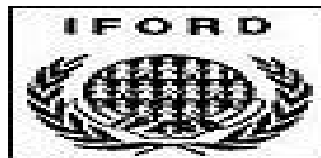


ORGANISME INTER-ETATIQUE

RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN

UNIVERSITE DE YAOUNDE II



INSTITUT DE FORMATION ET DE RECHERCHE DEMOGRAPHIQUES

Année académique 2007-2008

28^e promotion

FACTEURS ASSOCIES A LA NON-UTILISATION DE LA
CONTRACEPTION MODERNE CHEZ LES FEMMES EN UNION
DANS LA PARTIE SEPTENTRIONALE DU CAMEROUN

En vue de l'optention du
DIPLOME D'ETUDES SUPERIEURES SPECIALISEES
EN DEMOGRAPHIE
DESSD

Présenté et soutenu par

ZRA ISSA

DIRECTEUR :

Pr BOPDA ATHANASE

LECTEUR :

Dr NOUETAGNI SAMUEL

Yaoundé, Août 2008

ENGAGEMENTS

A l'IFORD comme dans toutes les grandes écoles, le mémoire est une activité d'initiation à la recherche et à la rédaction d'un document scientifique auquel sont soumis les futurs spécialistes en question de population, sur un thème bien circonscrit, tiré d'un problème de population et/ou de développement en Afrique. Il permet à l'étudiant de prouver sa maîtrise des méthodes et méthodologies de recherche en sciences sociales, de l'analyse statistique et ses aptitudes à mener plus tard des analyses de types explicatifs.

Le mémoire est un travail individuel dont le choix du thème se fait par l'étudiant. Et bien que, l'étudiant tout au long de la réalisation du mémoire soit suivi par un comité d'encadrement constitué d'un directeur assisté d'un lecteur, la responsabilité du mémoire lui incombe entièrement. C'est dire que les opinions émises par celui-ci dans le mémoire lui sont propres et n'engagent en aucun cas ni son comité d'encadrement, encore moins l'IFORD.

Ce document ne déroge pas à la règle et donc les propos, les opinions et les résultats qui y sont contenus relèvent de la seule responsabilité de son auteur.

DEDICACE

A toi maman

MASSADJOU KONAI

Pour l'amour, le sacrifice et l'accompagnement sans précédent que tu as toujours manifesté à mon égard. Que cet investissement fait pour l'humanité te fasse également autant de plaisir.

A toi papa

OUMAROU TADJOU

Je n'ai jamais cessé de mettre à profit, tes conseils. Grâce à toi j'ai pu effectuer mon parcours scolaire sans difficulté aucune. Ton premier souci étant ma réussite, j'ose croire que tu es parfaitement comblé et que ce sacrifice tant consenti te réserve sans aucun doute d'énormes satisfactions

A vous frères et sœurs

D'une manière ou d'un autre votre contribution a été fondamentale dans ma réussite

Remerciements

La réalisation du présent document a été possible grâce au concours, combien précieux, de nombreuses personnes qui ont eues à nous consacrer de leur temps et de leur riche expérience dans le domaine de la recherche.

Nos remerciements sont en priorité à l'adresse du Pr **BOPDA Athanase** qui a su guider nos premiers pas dans la recherche. Pour votre constante disponibilité et votre dévouement à l'élaboration de cette œuvre, nous vous disons merci. Vos conseils, suggestions et encouragements nous ont permis de mener à bout ce travail.

Nos remerciements vont également à l'endroit de notre lecteur, le Dr **Samuel NOUETAGNI** pour ses conseils et suggestions qui sans doute ont été d'une grande importance dans la réalisation de ce travail.

Nous témoignons par la suite notre entière reconnaissance à la Directrice Exécutive de l'IFORD, Pr Elizabeth ANNAN YAO ; au Directeur des études et de formation, Pr. Evina AKAM, à la Coordinatrice des études, Dr KAMDEM Hélène. Nos vifs remerciements s'adressent également à tous les professeurs qui se sont sacrifiés corps et âme pour assurer notre formation. Nous ne saurions également cesser de remercier le gouvernement camerounais pour le financement de notre formation à l'IFORD.

