La planification familiale au Cameroun: les facteurs limitant

Mémoire de fin d'études

Présenté par :

MABOA NSEKE Madeleine.

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées en démographie (DESSD)

Option : Administration et Gestion des Programmes et Projets de Population

Directeur : Dr Lamlenn Bongsuru Sampson.
Lecteur : Dr Ondoua Owoutou.

Yaoundé, janvier 2002.
Sommaire.

Liste des tableaux et graphiques ................................................................. i
Liste des sigles ............................................................................................ ii
Dédicaces ..................................................................................................... iii
Remerciements ........................................................................................... iv

Introduction générale .................................................................................. 1

CHAPITRE I : Le cadre théorique.
   I.1. La revue de la littérature ....................................................................... 8
   I.2. Hypothèses et cadre conceptuel .......................................................... 25
       I.2.1 Les hypothèses ............................................................................. 25
       I.2.2. Le cadre conceptuel .................................................................... 26
       I.2.3 Définition des concepts ................................................................ 26
       I.2.4 Les relations entre les concepts .................................................... 28
   I.3 Le sous fichier d'analyse ..................................................................... 29
   I.4 Le cadre analytique ............................................................................ 35
   I.5 Opérationalisation des variables ......................................................... 36

CHAPITRE II : Approche méthodologique.
   II.1. Source des données ............................................................................ 38
       II.1.1 Méthodologie de l'EDSCII ........................................................... 38
   II.2 Evaluation des données et méthodologie des analyses ......................... 38
       II.2.1 Evaluation de la déclaration de l'âge ............................................. 39
       II.2.2 Evaluation des taux de réponse .................................................... 40
       II.2.3 Les limites par rapport à l'étude .................................................... 42
   II.3 Méthodologie d'analyse des données ................................................. 43
       II.3.1 Description des méthodes d'analyse des données ....................... 44

CHAPITRE III : Étude des aspects différentiels de l'échec de la planification familiale.
   III.1 Description selon le test du Chi² de Pearson .................................... 49
       - L'accès à la planification familiale ...................................................... 49
       - Les intentions contraceptives ............................................................. 61
   Conclusion partielle .................................................................................. 70
CHAPITRE IV : Etude des facteurs limitants de la planification familiale.

Interprétation des résultats ................................................................. 74
- L'accès à la planification familiale .................................................. 74
- Les intentions contraceptives ......................................................... 85

Conclusion générale et recommandations

Conclusion générale ........................................................................... 92
Recommandations ............................................................................. 94
Références bibliographiques .............................................................. 96.
## Liste des tableaux et graphiques

<table>
<thead>
<tr>
<th>Graphique</th>
<th>Description</th>
<th>Pages</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>NOI.2.1</td>
<td>Le schémas conceptuel</td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td>NOI.4.1</td>
<td>Le cadre d’analyse des variables</td>
<td>35</td>
</tr>
<tr>
<td>NOII.1</td>
<td>Courbe de la répartition des femmes selon l’âge déclaré</td>
<td>40</td>
</tr>
<tr>
<td>NOII.2</td>
<td>Courbe de la répartition des femmes par groupe d’âge quinquennal</td>
<td>40</td>
</tr>
<tr>
<td>N03.1.1</td>
<td>Répartition des femmes selon l’accès à la planification familiale</td>
<td>50</td>
</tr>
<tr>
<td>N03.2.1</td>
<td>Répartition des femmes selon les intentions contraceptives</td>
<td>61</td>
</tr>
<tr>
<td>Tableau NOI.1</td>
<td>Répartition des effectifs selon les variables opérationnelles</td>
<td>36</td>
</tr>
<tr>
<td>Tableau NOI.2</td>
<td>Couverture des variables</td>
<td>40</td>
</tr>
<tr>
<td>N03.1.1</td>
<td>Répartition de l’accès à la pf selon le statut économique</td>
<td>52</td>
</tr>
<tr>
<td>N03.1.2</td>
<td>Répartition de l’accès à la pf selon les facteurs démographiques</td>
<td>54</td>
</tr>
<tr>
<td>N03.1.3</td>
<td>Répartition de l’accès à la pf selon les facteurs culturels</td>
<td>57</td>
</tr>
<tr>
<td>N03.1.4</td>
<td>Répartition de l’accès à la pf selon L’impact du système sanitaire</td>
<td>59</td>
</tr>
<tr>
<td>N03.1.5</td>
<td>Répartition de l’accès à la planification familiale selon les motivations</td>
<td>60</td>
</tr>
<tr>
<td>N03.2.1</td>
<td>Répartition des intentions contraceptives selon le statut socio-économique</td>
<td>64</td>
</tr>
<tr>
<td>N03.2.2</td>
<td>Répartition des intentions contraceptives selon facteurs démographiques</td>
<td>65</td>
</tr>
<tr>
<td>N03.2.3</td>
<td>Répartition des intentions contraceptives selon facteurs culturels</td>
<td>68</td>
</tr>
<tr>
<td>N03.2.4</td>
<td>Répartition des intentions contraceptives selon le système sanitaire</td>
<td>69</td>
</tr>
<tr>
<td>N03.2.5</td>
<td>Répartition des intentions contraceptives selon Les motivations</td>
<td>71</td>
</tr>
<tr>
<td>N04.1</td>
<td>Risques relatifs à l’accès à la planification familiale</td>
<td>81</td>
</tr>
<tr>
<td>N04.2</td>
<td>Risques relatifs aux intentions contraceptives</td>
<td>88</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Liste des sigles et symboles utilisés:

**CAMNAFAW:** Cameroun National Family Welfare (Association Camerounaise du bien être familial).

**CIPD:** Conférence internationale sur la population et le développement.

**DNPP:** Déclaration Nationale de la politique de population.

**EDSCI:** Deuxième enquête démographique de santé du Cameroun.

**FNUAP:** Fond des Nations unies pour la population.

**P.F:** Planification Familiale.

**PMSC:** Programme de Marketing Social au Cameroun.

**PNB:** Produit National Brut.

**PNUD:** Programme des Nations unies pour le développement.

**SFPS:** Santé Familiale et Prévention du SIDA.

**SMI:** Santé maternelle et infantile.

**UNICEF:** Fond des nations unies pour l'enfance

**USAID:** United states agency for international development.
A mon oncle **Mbangue Ekindi Gustave**, Je dédie ce mémoire.
« Rendez grâce en toutes choses car, c’est à votre égard la volonté de Dieu en Jésus Christ » Thessaloniciens, Chapitre 5, verset 18.

Je remercie tous ceux qui m'ont, chacun à sa manière, soutenu pendant mes deux années à l'IFORD.

Tous ceux qui ont aidé de quelque façon que ce soit, à la réalisation de ce mémoire.

Mention spéciale aux Docteurs Lamlenn et Ondoua Owoutou, pour avoir accepté d'en être respectivement le directeur et le lecteur.

Je voudrais ensuite remercier :

Mon père Léonore Nseke,
Ma mère Mboma Pehn Jeanne,
Mon oncle, Mr Ndong Pehn G. S,
Tonton Bienvenu Bipona,
M. Emmanuel Longue,
Le révère Nyassako Ni Nkuh et son épouse Grâce,
Toute la grande famille des doctorants de l'Iford en particulier M. Koné hamidou.

Et enfin mon « grand » petit frère, Benjamin Pehn Nseke.
L'Afrique est la région du monde où la croissance démographique suscite le plus d'inquiétudes. Elle regroupe actuellement 11% de la population mondiale pour 3,2% du PNB seulement contre par exemple 5,4% de la population et 28% du PNB mondial pour l'Amérique du Nord. Avec un taux d'accroissement démographique moyen de 2,8%, la population de L'AFRIQUE devra doubler en 23 ans pour atteindre 1,09 milliard en 2008 (Sala Diakanda et Ngatchou D, 1985).

Cette croissance mirobolante commence après la deuxième guerre mondiale alors que L'Europe a achevé sa transition démographique. Pendant la colonisation, les Européens ont exporté les atouts des progrès de la médecine en Afrique. Ceci a eu pour effet, de réduire considérablement la mortalité dans toutes les tranches d'âge ainsi que la stérilité pathologique améliorant ainsi la fécondité des femmes, sur une longue période, de sorte que cette partie du monde a enregistré des taux de croissance démographiques atteignant le plafond jamais égalé de 2 à 3% (Rapport sur le développement humain, 1997).

Il faut cependant noter que les changements hérités de la colonisation touchent l'ensemble du système sur le plan sanitaire mais aussi socio-économique. L'Afrique adopte un mode nouveau de fonctionnement calqué sur le modèle européen; On parle désormais de développement et sous développement pour illustrer l'écart existant entre les structures socio-économiques, ainsi que les infrastructures en place en Afrique et le monde occidental qu'il faudrait rattraper. Des efforts sont initiés dans ce sens, mais très tôt, on s'aperçoit que le rythme de croissance démographique limite les nombreux efforts que fournit la communauté internationale pour réduire le fossé sans cesse croissant entre les pays en développement et ceux dits développés du Nord.

Lors de la conférence internationale de Bucarest sur la population et le développement en 1974, il est alors recommandé une réduction de la fécondité
par la mise en place de programmes de planification familiale. Cette option qui n'a pas été partagée par l'ensemble des participants a été réaffirmée au cours des différentes conférences du même genre, à savoir celle de Mexico en 1984 et celle du Caire en 1994, mais aussi lors de différentes conférences sur la femme telle que celle tenue à Beijing en 1995. En fait l'idée est la suivante : puisqu'il y a eu *Death control*\(^1\) et *Birth control*\(^2\) en vue d'améliorer les conditions de vie des femmes.

Du fait du nationalisme qui prévalait à l'époque en Afrique, et aussi d'un contexte culturel toujours pro nataliste, nombre de pays dont le Cameroun, rejettent la solution proposée à Bucarest en 1974. Pour le Cameroun, la planification familiale est "synonyme d'espacement des naissances dans le but de préserver la santé maternelle et infantile", paramètre qui passe pourtant par le contrôle et la limitation des naissances. Le Cameroun ne réagit que dix ans plus tard lorsqu'il est confronté à des difficultés engendrées entre autres par la croissance démographique. Le pays régresse, et est classé par la Banque Mondiale parmi les pays à faible développement humain. A l'intérieur du pays, les infrastructures croulent sous le poids des effectifs. De 2,4% entre 1960 et 1976, le taux de croissance démographique passe à 2,9% entre 1976 et 1987 sans que la croissance économique suive. Ainsi de 5,3 millions en 1960, la taille de la population camerounaise passe à 7,6 millions en 1976 et 10,5 millions en 1987. La population camerounaise devra doubler en 2017 et ne se stabilisera à 75 millions qu'en 2045 pour un PIB égal à 2,220$ en 1993, période considérée par nous comme centrale. (Rapport sur le développement humain 1997).

Le véritable problème du Cameroun et de l'ensemble des pays aujourd'hui dits en développement réside dans la structure de la pyramide des âges. Bien qu'encore sous peuplés, et ayant des niveaux de natalité très élevés, ces pays ont une population très jeune. Par exemple, plus de 60% de la population du Cameroun est âgée de moins de 30 ans(United Nations, 1999). Compte tenu de la conjoncture économique qui limite l'accès des jeunes à l'emploi, la population

\(^1\) La population du monde.

\(^2\) Medard Fotso, EDSCII, Cameroun.
dépendante pèse lourdement sur la population active et aussi sur les infrastructures.

En 1992, pour un taux national de scolarisation évalué à 48% seulement, on dénombrait 51 élèves pour un enseignant dans le primaire; 21 pour un enseignant dans le secondaire. Par ailleurs, seuls 41% des Camerounais avaient accès aux soins de santé entre 1988 et 1991 (Rapport sur le développement humain, 1997) et on comptait 12500 habitants pour un médecin et 1852 habitants pour un infirmier.


Dans cette optique, le Gouvernement camerounais travaille avec de nombreux organismes non gouvernementaux mais aussi internationaux dont le FNUAP; pour la plupart des institutions nationales, 1989 reste une date décisive. Elle se traduit par la création de nombreux si non de tous les organismes travaillant dans la planification familiale ou le bien être familial. C’est le cas de la CAMNAFAW; le P.M.S.C; le SFPS. Cependant, le caractère relativement récent et encore imprécis de la Déclaration Nationale de la Politique de Population cache une volonté antérieure réelle de maîtrise de la procréation traduite par la légalisation de la pratique contraceptive. Les différentes enquêtes effectuées jusqu’ici nous permettent de faire le point sur la situation jusqu’en 1998.

Depuis l’abrogation de la loi française de 1920 (instituée au Cameroun en 1968) au début des années 1980, autorisant la vente des contraceptifs, les résultats attendus n’ont pas suivi. Une fois de plus, l’Afrique à travers le Cameroun, s’illustre comme le meilleur exemple des contradictions entre les modèles
La planification familiale au Cameroun: Les facteurs limitants

théoriques et la pratique. Les niveaux de fécondité sont restés élevés tandis que la prévalence contraceptive, est demeurée lamentablement faible. Pendant les années 1980, alors que le Cameroun est en pleine prospérité économique, la baisse attendue n'a pas lieu dans ce contexte marqué par la modernisation et la multiplication des modes de communication tels que, l'avènement de la télévision, la création de nombreuses radio F.M., la multiplication de journaux étrangers et nationaux utilisés en majorité pour l'éducation des masses, qui, à l'origine d'une modification du contexte socioculturel auraient pu permettre une attitude favorable à la planification familiale par le recours à la contraception moderne.

Au lieu de la baisse désirée, on constate une augmentation de la taille de la famille (EDSC II). Et, contre toute attente, la baisse désirée arrive, à contre temps. Elle est lente et s'opère dans un contexte de crise économique et de pauvreté généralisée, marqué par le spectre de la pandémie du Sida ; Où l'on observe une régression de la nuptialité, et de la polygynie ; Où les défaillances du système sanitaire conduisent dans les années 1993 à une hausse de la mortalité infantile (EDSC II). Par ailleurs, l'on constate un nombre considérable de grossesses improductives ; et le contexte général de pauvreté dans lequel vit la majorité des camerounais favorise un repli systématique vers la médecine traditionnelle tandis que les difficultés économiques du pays sont à l'origine d'un exode massif vers les grandes métropoles mais aussi d'une augmentation de l'émigration internationale.

La baisse constatée de la fécondité cache de nombreuses insatisfactions. Plusieurs indicateurs suscitent des interrogations sur l'impact réel du programme de planification familiale en place depuis une période suffisamment longue pour que des résultats probants soient perceptibles. Alors que le Viêt-nam passe par exemple de 7 à 3 enfants en trente années de contrôle des naissances(dossier du CEPED N° 50), le Cameroun connaît une baisse de 1 enfant en vingt années de légalisation de la pratique contraceptive. En effet, l'indice synthétique de fécondité a été évalué à 5,2 enfants et la descendance finale à 6,2 enfants. La baisse est plus prononcée dans les deux grandes villes du Cameroun, à savoir Douala et Yaoundé qui ont un indice conjoncturel égal à
3,1 alors que le monde rural plafonne à 5,8 contre 4,5 pour l'ensemble des autres villes, où la descendance finale (5,1) n'est bien guère supérieure à l'indice synthétique de fécondité. Parallèlement à cette tendance générale à la baisse, le grand Nord s'illustre par une hausse de la parité atteinte des femmes surtout celles n'ayant aucun niveau d'instruction. Dans cette partie du pays, la descendance finale est égale à 6,8 enfants tandis que l'indice conjoncturel de fécondité a été évalué à 6,6 enfants par femme. Les régions de tradition anglo-saxonne quant à elles, ont des indices conjoncturels minimums de 4,6 enfants par femme.

Calquée sur les niveaux de fécondité, la prévalence contraceptive en légère augmentation, demeure faible pour l'ensemble du pays. Elle passe de 16% à 24% dont 19% pour des femmes en union entre 1991 et 1998 (EDSC. II) et ceci, malgré des niveaux de connaissance satisfaisants évalués à 81% pour l'ensemble des femmes en union contre 89% des hommes. Elle est caractérisée par une variation des niveaux de prévalence à travers le territoire National : de 14% à Yaoundé et Douala, puis 32% pour 13% de méthodes modernes dans les autres villes, la prévalence contraceptive passe à 13% dans le monde rural dont une proportion de 5% de méthodes modernes ; elle varie aussi à travers les âges, et est maximale entre 35 et 45 ans la tranche d'âge qui regroupe les niveaux les plus élevées de besoins non satisfaits; elle est aussi marquée par une absence de continuité dans l'utilisation ; la persistance d'une prévalence élevée de méthodes traditionnelles, ainsi qu'une faible diversité des méthodes modernes citées. L'EDSCII a révélé que sur les 49% de femmes ayant déclaré avoir utilisé la contraception au moins une fois dans leur vie, moins de 24% au moment de l'enquête continuait l'utilisation. Parmi les 16% de femmes sous contraception au moment de l'enquête, moins de la moitié, c'est à dire 4% utilisait une méthode moderne; Et lorsque c'était le cas, la plupart du temps, le préservatif masculin dont l'utilisation est dominante en dehors du cadre des unions légithmes l'emportait à plus de la moitié des cas d'utilisations. Par ailleurs, 57% des femmes en union non-utilisatrices ont déclaré ne pas avoir l'intention d'utiliser la contraception dans l'avenir, le motif étant pour 48% de celles-ci, le désir d'enfants supplémentaires contre les14% ayant évoqué le problème
La planification familiale au Cameroun: Les facteurs limitants

d’absence de connaissances. La demande non satisfaite pourtant en augmentation est de 51% à Douala et Yaoundé, 46% pour les autres villes et 26% en milieu rural. Elle est plus faible dans le grand Nord (16%) mais reste très élevée dans les provinces de tradition anglo-saxonne (≤5%). Elle concerne aussi 52% des femmes de niveau d'instruction secondaire, 36% des femmes du primaire et 16% de celles n'ayant aucun niveau d'instruction, et se traduit par un nombre de grossesses non désirées encore élevé par mis les adolescentes; les femmes en fin de vie génésique, et pose un problème de maternité précoce et tardive (66% des grossesses de rang un et 71% des grossesses de rang quatre étaient d'après l'EDSCII, non désirées). L'Analyse Situationnelle du Cameroun de 1998 a quant à elle révélé sur un échantillon de 158 femmes, 89% de cas de grossesses enregistrées, dont 36% n'étaient pas désirées. Bien que l'indice conjoncturel de fécondité souhaité en 1991 soit en adéquation avec la parité observée en 1998 (5,2 enfants par femme), la taille désirée de la famille la même année a été évaluée à 6 enfants par femme en moyenne. Par ailleurs, l'EDSCII a révélé que si les grossesses non désirées étaient évitées, le niveau de fécondité des camérounaises serait de 4,2 enfants par femme, tandis que si les besoins non satisfaits des femmes en union étaient éradiqués, la prévalence contraceptive pourrait atteindre 32%.

Malgré des avancées appréciables, il reste beaucoup à apprendre sur les mécanismes par lesquels le contexte culturel, la morale familiale, le milieu de socialisation influencent les stratégies qu'élaborent les individus et la communauté en matière de procréation (Kodjovi, 1996). D'autre Part, même là où elle progresse, il est important de chercher à identifier les facteurs qui favorisent l'adhésion à la contraception car malgré cette progression, de nombreux problèmes subsistent : Les problèmes sont liés aux résistances culturelles et religieuses, au manque d'informations, à l'insuffisance de l'offre en matière de contraception, l'impossibilité ou les difficultés d'accès aux services de planification familiale, Le coût élevé de la contraception moderne ainsi que l'attitude répréhensible du personnel de santé à l'égard des femmes.
La planification familiale au Cameroun: Les facteurs limitants

Par ailleurs lors de la CIPD de 1995 au Caire, il a été demandé d'identifier dans tous les pays, les facteurs qui entravent la planification familiale (Louise Lassonde, 1996) dans tous les pays dont le Cameroun.

Quels sont donc les facteurs qui ont servi de limite à la planification familiale au Cameroun jusqu’en 1998 ? L’échec de la planification familiale est-il une question de choix individuel, de contrainte culturelle, de politique ou de génération ?

Notre étude veut identifier les facteurs qui empêchent le succès de la planification familiale au Cameroun. Que ce soit à travers les spécificité individuelles et économiques, les contextes socioculturels ou le système sanitaire pour une adaptation contextuelle pouvant aider à l’élaboration des programmes en santé de la reproduction.

Premièrement, nous présenterons l’état de la situation des femmes concernées par nos analyses par une étude descriptive.

Deuxièmement, nous étudierons le mécanisme d’action des facteurs culturels d’une part et des caractéristiques individuelles d’autre part en planification familiale.

Nous mesurerons en troisième position, l’influence du temps à travers le comportement des différentes cohortes.

Nous mesurerons enfin, l’impact du système sanitaire sur la planification familiale.

Notre travail de recherche se repartit en cinq chapitres : Après l’introduction, suivra le cadre théorique comprenant deux parties qui sont la revue de la littérature et le cadre conceptuel.


Quatrièmement, nous procéderons à l’analyse et l’interprétation des résultats. Dans cette partie, nous inclurons la conclusion et les recommandations.
I.1. **LA REVUE DE LA LITTÉRATURE.**

De nombreuses études explicatives sur la fécondité en Afrique ont été réalisées. Elles portent sur un éventail de problèmes allant de l'infécondité aux spécificités de la fécondité africaine ; mais aussi sur divers aspects liés à la planification familiale tels l'explication des besoins non satisfaits ; les prérequis de la prévalence contraceptive ; l'échec de la planification familiale. Pour nombre d'auteurs, les difficultés rencontrées en matière de planification familiale relèvent d'un problème de politique qui, pour le cas du Cameroun demeure flou, embryonnaire (Gisèle Langue Menye, 1999) et en déphasage avec le contexte socioculturel ; tandis qu'ailleurs, des programmes essentiellement axés sur les femmes en union et dont le statut a jusque là peu évolué butent contre l'attitude encore pronataliste et rétrograde des hommes insuffisamment pris en compte (Oppong, 1987 in Gisèle Langue Menye, 1999) et peu éduqués dans la matière, mais dont les décisions dominent dans les couples. D'autres études ont mis l'accent sur un contexte socioculturel pro nataliste, réfractaire et mal préparé à accepter de telles dispositions ; environnement socioculturel dans lequel des populations jusque là peu instruites méconnaissent les notions élémentaires de physiologie, où la religion joue un rôle prépondérant, où le rapport au corps (les effets secondaires) sont à l'origine des réticences multiples en ce qui concerne le recours prolongé à la contraception, et où l'image de la femme chez les hommes ainsi que les rôles qui lui sont impartis demeurent ceux de la procréation. Pour d'autres, l'échec est lié aux limites du système sanitaire et passe par la réduction de la mortalité infantile, et les difficultés pour une population défavorisée d'accéder aux services de planification familiale ou alors la capacité fonctionnelle des points de prestation. Grosso modo, les justifications se trouvent soit dans le contexte socioculturel, soit dans les limites du système sanitaire (Yves Charbit et al, In pillon 2000).
Une recherche visant à identifier les déterminants de l'échec du recours à la planification familiale au Cameroun, dont l'acceptation dans les cultures et meurs reste à démontrer (G.L.Menye,1999) nécessite un éclairage que nous fournira la revue de la littérature. Celle-ci guidera notre recherche à travers des avis scientifiques sur : Les influences connues de l'environnement socioculturel mais aussi les caractéristiques individuelles sur le recours fructueux à la planification familiale; Ainsi que l'impact du système sanitaire.

