méthodes contraceptives disponibles dans votre centre ? Leurs coûts ?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Q 7: Le coût de ces méthodes est-il à la portée des femmes ?** 1. Oui / \_ /, 0. Non / \_ /

**Q7.1 : Si non, pourquoi ?**

.....  
.....  
.....  
.....

**Q8 : Les méthodes sont-elles appréciées positivement par les femmes ?** 1. Oui / \_ /, 0.Non / \_ /

**Q8.1 : Pourquoi ?**

.....  
.....  
.....  
.....

**Q9 : Que préconisez-vous pour améliorer l'utilisation de la contraception moderne chez les femmes ?**

**(Citer au moins 3 actions prioritaires).**

.....  
.....  
.....



.....  
.....

**Je vous remercie**