Nous ne manquerons pas aussi de dire merci au Capitaine DAOUDA Koda, et à l'Adjudant chef major YAYA Ndombou ainsi qu'à leur famille respective pour leur soutien inconditionnel. Nous adressons nos salutations confraternelles à tous nos camarades de la 28^e et 29^e promotions et principalement à nos compatriotes camerounais pour leur franche collaboration et pour le temps agréablement passé ensemble. Nous pensons particulièrement à : KALTSAM Magrama, ZEH MVOMO Carole, NSOA Pierre et OWOUNDI Parfait, SOUMANA Issifou, BARRY Mamadou Saliou, MODIELI Djibrila, TOURE Brahima, ELHADJI Sani, SOW Samba et ABDOUL D pour leur appui intellectuel et leur appui psychologique inlassables à la réalisation de ce travail. A tous nos amis pour leur affection, leur soutien inconditionnel et leur disponibilité permanente tout au long de la formation, nous leur disons merci. Je pense particulièrement à mon amour RAHILA KORA, TAKOA Dayang, ABOUBAKAR Salam, HAROUNA Roger, à tous ceux dont nommément n'ont pas été cités

TABLE DES ABREVIATIONS

C2D : Contrats Désendettement Développement
CAP : Connaissances-Attitudes-Pratiques
CAMNAFAW: Cameroon National Association for Family Welfare
CDSR-AC : Centre de Développement Sous Régional pour l’Afrique Centrale
CEMAC : Communauté Economique et Monétaire de l’Afrique Centrale
CI : Contraceptifs Injectables
CIPD : Conférence Internationale sur la Population et le Développement
CNLS : Comité National de Lutte contre le Sida
COC : Contraceptifs Oraux Combinés
DIU : Dispositif Intra Utérin
ECAM : Enquête Camerounaise Auprès des Ménages
EDSC: Enquête Démographique et de Santé au Cameroun
ENF : Enquête Nationale sur la Fécondité
IEC : Information-Education-Communication
INS : Institut National de Statistique
IPPTE : Initiative Pays Pauvre et Très Endetté
IRA : Infection Respiratoires Aigues
ISF : Indice Synthétique de Fécondité
IST : Infection Sexuellement Transmissible
MAMA : Méthodes de l’Allaitement et de l’Aménorrhée Lactaire
MIP : Maladies Inflammatoires Pelviennes
ONG : Organisation Non Gouvernementale
PEV : Programme Elargi de Vaccination
PF : Planification Familiale
PIB : Produit Intérieur Brut
RCA : République Centrafricaine
RDC : République Démocratique du Congo
RGPH : Recensement Général de la Population et de l’Habitat
SIDA : Syndrome de l’Immunodéficience Acquis

SPSS : Statistical Package for Social Science

UNFPA: United Nations Fund for Population (Fond des Nations Unies pour la Population)

UNICEF : United Nations International Children's Emergency Fund (Fond des Nations Unies pour l'Enfance)

USAID : United States Agency for International Development (Agence des Etats-Unis pour le Développement International)

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

ZD : Zone de Dénombrement

TABLE DES MATIERES

ENGAGEMENTS	i
DEDICACE.....	ii
Remerciements	iii
TABLE DES ABREVIATIONS	iv
TABLE DES MATIERES	vi
LISTE DES TABLEAUX.....	ix
LISTE DES GRAPHIQUES	x
RESUME.....	xi
ABSTRACT	xii
INTRODUCTION GENERALE.....	1
CHAPITRE I : CONTEXTE GENERAL DE L'ETUDE.....	7
1.1. Le désir de prévenir la conception : une pratique très ancienne en Afrique.....	7
1.2. Une vision moderne de la planification familiale.....	9
1.2.1. Les arguments en faveur la planification familiale.....	9
1.2.1.1. Sur le plan de la santé.....	9
1.2.1.2. Sur le plan socio-économique et démographique.....	11
1.2.1.3. Sur le plan des droits de l'Homme	11
1.2.2. Les arguments qui plaident contre la planification familiale.....	12
1.2.2.1. Les arguments scientifiques	12
1.2.2. 2. Les arguments politiques et sociaux des décideurs africains	14
1.3. La situation géographique, démographique et sanitaire de la zone d'étude	15
1.3.1. Situation géographique.	15
1.3.2. Situation démographique	17
1.3.3. Situation économique.....	18
1.3.4. Situation sanitaire.....	20
CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE	21
2.1. Revue de la littérature.....	21
2.1.1. Les facteurs socio-économiques	22
2.1.2. Les facteurs socio-culturels.....	23
2.1.2.1. Le milieu de résidence.....	24
2.1.2.2. Le milieu de socialisation.....	25
2.1.2.3. L'ethnie	25
2.1.2.4 . L'instruction	26
2.1.2.5. La religion	27
2.1.3 . Facteurs institutionnels	29