I.1.1. Les déterminants de l'échec de la planification familiale :

I.1.1.1. Les caractéristiques individuelles :

Les caractéristiques individuelles constituent l'ensemble des éléments qui permettent d'identifier les individu dans la société. Ils font d'eux, des cas atypiques dont l'agrégation permet de construire des références. Parmi les caractéristiques individuelles on peut citer les variables de capacité. Elles rendent compte des caractéristiques économiques et la culture intellectuelle des individus, mais aussi les variables démographiques telles l'âge de la femme au moment de l'enquête ainsi que son âge aux premiers rapports sexuels.

a) Le statut socio-économique :

L'instruction des conjoints :

Il ressort de plusieurs études que l'instruction a un impact sur la fécondité, même en l'absence des autres paramètres, (Rwenge, in pilon 2000). Or, d'après Caldwell,1980 in Kodjovi.K.1996, la relation entre les deux paramètres ne va pas de soi et ne se vérifie pas pour toutes les cultures ni pour toute augmentation du niveau d'instruction. Des études récentes telle que celle de Assogba, 1991 in LIBITE,1995, ont cependant démontré que, l'instruction influence à la baisse, la parité par le biais des valeurs et idéaux occidentaux relatifs à la famille de taille réduite. Cette influence n'est alors perceptible que pour les individus ayant franchi le niveau secondaire. Puisqu'elle permet de franchir les barrières de la communication, (P.Hollerbach,1982), par l'instruction, les couples peuvent s'informer sur les avantages qu'ils pourront tirer de la régulation des naissances.
et comment ces avantages peuvent être obtenus par l'usage approprié des contraceptifs (Bulatao, 1983).

**L'instruction de la femme :**

Synonyme de modernisation, l'instruction de la femme agit de plusieurs manières sur le recours à la planification familiale. Elle améliore son statut dans la société ainsi que son pouvoir de décision dans le couple. Les femmes instruites ont de nombreuses caractéristiques qui servent d'atouts au recours à la planification familiale, comparativement à celles qui le sont moins. Elles sont plus réceptives aux normes et valeurs de la modernisation. Certaines études ont démontré que l'instruction arrive même souvent à surplanter le milieu de résidence (Hoang Ngân Vu, 1998), ainsi, les femmes instruites, parce qu'elles ont un meilleur statut social, subissent moins les pressions culturelles qu'elles ont même la capacité de critiquer (Mburano.R, 1994). Elles possèdent une meilleure connaissance des méthodes de planification familiale, ont un accès plus facile aux services de santé car mieux informées, et approuvent conséquemment plus la planification familiale (Nations unies, 1980). Fortes de tous ces atouts, les femmes instruites, plus éduquées et plus éclairées sur l'utilisation des contraceptifs y réussissent mieux que leurs consœurs qui sont moins instruites et donnent des raisons plus réalistes de non utilisation. La proportion des femmes qui rejettent la contraception est moins élevée parmi les jeunes femmes éduquées (Neal Kar, 1984). Elise.F, et al in bulletin démographique, 1984 a d'ailleurs souligné que, les différences d'échec concernent l'éducation, et l'âge au mariage. On sait par ailleurs que, les niveaux d'instruction bas sont associés aux mariages en bas âge puis à un taux d'échec élevé d'utilisation de la contraception moderne.

Si l'influence positive de l'instruction a été prouvée, celle-ci n'agit pas toujours comme un facteur discriminant surtout en ce qui concerne l'utilisation fructueuse des méthodes de contraception moderne. Toute femme, qu'elle sache lire ou pas, peut oublier de prendre la pilule et avoir un besoin non satisfait. En Thaïlande, et en Colombie, des études ont permis de mettre en évidence, l'absence du déterminisme catégorique de l'instruction sur la planification familiale. En Inde par exemple, l'association entre l'instruction et la taille désirée de la famille paramètre déterminant en planification familiale est négative. Dans

- **L'instruction du conjoint** :

En Afrique, il est reconnu le rôle prépondérant des hommes dans le processus décisionnel dans un couple. Une étude des préférences de la taille de la famille, réalisée en 1991 au Nigeria (ROUDE.F et ASHFORD.L, 1996) ont démontré que, 90% des hommes ont une plus grande influence sur les décisions familiales que les femmes. Empiriquement, les hommes ont des désirs plus élevés en fécondité que leurs épouses et en agissant sur leurs attitudes et préférences, l'instruction des hommes permet d'ôter cet obstacle, l'un des plus sérieux aux programmes de régulation des naissances puisqu'elle le rend plus réceptif au même titre que les femmes, aux normes et valeurs de la modernisation. Les hommes instruits ont d'avan-tage tendance à recourir à la contraception que ceux qui le sont moins ou à avoir une épouse qui l'applique (United Nations, 1976). Ainsi, si l'instruction influence positivement le recours à la planification familiale il en est de même que la discussion dans le couple. Admettons que, les hommes instruits discutent en moyenne plus que les autres car plus informés. Le hommes les moins instruits développent plus de préjugés sur la planification familiale et la contraception féminine. Les préjugés portent sur les craintes d'infidélité des femmes, la conviction que l'utilisation des préservatifs conduira à la promiscuité et aux vagabondage sexuel. Certains pensent même que les effets secondaires sont nocifs à la santé de leurs épouses.

L'instruction du conjoint est un élément d'influence déterminant sur son attitude en planification familiale. Les hommes éduqués approuvent d'avantage la planification familiale et sont plus nombreux à avoir une épouse qui utilise une méthode contraceptive. Une étude réalisée au Ghana a démontré que, 61% des hommes ayant achevé leurs études secondaires contre seulement 35% de ceux n'ayant pas dépassé le primaire et 10% seulement des analphabètes recourent à la planification familiale (United Nations, 1976). Dans plusieurs pays, l'importance de la contribution des hommes a été démontré par les études. Celles-ci révèlent que, un partenaire qui participe à la sélection et l'utilisation de la contraception influence positivement la durée d'utilisation d'une méthode contraceptive par sa conjointe (population report, N°48) puisque cette
participation suppose l’approbation, la discussion ainsi qu’une meilleure gestion des effets secondaires.

Les hommes ont un accès plus grand à l’information par les mass médias, mais aussi par divers autres canaux tels les événements sportifs et les réunions communautaires. Alors, si ils approuvent la planification familiale, ils participent mieux et peuvent même influencer le comportement de leurs épouses. Les hommes sont capables d’inciter les femmes à obtenir de plus amples informations sur la planification familiale (Population report, Vol10).

En Afrique où la discussion entre époux est une chose peu commune, elle est favorisée par l’instruction et apaise l’anxiété des femmes sujettes aux effets secondaires. La discussion entre les époux promeut le changement d’une méthode plutôt qu’un abandon (Population Report, vol10).

♦ L’occupation de l’enquêtée :


Un autre aspect de l’emploi des femmes lié à la fécondité est le statut matrimonial. Il ressort des études (Nations unies, 1980) que, les femmes d’un
La planification familiale au Cameroun. Les facteurs limitants

statut économique bas, ne pouvant se supporter économiquement et risquant le divorce si elles n'arrivent pas à faire beaucoup d'enfants ont une demande contraceptive basse ou inexistante.

Dans les pays en développement, les coûts économiques du recours aux méthodes modernes de contraception sont atténués par l'institution de programmes publics de planification familiale (Paula Hollerbach, 1982). Il ressort donc de tout ceci que, de part leurs caractéristiques individuelles, les femmes du secteur moderne ont une meilleure connaissance et une plus grande volonté de recourir à la planification familiale comparativement à leur consœurs du secteur traditionnel pour qui les besoins non satisfaits sont conséquemment moins répandus puisque le problème de limitation des naissances se pose moins pour elles.


b) Les facteurs démographiques :

Les caractéristiques démographiques comprennent l'âge de la femme au moment de l'enquête, et l'âge au premier rapport sexuel.

* L'âge de la femme au moment de l'enquête :
Peu d'études rendent compte de l'influence directe de l'âge sur la planification des naissances. L'âge agit en combinaison avec d'autres facteurs tels l'instruction, le nombre d'enfants survivants, les dispositions biologiques de la


La demande d'enfants évolue en fonction inverse de l'âge et, Nations Unies, 1980 soutient que, l'effet de génération favorise par ailleurs une plus grande fréquentation des centres de santé par les jeunes cohortes, ce qui contribue à améliorer leur statut en planification familiale.

En Egypte et au Ghana, la prévalence est plus élevée chez les personnes ayant atteint la quarantaine (United Nations, 1976). Il apparaît aussi d'après Odile Frank 1990, in Arlette Gautier 2000, que, à âge égal, les femmes qui ont au moins atteint le primaire sont plus informés que celles qui n'ont jamais été scolarisées.

**L'âge aux premiers rapports sexuels :**

Au Cameroun, l'âge moyen d'entrée en activité sexuelle est de 15,2 ans (EDSC II). Compte tenu du fait de l'absence de communication entre parents et enfants, et, étant donnés les problèmes rencontrés par les jeunes dans les points de prestations, l'initiation bute sur de multiples contraintes. La grande partie des connaissances se fait par des canaux informels qui véhiculent habituellement des informations de qualité douteuse. L'entrée en vie sexuelle s'effectue donc pour la majorité des camerounais en l'absence de connaissance suffisantes sur
la sexualité et la contraception. Forest Greenslade, 1996 in Moni Nag, 1984 a d'ailleurs souligné que, la plus part des premiers rapports sexuels des jeunes s'effectuent en l'absence d'utilisation d'une méthode contraceptive ce qui limite leur capacité à se protéger des grossesses non désirées. Celle-ci est d'ailleurs d'après lui, au dessus de leur contrôle.

I.1.1.2. Les facteurs culturels :
La fécondité dans les pays en développement est un phénomène complexe. Il est influencé par les préférences culturelles, les structures familiales qui repartissent les pouvoirs de décision sur la fertilité, les coutumes et tabous, liés aux comportements sexuels et variant avec les changements économiques et les préoccupations du gouvernement (Bulatao et al, 1983). Les sociétés humaines ont toujours disposé de moyens de régulation de la fécondité. Celle-ci étaient des méthodes traditionnelles conçues et adaptées aux différents contextes.
Le recours à la planification familiale suppose l'emploi de la contraception moderne qui entraîne pour les utilisateurs, des contraintes multiples (psychiques, physiques, économiques, sociaux et sanitaires). L'impact de ces contraintes dépend énormément du contexte socioculturel.

1) Les caractéristiques d'identification sociale :

♦ L'ethnie :
L'ethnie détermine les normes sociétales, elle définit la place et le rôle des individus dans la société. Son influence passe par l'organisation socioculturelle. Au Cameroun, les normes sociétales en vigueur dans certaines sociétés traditionnelles imposent une fécondité élevée. C'est le cas de la société Bamiléké dans laquelle, on observe un niveau de scolarisation sans cesse croissant (Wakam. J, 1997), mais où les niveaux de fécondité ainsi que les préférences restent élevés. Dans cette ethnie, avoir une descendance nombreuse est un signe de prestige social et de nombreux éléments de la culture tels le système d'attribution des noms renforcent la persistance d'une fécondité élevée dans les couples. Chez les Bamiléké, le système d'attribution des noms suit une logique particulière qui ne doit « léser aucun parent » décédé ou vivant (Wakam. J, 1997).

L'ethnie étant une entité politico-géographique, elle possède une certaine organisation économique. Dans la partie septentrionale du Cameroun, les
ethnies peuhles généralement des pasteurs sont associées à l'utilisation du travail des enfants pour les activités agro-pastorales tandis qu'en pays Bamileke, fortement agricole, cette main d'œuvre sert dans les travaux champêtres. Les deux ethnies citées illustrent à travers le système économique en place, l'influence de l'ethnie dans le recours à la planification familiale. Il apparaît par ailleurs que, dans un contexte socioculturel pronataliste, les besoins non satisfaits sont inexistants. L'ethnie peut aussi agir sur la planification familiale à travers son impact sur la mortalité infantile. D'après Akoto, 1993, les pratiques traditionnelles en vigueur dans certains groupes ethniques favorisent la mortalité infantile elles influencent par ailleurs les attitudes des femmes. Certaines sont amenées à ne pas fréquenter les systèmes sanitaires. Ce qui les soustrait aux conseils et connaissances en planification familiale tout en accélérant la mortalité infantile dont l'importance en planification familiale est mentionnées plus loin.

♦ La religion :

La religion renforce les normes sur la taille de la famille et le comportement en reproduction. Bien qu'aucun groupe religieux ne soit théoriquement très permissif en matière de sexualité, les églises chrétiennes sont les plus souples puisqu'elles militent le plus pour l'émancipation des femmes ; Le christianisme est d'ailleurs une marque de modernité (Assogba, 1991 in Libité, 1995). Certains pays d'Amérique latine ont bénéficié de l'accord tacite de l'église catholique pour la régulation des naissances. Elle y a montré une grande tolérance face à la campagne de planification familiale tout en préconisant l'utilisation des méthodes traditionnelles et ou naturelles. L'influence de la religion dépend du sentiment religieux, du degré d'attachement et d'obéissance des individus. Ainsi, parmi les pauvres, mais profondément religieux, la bible est interprétée comme une autorité opposée à la régulation des naissances « multipliez-vous et peuplez la terre » ou « Dieu vous viendra en aide » sont fréquemment cités comme un ordre de reproduction illimité (Charbit Yves et al, in pillon 2000). La religion peut agir sur le groupe mais, la décision ultime revient à l'individu. Cette décision est guidée par l'intensité du sentiment religieux mais aussi parfois, le degré d'attachement, et l'importance que revêt l'église pour la
personne ainsi que son degré d'obéissance. Le degré d'obéissance dépend de la force des pressions en vigueur dans le système sociétal. Les personnes croyantes font plus d'enfants que celles qui montrent une indifférence à la religion.


Parmi les chrétiens, les coûts psychiques liés à l'emploi de la contraception sont plus élevés chez les catholiques. Or Stycos, 1968 in Moni Nag, 1984 soutient qu'il n'existe pas de différence entre catholiques et non catholiques en ce qui concerne le comportement anticonceptionnel.

En Belgique, en Grande Bretagne et aux États-Unis, la parité atteinte paraît significativement plus élevée parmi les femmes catholiques et protestantes qui par ailleurs utilisent la contraception moderne plus que les catholiques. Historiquement, l'islam fait pression sur les couples pour qu'ils aient de grandes familles mais la culture Mahométane n'interdit pas la limitation des naissances (Kirk, 1968 in Morris et al, in Moni Nag, 1984).

En Yougoslavie, les musulmanes font en moyenne 1,5 enfants de plus que les orthodoxes ou les catholiques. Les religions musulmanes sont moins ouvertes aux changements (Schoenmakers in Libité, 1995) et compte tenu de certaines dispositions culturelles, les musulmanes sont plus sujettes aux besoins non satisfaits que les autres. les perturbations du cycle, associés aux méthodes hormonales constituent une question sérieuse car les croyances les concernant imposent aux femmes, divers types d'attitudes particulières (Nations unies, 1976). En effet, les effets secondaires associés aux méthodes hormonales comprennent des saignements anormaux, ces saignements sont incompatibles avec la prière. Ne pas assister à la prière des semaines entières peut alerter l'époux et devenir une contrainte, surtout dans le cas où le recours à la contraception s'est fait en l'absence de son consentement ou contre sa volonté.

En Inde, par exemple, une femme qui saigne n'a pas le droit de toucher à ses fils
si elle n’est pas momentanément excommuniée Moni nag,(1984). Tous ces aspects qui contribuent aux interruptions et aux arrêts d’utilisation limitent l’accès des femmes de religion musulmanes à la planification familiale.

En ce qui concerne la religion traditionnelle, elle entretient une forte fécondité dans la mesure où continuer le lignage est un devoir traditionnel( Libite.R,1996).

**b) L’environnement social :**

L’environnement social concerne le milieu de résidence et de socialisation. Il rend compte des différentes influences que peut subir l’individu selon qu’il vit ou a vécu ou non dans un type quelconque de milieu.

† **Le milieu de résidence :**

favorable mais le décalage est moins grand que pour les autres variables. Au Cameroun, le fait de vivre en ville favorise avant tout la pratique de la contraception moderne alors que au Botswana, au Kenya et au Zimbabwe des études ont fait ressortir une influence négative de la ville sur la pratique contraceptive (Ngueyap.F, in Pillon 2000).

La différence entre la ville et le monde rural s'appuie aussi sur les différences de scolarisation et d'emploi. Les paysans du monde rural font en moyenne plus d'enfants que les cadres en milieu urbain. Au Brésil, la transition a commencé chez les femmes scolarisées des villes et des groupes sociaux défavorisés (COSIO-ZÁVALLA in pillon 2000). Des études récentes tenant compte des changements actuellement en cours dans le monde rural, ont fait ressortir des modifications de comportement parmi les femmes éduquées du monde rural par le processus de la diffusion. Les nouveaux comportements des femmes rurales sont calqués sur ceux des femmes éduquées des villes.

♦ Le milieu de socialisation :

Le milieu de la socialisation est celui dans lequel l'individu a passé ses douze premières années. Il traduit une inculcation des normes et valeurs et se matérialise par leur accumulation tout au long du cycle de vie. La socialisation détermine les attitudes et comportements futurs. Les normes et valeurs reçues lors de la socialisation proviennent de l'ethnie ou du milieu de résidence. Finalement, la socialisation rend compte de la culture et marque l'appartenance à un groupe quelconque. Elle isole deux catégories de femmes. Les femmes modernes socialisées en milieu urbain et les femmes rurales socialisées dans le monde rural. Les deux groupes ont des comportements différents en fécondité. Du fait de la socialisation, les femmes du secteur moderne font moins d'enfants (Assogba, 1990) et les femmes du monde rural, compte tenu des conditions précédemment citées, dans les autres sections, à savoir, la mise en place de stratégies de remplacement des enfants (Assogba, 1990) en présence d'une mortalité élevée sont plus procréatrices. Elles sont par ailleurs défavorisées car moins instruites que leurs consœurs du monde urbain par la communication. Elles reçoivent donc moins d'informations sur la planification familiale et ont une faible prévalence contraceptive (Ngom.P in pillon 2000) ainsi qu'une proportion élevée de besoins non satisfaits.
I.1.1.3. L'influence du système sanitaire :

Le système sanitaire agit par le contrôle de la mortalité infantile à travers la survie des enfants (Bulatao et al, 1983), mais aussi la qualité des services. Il faut cependant noter que la fréquentation des centres de santé peut être limitée pour de nombreuses raisons. Dans certains pays, la qualité des services oblige les gens à se détourner des points de prestations et à recourir à l'avortement. Pour d'autres, l'emploi des méthodes de régulation ainsi que les examens médicaux et les consultations exigées constituent souvent une violation des normes et de la pudeur sexuelle.

La survie des enfants :

La mortalité infanto-juvénile est particulièrement dans les sociétés à fécondité élevée un paramètre déterminant du recours à la planification familiale. Ceci explique le fait pour la plupart des programmes intégrés du monde en développement, d'incorporer des aspects liés à la mortalité infantile. En général, les sociétés à taux élevé de fécondité ont une forte mortalité infantile et maternelle. Les Africains ont longtemps donné de la valeur à la fécondité et par conséquent, de nombreux couples ont des familles de grande taille. Le nombre moyen de naissances vivantes par femme en Afrique est de 5,6 enfants et le nombre de grossesses moyennes requises pour produire cette moyenne est plus élevé car toutes les grossesses n'arrivent pas à terme et une proportion considérable d'enfants ne survit pas (Centre for desease contrôl, 1999). Dans un contexte culturel qui prône la nécessité d'une fécondité élevée, on a montré la forte influence de la mortalité infantile sur le recours à la planification familiale. Celle-ci passe par une liaison positive et très significative entre la mortalité infanto-juvénile et la fécondité. Une chute de la mortalité de 50% réduit la fertilité de 0,2 enfant par femme en Inde. (Dreze.J et Mamtha.M, 2001). Il est établi que les régions à forte mortalité infanto juvénile sont également des régions à forte fécondité et les pays les plus avancés dans la transition démographique en Afrique ont une mortalité infantile en baisse. Au Bénin par exemple, (Vergile Capo-chichi et Fatima Juarezin Moni Nag, 1984) où la mortalité infantile demeure élevée, entre 1982 et 1996, lorsque le nombre moyen d'enfants survivants des femmes âgées de 45 à 49 ans a augmenté d'un enfant, un
La planification familiale au Cameroun: Les facteurs limitants

La capacité fonctionnelle des centres de santé...

La communication inter personnelle :

L'étude des lieux où l'on parle habituellement de la contraception et celle des personnes auprès desquelles on souhaiterait s'informer sur les méthodes contraceptives soulignent le rôle primordial de la communication interpersonnelle dans les activités de population (G.L. Menye, 1999). Elle permet d'éduquer les clients à la planification familiale dans les points de prestation. À travers elle, les clients apprennent mieux les avantages qu'ils tireront de la régulation des naissances ainsi que ceux obtenus par l'usage approprié des contraceptifs.

La communication interpersonnelle est un aspect clef de la qualité des services car le dialogue entre le client et le prestataire améliore l'utilisation des contraceptifs oraux. Une femme qui a reçu un counselling approprié prolonge mieux l'utilisation de la pilule et l'utilise plus efficacement.