2.1.3.1. La faible motivation des décideurs et indisponibilité des services	30
2.1.3.2. L'accessibilité des services	30
2.1.3.3. La qualité des services offerts	31
2.1.4. Les facteurs socio-démographiques	32
2.1.4.1. L'âge.....	32
2.1.4.2. L'état matrimonial.....	33
2.1.5. Les variables intermédiaires	33
2.2. Hypothèses et cadre conceptuel.....	34
2.2.1. Hypothèses	34
2.2.2. Cadre conceptuel.....	35
2.2.3. Définitions des concepts	37
CHAPITRE III. APPROCHE METHODOLOGIQUE.....	40
3.1. Sources et qualité des données	40
3.1.1. Source des données	40
3.1.1.1. Objectifs de l'enquête.....	40
3.1.1.2. Questionnaires	42
3.1.1.3. Echantillonnage	45
3.1.2. Evaluation de la qualité des données	45
3.1.2.1. Qualité des données.....	45
3.2. Variables opérationnelles de l'étude.....	52
3.2.1. La variable dépendante	52
3.2.2. Variables indépendantes et de contrôle.....	53
3.2.2.1. Variables socio-culturelles	53
3.2.2.2. Variables socio-économiques.....	54
3.2.2.3. Variables socio-démographiques	55
3.2.2.4. Variables intermédiaires.....	56
3.2.2.5. Variable de contrôle	57
3.2.3. Schéma d'analyse.....	58
3.3. Méthodes d'analyse des données.....	59
3.3.1. Analyse univariée.....	60
3.3.2. Analyse bivariée.....	60
3.3.3. Analyse explicative	60
3.3.3.1. Présentation du modèle	61
3.3.3.2. Test d'adéquation du modèle	62
3.3.3.3. Interprétation des résultats	62
CHAPITRE IV : ASPECTS DIFFERENTIELS DE LA NON-UTILISATION DE LA CONTRACEPTION MODERNE CHEZ LES FEMMES EN UNION.....	64

4.1. Distribution des femmes en union selon les variables indépendantes de l'étude	65
4.2. Les variables socio démographiques et la non-utilisation des méthodes contraceptives modernes.....	68
4.2.1. Type d'union	68
4.2.2. Nombre d'enfants désirés	69
4.3. Les variables socio-culturelles, socio- économiques et la non-utilisation des méthodes contraceptives modernes.....	70
4.3.1. Religion.....	71
4.3.2. Niveau d'instruction.....	71
4.3.3. Milieu de résidence	71
4.3.4. Milieu de socialisation	72
4.3.5. Niveau de vie	72
4.3.6. Occupation	72
4.4. Les variables intermédiaires et la non-utilisation des méthodes contraceptives modernes	73
4.4.1. Connaissance de la contraception moderne	74
4.4.2. Attitude de la femme à l'égard de la contraception moderne	74
4.4.3. Attitude du conjoint vis-à-vis de la contraception	74
4.4.4. Discussion au sein du couple sur la planification familiale.....	75
CHAPITRE V : ESSAI D'EXPLICATION DE LA NON-UTILISATION DE LA CONTRACEPTION MODERNE.....	77
5.1. Choix des variables entrant dans l'explication	77
5.2. Présentation et interprétation des résultats	79
5.2.1. Facteurs socio-culturels et non-utilisation de la contraception moderne.....	79
5.2.2. Facteurs socio-économiques et non-utilisation de la contraception moderne.....	80
5.2.3. Facteurs socio-démographiques et non-utilisation de la contraception moderne ...	81
5.2.4. Facteurs intermédiaires et non-utilisation de la contraception moderne.....	82
5.3. Identification des mécanismes d'action entre les variables.....	83
5.4. Hiérarchisation des déterminants de la non-utilisation de la contraception moderne ...	88
Conclusion générale	91
ELEMENTS DE BIBLIOGRAPHIE	96
ANNEXES	101

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 3.1. Taille et couverture de l'EDSC III.....	46
Tableau 3.2. Répartition des effectifs des femmes par groupes d'âges quinquennaux.....	48
Tableau 3.3 : Taux de réponse de certaines variables (EDSC III).....	50
Tableau 3.4: Taux de réponse des variables de la zone d'étude (EDSC III, 2004).....	51
Tableau 4.1. : Répartition des femmes en union selon les variables socio- démographiques, socio-culturelles et socio-économiques (EDSC III, 2004).....	65
Tableau 4.2. Répartition des femmes en union selon les variables intermédiaires (EDSC III, 2004) ...	67
Tableau 4.3. La non-utilisation de la contraception moderne selon les variables socio-démographiques	68
Tableau 4.4. La non-utilisation de la contraception moderne selon les variables socio-culturelles et socio-économiques (EDSC III, 2004).....	70
Tableau 4.5. La non-utilisation de la contraception moderne selon les variables intermédiaires (EDSC III, 2004).....	73
Tableau 5.1. Effets net des variables explicatives sur la non-utilisation de la contraception moderne86	
Tableau 5.2. Contributions des variables indépendantes (EDSC III, 2004)	89