La communication interpersonnelle permet au prestataire d'avoir le retour immédiat entre le client et lui, ceci lui permet de mieux répondre à ses besoins car, si la radio et la télévision sont efficaces pour diffuser l'information au grand public, ils ne sont plus pertinents pour l'instruction des populations en ce qui concerne les questions de planification familiale. La qualité de la communication interpersonnelle influence la satisfaction du client (pop report, série J, No 48). Les femmes sont supposées avoir des informations sur les effets secondaires avant de recourir à une méthode contraceptive. Il a d'ailleurs été prouvé que, certaines personnes abandonnent la contraception car au départ, elles n'étaient pas informées sur les effets secondaires. Et lorsque ceux-ci ne sont pas attendus, ils font peur. Or, si l'information est donnée, le client fera un choix éclairé et utilisera de façon continuelle (Prylis T, Protow et al, 1994). Car, au-delà de la diffusion, il faut pouvoir expliquer, argumenter convaincre et parfois s'exprimer dans les langues de communication accessibles aux populations. Ce qui n'est possible qu'à moitié à travers les grands médias.
L'offre des méthodes :

L'offre d'un nombre élevé de méthodes modernes de planification familiale est nécessaire pour permettre au client d'avoir plusieurs possibilités. Il apparaît d'ailleurs d'après Moni Nag (1984), que, le choix restreint des méthodes de régulation dans un programme de planification familiale est une cause de non utilisation. L'analyse situationnelle a révélé qu'au Cameroun, le nombre de méthodes est limité à quatre en moyenne. Et Parmi le peu de méthodes offertes, la plupart sont hormonales et sujettes aux préjugés ainsi qu'aux effets secondaires, ce qui limite le recours à la contraception. D'après Rodriguez, la disponibilité limitée de contraceptifs conduit à une fertilité élevée. La pilule par exemple qui souffre d'un ensemble de préjugés défavorables, qui se justifient ou non est la méthode la plus répandue, ceci limite les choix et est à l'origine des arrêts et interruptions dans l'utilisation de la contraception moderne. En Angleterre, 17% des femmes ayant recouru à l'avortement utilisaient la pilule. En Australie, une enquête effectuée sur un échantillon de 2000 femmes qui ont recouru à l'avortement a révélé que 14% étaient sous contraception orale. Dans les pays musulmans, les effets secondaires liés à l'utilisation de la pilule tels les saignements sont incompatibles avec des aspects de la culture islamique. C'est le cas de la prière. Et ne pas assister à la prière des semaines entières peut alerter le conjoint surtout dans le cas où le recours à la contraception s'est fait en l'absence de son consentement. Dans d'autres pays musulmans, les activités des femmes sont limitées lorsqu'elles saignent, leur mobilité est réduite ainsi que leur participation à la vie communautaire.

I.1.1.4. La motivation :

a) Les intentions futures en fécondité :

On a pensé au départ que le désir d'avoir un enfant supplémentaire était un facteur important pour le recours à la contraception. Mais, en Asie où le désir de ne plus avoir d'enfants a précédé une intensification de l'emploi de la contraception, les résultats des enquêtes ont démenti la fiabilité de cette variable motivationnelle clé qui ne demeure alors significative que pour les femmes âgées (Nations unies, 1980).
La motivation peut dépendre des coûts liés aux méthodes de régulation. Il existe des coûts objectifs mais aussi subjectifs. Les coûts objectifs comprennent le temps la distance, l'argent qui jouent sur l'acquisition des connaissances, l'accès à la régulation et les effets secondaires associés à l'utilisation d'une méthode. Les coûts subjectifs sont ceux qui concernent notre étude. Ils comprennent entre autres, les intentions futures en fécondité. Le coût influence beaucoup les décisions même si une disponibilité limitée de l'offre se traduit par une fécondité élevée (Bulatao, 1983).

Les intentions futures en fécondité influencent le recours à la contraception par le biais du nombre d'enfants survivants (Easterlin, in Bulatao, 1983). La fécondité varie selon des choix individuels sur la taille de la famille. Lorsque ce nombre est inférieur aux attentes, l'espacement désiré des naissances lui-même est rapproché (Moni Nag, 1984). Le couple ne recours alors à la planification familiale que si la motivation en vue de limiter la taille de la famille ou d'espacer les naissances est suffisamment forte pour contrecarrer les coûts entraînés par cette utilisation. Une telle motivation dépend de la demande d'enfants du couple et la «production potentielle» ou l'offre (Easterlin, 1975 ; Hemalin, 1983 in Moni Nag, 1984). Lorsque cette offre tenant compte de la mortalité infantile égale ou dépasse la fécondité désirée, les désirs de procréer baissent et entraînent une volonté d'utilisation de la contraception moderne pour limiter ou espacer les naissances.

Sans tenir compte de la méthode, de l'âge, la religion et autres, les couples qui veulent limiter les naissances échouent moins que ceux qui veulent simplement retarder (Élise.F Jones). Et, comparativement au deux premiers groupes, les femmes qui sont indécises ont un taux plus élevé d'échec en planification familiale.
I. 2.- HYPOTHÈSES ET CADRE CONCEPTUEL :

I. 2.1-LES HYPOTHESES :

Hypothèse principale :
Compte tenu du contexte pronataliste africain, le succès du programme de planification familiale doit s'appuyer sur la modernisation qui, véhicule des normes nouvelles, tout en permettant une amélioration des connaissances attitudes et pratiques, qui aboutissent à une révision des désirs en fécondité vers la baisse. Ceci suppose une volonté plus accrue des désirs d'utilisation de la contraception moderne pour espacer ou limiter les naissances. Alors, soit la planification familiale n'arrive pas à faire le poids face aux cultures en place, soit pour diverses autres raisons peut être inhérentes à l'individu, il n'a pas eu l'impact attendu. L'échec peut aussi provenir des limites du système sanitaire. Puisque les facteurs culturels à eux seuls ne peuvent aboutir à un succès total en l'absence d'un système de santé performant qui soit capable d'offrir aux citoyens, les meilleurs soins possibles.

Hypothèses secondaires :

H1 : Le recours à la planification familiale est limité par la persistance de normes sociétales pronatalistes dans un environnement socioculturel où la modernisation a du mal à se répandre.

H2 : Le succès de la planification familiale est une question de temps. Les jeunes personnes, qui rassemblent les critères de la modernisation veulent des petites familles et sont plus motivées à recourir à la planification familiale, elles y réussissent par ailleurs mieux que les autres.

H3 : L'échec de la planification familiale repose sur les limites du système sanitaire, encore peu performant.
I. 2. 2 - Le cadre conceptuel

Graphique N° I.2.1 Le schémas conceptuel.

Caractéristiques individuelles

Contexte socioculturel

Efficacité du système sanitaire

Motivations

Échec de la planification familiale.

I. 2. 3. Définition des concepts :

Le contexte socioculturel : Nous adopterons la définition de G.Rocher in Akoto, 1993. Pour lui, la culture est un ensemble lié de manières de penser, d'agir plus ou moins formalisées qui, étant apprises et partagées par une pluralité de personnes, servent d'une manière à la fois objective et symbolique à constituer ces personnes en une collectivité particulière et distincte. Le contexte culturel serait donc l'environnement dans lequel vit l'enquêtée, environnement qui régit ses activités, dicte ses comportements, détermine ses aspirations, ses attitudes, ainsi que la perception des phénomènes et les croyances communes à l'ensemble des individus appartenant au groupe qui la partagent.
isolée l'individu dans un groupe. Ces éléments font de lui un cas atypique dont la somme des caractéristiques détermine un comportement particulier en fécondité.

Le système sanitaire : Dispositif médical en place comprenant les centres de santé, le personnel, le matériel et les équipements nécessaires, destinés à offrir des soins et services de qualité (y compris les contraceptifs et les conseils) en santé de la reproduction. Pour notre étude, le système sanitaire c'est le dispositif en place dans les établissement de santé concernant à la fois la santé maternelle et infantile, permettant d'assurer, la survie des enfants mais aussi l'octroi des services de planification familiale. Le système sanitaire a été mesuré à la fois par sa capacité fonctionnelle mais aussi le nombre d'enfants survivants.

La capacité fonctionnelle concerne l'offre des méthodes et les possibilités que possède le centre de santé à offrir des soins de qualité aux clientes.

Le nombre d'enfants survivants concerne l'ensemble des enfants encore en vie que possède l'enquêtée quelque soit leur âge au moment de l'enquête.

La motivation : La motivation représente un ensemble de facteurs conscient ou non qui déterminent le comportement d'un individu, un acte, une conduite. Pour notre étude la motivation est liée à la fécondité et représente l'ensemble des facteurs ou des éléments qui sont propres à amener l'individu à vouloir recourir à la planification familiale. Ces éléments concernent son désir à vouloir limiter, espacer ou alors pour certaines l'indécision par rapport aux naissances futures.

La planification familiale : La planification familiale encore appelée «contrôle des naissances» ou «parenté planifiée» se définit comme l'ensemble des mesures prises par les couples pour fixer le nombre et l'échelonnement des enfants qu'ils désirent(Leslie Corsa in Pillon, 2000). La définition opérationnelle de notre étude perçoit la planification familiale comme la réalisation d'objectifs et normes définis en santé de la reproduction relative à la limitation, ou le contrôle des naissances par le recours à la
contraception moderne. Elle a été dans notre étude a été saisie par deux variables : L'accès à la planification familiale et les intentions contraceptives.

L'accès à la planification familiale traduit le résultat d'un besoin non satisfait qui se définit comme un écart entre les intentions en fécondité d'une femme et ses réalisations. Pour cette variable, qui comprend deux modalités, le besoin non satisfait est matérialisé par une grossesse non désirée.

Les intentions contraceptives rendent compte de la volonté d'une femme à vouloir ou non recourir à la contraception moderne; selon qu'elle y recours actuellement a eu à y recourir dans le passé, ou n'y a jamais recouru.

I.2.4. Les relations entre les concepts :

Notre cadre conceptuel s'inspire du cadre élaboré dans Bulatao et al, 1983 sur les déterminants de la pratique contraceptive il diffère cependant de lui parcequ'il intègre le système sanitaire. L'objectif de notre étude étant d'identifier les facteurs qui limitent le succès de la planification familiale au Cameroun, notre schéma analytique donne les liens qui existent entre les concepts concernés par l'étude pour comprendre l'enchaînement des mécanismes conduisant à l'échec de la planification familiale.

D'après le schéma d'analyse, le contexte socioculturel et les caractéristiques individuelles déterminent l'échec de la planification familiale à travers la motivation en passant par le système sanitaire.

Le système sanitaire agit par sa capacité fonctionnelle. Celle-ci suppose la disponibilité des méthodes et des conseils en planification familiale. Les conseils sont susceptibles d'agir sur les préférences et motiver l'individu à recourir à la planification familiale en utilisant la contraception moderne pour limiter et espacer les naissances.

Le poids des valeurs culturelles peut avoir une influence sur la fréquentation des systèmes sanitaires(Akoto, 1983). La non fréquentation soustrait certains individus aux avantages du système sanitaire et aboutit à une absence de connaissances et de motivations, à un mauvais suivi conduisant à l'existence de besoins non satisfaits et une augmentation de la mortalité infantile.
En l'absence de l'influence du système sanitaire, certaines des caractéristiques individuelles tels l'instruction, l'occupation au même l'âge de l'enquêtée sont susceptibles de favoriser l'adhésion de certains individus à la planification familiale à travers la motivation. Celles-ci passe par la réalisation des désirs individuels déterminés en fécondité. Tout comme certains facteurs culturels peuvent défavoriser la fréquentation du système sanitaire, et l'utilisation de la contraception moderne.

I.3. Le sous fichier d'analyse :

In Constituion du fichier.

Pour les analyses, nous avons utilisé le fichier femmes de l'EDSCII de 1998. Grâce à lui, nous avons sélectionné des variables qui ont constitué notre sous fichier d'analyse. Le sous fichier d'analyse ne comporte que les femmes déjà sexuellement actives et involontairement exposées aux risques de conception. Pour avoir ce sous groupe, nous avons recouru à la procédure select if qui nous a permis d'ôter de nos analyses, les femmes qui n'ont pas encore eu des rapports sexuels, celles qui ne sont pas sous contraception pour un désir d'enfant supplémentaire dans un délai inférieur à deux ans, mais aussi celles qui ont été déclarées infécondes et en ménopause. Ainsi nos analyses concernent 2552 femmes sur les 5500 du départ.

I.3.1. Liste des variables retenues pour l'étude :

Pour notre étude, quatre types de variables ont été retenues. En amont, nous avons les variables indépendantes, en aval, les variables dépendantes, et entre les deux, figurent les variables intermédiaires et de contrôle.

- Les variables dépendantes :

Au nombre de deux, les variables dépendantes sont encore appelées variables expliquées. Pour notre étude, elles comprennent les variables liées à l'accès des femmes à la planification familiale et celles relatives aux intentions contraceptives futures des femmes. Les deux variables sont tirées de l'EDSCII mais ont subi des modifications liées au regroupement de certaines modalités.
La variable rendant compte de l'accès des femmes à la planification familiale possède deux modalités. L'une des modalités rend compte des besoins non satisfaits l'autre rend compte de besoins satisfaits au moment de l'enquête. Avant toute chose, il faut dire qu'un besoin non satisfait se définit d'après Casterline J.B.2000, comme un écart entre les aspirations de la femme et leurs réalisations. Ces aspirations non satisfaites concernent l'envie de limiter sans succès, la fécondité par absence de connaissances, manque de services, ou indispositions médicales. Habituellement, le besoin non satisfait est matérialisé par une grossesse non désirée. Ainsi, la variable accès à la planification familiale comprend-t-elle les grossesses non désirées comme besoins non satisfaits et leur absence comme besoins satisfaits.

La modalité sur les besoins non satisfaits comprend les besoins non satisfaits pour espacer et pour limiter les naissances. D'après l'EDSCII, ils comprennent l'ensemble des femmes enceintes dont la grossesse ne s'est pas produite au moment voulu, les femmes en aménorrhée dont la dernière naissance ne s'est pas produite au moment voulu, et les femmes qui ne sont ni enceintes ni en aménorrhée, qui n'utilisent pas de méthode contraceptive et qui ont déclaré vouloir attendre deux ans ou plus avant leur prochaine grossesse. Ce groupe comporte aussi les femmes qui ne sont pas sûres de vouloir un autre enfant ou qui veulent un autre enfant mais ne savent pas à quel moment elles veulent avoir cet enfant.

Les besoins non satisfaits pour limiter concernent les femmes enceintes dont la grossesse n'était pas voulue, les femmes en aménorrhée dont la dernière naissance n'était pas voulue, et les femmes qui ne sont ni enceintes ni en aménorrhée, qui n'utilisent pas de méthodes contraceptives et qui ont déclaré ne plus vouloir d'enfants. Sont exclues, les femmes en ménopause ou en période d'infécondabilité. Ces femmes ont été regroupées dans la modalité besoins non satisfaits.

La modalité sur les femmes qui ont un besoin satisfait concerne les femmes qui utilisaient effectivement au moment de l'enquête, une méthode moderne de contraception. Ces femmes ont par ailleurs déclaré vouloir un autre enfant ou ne sont pas sûres d'en vouloir un autre. L'utilisation pour limiter concerne les femmes qui utilisent actuellement une méthode contraceptive et ont déclaré ne

La deuxième variable dépendante rend compte des intentions contraceptives futures des femmes. Egalement tirée de l'EDSCII, 1998, elle concerne l'utilisation d'une méthode contraceptive au moment de l'enquête ou dans le futur. Pour cette variable, les femmes sont regroupées en deux modalités selon qu'elles veulent ou non des méthodes modernes de contraception.

On a donc, les femmes qui utilisent ou ont l'intention d'utiliser les méthodes modernes ; Puis, celles qui n'utilisent aucune méthode ou alors persistent dans l'utilisation des méthodes traditionnelles. Les femmes qui ne veulent pas de méthodes modernes de contraception. C'est à dire que au moment de l'enquête, elles n'utilisaient pas de méthodes modernes mais ont aussi déclaré ne pas vouloir utiliser les méthodes modernes dans le futur et celles qui les utilisaient au moment de l'enquête ou ont fait part de leur intention de les utiliser dans le futur.

- Les variables indépendantes :

Encore appelées variables explicatives, elles expliquent les variations de la variable dépendante. Pour notre étude, elles sont deux. Les variables liées au facteurs culturels et les caractéristiques individuelles.

Les caractéristiques individuelles :

**Le statut économique :**

**L'instruction :** L'instruction des conjoints à été maintenue (les femmes séparément des hommes) telle que dans l'EDSCII. Les différentes modalités comprennent : Les personnes sans instruction, le primaire, le secondaire, le supérieur. Habituellement, les modalités concernant le secondaire et le supérieur sont regroupées. Pour l'étude présente, nous avons préféré isoler les femmes du secondaire de celles du supérieur pour pouvoir confirmer ou infirmer ce qui se fait empiriquement.

**L'occupation :** L'occupation comprend trois modalités, les femmes qui exercent dans le secteur moderne, celles qui sont dans le secteur non moderne et les femmes sans emploi. Les femmes qui sont dans le secteur moderne
comprennent celles qui sont dans le domaine agricole et celles qui sont dans le commerce, tandis que les femmes du secteur moderne comprennent les cadres de l'administration. Ces femmes ont été regroupées selon qu'elles possèdent un emploi salarié ou pas. Ainsi, les femmes du secteur non moderne comprennent celles du secteur agricole et commercial le plus souvent majoritaires dans l'informel et celles du secteur moderne qui regroupent l'ensemble des femmes qui ont un emploi salarié.

- Les facteurs démographiques :

L'âge de l'enquêtée : L'âge de l'enquêtée a été regroupé par groupes quinquennaux excepté le dernier groupe où la faiblesse des effectifs nous a obligés pour remplir les conditions requises pour le test du chi deux à avoir un groupe décennal.

L'âge aux premiers rapports sexuels : Pour cette variable, nous avons identifié trois modalités : Les femmes ayant une sexualité précoce (Avant 16 ans) celles ayant eu le premier rapport pendant l'adolescence (de 16 à 19 ans). Le reste des femmes (Après 19 ans). Il faut noter ici, l'absence de la modalité pendant le mariage considérée par nous comme mauvaise réponse. (Confère paragraphe II.2.2)

Les variables liées au contexte socioculturel :

Les facteurs culturels comprennent deux groupes de variables. Les variables qui permettent l'identification sociale de l'individu et celles qui sont liées à l'environnement social.

Les variables d'identification sociale :

Parmi les variables d'identification sociale, nous avons l'ethnie et la religion. L'ethnie a été regroupée selon les usages traditionnels. Ce, regroupement ne tient pas compte des religions mais surtout de la répartition géographique. Ainsi nous avons les ethnies du nord, les anglophones, les Bamiléké, les côtiers, les bétis bulu fang.

La religion : Pour cette variable, les modalités ont été conservées telles quel pour les religions classiques. La modalité sur les « sans religion » regroupe tous
ceux qui disent croire en la religion traditionnelle et ceux qui ont déclaré ne pas avoir de religion du tout.

**L'environnement social :**

Dans ce groupe, nous avons le milieu de résidence et celui de socialisation. Les deux variables ont chacune été regroupées de la même façon en deux modalités. L’urbain et le rural. L’urbain comprend les deux grandes villes, à savoir Douala et Yaoundé puis, les villes secondaires. Le rural ne contient que la zone rurale.

Pour ces deux variables, le regroupement tient compte des dénominations contenues dans l'EDSCII. Au Cameroun le statut de ville ne tient pas compte de l'architecture urbaine ou du type d'activité, mais plutôt du nombre de personnes recensées. On comprend alors aisément que le nombre de villes soit paradoxalement plus élevé que les région rurales. Tenant compte des dénominations, les vocables, Town, City, large City ont été regroupées sous urbain. Et Countryside représente le monde rural.

- **Les variables de contrôle :**

Les variables de contrôle sont celles par lesquelles passent les variables indépendantes pour expliquer la variable dépendante. En principe, elles agissent sur le lien entre ces deux car leur absence peut se traduire par une absence de liaison entre la variable explicative et expliquée. Dans le cadre de notre étude, les variables de contrôle comprennent celles liées à l'efficacité du système sanitaire qui permettent de contrôler la motivation des femmes à limiter ou espacer les naissances.

**L'efficacité du système sanitaire :**

Deux variables rendent compte de l'efficacité du système sanitaire. L'une concerne l'offre, la qualité des services et l'autre est relative à la mortalité infantile.

Nous avons choisi une seule variable pour rendre compte de la capacité fonctionnelle des centres de santé. Cette variable n'est valable que pour les femmes ayant répondu de façon positive à la question sur la fréquentation d'un centre de santé les douze derniers mois. Notons cependant des taux de
fréquentation assez bas. Sur les 5500 femmes, seules 1450 ont été dans un centre de santé.

Et par la question vous a-t-on parlé de planification familiale au centre de santé ? Nous nous proposons de mesurer l'efficacité du système sanitaire et la qualité des services en posant les hypothèses selon lesquelles l'offre et le comportement des prestataires dépendent de la disponibilité de services de planification familiale. Et si ces services existent, forcément le fait pour l'individu d'avoir été entretenu sur la planification familiale implique des conversations sur les méthodes existantes, et les autres services nécessaires.

La survie des enfants : Cette variable d'après Bulatao (1983), rends compte de l'efficacité du système sanitaire. C'est sans doute l'une des raisons pour laquelle les services intégrés de planification familiale incluent prioritairement des activités de la S.M.I. destinées à améliorer la survie des enfants. Pour la mortalité infantile, nous utiliserons la variable sur le nombre d'enfants survivants puisque d'après Bulatao 1983, le recours à la planification familiale dépend non pas du nombre d'enfants nés vivant, mais du nombre d'enfant qui surviv. jusqu'à un âge pouvant atteindre 20 années.

- Les variables intermédiaires :

  La motivation :

Les intentions futures en matière de fécondité. Pour ceci trois groupes de femmes ont été identifiés : Les femmes qui veulent un autre enfant, celles qui n'en veulent plus et celles qui restent indécises sur cette question.
I.4. Le Cadre analytique :

Graphique No I.4.1. Le cadre d’analyse des variables.

- Le statut économique.
- Les caract. Démographiques.

- L'identification sociale.
- L'environnement social.

- La survie des enfants.
- La capacité fonctionnelle.

Intentions futures en fécondité.

- Accès à la planification familiale.
- Intentions futures en contraception
I.5. **Opérationalisation des variables et répartition des effectifs.**

Pour vérifier les hypothèses schématisées dans notre cadre conceptuel, nous avons parfois eu à modifier la configuration des variables contenues dans l'EDSCII en regroupant les modalités des variables retenues pour l'étude. Le tableau suivant donne les modalités des différentes variables et leur répartition.

**N°1.1 Répartition des effectifs selon les variables opérationnelles.**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Variables</th>
<th>Effectifs</th>
<th>Pourcentages</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Instruction de la femme</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sans instruction</td>
<td>298</td>
<td>11,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Primaire</td>
<td>876</td>
<td>34,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Secondaire</td>
<td>1266</td>
<td>50,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Supérieur</td>
<td>96</td>
<td>4,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Instruction du conjoint</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sans instruction</td>
<td>746</td>
<td>14,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Primaire</td>
<td>584</td>
<td>29,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Secondaire</td>
<td>504</td>
<td>41,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Supérieur</td>
<td>150</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>Occupation de la femme</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sans emploi</td>
<td>781</td>
<td>30,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Emploi moderne</td>
<td>463</td>
<td>19,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Emploi non moderne</td>
<td>1305</td>
<td>51,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Les caractéristiques démographiques</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>L'âge de la femme</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>15-19</td>
<td>1240</td>
<td>44,7</td>
</tr>
<tr>
<td>20-24</td>
<td>142</td>
<td>4,7</td>
</tr>
<tr>
<td>25-29</td>
<td>314</td>
<td>12,2</td>
</tr>
<tr>
<td>30-34</td>
<td>375</td>
<td>12,7</td>
</tr>
<tr>
<td>35-39</td>
<td>225</td>
<td>8,8</td>
</tr>
<tr>
<td>40-49</td>
<td>205</td>
<td>7,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Age au premier rapport sexual</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Avant 15 ans</td>
<td>524</td>
<td>20,5</td>
</tr>
<tr>
<td>16-19</td>
<td>1431</td>
<td>56,1</td>
</tr>
<tr>
<td>20 et plus</td>
<td>223</td>
<td>9,3</td>
</tr>
<tr>
<td>En mariage</td>
<td>363</td>
<td>14,1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**LES FACTEURS CULTURELS**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Variables</th>
<th>Effectifs</th>
<th>Pourcentages</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>L'environnement social</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Le milieu de résidence</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Urbain</td>
<td>151</td>
<td>61</td>
</tr>
<tr>
<td>Rural</td>
<td>99</td>
<td>39</td>
</tr>
<tr>
<td>Le milieu de socialisation</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Urbain</td>
<td>141</td>
<td>57,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Rural</td>
<td>100</td>
<td>42,2</td>
</tr>
<tr>
<td>L'identification sociale</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>L'ethnie</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Nord</td>
<td>32</td>
<td>12,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Anglophones</td>
<td>52</td>
<td>19,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Basiliense</td>
<td>67</td>
<td>36,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Cotiers</td>
<td>24</td>
<td>12,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Batis</td>
<td>65</td>
<td>34,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Anglophone</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Catholiques</td>
<td>112</td>
<td>45,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Protestant</td>
<td>10</td>
<td>40,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Musulmans</td>
<td>9</td>
<td>3,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Sans religion</td>
<td>10</td>
<td>3,7</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### LA PLANIFICATION FAMILIALE

#### LE SYSTÈME SANITAIRE

<table>
<thead>
<tr>
<th>Variables</th>
<th>Effectifs</th>
<th>Pour. %</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0-2</td>
<td>773</td>
<td>45,7</td>
</tr>
<tr>
<td>3-5</td>
<td>639</td>
<td>35,6</td>
</tr>
<tr>
<td>6 et plus</td>
<td>630</td>
<td>35,6</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### La capacité fonctionnelle

<table>
<thead>
<tr>
<th>Variables</th>
<th>Effectifs</th>
<th>Pour. %</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Êtendu parler de SF dans un centre de santé</td>
<td>703</td>
<td>35,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Non</td>
<td>890</td>
<td>47,2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### LA MOTIVATION

<table>
<thead>
<tr>
<th>Variables</th>
<th>Effectifs</th>
<th>Pourcentages</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Veu ré un autre enfant</td>
<td>1713</td>
<td>45,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Ne veut plus</td>
<td>716</td>
<td>18,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Indécis</td>
<td>121</td>
<td>3,4</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### LES VARIABLES DÉPENDANTES

#### Accès à la planification familiale

<table>
<thead>
<tr>
<th>Variables</th>
<th>Effectifs</th>
<th>Pourcentages</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Besoins non satisfaits</td>
<td>2103</td>
<td>62,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Besoins satisfaits</td>
<td>450</td>
<td>13,6</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### Intentions contraceptives

<table>
<thead>
<tr>
<th>Variables</th>
<th>Effectifs</th>
<th>Pourcentages</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Veu x des méthodes modernes</td>
<td>1064</td>
<td>32,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Ne veut pas de méthodes modernes</td>
<td>1438</td>
<td>42,1</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Les données utilisées dans notre étude proviennent essentiellement de sources secondaires, elles sont relatives aux différentes publications faites dans notre domaine d'étude mais aussi la Base de données de l'EDSCII.

La base des données :

Les données utilisées pour l'analyse proviennent de la deuxième enquête démographique de santé (EDSII) du Cameroun, réalisée en 1998. Celle-ci fait partie d'un programme mondial d'enquêtes démographiques de santé dont le but est de collecter, analyser et diffuser des données démographiques portant sur la fécondité, la planification familiale, la santé de la mère et l'enfant. Ces enquêtes ont été instituées à la suite d'un accord entre les gouvernements et Macro international en 1997. Le programme de réalisation des EDS couvre les pays suivants : La Côte d'Ivoire, le Togo, le Burkina Faso et le Cameroun où elle est parrainée par le BUCREP et le MINPAT avec l'aide financière de l'USAID, le FNUAP, et l'UNICEF. Ces enquêtes fournissent des données sur les femmes, les hommes, les enfants, les ménages.

II.1.1 Méthodologie de l'enquête démographique de santé.

L'échantillonnage : L'EDSCII a été réalisé à partir d'un échantillon d'environ 6000 femmes de 15 à 49 ans et 3000 hommes de 15 à 59 ans sur la base d'un sondage par grappes stratifié à deux degrés. Au premier degré, 203 grappes ont été tirées à partir de la liste des zones de dénombrements établie lors du recensement général de la population de 1987. Les 203 grappes étaient composées de l'ensemble de l'échantillon de la première enquête démographique de santé, soit 1545 grappes plus un échantillon supplémentaire de 49 grappes. Les grappes sélectionnées ont fait l'objet d'une cartographie et d'un dénombrement exhaustif des ménages. Au deuxième degré, les ménages ont été tirés à partir des listes établies lors des opérations de dénombrement. Toutes les femmes qui se trouvaient dans les ménages ont été enquêtées et dans un
ménage sur deux, tous les hommes de 15 à 59 ans ont été enquêtés. Les principaux domaines d'étude retenus sont : Yaoundé/Douala, les autres villes, et le milieu rural. Ces zones ont constitué chacune un domaine d'études pour obtenir des résultats statistiquement représentatifs au niveau de chacune des 10 provinces, les groupes de province ont été constitués pour former les régions de Douala, Yaoundé; Adamawa, Nord, Extreme-nord ; Centre, sud Est; Ouest, Littoral; Nord-ouest et sud-ouest.

II.2 Évaluation des données et méthodologie des analyses :

Évaluation des données : Habituellement, les données de l'EDSCII sont corrigées avant d'être publiées. Nous pouvons donc à priori affirmer que les données que nous utilisons sont de bonne qualité. Nous nous attarderons cependant sur l'évaluation de la couverture en ce qui concerne les variables sélectionnées pour notre fichier d'analyses, mais aussi une variable capitale pour notre étude qui est l'âge de l'enquêtée.

II.2.1 Évaluation de la qualité de la déclaration de l'âge.

La déclaration de l'âge : L'évaluation de la déclaration de la qualité de l'âge concerne les âges individuellement déclarés. Elle consiste au tracé d'une courbe qui rend compte d'une évolution sans attraction quelconque des âges. Or l'évolution de notre courbe en dent de scie nous fait croire que la déclaration des âges n'a pas été bonne. En effet, elle présente de nombreuses irrégularités qui rendent compte des attractions aux âges terminés par zéro et cinq. La solution que nous avons préconisée est le regroupement par classes quinquennales.
La planification familiale au Cameroun: Les facteurs limitants

Graphique No II.1 Courbe de la répartition des femmes selon l'âge

Après regroupement des femmes par groupes d'âges nous avons obtenu la courbe lissée suivante.

Graphique No II.2 : Courbe de la répartition des femmes en groupes d'âges quinquennaux

II.2.2. Évaluation des taux de réponse par variable.

La couverture : Elle concerne le niveau de non-réponse à certaines questions. Le nombre de non-réponse aux questions peut se répercuter sur la validité de nos analyses. Différents facteurs agissent (Nations unies, 1980) les uns sur les autres et produisent divers niveaux de non-réponse selon les études : C'est le cas de la qualité de l'interview, des procédures utilisées pour mettre les données en forme et les coder, la réceptivité de la population étudiée et la capacité générale des enquêtées à comprendre les questions et à y répondre. On peut alors identifier deux types différents de non-réponse.

a) La véritable non-réponse à une question, qui a pour résultat, qu'on ne consigne aucune information sur le questionnaire parce que la question n’a pas été posée ou parce que l’enquêtée a refusé de répondre.
b) Les réponses imprécises comme « je ne sais pas » ou « comme dieu le veut ».

Sur les 6000 femmes recensées, 5501 ont été enquêtées soit un taux de couverture égal à 95%. Dans l'ensemble, le taux de couverture est acceptable mais plusieurs variables telles celles liées à l'exposition aux médias, celles liées à l'efficacité du système sanitaire ont enregistré des taux assez élevés de réponses négatives ce qui les rends non pertinentes pour l'explication des modèles retenus. Ces variables ont par conséquent été supprimées. Le tableau suivant donne la répartition des variables selon les effectifs de personnes ayant répondu par variable spécifique.

**No I.2 Tableau récapitulatif de la couverture des variables** :

<table>
<thead>
<tr>
<th>VARIABLES</th>
<th>VALEURS</th>
<th>MANQUANTES</th>
<th>TAUX DE COUVERTURE</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Les caractéristiques individuelles</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1.1 Les variables économiques</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Instruction de l'enquêtée</td>
<td>2552</td>
<td>0</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Instruction du conjoint</td>
<td>1672</td>
<td>880</td>
<td>47,37%</td>
</tr>
<tr>
<td>Occupation</td>
<td>2551</td>
<td>1</td>
<td>99,9%</td>
</tr>
<tr>
<td>1.2 Les facteurs démographiques</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>L'âge</td>
<td>2552</td>
<td>0</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>L'âge au premier rapport sexuel</td>
<td>2551</td>
<td>1</td>
<td>99,9%</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Les facteurs culturels</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2.1 L'identification sociale</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>L'ethnie</td>
<td>2552</td>
<td>0</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>La religion</td>
<td>2551</td>
<td>1</td>
<td>99,9%</td>
</tr>
<tr>
<td>2.2 L'environnement social</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Le milieu de résidence</td>
<td>2552</td>
<td>0</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Le milieu de socialisation</td>
<td>2551</td>
<td>1</td>
<td>99,9%</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Le système sanitaire</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3.1 Mortalité infantile</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Nombre d'enfants survivants</td>
<td>2552</td>
<td>0</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>3.2 La capacité fonctionnelle</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>entendu parler de pf dans l'entendu parler de pf dans l centre de Ste</td>
<td>1458</td>
<td>125</td>
<td>91,43%</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Motivation</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Intentions en fécondité</td>
<td>2552</td>
<td>0</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Les Variables dépendantes</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Accès à la planification familiale</td>
<td>2552</td>
<td>0</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Intentions contraceptives</td>
<td>2552</td>
<td>0</td>
<td>100%</td>
</tr>
</tbody>
</table>
II.2.3 Les limites par rapport à l'étude :

- Les taux élevés de réponses négatives :

Des taux de non-réponse très élevés nous ont obligé à ne pas tenir en considération des variables déterminantes pour notre étude. C'est le cas des variables relatives à l'exposition aux médias et aux types de méthodes de contraception modernes utilisées.

L'exposition aux médias : A la question avez-vous entendu ou vu un message de planification familiale à la radio à la télévision ou à la presse, le nombre de personnes ayant répondu non est très élevé. En effet, 76% des femmes n'ont entendu aucun message sur la planification familiale dans les journaux, les affiches, ou dans une réunion quelconque pendant la période précédant l'enquête ce qui signifie que la variable ne permet pas d'expliquer notre modèle. Ce vide va être comblé par la capacité fonctionnelle des centres de santé susceptible d'apporter des informations en planification familiale aux femmes.

Le type de méthodes utilisées : Peu de femmes ont pu dire le type de méthode moderne qu'elles utilisent. Ceci est peut-être lié à la faiblesse de la prévalence contraceptive. Compte tenu du fait que notre étude vise à la fois les femmes sous prévalence contraceptives et celles qui ne l'étaient pas nous avons laissé de côté cette variable. Une fois de plus, nous nous contenterons de la capacité fonctionnelle des centres de santé et nous déduirons nos résultats de l'analyse Situationnelle de 1998 sur l'offre des méthodes.

- La constitution des variables dépendantes.

Une autre limite à notre étude est l'inadaptation de l'EDSCII à nos objectifs. La définition d'un besoin non satisfait qui est l'écart entre les aspirations et les réalisations des femmes en fécondité suppose que les besoins non satisfaits soient exprimés en termes de grossesses non désirées en tant que résultat de difficultés d'accès proprement dits aux méthodes de planification familiale en l'absence de la cause. Une difficulté d'accès peut se traduire par l'absence de connaissance des méthodes ou des points d'approvisionnement, mais aussi le
manque ou la rupture des approvisionnement, un arrêt dû à des effets secondaires ou des problèmes de santé.

l'EDSCII disposait de deux variables qui nous ont permis de mesurer l'échec de la planification familiale. Et leur configuration nous a obligé à séparer les besoins non satisfaits se traduisant par des grossesses non désirées que nous avons appelé besoins non satisfaits des autres qui se retrouvent mêlés au non recours volontaire à la contraception moderne.

Ainsi conformément à notre problématique, en regroupant dans la variable rendant compte des intentions contraceptives les femmes qui ne recouraient pas à la contraception moderne de celles qui recouraient à la contraception traditionnelle. Nous avons voulu saisir les femmes qui ont arrêté d'utiliser la contraception et ont préféré des méthodes traditionnelles pour les motifs déjà cités comme besoins non satisfaits mais aussi celles qui opèrent délibérément le choix d'éviter la contraception moderne.

La variable accès à la planification familiale dans laquelle on retrouve le terme besoins non satisfaits rends seulement compte du résultat d'un besoin non satisfait qui est une grossesse non désirée.

II.3. Méthodologie d'analyse des données :

Nous allons recourir pour l'analyse des données, à deux logiciels, EXCEL pour la construction des courbes, et autres graphiques puis à SPSS/PC sous DOS pour les analyses. Conformément à nos objectifs, nos analyses seront non seulement descriptives mais aussi explicatives.

Les méthodes descriptives : Les méthodes descriptives comprennent l'analyse bivariée qui porte sur le test du Chi2 ainsi que la description des femmes de notre échantillon selon les effectifs observés.

Les méthodes explicatives : Pour les méthodes explicatives, nous utiliserons la régression logistique et compte tenu du caractère qualitatif de nos variables dépendantes, nous procérons à leur dichotomisation. La régression logistique nous permettra d'avoir le poids explicatif en terme de risques encourus par les individus, pour chacune des variables utilisées dans l'étude.
II.3.1 Description des méthodes d'analyse :

A) Les méthodes descriptives :

Le test du \( \chi^2 \): Le test du \( \chi^2 \) de Pearson rend compte de l'association entre la variable dépendante et chacune des variables indépendantes.

**Principes de la méthode**: Soient \( x \) et \( y \) deux variables qualitatives à \( K \) et \( P \) modalités respectivement. Et soit la matrice des données suivante :

<table>
<thead>
<tr>
<th>( x )</th>
<th>( y_1 )</th>
<th>( y_2 )</th>
<th>( \ldots )</th>
<th>( y_P )</th>
<th>( \text{Colonne marginale} )</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>( x_1 )</td>
<td>( n_{11} )</td>
<td>( n_{12} )</td>
<td>( n_{1j} )</td>
<td>( n_{1p} )</td>
<td>( n_{1} )</td>
</tr>
<tr>
<td>( x_2 )</td>
<td>( n_{21} )</td>
<td>( n_{22} )</td>
<td>( n_{2j} )</td>
<td>( n_{2p} )</td>
<td>( n_{2} )</td>
</tr>
<tr>
<td>( \ldots )</td>
<td>( \ldots )</td>
<td>( \ldots )</td>
<td>( \ldots )</td>
<td>( \ldots )</td>
<td>( \ldots )</td>
</tr>
<tr>
<td>( x_K )</td>
<td>( n_{k1} )</td>
<td>( n_{k2} )</td>
<td>( n_{kj} )</td>
<td>( n_{kp} )</td>
<td>( n_{k} )</td>
</tr>
</tbody>
</table>

| \( \text{Ligne marginale} \) | \( n_{1} \) | \( n_{2} \) | \( n_{1p} \) | \( n_{N-n} \) |

la procédure suppose qu'on règle le problème selon la logique suivante du test d'hypothèses :

**H0**: \( X \) et \( Y \) sont indépendantes.

**H1**: \( X \) et \( Y \) sont liées ou dépendantes (statistiquement).

Si les variables \( X \) et \( Y \) sont indépendantes, l'effectif \( n_{ij} \) qui désigne les individus qui présentent simultanément la modalité \( x_i \) de la variable \( X \) et la modalité \( y_j \) de la variable \( Y \) peut être obtenu à partir des effectifs marginaux \( n_i \) et \( n_j \) par la
relation \( n_{ij} = n_j \cdot n_i / n \). Or pour l'instant on ne sait pas encore si \( X \) et \( Y \) sont indépendantes. C'est ce qu'on cherche à vérifier.

On calcule les effectifs théoriques \( n'_{ij} \) qu'on aurait eu si réellement l'hypothèse d'indépendance entre \( X \) et \( Y \) était vérifiée qu'on compare ensuite aux effectifs observés \( n_{ij} \) de la matrice. Donc \( n'_{ij} = n_j \cdot n_i / N \) (\( i = 1, 2, \ldots, k \) et \( j = 1, 2, \ldots, p \)). Naturellement ces effectifs théoriques \( n'_{ij} \) ainsi calculés sont à priori différents des effectifs réellement observés \( n_{ij} \). De ces deux types d'effectifs, on calcule une distance \( d \) à partir des écarts relatifs par la formule :

\[
d = E \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}}. \]

La distance \( d \) ainsi calculée suit une loi de chi2 à \((k-1)(p-1)\) degrés de liberté (les tables des valeurs et de probabilité de cette loi de chi2 existent).

b) Interprétation des résultats :

Au seuil de signification (ou d'erreur) de niveau (très souvent \& = 5\%) fixé par le chercheur, on entre dans la table de chi2 à \((k-1)(p-1)\) degrés de liberté pour lire la valeur de chi2 théorique. On la compare avec la distance \( d \) calculée. Le chi2 théorique vérifie la relation suivante :

\[
P(x_2 > x_{2t}) = $. \]

$ Représente également l'aire de la courbe de la loi de chi2 située à droite de la valeur de chi2 théorique. Deux cas se présentent :

1er Cas : \( d < \) chi2 lu dans la table.

Cela signifie que les écarts entre les effectifs théoriques \( n'_{ij} \) et les effectifs observés \( n_{ij} \) ne sont pas très différents (statistiquement). Ces écarts sont imputés aux seules fluctuations de l'échantillon et non à une réalité du phénomène étudié. Dans ce cas, on ne peut rejeter l'hypothèse nulle selon laquelle \( X \) et \( Y \) sont indépendantes au seuil de signification &.

2ème cas : \( d > \) chi2 lu dans la table :

Ici par contre, la distance dépasse le chi2 lu. Donc les écarts entre les effectifs théoriques \( n'_{ij} \) et les effectifs observés \( n_{ij} \) sont si statistiquement différents qu'on ne peut les attribuer aux simples fluctuations de l'échantillon. En réalité, il y a beaucoup de chance que \( X \) et \( Y \) soient liées statistiquement au seuil d'erreur &.
(on ignore cependant la nature de la relation, ce n’est même pas l’objet du test de **CHI**^2^. Donc on rejette l’hypothèse nulle selon laquelle **X** et **Y** sont indépendantes.

- **Contraintes et limites de la méthode** :

La validité du test de **CHI**^2^ dépend des effectifs observés **nij**. Il faut que les effectifs de chaque case du tableau croisé dépassent 4;(**nij**>4). Ainsi, il est parfois nécessaire de faire le regroupement de certaines modalités pour pallier au contraire. Mais souvent, il suffit de pondérer l’échantillon par une constante **n** pour rendre le test du chi deux valide.

Le test du chi deux n’est qu’une analyse bivariée entre deux variables. Or, la réalité étant complexe, on cherche à appréhender à travers un certain nombre de variables la réalité pour en apprécier les interactions.

**B) Les méthodes explicatives** :

Il existe de nombreuses méthodes explicatives, on peut citer entre autres la régression multinomiale mais aussi la régression logistique simple. Compte tenu de nos objectifs, nous avons choisi la régression logistique comme méthode d’analyse explicative.

- La régression Logistique :

a) Les principes de la méthode :

Soit une variable dépendante et **Xi** (i=1,2, ... ,n) n variables indépendantes. Les variables utilisées (**Y**) sont dichotomiques (Prends la valeur 1 pour la modalité étudiée et 0 si non ). Soit **P** la probabilité pour que l’événement **Y=1** se réalise.

\[ P = \text{Prob} (Y=1) \text{ et donc } 1 - P = \text{Proba} (Y=0). \]

Le modèle de régression logistique permet de mettre

\[ Z = \log \left( \frac{P}{1-P} \right) = \logit (p) \]

sous la forme linéaire :

\[ Z - \log \left( \frac{P}{1-P} \right) - B_0 + B_1X_1 + B_2X_2 + ... + B_nX_n \]

Ou encore \( e^z = \frac{P}{1-P} \leftarrow \rightarrow P = e^z/1 + e^z = 1/1 + e^z \).
\textbf{Bo} est le terme indépendant de l'équation exprimant le niveau moyen de $Z$ pour toutes les valeurs de $X_1$ et $B_1$. Les coefficients de régression rattachés aux variables $X_i$ peuvent être quantitatifs ou catégoriels auquel cas on les transforme en variables dichotomiques et les modalités choisies comme référence ne sont plus introduites dans le modèle. Elles servent de référence pour l'explication des paramètres rattachés aux autres modalité de la même variable. Les coefficients $B_i$ sont estimés par la méthode du maximum de vraisemblance. Du fait de la non linéarité du modèle, ces paramètres sont estimés par itération.

\textbullet \hspace{1cm} \textbf{Interprétation des résultats :}

Pour ce modèle, il y a une probabilité de chi2 qui est fournie dont l'interprétation est semblable à celle du modèle de régression linéaire. Pour chaque coefficient $B_i$ est associé une probabilité qu'on compare au seuil de signification fixé. Tout comme pour la régression linéaire, la variable indépendante $X_i$ a une incidence significative sur $Y$ si la probabilité associée à $B_1$ est significative par rapport au seuil d'erreur (C'est - à - dire que cette probabilité est inférieure au seuil fixé par le chercheur).

Les coefficients $B_i$ ($i=1,2,...,n$) permettent d'obtenir les Odds c'est à dire $e^{B_k}$ qui sont faciles à interpréter. Si $B_i$ est positif, $e^{B_i}$ est supérieur à 1, cela signifie que les individus de la modalité considérée de la variable explicative ont ($e^{B_i-1}$) plus de chances que leurs homologues de la modalité de référence de subir l'événement étudié (Plus de chances pour que l'événement $Y=1$ se produise. En revanche, si $B_i$ est négatif, les individus de la modalité considérée de la variable explicative ont ($e^{B_i-1}$) plus de chances que leurs homologues de la modalité de référence de subir l'événement étudié (en fait, les premiers ont ($1-e^{B_i}$) moins de chances que les seconds de subir l'événement étudié $Y=1$). Les résultats de la régression logistique s'interprètent de la manière suivante : Si la variable dépendante $X_i$ augmente de $e^{B_i}$ unités traduisant ainsi les influences de la variable $X_i$ sur la variable dépendante. D'où l'interprétation du signe (-) pour signifier la baisse du risque moyen et le signe (+) l'augmentation du risque moyen. Par ailleurs, si le modèle comporte une seule variable indépendante $X$ avec des modalités $X_1$, On peut calculer le risque de connaître l'événement si
l'on considère l'une des modalités de la variable indépendante \( X \). Si on appelle \( p_{ij} \) le risque de connaître l'événement lorsqu'on présente la modalité \( X_j \), on peut calculer le risque de connaître l'événement si l'on considère l'une des modalités de la variable indépendante \( X \). Si on appelle \( P_{ij} \) le risque de connaître l'événement lorsqu'on présente la modalité \( x_1 \) de la variable indépendante \( X \), alors on a :

\[
P_{ij} = \frac{\text{Proba}[y-1/iex_j]}{1+\exp(Bo+Bj)}.
\]

Si \( X_i \) est la modalité de référence de la variable \( X \), alors \( P_{ij} \) s'obtient en remplaçant \( B_j \) par 0 dans l'expression de \( P_{ij} \). On peut enfin calculer les risques relatifs de n'importe quelle modalité de la variable \( X \) (Par exemple \( X_r \)).