LISTE DES GRAPHIQUES

figure 1.1. carte administrative du cameroun.....	15
Figure 2.1 : Schéma conceptuel	37
Graphique 3.1 : Répartition des femmes selon l'âge (EDSC III, 2004).	47
Graphique 3.2. Répartition des femmes par groupes d'âges quinquennaux (EDSC III, 2004)	49
Figure3.1 : schéma d'analyse	59

RESUME

La présente étude portant sur les facteurs associés à la non-utilisation de la contraception moderne chez les femmes en union dans la partie septentrionale du Cameroun est partie du constat d'un taux de non-utilisation très élevé comparativement à une situation sanitaire, démographique et économique non satisfaisante. En effet, l'utilisation de la contraception moderne selon l'EDSC III est de 1,4% dans le Nord, de 2,6% à l'Extrême-Nord et 7,1% dans l'Adamaoua pendant que ce niveau, bien que faible est relativement amélioré dans les autres provinces avec 8,0% à l'Est et plus de 13,3% pour les autres. A travers de nombreuses recherches théoriques relatives à la pratique contraceptive en Afrique et au Cameroun en particulier, un certain nombre de facteurs entre autres socio-démographiques, socio-culturels, socio-économiques et intermédiaires se sont avérés déterminants dans l'explication de la non-utilisation de la contraception moderne. A cet effet, cette recherche ayant pour objectif principal la recherche des déterminants du phénomène étudié est entreprise dans le but de mettre à la disposition des différentes parties prenantes, des informations nécessaires pour l'amélioration des politiques et programmes en matière de la santé de reproduction. Elle vise prioritairement à promouvoir l'utilisation de la contraception moderne.

Les données utilisées dans le cadre de cette étude sont celles de l'EDSC III (2004). Pour la vérification de nos hypothèses, les méthodes d'analyses des données ont été tant descriptives (tests de khi-deux, tableaux croisés) qu'explicatives (régression logistique). Il ressort des résultats des analyses que, les déterminants de la non-utilisation sont par ordre d'importance : la discussion avec le conjoint, l'opinion du conjoint en matière de la contraception, le nombre d'enfants désirés, la religion de la femme, le niveau de vie du ménage, l'occupation et l'opinion de la femme. Par conséquent un accent particulier doit être mis sur ces variables quant à la promotion des méthodes contraceptives modernes. En vue d'améliorer la santé maternelle et infantile en particulier, atout du développement du septentrion, il faut nécessairement promouvoir l'émancipation de la femme en union, en cultivant l'esprit de discussion au sein des couples et en intégrant la femme dans les prises de décision.

ABSTRACT

This work focuses on the factors linked to the non-utilization of modern contraceptives amongst married women in the « Grand Nord » of Cameroon. It ignites from an observation that the rate of non-utilization of modern contraceptives is very high as compared to the sanitary, demographic and economic witch is unsatisfactory.

In fact, the consumption of modern contraceptives, according to EDSC III (2004) is 1.4% in the North province, 2.6% in the far North province and 7.1% in Adamawa division. Even though this rate is generally low in the other provinces (8.0% in the East province and more than 13.3% in the rest), we cannot deny the fact that it is better than the Northern provinces. Through numerous documentary researches bearing on the usage of modern contraceptives in Africa and in Cameroon in particular, socio-demographic, socio-cultural, socio-economic and intermediary factors prove to be very important in the explanation of the non-utilization of modern contraceptives amongst married women. In effect, this work having as main objective, the research for the determinants of the non-utilization of modern contraceptives among married women in « Grand Nord », with the goal of putting in place the various stakeholders, necessary information for the amelioration of policies and programs in healthy reproduction. In targets mainly the promotion of the use of modern contraceptives.

The data used in this work is that of EDSC III. To verify our hypothesis, two data analysis methods were used: descriptive (tests of khi-deux, cross tables), and explanatory (logistic regression). From our results, the determinants of non-utilization of modern contraceptives by scale of importance are: dialogue with the partner, opinion of partner in relation to modern contraceptives, the ideal number of children, the faith of the woman, the living standard of the household, the occupation and the opinion of woman. Consequently, a particular emphasis should be laid on the variables listed above in order to promote the usage of modern contraceptives. In view to ameliorate the mother and child's health in particular (a plus to the development of Africa in general and North of Cameroon principally), it is necessary to promote the emancipation of married women, by cultivating the culture of dialogue amongst couples and including women as the men in decision making.