Si nous notons \( a_i \), le risque relatif de la modalité \( X_j \), alors \( a_{ij} \) vaut :

\[
a_{ij} = \frac{\text{Proba}[Y-1/iex_j]}{\text{Proba}[Y-0/iex_j]} - \frac{\text{Proba}[Y-1/iex_j]}{1 - \text{Proba}[Y-1/iex_j]} - \exp(Bo+Bj)
\]

Pour calculer \( a_{ij} \), on remplace \( B_j \) par 0 dans l'expression de \( a_{ij} \) (\( X_r \) désignant la modalité de référence de la variable indépendante \( X \)).
3.1 **Description selon le test du Chi2 de Pearson.**

L'analyse descriptive traite des variations du comportement des femmes en PF selon qu'elles recourent ou pas avec succès à l'utilisation de la contraception moderne pour espacer ou limiter les naissances ou alors selon qu'elles ont l'intention d'y recourir dans le futur en fonction des groupes de variables identifiées à savoir les facteurs socioculturels, les caractéristiques individuelles, le système sanitaire, et la motivation à vouloir réguler les naissances. Elle repose sur la statistique du Chi2.

> **L'accès à la planification familiale :**

L'accès des femmes à la planification familiale se définit selon deux modalités : Les besoins non satisfaits et l'utilisation effective de la contraception moderne pour espacer ou limiter les naissances.

Dans notre échantillon, on note un grand déséquilibre entre les femmes qui ont un besoin non satisfait et celles qui ont recours avec succès à la contraception moderne. Effectivement la grande majorité des femmes qui, au moment de l'enquête ont eu à utiliser ou utilisaient une méthode moderne de contraception pour espacer ou limiter les naissances ont un besoin non satisfait; Soit 82,4% des femmes d'après les données et 17,6% seulement qui utilisent avec succès la
La planification familiale au Cameroun: Les facteurs limitants

contraception moderne pour espacer ou limiter les naissances. Ceci vient confirmer l'ampleur du problème et la nécessité pour nous d'identifier les facteurs qui en sont à l'origine.

3.1.1 Les caractéristiques individuelles :

3.1.1.1 Le statut socio-économique :

L'instruction de l'enquêtée : Les critères d'éligibilité de notre étude des besoins non satisfaits ont abouti à la sélection d'un échantillon constitué majoritairement de femmes instruites. Ce qui n'est pas le cas pour l'ensemble des femmes de l'échantillon de l'EDSCII. En effet, 88,3% des femmes de notre échantillon au total sont scolarisées. Dans cet ensemble, la grande majorité (50,2%) a atteint le niveau secondaire et une faible proportion (3,7%) seulement a atteint le supérieur. Par contre, 34,4% de ces femmes ont fait des études primaires et 11,7% sont sans niveau d'instruction.

En général, ce sont les femmes dont le niveau d'instruction est le plus élevé qui ressentent plus les besoins non satisfaits. Ainsi, les femmes qui ont atteint un niveau d'instruction supérieur enregistrent 86,17% de besoins non satisfaits contre 84,8% pour celles ayant atteint le niveau secondaire. Les femmes qui ne sont jamais allées à l'école expriment par contre plus de besoins non satisfaits 81,77% que celles qui ont atteint le niveau d'instruction primaire 78,73%. Le test du Chi2 qui révèle d'autre part, une forte association entre l'instruction de l'enquêtée et son accès à la planification familiale donne 0,00218.

Les tendances enregistrées pour l'instruction de l'enquêtée et d'après lesquels plus l'instruction augmente, moins les écarts sont favorables aux besoins satisfaits nous font penser que, la forte prévalence des besoins non satisfaits chez les femmes éduquées est due au fait que ces femmes, plus désireuses de faibles parité, recourent plus en moyenne à la contraception moderne comparativement à celles qui sont moins instruites et pour qui le problème ne se pose presque pas.
Instruction du partenaire : L'instruction du mari semble être très déterminante pour l'accès à la planification familiale car le test du Chi2, très significatif à 5% donne 0,00010.

Comme pour les femmes, peu de conjoints ont franchi le cap du supérieur. La plus part, c'est à dire 41,5% des conjoints ont un niveau d'instruction secondaire, 29% ont un niveau d'instruction primaire 14% des conjoints n'ont aucun niveau d'instruction alors que 10% seulement des conjoints ont atteint le supérieur.

La répartition, selon l'instruction du conjoint de l'accès à la planification familiale révèle une augmentation des besoins non satisfaits avec l'instruction. Ainsi, la proportion des femmes ayant des besoins non satisfaits et dont le mari est sans instruction constitue la catégorie des femmes qui enregistre les niveaux les moins élevés de besoins non satisfaits 81,77%. Ces femmes sont naturellement suivies par celles de niveau d'instruction primaire, 89,09% de besoins non satisfaits puis les femmes de conjoints ayant un niveau d'instruction secondaire 90,06% de besoins non satisfaits. Enfin les femmes dont le conjoint a atteint le supérieur ont le plus de problèmes d'accès à, la planification familiale, 91,76% de besoins non satisfaits.

La répartition des écarts d'accès à la planification familiale selon l'instruction du conjoint suit une logique moins contradictoire que celle relative à l'instruction de la femme. Plus l'instruction du conjoint augmente, moins la femme a des problèmes en planification familiale.

Occupation de l'enquêtée : L'occupation de l'enquêtée n'est pas significative (0,388%) à 5%. Donc, d'après le test du Chi2, l'accès à la planification familiale ne dépend pas du type d'activité qu'exerce la femme.

On note cependant que notre échantillon contient une forte proportion de femmes qui exercent dans le secteur non moderne : 51,2%, tandis que les femmes sans emploi comptent pour 30,6%. Très peu de femmes, 18,2% seulement exercent dans le secteur moderne. Si la répartition des écarts d'accès à la planification familiale femmes ayant des besoins non satisfaits selon
l'occupation révèle de faibles différences, les femmes qui exercent dans le secteur non moderne enregistrent le plus de besoins non satisfaits 84,45% de besoins non satisfaits. Les femmes sans emploi semblent par contre proportionnellement moins nombreuses à avoir des besoins non satisfaits, 81,43% comparativement à celles du secteur moderne 82,15.

La forte proportion de besoins non satisfaits enregistrée chez les femmes exerçant dans le secteur moderne s'explique (Nation unies 1980) peut être par le fait que, ces femmes, désireuses d'une faible parité, recourent plus à la contraception pour espacer et limiter les naissances. Cette explication trouve aussi une justification dans le fait pour ces femmes d'être en moyenne plus instruites que les autres.

Tableau 3.1.1 : La répartition de l'accès des femmes à la planification familiale selon le statut socio-économique.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Instruction de l'enquêtée</th>
<th>ACCES A LA PLANIFICATION FAMILIALE</th>
<th>Besoins satisfaits</th>
<th>Besoins non satisfaits</th>
<th>Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>sans instruction</td>
<td>56</td>
<td>16,73</td>
<td>243</td>
<td>299</td>
</tr>
<tr>
<td>primaire</td>
<td>187</td>
<td>21,27</td>
<td>692</td>
<td>879</td>
</tr>
<tr>
<td>secondaire</td>
<td>194</td>
<td>15,16</td>
<td>1086</td>
<td>1280</td>
</tr>
<tr>
<td>supérieur</td>
<td>13</td>
<td>13,83</td>
<td>81</td>
<td>94</td>
</tr>
</tbody>
</table>

\[ \chi^2 = 0.00218 \]

<table>
<thead>
<tr>
<th>Instruction conjoint</th>
<th>ACCES A LA PLANIFICATION FAMILIALE</th>
<th>Besoins satisfaits</th>
<th>Besoins non satisfaits</th>
<th>Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>sans instruction</td>
<td>462</td>
<td>18,85</td>
<td>198</td>
<td>244</td>
</tr>
<tr>
<td>primaire</td>
<td>55</td>
<td>10,91</td>
<td>449</td>
<td>504</td>
</tr>
<tr>
<td>secondaire</td>
<td>70</td>
<td>9,94</td>
<td>634</td>
<td>707</td>
</tr>
<tr>
<td>supérieur</td>
<td>14</td>
<td>8,24</td>
<td>136</td>
<td>170</td>
</tr>
</tbody>
</table>

\[ \chi^2 = 0.000218 \]

3.1.1.2 Les caractéristiques démographiques :

L'âge de l'enquêtée : L'âge de l'enquêtée est très corrélée à l'accès à la planification familiale car le test du Chi2 qui donne 0,0019 est significatif à 5%. Dans notre échantillon, 44,77% des femmes sont des adolescentes, 17,3% ont
un âge compris entre 20 et 24 ans. Les femmes d'âge égal à 25-29 ans et celles qui au moment de l'enquête avaient un âge compris entre 30-34 ans sont représentées à des proportions presque égales; 12,3% et 12,7% respectivement. Les femmes qui sont âgées de 35-39 ans comptent pour 8,8% et celles qui ont un âge compris dans le dernier groupe décennal comprenant dans l'ensemble les femmes les moins représentées, elles comptent pour 4,2%.

Les tendances pour l'âge confirment les faits suivants, à l'exemption du dernier groupe, plus l'âge augmente plus les femmes ont des besoins non satisfaits. Il est donc normal que, les adolescentes enregistrent le moins de besoins non satisfaits. Elles comptent pour 78,96% de besoins non satisfaits, elles sont suivies par les femmes d'âge compris entre 20-24 ans suivent avec 84,39% de besoins non satisfaits. Dans le groupe d'âge suivant, (25-29 ans), Il est été recensé 84,08% de besoins non satisfaits. Viennent ensuite logiquement, les femmes d'âge compris entre 30-34 ans avec 86,46% de besoins non satisfaits. La plus forte proportion de besoins non satisfaits (87,11%) a été enregistrée dans le groupe des 35-39 ans. Chez les femmes les plus âgées (40-49 ans) il a été recensé 83,96% de besoins non satisfaits contre 16,04% de besoins satisfaits.

On peut dire d'après cette répartition qui privilégie les adolescentes et d'après la revue de la littérature, que ces femmes sont par effet de génération plus accoutumées à la contraception moderne parce qu'elles fréquentent plus les centres de santé. L'explication que l'on peut donner à la tendance observée pour la catégorie des femmes dont l'âge est compris entre 20-24 ans est que, ces femmes, ont déjà une certaine parité survivante et, presque fin de vie génésique, veulent marquer une pause. Il ne sera pas étonnant que l'on retrouve dans ce groupe, la majorité de celles qui sont indécises en termes de motivations en iécondité.

Âge au premier rapport sexuel : Comme l'indique le test du chi2, L'âge au premier rapport sexuel n'est pas significatif (0,2009) à 5%. Puisque nous utilisons les données du moment, l'âge aux premiers rapports sexuels est très éloigné de l'âge actuel et de la grossesse non désirée du moment. Ceci semble ne pas avoir d'influence sur les satisfactions actuelles en matière d'utilisation de la
La planification familiale au Cameroun: Les facteurs limitants

contraception. Le test du chi2 révèle que, le niveau de satisfaction actuelle des besoins en planification familiale ne dépend pas de l’âge des femmes aux premiers rapports sexuels puisque le test du chi2 n’est pas significatif.

Dans notre échantillon, on note cependant une précocité des rapports sexuels. Pour 76,6% des femmes, les premiers rapports sexuels ont lieu avant 20 ans dont 20% avant 15 ans et 56,1% entre 15 et 19 ans. Une proportion très faible de femmes a son premier rapport après 19 ans, soit 9,1%.

Tableau 3.1.2: La répartition de l’accès à la planification familiale selon les facteurs démographiques.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Âge de l’enquête</th>
<th>Besoins satisfaits</th>
<th>Besoins non satisfaits</th>
<th>total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>modalités</td>
<td>effectifs</td>
<td>pourcentages</td>
<td>effectifs</td>
</tr>
<tr>
<td>15-19</td>
<td>241</td>
<td>21,14</td>
<td>899</td>
</tr>
<tr>
<td>20-24</td>
<td>69</td>
<td>15,61</td>
<td>373</td>
</tr>
<tr>
<td>25-29</td>
<td>50</td>
<td>15,92</td>
<td>284</td>
</tr>
<tr>
<td>30-34</td>
<td>44</td>
<td>13,54</td>
<td>281</td>
</tr>
<tr>
<td>35-39</td>
<td>29</td>
<td>12,88</td>
<td>196</td>
</tr>
<tr>
<td>40-49</td>
<td>14</td>
<td>16,04</td>
<td>89</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>0,0019</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>chi2</td>
<td>0,0019</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

3.1.2- Les facteurs culturels :

Les facteurs culturels comprennent les variables suivantes : L’ethnie, la religion, qui rendent compte de l’identification sociale et les variables rendant compte de l’environnement social que sont le milieu de socialisation et le milieu de résidence.

3.1.2.1 L’environnement social.

Le milieu de résidence : D’après nos résultats, une forte proportion de femmes de notre échantillon réside en milieu urbain. Les citadines constituent au total 61% des femmes contre 39% seulement des femmes qui résident dans le monde rural. A 8% de degré de liberté, le milieu de résidence est une variable
La planification familiale au Cameroun : Les facteurs limitants
déterminante pour l'accès des femmes à la planification familiale. Car, le test du Chi2 est assez significatif (0,0016%).

L'étude de l'accès différentiel à la planification familiale entre les femmes selon le milieu de résidence, révèle que, en plus du fait que l'écart soit plus prononcé en milieu urbain, il évolue dans un sens qui privilégie les besoins non satisfaits. Ainsi, en milieu urbain, 84,26% des femmes ont un besoin non satisfait alors que un nombre moins élevé de femmes, 79,40 dans le milieu rural ont un besoin non satisfait.

Les tendances précédemment observées vont en conformité avec l'hypothèse d'après laquelle, dans un contexte pronataliste, les besoins non satisfaits sont presqu'inexistants. Ainsi le milieu rural qui traduit mieux le contexte africain est pronataliste pour des raisons à la fois culturelles et économiques. Les femmes qui y résident sont donc en moyenne plus désireuses d'une forte fécondité recourent peu à la limitation des naissances. Elles sont alors moins sujettes aux besoins non satisfaits que les citadines qui optent habituellement pour le comportement inverse.

Le milieu de socialisation : Dans notre échantillon, la majorité (57,8%) des femmes a été socialisée dans le milieu urbain et 42,2% dans le monde rural. D'après le test du Chi2, la socialisation de la femme apparaît comme un paramètre non déterminant pour l'accès de la femme à la planification familiale puisque cette variable n'est même pas significative à 10% de degré de liberté (0,17).

La répartition de l'accès à la planification familiale des femmes selon le milieu de résidence ne révèle pas plus de différences entre les femmes socialisées dans le monde rural, (81,15%) de besoins non satisfaits et la ville où les femmes enregistrent 83,24% de besoins non satisfaits. L'absence de relation identifiée selon le milieu de socialisation s'explique par le fait de la modernisation, et peut être la mobilité des individus qui les expose à d'autres modes de vie. L'individu qui a été socialisé dans un milieu rural peut se retrouver dans un milieu différent tout comme par le biais de l'instruction, il peut acquérir des
connaissances au même titre que celui qui a été socialisé sous des cieux plus favorables.

3.1.2.2 L'identification sociale :

L'ethnie de la femme : Dans notre échantillon, la plupart des femmes sont de l'ethnie Bamiléké (26,5%). Ces femmes sont suivies par les Bétis (26,1%); ces deux groupes constituent les ethnies les plus représentées. Viennent ensuite les femmes des ethnies situées dans les provinces anglo-saxonnes (19,9%), puis les femmes du littoral et celles du grand Nord représentées à proportions égales. Soit 12,9% pour chacune de ces ethnies.

Les femmes du nord qui 79,33% de besoins non satisfaits constituent le groupe qui recoure le plus avec succès à la planification familiale. Ces femmes sont suivies par les femmes anglophones, qui enregistrent 80,16% de besoins non satisfaits, viennent ensuite, les femmes bétis, avec 81,65% de besoins non satisfaits, puis, les femmes du littoral et les bamiléké. Ces deux groupes enregistrent les résultats les moins performants en termes de besoins satisfaits. Les femmes du littoral enregistrent 84,8% de besoins non satisfaits. Tandis que les femmes de l'ethnie bamiléké enregistrent 85,06% de besoins non satisfaits. Le test du Chi2 qui donne 0,092 rend compte de l'association à 10% entre l'ethnie et l'accès à la planification familiale.

Les tendances selon l'ethnie nous amènent à penser que, les besoins non satisfaits sont en moyenne plus élevées dans les ethnies qui empiriquement rassemblent la majorité des femmes instruites (Bamiléké, littoral, bétis) et localisées en milieu urbain. Ceci vient confirmer l'évolution observée selon le niveau d'instruction selon lequel, plus le niveau d'instruction est élevé, plus les femmes ont un besoin non satisfait car désireuse d'une faible parité.

La religion : Au seuil choisi (5%), la religion est très significative (0,0056%). Notre échantillon présente une forte proportion de catholiques (45,1%); Contre 40,90% de protestantes, 8,95% de musulmanes et 4,14% n'ayant pas de religion dite moderne.
La répartition des femmes selon l'accès à la planification familiale en fonction de la religion montre que les musulmanes présentent le moins de problèmes. Elles ont en effet 75,81% de besoins non satisfaits. Elles sont suivies par les protestantes (81,32%) de besoins non satisfaits. D'autre part, les catholiques et en particulier les femmes sans religion présentent plus de problèmes: respectivement (84,30 contre 87% pour les femmes sans religion moderne.

Pour les femmes de religion musulmanes on peut faire une relation avec l'ethnicité, les femmes du nord étant celles qui ont le plus de besoins non satisfaits, on comprend aisément que ce soit la même chose pour les musulmanes. Pour les protestantes, la revue de la littérature nous a révélé que, ces femmes recourent plus en moyenne à la contraception et que leur religion est plus permisive.

Tableau 3.1.3 : Répartition de l'accès des femmes à la planification familiale selon les facteurs culturels.

<table>
<thead>
<tr>
<th>LES FACTEURS CULTURELS</th>
<th>Milieu de résidence</th>
<th>Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>effectifs</td>
<td>Pourcentages</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>15,74</td>
<td>1312</td>
</tr>
<tr>
<td>Rural</td>
<td>205</td>
<td>20,6</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0,00185</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Urban</td>
<td>247</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Rural</td>
<td>203</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Chi2</td>
<td>0,17105</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Milieu de socialisation</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>247</td>
<td>16,76</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>203</td>
<td>18,85</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Chi2</td>
<td>0,17105</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>L'ethnie</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Nord</td>
<td>68</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Anglophones</td>
<td>101</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Bamiléké</td>
<td>101</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Littoral</td>
<td>50</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Bakis</td>
<td>124</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Chi2</td>
<td>0,0917</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>La religion</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Catholiques</td>
<td>182</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Protestants</td>
<td>199</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Musulmans</td>
<td>60</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>sans religion</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Chi2</td>
<td>0,0036</td>
</tr>
</tbody>
</table>
3.1.3 Le système sanitaire :

- La survie des enfants :

Le nombre d'enfants survivants : Le nombre d'enfants survivant apparaît d'après le test du Chi2 comme une variable déterminante pour l'accès à la planification familiale. L'association est en effet très significative : (0,000). La répartition des femmes de notre échantillon montre une forte proportion de femmes possédant une descendance survivante moyenne (entre deux et trois enfants) soit (44,7%); les femmes de faible parité survivante (entre 0 et 2 enfants survivants) comptent pour 30,3% des femmes de l'échantillon. Tandis que 25% seulement des femmes ont plus de cinq enfants survivants.

En ce qui concerne la répartition des besoins non satisfaits on constate qu'ils sont moins élevés dans la catégorie des femmes ayant entre trois et cinq enfants. En effet, 78,95% de ces femmes ont des besoins non satisfaits. Ces femmes sont suivies par les femmes de descendance survivante comprise entre 0 et deux enfants, soit 80,21% de besoins non satisfaits. Alors que les femmes ayant cinq enfants et plus enregistrent 91,08% de besoins non satisfaits. Cette tendance permet de dire que, les femmes de forte parité sont plus sujettes que les autres aux besoins non satisfaits parce qu'elles ont atteint leurs désirs en fécondité elles ne veulent plus d'enfants. Elles sont suivies par les femmes de moindre parité et enfin, celles dont la parité est comprise entre 3 et 5 enfants constitue le groupe qui enregistre les meilleurs scores parce qu'en pleine procréation comparativement aux femmes de faibles parité qui pourraient bien être pour la plus part, des adolescentes.

- La capacité fonctionnelle des centres de santé :

L'impact du système sanitaire a été mesuré grâce à la variable : Vous a-t-on parlé de la planification familiale au centre de santé ? D'après le test du chi2, cette variable n'est pas significative (0,297%) à 5%. La répartition des femmes ne révèle par conséquent pas de grande différence selon qu'on ait été entretenue de planification familiale ou pas. Cependant, plus de la moitié des femmes, c'est à
dire 68,2% n'ont pas été entretenues de planification familiale dans un centre de santé, 31,8% y ont effectivement été entretenues de planification familiale.

Tableau 3.1.4 : La répartition de l'accès à la planification familiale selon l'impact du système sanitaire.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Variables</th>
<th>Besoins satisfaits</th>
<th>Besoins non satisfaits</th>
<th>Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Effectifs</td>
<td>Pourcentage</td>
<td>Effectifs</td>
</tr>
<tr>
<td>0-2</td>
<td>153</td>
<td>19,79</td>
<td>620</td>
</tr>
<tr>
<td>3 à 5 enfants</td>
<td>240</td>
<td>21,05</td>
<td>900</td>
</tr>
<tr>
<td>6 enfants et +</td>
<td>57</td>
<td>8,92</td>
<td>582</td>
</tr>
</tbody>
</table>

La capacité fonctionnelle

<table>
<thead>
<tr>
<th>a entendu parler de planning familial dans un centre de santé</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Oui</td>
</tr>
<tr>
<td>---</td>
</tr>
<tr>
<td>77</td>
</tr>
<tr>
<td>15,31</td>
</tr>
<tr>
<td>426</td>
</tr>
<tr>
<td>84,69</td>
</tr>
<tr>
<td>703</td>
</tr>
<tr>
<td>31,8</td>
</tr>
</tbody>
</table>

3.14. Les motivations :

Intentions futures en fécondité : Les préférences en fertilité sont déterminantes pour l'accès à la planification familiale. Le test du Chi2 révèle une forte association c'est à dire 0,014% à 5%. La répartition des femmes selon les préférences futures en fécondité révèle qu'une forte proportion de femmes veulent encore des enfants (67,2%) que 28,1% n'en veulent plus, et 4,7% des femmes seulement des femmes sont indécises.

Le tableau de contingence des préférences en fécondité révèle que, les femmes qui ne veulent plus d'enfants sont les plus défavorisées. Elles ont 85,06% de besoins non satisfaits. Elles sont suivies par celles qui en veulent encore et représentent 81,60% de besoins non satisfaits. Les femmes qui n'ont pas d'opinion précise sur leurs préférences présentent les meilleurs scores, 80,87% de besoins non satisfaits.

La répartition des effectifs observée ici, contredit la revue de la littérature en ce sens qu'elle montre que, les femmes qui sont indécises enregistrent les meilleurs écarts en faveur des besoins satisfaits tandis que celles qui veulent encore des enfants sont dans la classe intermédiaire. Par contre, il est normal que les
femmes qui ne veulent plus d'enfants aient les niveaux les plus élevés de besoins non satisfaits puisque les besoins non satisfaits sont en moyenne plus élevés là où les désirs d'arrêt de la procréation sont élevés.

Tableau 3.1.5 : La répartition de l’accès des femmes à la planification familiale selon les motivations en fécondité.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Variable</th>
<th>Besoin satisfait</th>
<th>Besoins non satisfaits</th>
<th>Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Effectifs</td>
<td>Pourcentages</td>
<td>Effectifs</td>
</tr>
<tr>
<td>Veut encore des enfants</td>
<td>328</td>
<td>19,13</td>
<td>1387</td>
</tr>
<tr>
<td>Ne veut plus des enfants</td>
<td>107</td>
<td>18,4</td>
<td>106</td>
</tr>
<tr>
<td>Indécis</td>
<td>19</td>
<td>14,4</td>
<td>609</td>
</tr>
<tr>
<td>Chi²</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Les intentions contraceptives futures :

La planification familiale se définit comme l'utilisation de méthodes modernes de contraception pour espacer ou limiter les naissances. D'après l'EDSCII, un nombre non négligeable de femmes qui n'utilisaient pas de contraception moderne au moment de l'enquête, ont émis le désir de ne pas y recourir dans le futur; tandis que d'autres veulent effectivement utiliser des méthodes modernes de planification familiale pour espacer ou limiter les naissances. Les femmes qui ne veulent pas de la planification familiale comprennent celles qui n'ont pas du tout l'intention de recourir à la planification familiale pour une raison autre qu'un désir supplémentaire d'enfant dans un délai inférieur à deux ans et celles qui continuent d'utiliser des méthodes traditionnelles mais aussi celles qui n'utilisent pas de méthode du tout. Dans notre échantillon, on constate que contrairement à l'accès à la planification familiale, on a une répartition plus équitable des femmes dans les deux modalités. Ainsi donc, 42,9% des femmes qui n'utilisaient pas auparavant la contraception moderne ont l'intention de l'utiliser dans le futur et 57,1% ne veulent pas.

3.2.1 Répartition des femmes selon les intentions contraceptives

3.2.1 Les caractéristiques individuelles :

3.2.1.1 Le statut socio-économique :

L'instruction de l'enquêtée : Dans notre échantillon, 50,2% des femmes ont atteint le niveau d'instruction secondaire, 34,4% le primaire, 11,7% n'ont aucun niveau d'instruction et 3,7% des femmes seulement ont atteint le niveau d'instruction supérieur.
La répartition des intentions contraceptives futures, nous permet de constater que, les femmes de niveau d'instruction supérieur enregistrent des scores plus favorable à la contraception moderne que l'ensemble des femmes des catégories recensées soit 53,32%. Elles sont suivies par celles qui sont de niveau primaire dont 45,39% veulent une méthode moderne. Viennent ensuite les femmes du secondaire qui comptent 42,97% de femmes qui veulent une méthode moderne puis, les femmes sans instruction naturellement constituent le groupe le moins favorable à la contraception moderne, 31,1% des femmes sans instruction veut des méthodes moderne.

Cette répartition est conforme à la revue littéraire. Plus l'instruction de la femme augmente, plus utilise ou est susceptible de vouloir recourir à la contraception moderne. Et si nous faisons la liaison avec les besoins non satisfaits, nous confirmons que les femmes du supérieur ont l'écart le moins favorable aux besoins satisfaits parce que ces femmes qui ont atteint ce niveau d'instruction, le plus élevé veulent un nombre moins élevé d'enfants.

**Instruction du partenaire** : L'instruction du partenaire est determinante pour le recours futur à la contraception. Le test du Chi² donne 0,00003%. La plus part des conjoints dont les femmes font partie de notre étude ont atteint le niveau secondaire(41,5%); 29,7% ont atteint le primaire, 14,4% sont sans instruction et enfin, 10% seulement ont atteint le niveau supérieur.

En ce qui concerne la répartition des intentions contraceptives par niveau d'instruction, on constate que, les femmes dont le conjoint n'est pas scolarisé ont les proportions les plus élevées en faveur des méthodes non modernes. En effet, dans ce groupe on a pu recenser 70,49% de femmes voulant une méthode non moderne. Viennent ensuite les femmes dont le conjoint a atteint le niveau d'instruction primaire qui constituent le groupe intermédiaire avec 52,18% des femmes qui ne veulent pas la contraception moderne. Les femmes dont le conjoint a franchi le cap du primaire sont suivies de très près par celles dont le conjoint a fait des études au niveau supérieur. Ces femmes enregistrent une proportion de 52,35% de femmes voulant une méthode traditionnelle de contraception. Enfin, les femmes dont le conjoint n'a fait que des études
secondaire constituent le deuxième groupe de femmes après les femmes sans instruction qui réclament les méthodes modernes. Ainsi, 52,18% des femmes dont le conjoint a un niveau d'instruction primaire veut recourir à une méthode moderne traditionnelle de contraception.

La répartition des intentions contraceptives selon le niveau d'instruction du mari suit une logique égale à celle de l'instruction de l'enquêtée. Plus l'instruction du conjoint augmente, plus la femme est susceptible de recourir à la contraception moderne.

L'occupation de l'enquêtée : L'occupation de l'enquêtée est aussi corrélée aux intentions futures des femmes en matière de planification familiale. Le test du Chi2 donne 0,04095%. On constate d'après nos analyses que 51,2% des femmes exercent dans le secteur non moderne, 30,3% sont sans emploi et 18,2% exercent dans le secteur moderne.

Selon la répartition par catégorie de l'emploi de la femme, une forte proportion des femmes sans emploi 60,82% privilégie les méthodes non modernes. Tandis que les femmes qui exercent dans le secteur moderne regroupent la proportion de femmes qui veut le plus les méthodes de planification non moderne. Ces femmes comptent pour 54,86% de celles qui veulent méthode non moderne. Les femmes qui exercent dans le secteur non moderne constituent la catégorie intermédiaire 51,71% de ces femmes veulent une méthode non.

Cette trouvaille est conforme à la version de nations unies 1980, d'après laquelle, les femmes qui ont un emploi moderne recourent en moyenne plus à la contraception moderne parcequ'elles désirent un nombre moins élevé d'enfants. Pour les femmes sans emploi, l'explication possible est qu'elles manquent de moyens et replient sur des méthodes traditionnelles moins coûteuses.
Tableau 3.2.1: La répartition des intentions contraceptives selon le statut socio-économique.

Les caractéristiques individuelles

<table>
<thead>
<tr>
<th>Instruction des conjoints</th>
<th>Veut moderne</th>
<th>Ne veut pas</th>
<th>total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Instruction de l’enquêtée</td>
<td>Effectifs</td>
<td>Pourcentage</td>
<td>Effectifs</td>
</tr>
<tr>
<td>Sans instruction</td>
<td>93</td>
<td>31,1%</td>
<td>206</td>
</tr>
<tr>
<td>Primaires</td>
<td>399</td>
<td>45,39%</td>
<td>480</td>
</tr>
<tr>
<td>Secondaire</td>
<td>550</td>
<td>42,97%</td>
<td>730</td>
</tr>
<tr>
<td>Supérieur</td>
<td>52</td>
<td>55,32%</td>
<td>42</td>
</tr>
<tr>
<td>Chi2</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

| Instruction du conjoint   | Effectifs  | Pourcentage| Effectifs | Pourcentage| Effectifs | Pourcentage|
| Sans instruction          | 72         | 29,51%     | 172      | 70,49%     | 244      | 14,4%      |
| Primaires                 | 241        | 47,82%     | 263      | 52,18%     | 504      | 29,7%      |
| Secondaire                | 312        | 44,32%     | 392      | 59,18%     | 704      | 41,5%      |
| Supérieur                 | 81         | 47,65%     | 89       | 52,35%     | 170      | 10%        |
| Chi2                      |            |            |          |            | 0,00003  |            |

| Occupation de l’enquêtée  | Effectifs  | Pourcentage| Effectifs | Pourcentage| Effectifs | Pourcentage|
| Sans emploi               | 306        | 39,18%     | 475      | 60,82%     | 781      | 30,6%      |
| Emploi non moderne        | 578        | 44,29%     | 727      | 55,71%     | 1305     | 41,5%      |
| Emploi moderne            | 209        | 45,14%     | 254      | 54,86%     | 1305     | 51,2%      |
| Chi2                      |            |            |          |            | 0,04095  |            |

3.2.1.2 Les caractéristiques démographiques :

L’âge de l’enquêtée : Le test du Chi2 révèle une absence d’association (0,346%) entre l’âge de l’enquêtée et les intentions futures en contraception. La répartition selon l’âge de la demande contraceptive montre ainsi peu de différences.

L’âge aux premiers rapports sexuels : Le test du chi2 révèle une forte association (0,00021) entre l’âge aux premiers rapports sexuels et les volontés futures des femmes en matière de contraception. 56,1% des femmes ont eu le premier rapport pendant l’adolescence, 20,5% des femmes ont commencé la vie sexuelle avant 15 ans et, 9,1% après 19 ans.

La répartition des femmes selon l’utilisation des méthodes modernes, révèle que, les femmes qui ont débuté leur vie sexuelle pendant l’adolescence enregistrent le meilleur score favorable aux méthodes modernes,45,46% de ces femmes veulent des méthodes modernes contre 42,94% des femmes à début précoce (avant 15 ans) de sexualité. Ces dernières sont suivies par les femmes qui eu les premiers rapports sexuels après 19ans et qui comptent pour 42,92%.
Tenant compte du fait que nous utilisons les données du moment, les femmes concernées ici peuvent être au moment de l’enquête dans le même groupe d'âge. Si elles ont eu le premier rapport pendant l'adolescence et elles ont le meilleur écart favorable aux besoins non satisfaits, c'est parce que en général il existe des informations pour elles dans la plupart des programmes, leur entrée en vie sexuelle se fait généralement sous la pression des amis qui leur servent également de pairs éducateurs. En plus, généralement la plupart de ces femmes sont encore dans le système scolaire et sont plus informées en moyenne que les autres.

3.2.2. Les facteurs culturels :

3.2.2.1 L'environnement social :

Le milieu de résidence : Il n'existe pas d'association entre les intentions contraceptives et le milieu de résidence des femmes de l'échantillon. car le test du Chi2 donne 0,59.

Le milieu de socialisation : Le milieu de socialisation n'est pas significatif pour les intentions futures des femmes. (0,29710 %).
32.2.2. Les variables d'identification sociale :

La religion : Paramètre déterminant dans les intentions futures des femmes, la variable religion est significative à 5%(0,00549%). Dans notre échantillon, les catholiques représentent la proportion la plus grande (45,4%). Les protestantes représentent le second groupe le plus représenté (40,9%). Les musulmanes et les femmes sans religion sont les groupes les moins représentés (9,7% et 3,9% respectivement.

La répartition des différences d'intentions contraceptives entre les femmes qui veulent les méthodes modernes selon leur religion montre que les protestantes ont le penchant le plus élevé pour les méthodes modernes. En effet, 44,92% des femmes de religion protestante contre 43,23% de catholiques et 38,71% des musulmanes veulent une méthode moderne de contraception. Les femmes sans religion comptent pour 28% de femmes qui veulent des méthodes modernes. Cette répartition suit la logique relevée dans la revue de la littérature. Les religions chrétiennes en particulier la religion protestante parce qu'elles militent le plus pour l'émancipation des femmes sont plus permissives en matière de planification familiale. En ce qui concerne la religion musulmane il est possible que le fait pour cette culture d'être très liée à la religion soit à l'origine des rejets puisque la religion musulmane n'interdit pas la contraception mais que, les effets secondaires soient le paramètre qui détermine le rejet. En ce qui concerne les femmes des religions traditionnelles, elles sont moins réceptives à la contraception moderne puisque ce type de religion matérialise le contexte pronataliste africain.

L'ethnie : Le test d'association du Chi2 montre que l'ethnie est déterminante pour les intentions en contraception. La variable ethnie est significative à (0,00002%) 5% de degré de liberté. La répartition globale des femmes montre que les femmes Bamiléké sont les femmes les plus nombreuses. Elles sont suivies par les Bétis(26,1%). Les anglophones représentent 19,9% des femmes, celles du nord et celles du littoral 12,9%.

En ce qui concerne les volontés d'utilisation des méthodes modernes, on constate que les femmes Bétis ainsi que celles du littoral sont les plus favorables
La planification familiale au Cameroun: Les facteurs limitants

aux méthodes modernes. Ces deux groupes de femmes sont représentées selon les proportions suivantes respectivement 46,92% de femmes Bétis qui veulent utiliser des méthodes modernes et 46,50 pour celles du littoral. Elles sont suivies de près par les femmes des ethnies situées dans les provinces anglophones qui recensent 45,78% de femmes qui veulent les méthodes modernes. Viennent ensuite, les bamiléké qui ont 40,53% des femmes désireuses de recourir à la contraception moderne. Les femmes du nord avec 30,70% de femmes qui veulent des méthodes modernes constituent le groupe le moins réceptif aux méthodes modernes.

Les femmes Bétis et les femmes du littoral sont des ethnies localisées dans les deux grandes métropoles du pays. On peut penser ici à l’influence du milieu de résidence urbain plus favorable (F. Ngueyap in pillon 2000) à l’utilisation de la contraception moderne. Les femmes anglophones, tiennent la palme pour le deuxième groupe ces femmes sont même plus réceptives aux méthodes modernes que les bamiléké, généralement plus instruites mais dont le contexte culturel pronataliste détermine sans doute le rejet de la contraception moderne. Les femmes anglophones, empiriquement sont plus mêlées aux problèmes d’émancipation de la femme et il est normal qu’elles soient plus réceptives aux méthodes de planification familiale.
La planification familiale au Cameroun: Les facteurs limitants

Tableau 3.2.3: répartition des intentions contraceptives selon les facteurs culturels.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Variables</th>
<th>Veut des méthodes modernes</th>
<th>Veut des méthodes non modernes</th>
<th>Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Effets</td>
<td>Pourcentages</td>
<td>Effets</td>
</tr>
<tr>
<td>Milieu de socialisation</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Urbain</td>
<td>674</td>
<td>43,29</td>
<td>883</td>
</tr>
<tr>
<td>Rural</td>
<td>420</td>
<td>42,21</td>
<td>575</td>
</tr>
<tr>
<td>Chi2</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Le milieu de socialisation</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Urbain</td>
<td>645</td>
<td>43,75</td>
<td>822</td>
</tr>
<tr>
<td>Rural</td>
<td>449</td>
<td>41,69</td>
<td>628</td>
</tr>
<tr>
<td>Chi2</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Les caractéristiques d’identification sociale</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>L’ethnie</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Les femmes du nord</td>
<td>101</td>
<td>30,7</td>
<td>228</td>
</tr>
<tr>
<td>Les anglophones</td>
<td>233</td>
<td>45,78</td>
<td>276</td>
</tr>
<tr>
<td>Les bamiléké</td>
<td>274</td>
<td>40,53</td>
<td>409</td>
</tr>
<tr>
<td>Les côtiers</td>
<td>153</td>
<td>46,5</td>
<td>176</td>
</tr>
<tr>
<td>Les femmes bétis</td>
<td>312</td>
<td>46,52</td>
<td>353</td>
</tr>
<tr>
<td>Le Chi2</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Religion</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Catholiques</td>
<td>501</td>
<td>43,23</td>
<td>656</td>
</tr>
<tr>
<td>Protestants</td>
<td>469</td>
<td>44,92</td>
<td>575</td>
</tr>
<tr>
<td>Musulmans</td>
<td>96</td>
<td>38,71</td>
<td>152</td>
</tr>
<tr>
<td>Sans religion</td>
<td>28</td>
<td>28</td>
<td>721</td>
</tr>
<tr>
<td>Chi2</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

3.2.3. Le système sanitaire :

3.2.3.1 La survie des enfants :

Le nombre d’enfants survivants : Le test d’association du Chi2 révèle une forte association entre le nombre d’enfants survivants et les intentions contraceptives futures. L’échantillon soumis à notre étude est constitué en majorité de femmes de parité survivante moyenne entre 3 et 5 enfants. Celles-ci constituent 44,7% des femmes de l’échantillon. Ces femmes sont suivies par les femmes de faible parité survivante (entre 0-2 enfants) représentant 30,3% et enfin, les femmes de forte parité, 25% sont les moins représentées dans notre échantillon.

La répartition des femmes selon leurs intentions contraceptives privilégie les méthodes non modernes et révèle que les femmes de forte parité sont les plus favorables à l’utilisation des méthodes modernes, soit 48,59%. Elles sont suivies par celles qui ont entre trois et cinq enfants survivants parmi lesquelles 45,18% veulent des méthodes modernes. Les femmes de faible parité sont enfin, celles
qui veulent le moins recourir à la contraception moderne. En effet, seules 33,73% de ces femmes veulent recourir à la contraception.

Cette tendance plutôt normale nous amène à penser que, plus la fécondité survivante est grande, plus les femmes veulent recourir à la contraception moderne parce qu'ayant atteint leurs objectifs en fécondité, et ne veulent plus d'enfants.

3.2.3.2 La capacité fonctionnelle du centre de santé :

Avoir entendu parler de PF dans un centre de santé : Cette variable n'est pas significative (0,297%) et la plus part des femmes (68,2%) n'ont pas été entretenues de planification familiale dans un centre de santé. Le test du chi deux révèle une absence d'association entre la capacité fonctionnelle des centres de santé et les intentions contraceptives des femmes.

Tableau 3.2.4 : répartition des intentions contraceptives des femmes selon l'influence du système sanitaire.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Variable</th>
<th>Le système sanitaire</th>
<th>Le nombre d'enfants survivants</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>La survie des enfants</td>
<td>Pourcentages</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Effectifs</td>
</tr>
<tr>
<td>Nombre d'enfants survivants</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>0-2 enfants</td>
<td></td>
<td>269</td>
</tr>
<tr>
<td>Entre 3 et 5 enfants</td>
<td></td>
<td>615</td>
</tr>
<tr>
<td>Plus de 5 enfants</td>
<td></td>
<td>310</td>
</tr>
<tr>
<td>Chi²</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Le système sanitaire

A entendu parler de planification familiale dans un centre de santé

<table>
<thead>
<tr>
<th>Oui</th>
<th>281</th>
<th>39,57</th>
<th>222</th>
<th>60,03</th>
<th>703</th>
<th>31,8</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Non</td>
<td>453</td>
<td>51,43</td>
<td>427</td>
<td>48,52</td>
<td>880</td>
<td>48,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Chi²</td>
<td></td>
<td></td>
<td>0,297</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

3.2.4 Les motivations :

3.2.4.1 Préférences en fécondité :

Les intentions futures : Cette variable qui rend compte des intentions futures des femmes en fécondité révèle qu'elles sont fortement corrélées (0,0002%) au recours à la planification familiale. Par ailleurs, 67,5% des femmes veulent un autre enfant. 28,1% n'en veulent plus et 4,7% sont indécises.
La répartition des selon le désir de recourir à la contraception moderne ou non est en faveur des femmes qui veulent des méthodes non modernes, et dans ce groupe, les femmes qui sont indécises recourent plus (66,12%) à la contraception non moderne. Elles sont suivies par celles qui veulent continuer de procréer dont 60,41% sont favorables à la contraception moderne. Enfin, les femmes qui ne veulent plus d’enfants comptent pour 52,23% de femmes qui veulent des méthodes modernes. Ces femmes enregistrent les meilleurs scores puisqu’elles sont plus favorables aux méthodes modernes contrairement à la tendance générale. Elles sont suivies par les femmes qui veulent un autre enfant, qui, à 39,59% veulent des méthodes non modernes. Enfin, les femmes qui sont indécises comptent pour 47,77% se femmes qui veulent des méthodes non modernes. Ces femmes enregistrent les meilleurs écarts puisqu’elles sont plus favorables aux méthodes modernes contrairement à la tendance générale.

On peut au vu de nos résultats dire que la volonté de recourir à la contraception moderne dépend de la motivation lorsque les femmes ne veulent plus d’enfants, elles recourent plus à la contraception moderne tandis que les femmes qui sont indécises en moyenne y recourent moins que les autres. Cette raison est sans doute celle qui fait de ces femmes, celles qui enregistrent les niveaux les plus élevés de besoins non satisfaits (Elise F. Jones).

| Tableau 3.2.5: La répartition des intentions contraceptives selon la motivation. |
|----------------------------------|------------------|------------------|------------------|
| Les motivations                 | Intentions futures en fécondité |                 |
| Variable                        | Veut des méthodes modernes (effectif) | Veut des méthodes traditionnelles (effectifs) | Total (effectifs) |
| Voulez vous un autre enfant      | 679               | 39,59            | 1036             | 60,41          | 1715             | 67,2          |
| Ne veut plus                     | 374               | 52,23            | 342              | 47,77          | 716              | 28,1          |
| Indécis                          | 41                | 33,88            | 80               | 66,12          | 121              | 4,7           |
| Chi²                             |                   |                  |                  | 0,0000         |                  |                |

CONCLUSION PARTIELLE :

La description des variations différentielle de l’échec de la planification familiale dont il était question dans ce chapitre nous aura permis de dégager les variables indépendantes significativement corrélées avec la variable dépendante. Les tendances observées nous font croire que, les besoins non satisfaits sont plus répandus chez les personnes qui présentent les caractéristiques de la
modernisation, mais aussi, celles qui sont plus désireuses d'une faible parité, et plus susceptibles de recourir à la contraception moderne.
On a donc pu constater une association significative au seuil de 5% entre les variables dépendantes et la plupart des variables explicatives à l'exemption du milieu de socialisation qui n'est même pas significatif à 10%, ainsi que la capacité fonctionnelle. Ces deux variables ne sont corrélées à aucune des deux variables dépendantes. En dehors de ces deux variables non corrélées aux deux variables dépendantes, l'occupation de l'enquêtée et l'âge au premier rapport sexuel n'influencent pas l'accès à la planification familiale tandis que pour le recours à la contraception moderne, l'âge de l'enquête et le milieu de résidence ne sont pas significatifs. Les relations décelées sont simplement brutes dans la mesure où les variables n'ont été prises que deux à deux. Le chapitre suivant se préoccupe de d'intégrer les effets des autres variables.
Dans cette partie nous tenterons de donner une explication du phénomène étudié qu'est la planification familiale selon les variables que nous avons choisies. Nous utiliserons la régression logistique simple et au préalable, nous aurons transformé en variables dichotomiques l'ensemble des modalités des variables indépendantes retenues pour l'étude.

Les deux variables dépendantes qualitatives sont également dichotomiques avec pour valeurs 0 et 1. Nos analyses reposent sur les objectifs et suivent la logique du cadre conceptuel.

4.1 Présentation du modèle d'analyse statistique.

Pour l'interprétation, on s'intéressera à la signification de bêta et son coefficient exp.(bêta), mais aussi le niveau de prévision du modèle. Si la modalité est significative, cela revient à dire que, la probabilité de réalisation de l'événement (Var dépendante=1) pour les individus de cette modalité diffère de celle des individus de la modalité de référence. Si donc exp.(bêta) est supérieur à 1, on dira que le risque relatif de réalisation de l'événement est exp.(bêta) -1 plus élevé pour les individus appartenant à la modalité de figurer dans les résultats que celui des individus appartenant à la modalité de référence. A l'inverse, lorsque exp.(Bêta) est inférieure à 1, on dira que, le risque de réalisation de l'événement est 1-exp(bêta) plus faible pour les individus de la modalité se trouvant dans les résultats que pour celui des individus de la modalité de référence.

Les variables sont intégrées progressivement car nous avons opté pour la procédure « pas à pas » qui consiste à introduire jusqu'à la dernière les variables l'une après l'autre dans le modèle de façon à évaluer l'effet de chacune d'elle sur les autres. La méthode pas à pas nous est d'autant plus importante qu'elle permet d'avoir une idée du mécanisme d'action des facteurs concernés par l'itinéraire qu'elle trace. Ainsi, lorsque nous introduisons une variable dans le
modèle, si nous constatons un changement de risques ou de signification, des variables précédentes, nous concluons que, cette variable influence la ou les variables dont les risques ou le seuil de signification ont changé. Tenant compte du niveau de prédiction de l'ensemble du modèle, nous considérons que, lorsqu'une variable est introduite, si la valeur du niveau de prédiction de l'ensemble du modèle augmente, on peut dire que, la variable a une contribution plus élevée que la précédente dans l'adéquation du modèle. Si au contraire, le niveau de prédiction du modèle baisse, on considère que, la variable contribue moins à l'explication de la variable dépendante. Si par contre, le niveau de prédiction du modèle reste statique cela veut dire que, cette variable ne contribue pas plus que les précédentes à l'explication du modèle.

4.2. Choix des variables entrant dans l'explication :

Nous aurions pu opérer le choix des variables à inclure dans le modèle explicatif à partir des variables ayant un lien significatif au seuil de 5% qui est le seuil généralement admis pour les études en sciences sociales. Le choix aurait pu consister à éliminer toutes les variables non significatives. Il s'agit indépendamment de la variable dépendante concernée, du milieu de socialisation, de l'occupation de l'enquêtée, du nombre d'enfants survivants, de l'âge aux premiers rapports sexuels, ainsi que les intentions en fécondité.

Nous avons choisi de les maintenir dans le modèle pour ne pas perdre des informations peut être utiles pour notre étude, car des variables non significatives au niveau des effets bruts, peuvent en présence d'autres variables, influer sur la variable dépendante de façon indirecte. Ce qui signifie que, la relation entre une variable non significative au niveau des effets bruts avec la variable dépendante passe par une autre, ou alors, le lien entre cette variable et la variable dépendante dépend des autres variables.
4. 3. Interprétation des résultats

- L'accès à la planification familiale..

4.3.1.1- Les caractéristiques individuelles :

4.3.1.1.1 Le statut économique :

Le statut économique comprend l'instruction de la femme et de son mari, ainsi que, l'occupation de l'enquêtée.

Pour l'ensemble des variables rendant compte du statut économique, l'instruction du conjoint est la seule variable non déterminante pour l'accès à la planification familiale. Cette variable n'est significative que pour les effets bruts en ce qui concerne les femmes dont le conjoint n'a aucun niveau d'instruction. Ces femmes ont comparativement à celles dont le conjoint a atteint le niveau d'instruction secondaire, 0, 87 fois plus de chances d'avoir un besoin non satisfait.

Lorsqu'on introduit l'ensemble des autres variables, les risques liés à l'instruction du conjoint disparaissent. Cependant, l'introduction dans le modèle de l'instruction du conjoint contribue à l'augmentation du risque pour les femmes sans instruction et de niveau d'instruction primaire d'avoir un besoin non satisfait.

Nous savons grâce à la revue de la littérature que, les hommes sont en moyenne plus informés que les femmes et que leur apport est très important pour la jugulation des besoins non satisfaits. Tous ces acquis étant corrélés à l'instruction, on peut dire que, plus les hommes sont instruits, mieux ils sont informés, approuvent la planification familiale et y participent. Les résultats précédents rendent donc compte de l'absence de l'apport qu'aurait pu apporté un mari plus instruit mais aussi, des limites liées à la faiblesse de son
**L'occupation** n'est pas significative à 10% pour les effets bruts. Son influence se ressent en présence des autres variables dès l'introduction de l'instruction des conjoints. Et, de manière générale, les femmes sans emploi n'ont pas un comportement différent de celles qui exercent dans le secteur non moderne. Celles par contre, qui exercent dans le secteur moderne ont moins de chances que les femmes qui ont un emploi non moderne d'avoir un besoin non satisfait.

L'occupation de l'enquêtée annule les effets de l'instruction du conjoint et contribue à une baisse significative des risques pour les femmes sans instruction et de niveau d'instruction primaire, d'avoir un besoin non satisfait. Ainsi, même si leur niveau d'instruction est faible, les femmes de niveau d'instruction primaire parce qu'elles exercent un emploi dans le secteur moderne, enregistrent des risques moins élevés c'est à dire 0,57 fois moins de chances que les autres d'avoir un besoin non satisfait. Ainsi, on peut conclure comme dans Nations Unies, 1980 que, au Cameroun, les niveaux élevés d'emploi de la femme en dehors du foyer entrainent une plus grande utilisation de la contraception tout en leur donnant d'avantage de moyens de maîtriser sa fécondité.

**L'instruction de l'enquêtée** : L'instruction de l'enquêtée est une variable déterminante pour l'accès à la planification familiale. Puisqu'elle est significative pour l'ensemble des modèles. D'après nos résultats, Si on peut dire en général que, les femmes de niveau d'instruction primaire sont plus fréquemment exposées au risque d'avoir un besoin non satisfait, celles qui sont sans instruction en ont un risque plus élevé. Cette tendance va d'ailleurs en conformité avec les résultats de l'analyse bivariée. Le croisement de l'instruction avec le milieu de socialisation et de résidence révèle que, la plupart des femmes sans instruction et de niveau d'instruction primaire ont été socialisées dans le monde rural et y résident toujours au moment de l'enquête. Donc il se pourrait que, le problème de ces femmes soit lié à leur résidence dans le secteur rural. Nous aurons l'occasion lorsque nous introduirons ces deux variables d'infirmer ou de confirmer ces assertions.

L'évolution des tendances pour l'instruction de l'enquêtée nous amène à penser que, les facteurs culturels contribuent à la baisse des risques pour les deux
modalités (sans instruction et primaire) présentant des différences par rapport à la modalité de référence. Alors que l'introduction des variables liées au système sanitaire et à la motivation conduit plutôt à une augmentation des risques. En présence de l'instruction du conjoint, le risque pour la femme sans instruction est plus élevé que dans tous les autres modèles. Ces femmes ont 2,41 fois plus de chances que celles de niveau d'instruction secondaire d'avoir un besoin non satisfait. Ce qui suppose une influence certaine du conjoint. Le croisement de leur niveau d'instruction révèle que la plupart du temps, les conjoints sont de même niveau d'instruction. Donc, si en plus une femme sans instruction a un conjoint de niveau égal, l'instruction ayant presque les mêmes avantages pour les personnes des deux sexes, le fait pour les deux de ne pas être instruit conduit à une absence totale de connaissance, d'approbation, ce qui renforce l'échec de la planification familiale pour l'enquêtée.

4.3.1.1.2. Les facteurs démographiques :

L'âge de l'enquêtée : L'âge de l'enquêtée détermine l'accès à la planification familiale. Cependant, le déterminisme est sélectif car il ne concerne pour le dernier modèle, le plus important, que les femmes d'âge compris entre 25-29 ans et celles du dernier groupe d'âge (40-49 ans).

Les deux groupes de femmes sont les plus concernés par les besoins non satisfaits car c'est dans ces groupes que les désirs de procréation sont le moins grand. Ces désirs sont soit liés à l'espacement des naissances soit à la limitation des naissances. Les femmes de la classe intermédiaire (25-29 ans), ayant atteint une certaine parité veulent marquer une pause en espaçant tandis que, celles de la dernière classe d'âge veulent limiter les naissances (Nations unies, 1980). Et, compte tenu de l'effet de génération qui défavorise les femmes âgées, il est normal que les femmes du dernier groupe d'âge, dans leur tentatives d'arrêt de la procréation, enregistrent des niveaux plus élevés de besoins non satisfaits. C'est à dire 3,33 fois plus de chances que les femmes dont l'âge est compris entre 15-19 ans d'avoir un besoin non satisfait.

En présence du nombre d'enfants survivants, les besoins non satisfaits augmentent avec l'âge tandis que pour le reste on observe une évolution en
courbe. Cette tendance qui confirme la liaison entre l'âge et la parité, nous amène à dire que, les femmes de 25-29 ans sont les plus sujettes aux besoins non satisfaits parmi les cohortes les plus jeunes. L'explication que nous pouvons donner est puisque celles-ci sont encore en âge de procréer ont réalisé un niveau déterminé de fécondité et veulent marquer une pause.

L'âge aux premiers rapports sexuels : L'âge au premier rapport sexuel n'est pas un déterminant de l'accès à la planification familiale. Le niveau de prédiction du modèle lorsque l'on introduit cette variable est parmi les plus bas, 88,12%. Une fois de plus, cette tendance vient confirmer ce qui a été démontré lors des analyses bivariées et qui peut s'expliquer par un fait simple. L'âge aux premiers rapports sexuels peut n'avoir rien à voir avec les besoins non satisfaits qui pour notre étude, sont mesurés par la dernière grossesse.

Pour les effets bruts, où l'on peut considérer que tous les autres facteurs sont égaux, c'est à dire que le contexte culturel est le même, ainsi que l'accès aux services de santé, et à motivations égales, les femmes qui entrent précocement en activité sexuelle c'est à dire avant 15 ans ont comparativement aux autres femmes 0,25 fois plus de chances d'avoir un besoin non satisfait.

L'impact de l'âge au premier rapports sexuels significatif en présence des caractéristiques individuelles et des facteurs culturels, s'annule lorsqu'on introduit l'ensemble des variables liées au système sanitaire et à la motivation. Donc si toutes les femmes ont un accès égal au système sanitaire et qu'elles ont les mêmes motivations, l'âge aux premiers rapports sexuels n'influence pas l'accès à la planification familiale.

L'âge aux premiers rapports sexuels contribue à la diminution des risques inhérents à l'accès à la planification familiale pour l'ensemble des variables significatives précédemment introduites dans le modèle.

En gros, la tendance générale pour les modalités significatives révèle que, les femmes dont l'âge aux premiers rapports sexuels est supérieur à 19 ans ont un risque plus élevé que les autres d'avoir un besoin non satisfait. Ce risque augmente progressivement à chaque fois qu'une variable socioculturelle est
La planification familiale au Cameroun: Les facteurs limitants

introducte dans le modèle jusqu'à l'introduction des variables liées à l'efficacité du système sanitaire et de la motivation qui ont contribué à rendre cette variable non significative. Il faut aussi noter que, si lors du modèle brut, les besoins non satisfaits étaient plus accentués pour les femmes qui ont eu le premier rapport sexuel précocement, en présence des variables liées au contexte culturel, l'inverse se produit. La conclusion pourrait être que, le contexte culturel améliore les conditions des femmes ayant eu une sexualité précoce au détriment de celles qui étaient nettement plus âgées aux premiers rapports sexuels.

4.3.1.2. Les facteurs Culturels:

4.3.1.2.1. Les variables d'identification sociale:

L'éthnie: L'éthnie est un déterminant bien que de moindre importance de l'accès à la planification familiale. Cette variable est significative pour l'ensemble des modèles, mais elle prédict moins bien que d'autres variables la survenue chez la femme d'un besoin non satisfait.

Son impact est plus grand en présence du nombre d'enfants survivants. En présence de cette variable, les femmes bétis ont comparativement aux femmes bamiléké 0,64 fois plus de chances d'avoir un besoin non satisfait tandis que les autres femmes n'ont pas un comportement différent.

Cette situation peut s'expliquer par le fait pour les femmes bétis d'être en moyenne plus précoces que les autres. Ces femmes sont en activité sexuelle assez tôt et atteignent conséquemment une parité élevée lorsqu'elles sont encore très jeunes d'où sans doute les désirs d'arrêt de procréation et les résultats risques élevés de besoins non satisfaits comparativement à celles de l'éthnie bamiléké où les femmes sont plus instruites et où par ailleurs, les fortes parités sont encouragées.

Le modèle final suggère au contraire que les femmes du nord ont le risque bien que faible de 1,01 fois plus de chances d'avoir un besoin non satisfait comparativement aux femmes bamiléké. Cette inversion s'observe dès l'introduction dans le modèle de la capacité fonctionnelle du centre de santé et de la motivation. On peut alors dire que les tendances observées pour les
femmes bétis s'améliorent avec l'offre des services tandis que ce même paramètre agit en défaveur des femmes du nord. Le fait pour les femmes du nord d'être plus sujettes aux problèmes de besoins non satisfaits que les autres soulève un problème culturel très crucial. Dans ces cultures très pudiques, et conservatrices les attouchements auxquels se livrent les prestataires sont mal accueillis ce qui n'encourage pas toujours les femmes à recourir à la planification familiale. Par ailleurs, ces femmes sont en moyennes moins instruites que les femmes des autres ethnies et du fait de leurs activités culturelles plus exposées aux risques d'arrêt d'utilisation de la contraception moderne pour les effets secondaires. Avec ces handicaps, les effets du programme de planification familiale jadis institué dans cette partie du pays ne sont pas très perceptibles.

L'introduction de l'ethnie dans le modèle contribue à la baisse des risques pour l'ensemble des modalités des variables précédemment introduites et significatives. Ceci permet de mettre en évidence, l'influence bien que limitée du contexte pronataliste de l'ensemble des ethnies au Cameroun.

La religion : La religion ne détermine l'accès à la planification familiale qu'en l'absence de la capacité fonctionnelle et des motivations. Son pouvoir prédictif du modèle est d'ailleurs le plus bas, 88,11%. Donc, la religion est un déterminant de moindre importance de l'existence des besoins non satisfaits chez une femme.

Les précédents résultats nous permettent de dire que, l'efficacité du système sanitaire contribue à améliorer la condition des femmes de religion musulmanes en planification familiale quelle que soit leur motivation. Car, en présence de variables autres que les deux variables précédemment citées, les femmes de religion protestantes et celles qui n'ont pas de religion n'ont pas un comportement différent en planification familiale, tandis que les musulmanes enregistrent à chaque fois, un risque plus élevé que les catholiques d'avoir un besoin non satisfait. Ce risque est le plus élevé en présence du milieu de résidence et selon cette modalité, si elles résident en milieu rural, le risque pour elles d'avoir un besoin non satisfait sera plus élevé. Ainsi, les musulmanes ont 0,76 fois plus de chances que les catholiques d'avoir un besoin non satisfait.
Pour la même religion musulmane, les risque pour la femme d'avoir un besoin non satisfait baisse en présence du système sanitaire. Pour cette modalité, les musulmanes ont comparativement aux catholiques, 0,68 fois plus de chances d'avoir un besoin non satisfait.

L'introduction dans notre modèle, de la religion a conduit à l'augmentation du niveau de signification du risque pour les femmes bétis, d'avoir un besoin non satisfait tout en annulant la signification des femmes du nord. Ce qui confirme les suggestions précédentes concernant la religion musulmane elle agit moins que le système sanitaire dans l'augmentation du risque pour les femmes du nord d'avoir un besoin non satisfait. Le problème peut être lié aux activités culturelles.

4.3.1.2.2. L'environnement social :

Aucune variable environnementale n'est déterminante pour l'accès à la planification familiale. L'introduction de cette variable n'entraîne aucune variation dans le niveau de prédiction du modèle qui reste 88,11%. Donc, que la femme réside en milieu urbain ou rural, encore moins qu'elle soit socialisée dans l'un des deux milieu, on ne peut d'après nos résultats, déterminer aisément quelle sera le résultat de son accès à la planification familiale.

Le milieu de résidence agit cependant pour les effets bruts mais aussi en présence du système sanitaire si l'on ne tient pas compte de la motivation. Et la tendance dit que, les femmes qui résident dans le monde rural enregistrent des risques plus élevés d'avoir un besoin non satisfait. Ceci vient confirmer les résultats précédemment tirés des tableaux croisés entre l'instruction et le milieu de résidence. Les femmes sans niveau d'instruction et celles de niveau d'instruction primaire résident en majorité dans le secteur rural. Il se pourrait donc que, les tendances observées pour le monde rural soient liées au fait que ces femmes soient de niveaux d'instruction bas. Comparativement à celles qui résident en ville et dont la majorité a atteint le secondaire ou le supérieur.
4.1-Tableau des risques relatifs à l’accès à la planification familiale.

<table>
<thead>
<tr>
<th>LES CARACTERISTIQUES INDIVIDUELLES</th>
<th>EFFETS BRUTS</th>
<th>EFFETS NETS</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>NO DU MODELE</td>
<td>M0</td>
<td>M1</td>
</tr>
<tr>
<td>SANS INSTRUCTION</td>
<td>1.2897</td>
<td>2.4088***</td>
</tr>
<tr>
<td>Primaires</td>
<td>1.5122***</td>
<td>1.9043***</td>
</tr>
<tr>
<td>Secondaires</td>
<td>ref</td>
<td>ref</td>
</tr>
<tr>
<td>Superieurs</td>
<td>ref</td>
<td>ref</td>
</tr>
<tr>
<td>Sans instruction</td>
<td>1.8657***</td>
<td>1.1667</td>
</tr>
<tr>
<td>Primaires</td>
<td>0.9842</td>
<td>0.7444</td>
</tr>
<tr>
<td>Secondaires</td>
<td>ref</td>
<td>ref</td>
</tr>
<tr>
<td>Superieurs</td>
<td>ref</td>
<td>ref</td>
</tr>
<tr>
<td>Instruction du conjoint</td>
<td>0.8474</td>
<td>0.6271***</td>
</tr>
<tr>
<td>Occupation de l’enquête</td>
<td>1.0489</td>
<td>0.9113</td>
</tr>
<tr>
<td>Emploi moderne</td>
<td>0.8474</td>
<td>0.6271***</td>
</tr>
<tr>
<td>15-19 ans</td>
<td>ref</td>
<td>ref</td>
</tr>
<tr>
<td>20-24</td>
<td>0.6901**</td>
<td>0.6585**</td>
</tr>
<tr>
<td>25-29</td>
<td>0.7065**</td>
<td>0.6585**</td>
</tr>
<tr>
<td>30-34</td>
<td>0.8841***</td>
<td>0.9186</td>
</tr>
<tr>
<td>35-39</td>
<td>0.5519***</td>
<td>0.9084</td>
</tr>
<tr>
<td>40-49</td>
<td>0.7125</td>
<td>0.8722</td>
</tr>
<tr>
<td>L’âge au premier rapport sexuel</td>
<td>1.1256</td>
<td>1.1256</td>
</tr>
<tr>
<td>Femmes du nord</td>
<td>1.49**</td>
<td>1.6944**</td>
</tr>
<tr>
<td>Femmes anglophones</td>
<td>1.42**</td>
<td>1.7572</td>
</tr>
<tr>
<td>Femmes bétis</td>
<td>1.31**</td>
<td>1.8084</td>
</tr>
<tr>
<td>Littoral</td>
<td>1.03</td>
<td>0.8918</td>
</tr>
<tr>
<td>Protestants</td>
<td>1.2327**</td>
<td>1.0482</td>
</tr>
<tr>
<td>Catholiques</td>
<td>ref</td>
<td>ref</td>
</tr>
<tr>
<td>musulmans</td>
<td>1.7129***</td>
<td>1.7067**</td>
</tr>
<tr>
<td>Sans religion</td>
<td>0.8028</td>
<td>0.7037</td>
</tr>
<tr>
<td>Urban</td>
<td>1.3509***</td>
<td>1.0482</td>
</tr>
<tr>
<td>Rural</td>
<td>1.1537</td>
<td>0.7245</td>
</tr>
<tr>
<td>Entre 0-2 enfants survivants</td>
<td>0.93</td>
<td>1.7703**</td>
</tr>
</tbody>
</table>
La planification familiale au Cameroun: Les facteurs limitants

<table>
<thead>
<tr>
<th>Entre 3 et 5</th>
<th>Ref</th>
<th>ref</th>
<th>ref</th>
<th>ref</th>
<th>Ref</th>
<th>ref</th>
<th>ref</th>
<th>ref</th>
<th>ref</th>
<th>re</th>
<th>ref</th>
<th>ref</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Plus de 5 enfants survivus</td>
<td>0,37</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

La capacité fonctionnelle

<table>
<thead>
<tr>
<th>Non</th>
<th>Ref</th>
<th>ref</th>
<th>ref</th>
<th>ref</th>
<th>ref</th>
<th>ref</th>
<th>ref</th>
<th>ref</th>
<th>ref</th>
<th>ref</th>
<th>ref</th>
<th>ref</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Oui</td>
<td>0,60</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Intentions futures en fécondité

| Ne veut plus d'enfants | 0,74** |       |     |     |     |     |     |     |     |    |     |     |
| Voulait encore des enfants | Ref | ref | ref | ref | Ref | ref | ref | ref | ref | ref | ref | ref |
| Indécis | 0,60* |       |     |     |     |     |     |     |     |    |     |     |

** significatif à 10%  ** significatif à 5%  *** significatif à 1%  Le reste des variables ne sont pas significatives  Ref = modalités de référence.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Pouvoir prédictif du modèle.</th>
<th>0,82,37%</th>
<th>88,14%</th>
<th>88,13%</th>
<th>88,13%</th>
<th>88,12%</th>
<th>88,12%</th>
<th>88,11%</th>
<th>88,11%</th>
<th>88,11%</th>
<th>88,29%</th>
<th>89,64%</th>
<th>89,45%</th>
</tr>
</thead>
</table>
4.3.1.3. Le système sanitaire.

La survie des enfants : Pour le système sanitaire, seul le nombre d'enfants survivants détermine « l'accès » à la planification familiale. Et cette variable n'influence l'accès à la planification familiale qu'en présence des autres à savoir l'ensemble des variables précédemment introduites, la capacité fonctionnelle et la motivation. Son introduction entraîne par ailleurs, une augmentation du niveau de prédiction du modèle à 88,29%.

D'après les tendances, les femmes qui ont entre 0 et 2 enfants survivants ont un risque à chaque fois plus élevé, celles ayant 6 enfants et plus un risque moins élevé d'avoir un besoin non satisfait. Les risques sont moins élevés au dernier modèle pour les femmes qui ont moins de deux enfants survivants soit 1,17 fois plus de chances et 0,80 fois moins de chances pour celles qui ont les parités survivantes les plus élevées, d'avoir un besoin non satisfait. Cette situation apparemment contraire aux attentes peut s'expliquer par l'effet de génération. Les femmes les plus âgées sont peut-être celles des périodes ou l'infécondité sévissait en Afrique.

L'introduction du nombre d'enfants survivants contribue également à l'augmentation du risque pour les femmes bétis, ainsi que celles qui ont d'instruction primaire d'avoir un besoin non satisfait tandis que pour l'ensemble des autres variables, il contribue à la diminution des risques. Ceci confirme le commentaire précédent relatif à l'ethnie Béti. Ces femmes ainsi que celles du niveau primaire se distinguent par la précocité de l'entrée en vie sexuelle et conséquemment enregistrent des niveaux élevés de besoins non satisfaits.

La capacité fonctionnelle : La capacité fonctionnelle n'est pas un déterminant en tant que tel de l'accès à la planification familiale si l'on ne s'en tient qu'à la signification de exponentiel de béta. La variable n'est pas significative mais contribue à la diminution des risques pour les femmes qui ont une parité élevée d'avoir un besoin non satisfait. Elle contribue aussi à l'augmentation des mêmes risques chez les femmes de niveau d'instruction primaire. Tenant compte du niveau de prédiction, on se rend compte que cette
l'augmentation des mêmes risques chez les femmes de niveau d'instruction primaire. Tenant compte du niveau de prédiction, on se rend compte que cette variable est la plus déterminante puisqu'elle donne le niveau le plus élevé de prédiction 89,64%.

En présence de la capacité fonctionnelle des centres de santé, sans tenir compte des motivations, les risques liés à l'âge croissent progressivement à l'exemption des femmes d'âge compris entre 30-34 ans.

On peut ici parler de l'effet de génération qui se traduit par l'absence pour les femmes âgées, comparativement à celles qui le sont moins, de connaissances, d'habitudes.

4.3.1.4. Les intentions futures en fécondité :

Cette variable enregistre aussi l'un des niveau de prédiction les plus élevés 89,45% mais la variable n'est significative qu'au niveau des effets bruts. Et d'après les tendances, les femmes qui ne veulent encore des enfants ont des risques plus élevés que les autres d'avoir un besoin non satisfait. En effet, les femmes qui ne veulent plus d'enfants ont 0,26 fois moins de chances et, celles qui sont indécises, 0,40 fois moins de chances que celles qui veulent un autre enfant d'avoir un besoin non satisfait.
Les intentions contraceptives :
4.3.2.1Les caractéristiques individuelles.

4.3.2.1.1.Le statut économique

L’emploi : L’emploi n’influence pas les intentions contraceptives des femmes puisque cette variable n’est significative pour aucun modèle à l’exemption des effets bruts. Pour ce modèle partiel, les femmes sans emploi ont 0,23 fois plus de chances que celles qui exercent dans le secteur non moderne de rejeter la contraception moderne.

L’introduction dans le modèle de cette variable entraîne une modification des risques chez les femmes selon l’instruction des conjoints et pour les femmes sans instruction, le risque diminue pour les femmes de niveau d’instruction nul et augmente pour celles qui ont un niveau d’instruction primaire. Le niveau d’instruction de la femme prédit à 57,52% le recours futur à la contraception.

L’introduction de l’occupation contribue à une légère augmentation du niveau de prédiction du modèle jusqu’à 57,53%.

L’instruction du conjoint n’est pas non plus déterminante parce qu’elle n’est pas significative pour le dernier modèle. Dès l’introduction des facteurs culturels, cette variable qui était significative pour les précédents modèles, cesse de l’être. Ce qui signifie que, les variables liées au contexte culturel, au système sanitaire et à la motivation contribuent à rendre égaux, les risques des femmes de recourir à la contraception moderne quels que soient le niveau d’instruction.

De l’ensemble des cas où cette variable est significative, on peut tirer des enseignements suivants : Les femmes dont le conjoint n’a aucun niveau d’instruction ont comparativement à celles dont le conjoint a un niveau d’instruction secondaire, plus de chances de rejeter la contraception moderne. L’instruction du conjoint est une variable plus déterminante pour les intentions contraceptives que celui de la femme. puisque dès son introduction, le pouvoir prédictif de cette variable dans le modèle passe à 57,52%.
L'Instruction de l'enquêtée est un déterminant du recours à la contraception moderne si l'on ne s'en tient qu'à la signification. Et les femmes de niveau d'instruction supérieur ont moins de chances que les autres de rejeter la contraception moderne. Par ailleurs, avec l'introduction des variables liées au système sanitaire, les risques liée à l'instruction bien que déjà fluctuants, baissent nettement. La baisse est plus prononcée lorsqu'on introduit au dernier modèle, de la motivation. Ce qui signifie que, la motivation vient en appui à l'instruction de la femme pour ses intentions contraceptives futures. On peut alors dire que parmi les femmes de niveau d'instruction supérieur, le fait pour une femme de vouloir limiter sa parité l'encourage plus que les autres à recourir à la contraception moderne. Le niveau de prédiction de cette variable dans le modèle est cependant l'un des plus faibles ce qui nous amène à dire que, cette variable détermine moins le recours à la contraception que l'instruction du mari par exemple, dont le niveau de prédiction est plus élevé 57,52% contre 57,40% pour l'instruction de la femme.

4.3.2.1.2. Les facteurs démographiques :
Bien que son pouvoir de prédiction soit parmi les plus bas (56,88%), l'âge est un déterminant du recours à la contraception moderne. Selon le dernier modèle, le recours à la contraception moderne diminue avec l'augmentation de l'âge. Et ce risque est à chaque fois plus élevé pour des groupes d'âge progressivement plus élevés que la modalité de référence. On constate que les femmes les moins jeunes, comparativement aux plus âgées, rejettent moins la contraception moderne. Et compte tenu du fait que par effet de génération les femmes jeunes ont des désirs moins élevés de parité, on peut dire que, elles recourent en moyenne plus à la contraception moderne ne serait-ce que pour espacer. La baisse observée au dernier groupe d'âge comparativement aux groupes précédents peut être lié au recours par ces femmes à la stérilisation volontaire.

L'âge aux premiers rapports sexuels : l'âge au premiers rapports n'est pas significative donc cette variable dont le niveau de prédiction est l'un des plus bas (56,74%) n'est pas déterminante pour l'accès à la planification familiale. Son introduction dans les modèles n'influence que très peu les autres variables. On note en présence de l'âge au premier rapports sexuels, une diminution des risque de rejet d'une unité, des femmes de niveau d'instruction supérieur.
4.3.2.2 Les facteurs culturels :

4.3.2.2.1 Les facteurs d'identification sociale :

L'ethnie : l'éthnie est un déterminant du recours à la contraception moderne pour les citadines que sont les femmes bétis et celles du littoral. Ces femmes enregistrent des risques moins élevés de rejet de la contraception moderne que les femmes bamiléké. Compte tenu des contexte culturel, on peut penser à l'environnement puisque l'introduction du milieu de résidence conduit à une augmentation bien que modérée comparativement à la religion des risques pour ces femmes.

Ceci peut signifier que, les femmes bétis, qui vivent en milieu urbain recourent plus à la contraception moderne que les celles qui vivent dans le monde rural.

La religion : La religion n'est pas un déterminant du recours à la contraception moderne. Cette variable n'est significative que pour les effets bruts. Et pour ce cas, les femmes « sans religion moderne » ont un risque plus élevé de rejet de la contraception moderne que les autres femmes.

Cette variable contribue à l'augmentation des risques chez les femmes du littoral de rejet de la contraception moderne.

4.3.2.2.2. L'environnement social

Aucune variable rendant compte de l'environnement social n'est significative. Par contre, le milieu de résidence a l'un des degré de prédiction les plus forts, 57,89% tandis que le milieu de socialisation fait monter le niveau de prédiction à 57,72%. En présence du milieu de résidence, les femmes des ethnies du littoral enregistrent un risque encore plus élevé d'acceptation de la contraception moderne. Tandis que dès l'introduction du milieu de socialisation, le milieu de résidence perd son influence.
4.2. Tableau des risques liés aux intentions contraceptives des femmes.

<table>
<thead>
<tr>
<th>LE STATUT SOCIOECONOMIQUE</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Effets bruts</th>
<th>Effets nets</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>NUMERO DU TROUDE</td>
<td>M0</td>
</tr>
<tr>
<td>-----------------</td>
<td>----</td>
</tr>
<tr>
<td>Sans instruction</td>
<td>1,07**</td>
</tr>
<tr>
<td>Premeire</td>
<td>0,91</td>
</tr>
<tr>
<td>Secondaire</td>
<td>Ref</td>
</tr>
<tr>
<td>Supérieur</td>
<td>0,61**</td>
</tr>
<tr>
<td>-----------------</td>
<td>----</td>
</tr>
<tr>
<td>Sans instruction</td>
<td>1,84***</td>
</tr>
<tr>
<td>Premeire</td>
<td>0,84</td>
</tr>
<tr>
<td>Secondaire</td>
<td>Ref</td>
</tr>
<tr>
<td>Supérieur</td>
<td>0,85</td>
</tr>
<tr>
<td>-----------------</td>
<td>----</td>
</tr>
<tr>
<td>Sans emploi</td>
<td>1,23**</td>
</tr>
<tr>
<td>Emploi non moderne</td>
<td>Ref</td>
</tr>
<tr>
<td>Emploi moderne</td>
<td>0,97</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Les caractéristiques démographiques</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Age de l'enquêté</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>15-19 ans</td>
</tr>
<tr>
<td>20-24</td>
</tr>
<tr>
<td>25-29</td>
</tr>
<tr>
<td>30-34</td>
</tr>
<tr>
<td>35-39</td>
</tr>
<tr>
<td>40-49</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Age aux premiers rapport sexuel</td>
</tr>
<tr>
<td>Avant 15 ans</td>
</tr>
<tr>
<td>Entre 15-20 ans</td>
</tr>
<tr>
<td>Aprés 15 ans</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Les facteurs culturels</td>
</tr>
<tr>
<td>Les variables d'identification sociale</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ethnie</td>
</tr>
<tr>
<td>Femmes du nord</td>
</tr>
<tr>
<td>Femmes anglophones</td>
</tr>
<tr>
<td>Femmes bamilélé</td>
</tr>
<tr>
<td>Femmes bétis</td>
</tr>
<tr>
<td>Littoral</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>La religion</td>
</tr>
<tr>
<td>Catholiques</td>
</tr>
<tr>
<td>Prêlatistes</td>
</tr>
<tr>
<td>Musulmans</td>
</tr>
<tr>
<td>Sans religion</td>
</tr>
</tbody>
</table>

La planification familiale au Cameroun: Les facteurs limitants

88
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Urban</th>
<th>Rural</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>L’environnement social</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Le milieu de résidence</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Urban</td>
<td>Ref</td>
<td>ref</td>
</tr>
<tr>
<td>Rural</td>
<td>1.17**</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Le milieu de localisation</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Urban</td>
<td>Ref</td>
<td>ref</td>
</tr>
<tr>
<td>Rural</td>
<td>1.09</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Le système sanitaire</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Entre 0-2 enfants</td>
<td>1.54***</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Entre 2 et 3 enfants</td>
<td>Ref</td>
<td>ref</td>
</tr>
<tr>
<td>Plus de 5 enfants</td>
<td>0.87</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>La capacité fonctionnelle du centre de santé</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Non</td>
<td>ref</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Oui</td>
<td>0.57**</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>La motivation</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Vouloir un autre enfant</td>
<td>ref</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ne veut plus d’enfant</td>
<td>0.60***</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Indécis</td>
<td>1.26</td>
<td>0.04271***</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Significatif à 10% **Significatif à 5% ***Significatif à 1% Le reste des variables est non significative. Ratio: modalité de référence.

**Dépôt de prédiction du modèle**

| 57.40% | 57.52% | 57.53% | 56.98% | 56.74% | 57.57% | 57.65% | 57.89% | 57.72% | 57.78% | 60.22% | 60.78% |
4.3.2.3 Le système sanitaire.

4.3.2.3.1 Le nombre d’enfants survivants.

Le nombre d’enfants survivants est une variable très importante car cette variable est significative pour tous les modèles. Plus la parité survivante augmente, moins les risques de rejet de la contraception sont élevés. L’introduction de cette variable dans le modèle fait monter la prédiction du modèle à 57,78%. Ce qui signifie que, le nombre d’enfants survivants est un déterminant d’importance au recours à la planification familiale. D’après les tendances la motivation et les intentions contraceptives des femmes contribuent à chaque fois, à la diminution des risques liés à la parité survivante. Ceci revient à dire que, quelque soit le niveau de parité de la, femme si le système sanitaire est performant, et si elle ne veut plus d’enfants, elle va comparativement aux autres plus recourir à la contraception moderne.

4.3.2.3.2 La capacité fonctionnelle des centres de santé.

La capacité fonctionnelle influence aussi les intentions contraceptives des femmes. Les femmes qui ont entendu parler de planification familiale dans un centre de santé ont moins de chances que les autres qui n’ont pas connu cette expérience, de rejeter la contraception moderne. La capacité fonctionnelle apparaît comme le déterminant le plus important du recours futur à la contraception moderne puisqu’avec l’introduction dans le modèle de cette variable, l’un des niveaux de prédiction les plus élevés monte à 60,22%.

4.3.2.4 La motivation:

La motivation est une variable déterminante après la capacité fonctionnelle des centres de santé pour les intentions contraceptives. Puisque elle est significative à la fois pour les effets bruts et au dernier modèle mais a le niveau de prédiction le plus élevé 60,78%.

Ainsi, pour le dernier modèle, les femmes qui ne veulent plus d’enfants ont comparativement à celles qui veulent continuer de procréer mais marquent une pause, 0,57 fois moins de chances de rejeter la contraception moderne. La motivation est par ailleurs la variable qui prédit le mieux le risque de recourir à la contraception moderne puisque dès son introduction, le degré de prédiction augmente. Le modèle contenant la motivation prédit à 58,39% les intentions
contraceptives futures des femmes de notre échantillon. Cette variable enregistre aussi pour les effets bruts, le niveau de prédiction le plus élevé, 60,78%.

On constate par ailleurs au dernier modèle que, le risque de rejet par les femmes de la contraception moderne augmente avec l'âge mais aussi la capacité fonctionnelle des centres de santé. Donc, si la motivation est liée au nombre d'enfants survivants qui est d'après nos analyses semble lié à la génération concernée, on peut penser aux aspirations individuelles.
CONCLUSION GÉNÉRALE : Notre étude avait pour but, d'identifier les facteurs qui ont limité le succès de la planification familiale au Cameroun. Pour le faire, nous sommes partis de trois hypothèses. Premièrement, nous avons supposé que le contexte socioculturel camerounais habituellement pro-nataliste était la cause de l'échec, deuxièmement nous avons pensé au temps. Nous avons enfin pensé à l'influence que pouvait avoir le système sanitaire sur la planification familiale. Nos hypothèses ont été testée grâce à la deuxième enquête démographique du Cameroun.

Notre étude s'est articulée autour de quatre chapitres, dont le premier concerne le cadre Théorique. Le chapitre comprends deux parties, la revue littéraire qui nous a permis d'avoir une idée de ce qui a été fait auparavant dans le domaine d'études qui nous intéresse; le cadre conceptuel qui rend compte de la logique de notre étude. Le deuxième chapitre concerne la méthodologie que nous avons choisie, le troisième chapitre traite de l'étude descriptive des femmes selon leur comportement en planification familiale. Le quatrième chapitre traite des déterminant de l'échec de la planification familiale. Il incorpore la conclusion et les recommandations.

De la revue de la littérature sur l'échec de la planification familiale, nous avons retenu les variables suivantes : L'instruction des conjoints et l'occupation pour rendre compte du statut économique. L'âge au premier rapport sexuel et au moment de l'enquête comme caractéristiques démographiques. Les deux ensembles de variables ont été regroupées sous le vocable des caractéristiques individuelles.

En ce qui concerne le contexte socioculturel, les variables ont été réparties en deux groupes : Les variables d'identification sociale (L'ethnie et la religion) ainsi que l'environnement social (Le milieu de résidence et de socialisation). Pour le système sanitaire, nous avons retenu la survie des enfants et la capacité fonctionnelle des centres de santé. Ces deux variables constituent le groupe des
variables de contrôle. Enfin, nous avons la variable intermédiaire que représente la motivation qui rends compte intentions futures des femmes en fécondité. 

Au niveau méthodologique, nous avons en premier recouru à l'analyse bivariée qui a permis de faire l'étude descriptive issue de la répartition des femmes de notre échantillon. L'analyse bivariée nous a aussi permis d'identifier des variables déterminantes dans les relations entre l'ensemble des variables indépendantes prises une à une et les deux variables dépendantes. A cette étape l'hypothèse selon la quelle le milieu de socialisation, l'occupation de l'enquêtée, l'âge aux premiers rapports sexuels agissent sur la planification familiale sont infirmées puisque ces variables ne sont pas significatives à 10%.

La deuxième phase concerne l'analyse multivariée et repose sur la régression logistique. Grâce à cette procédure, nous avons pu mesurer le poids, la contribution de chacune des variables à la planification familiale dans nos différents modèles.

De cette analyse, il ressort qu'il est plus facile de prédire qu'une femme aura des besoins non satisfaits que de dire qu'elle recourra à la contraception moderne en fonction des paramètres identifiés par nous comme déterminants en planification familiale. Nous avons aussi pu constater que, la capacité fonctionnelle des centres de santé est avec la motivation et le nombre d'enfants survivants, sont indépendamment de la variable dépendante concernée, les variables les plus déterminantes en planification familiale.

Nous avons aussi pu constater une amélioration de la situation par la différence de comportement entre les jeunes générations qui ont des risques moins élevés de rejet de la contraception moderne et celles plus âgées qui ont le comportement inverse.

On peut dire conséquemment que l'échec de la planification est du à l'absence de modernisation, pour les femmes de niveau d'instruction bas qui résident dans le monde rural. On peut aussi parler de l'effet de génération compte tenu du comportement des jeunes par rapport aux femmes âgées.

RECOMMANDATIONS : Eu égard aux résultats obtenus, nous allons formuler quelques résultats qui nous l'espérons, seront exploités par les décideurs. Prioritairement, il faudrait définir de façon précise, la politique nationale de population. Les précisions dont il est question ici concernent la fixation d'un
monde rural. On peut aussi parler de l'effet de génération compte tenu du comportement des jeunes par rapport aux femmes âgées.

RECOMMANDATIONS : Eu égard aux résultats obtenus, nous allons formuler quelques résultats qui nous l'espérons, seront exploités par les décideurs. Prioritairement, il faudrait définir de façon précise, la politique nationale de population. Les précisions dont il est question ici concernent la fixation d'un nombre idéal d'enfants par couple. Car la nécessité d'adaptation de la croissance démographique à la croissance économique nécessite par ailleurs, un contrôle du nombre. Donc il faudrait aider les jeunes à mieux définir les désirs en fécondité en adaptant leurs aspirations déjà encourageantes aux réalités économiques et aux ambitions du pays pour éviter de tomber dans le piège du paradoxe de l'isolement. Assurer le remplacement pour éviter de voir resurgir chez nous, les problèmes de vieillissement que connaît aujourd'hui les nations dites développées.

Des mesures visant l'amélioration de la capacité fonctionnelle des centres de santé surtout pour les femmes du nord plus sujettes à un risque élevé de besoins non satisfaits seront aussi les bien venues. Pour ces femmes l'amélioration de la capacité fonctionnelle concerne surtout une offre adaptée aux réalités locales. L'analyse situationnelle ayant révélé une prédominance de méthodes hormonales génératrices de nombreux effets secondaires mal accueillis par les cultures dans ces régions. Il faut aussi par ailleurs, pouvoir maintenir les tendances observées chez les jeunes, car si ils semblent avoir de faibles désirs de procréation, ainsi qu'une plus grande volonté à recourir à la contraception moderne, il faudrait encourager cette tendance par l'amélioration de la qualité des services en direction des jeunes mais aussi des hommes.

L'amélioration des niveau d'instruction des couples surtout dans le grand nord où l'on recense la majorité des femmes sans niveau d'instruction et qui enregistrent les niveaux les plus bas d'acceptation de la contraception moderne.
Il faudrait aussi prendre des décisions visant la promotion de la fréquentation des centres de santé par les femmes, de façon à les exposer quelque soit le niveau d'instruction à l'information sur la planification familiale. 
En ce qui concerne l'amélioration des niveaux d'instruction, elles doit concerner les personnes des deux sexes, car le tableau croisé des niveaux d'instruction des conjoints a révélé que, les femmes ont rarement un conjoint de niveau d'instruction inférieur au leur. L'hypogamie n'étant donc pas la chose la mieux accueillie dans notre contexte, on pourrait aboutir à une situation de baisse de la fécondité par baisse de la nuptialité qui pourrait générer un vieillissement incontrôlé de la population.
I. RÉFÉRENCES.


CENTERS FOR DESEASE CONTROL AND PREVENTION (1999), family planning methods and practice: Africa, Us department of health and human services, Atlanta, USA, 698 pages.


MBURANO.R (1999), *facteurs contextuels des comportements sexuels: Le cas des jeunes de la ville de Bamenda, Cameroun, Iford, Yaoundé UEPA, No 40,164 pages.


Ministère de la santé publique du Cameroun(1998), *Analyse situationnelle du système de prestation de services de santé de la reproduction au Cameroun, Yaoundé, Cameroun, 115p.*


SALA.DIAKANDA et NGATCHOU.D.R (1988), Séminaire sous régional sur l'argument Santé pour la planification familiale, , fédération internationale pour la planification familiale « L'aspect santé de la planification familiale en Afrique de l'ouest,152 pages.


UNITED NATIONS (1998), national population policies , economic and social affairs, 444 pages.