INTRODUCTION GENERALE

La santé de la reproduction définie comme étant « un état de bien-être tant physique que mental et social de la personne humaine, de son appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement, et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité » (CIPD, 1994 ; cité par IPPF, 1995), impose fondamentalement de part sa place dans la société une attention particulière. Dans cette optique, beaucoup de recherches dans ce domaine ont été d'une importance capitale, ceci dans la mesure où elles abordent les champs largement sensibles entre autres : la planification familiale, la maternité à moindres risques, la santé sexuelle, la santé infanto-juvénile, les droits reproductifs, l'éducation à la vie familiale, le statut de la femme (Graham, 1993, Turmen, 1996, Samba, 1997, Zurayk, 1997 ; cités par Anoh, 2002).

Bien plus l'importance de la santé de la reproduction réside principalement dans l'esprit des résolutions qui ont été prises notamment lors de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement tenue au Caire, en Egypte, du 5 au 13 septembre 1994. A cet effet, l'un des articles de ces résolutions stipule qu'il faut « faire en sorte que les informations complètes et factuelles et toute la gamme de services de santé en matière de reproduction y compris la planification familiale soient accessibles à un coût abordable et pratique pour tous les usagers » (Article 7.5-a de la CIPD, 1994).

Par ailleurs dans le même ordre d'idée, la Charte de la Fédération Internationale pour la Planification Familiale (IPPF) affirme avec beaucoup d'intérêt notamment en son article 10-1 que « toute personne doit bénéficier des techniques existantes en matière de la santé de la reproduction, y compris celles qui ont trait à la stérilité, à la contraception et à l'avortement. Car interdire l'accès à de telles techniques pourrait avoir des effets nuisibles sur la santé et le bien-être » (IPPF, 1995).

Comme dans la plupart des pays africains, étant au parfum des différentes rencontres internationales citées haut, de l'indépendance jusqu'à la fin des années 1970, la politique démographique du Cameroun était pronataliste. Ce comportement est lié notamment au prestige, à la satisfaction économique et psychologique que procure une descendance nombreuse. Ce comportement s'est reflété dans les positions gouvernementales et les

questions liées à la limitation des naissances étaient alors considérées comme tabous. Cependant depuis le début des années 80, la position du gouvernement sur la croissance démographique a commencé à évoluer, passant d'un pronatalisme affirmé à une politique volontariste de maîtrise de la procréation. C'est ainsi qu'en 1980, le Cameroun, par la voix de son président, reconnaît à Bafoussam l'importance du problème démographique du pays et la nécessité de contrôler la croissance de sa population. Des actions timides sont entreprises dès le début des années 1980. C'est ainsi qu'en 1982 est publié le rapport de la première enquête nationale sur la fécondité. Une Commission Nationale de la population, assistée d'un comité technique interministériel est créée en mars 1985 (République du Cameroun, 1993).

Le tournant décisif est pris en 1986. En effet, au cours de la présentation du Vieme plan quinquennal devant l'Assemblée Nationale, le Chef de l'Etat du Cameroun relevait les défis qui attendent les pays dans les années à venir à savoir : « la démographie galopante, la désertion des campagnes, l'hypertrophie des villes, la demande croissante de l'emploi, la dégradation progressive de l'environnement... ». Par la même occasion il a attiré « l'attention des camerounais et des camerounaises sur les conséquences économiques et sociales d'une progression incontrôlée de la natalité. La procréation, fût-elle un droit fondamental de tout homme, peut et doit être maîtrisée ».

En 1989, est légalisée la première association en matière de la planification familiale du pays, l'association camerounaise pour le bien-être familial (CAMNAFAW). En juin 1990, le Président de la République a préconisé une fois de plus que les services de planification familiale soient étendus à l'ensemble du pays. Depuis cette date, ces services ne cessent de se développer sur l'ensemble du pays, dans le secteur public comme dans le secteur privé, avec une amélioration croissante en matière d'accès et de qualité.

A la fin de l'année 1999, s'est tenu à Yaoundé un symposium national sur la santé de la reproduction dont l'un des objectifs était la discussion de la première mouture du document de politique nationale de la santé de reproduction. Ce document de politique nationale en matière de santé de la reproduction a été élaboré et attendait son adoption par le gouvernement ainsi que sa vulgarisation. Il constitue sans aucun doute actuellement le document de référence en matière de santé de la reproduction au Cameroun.

Pour atteindre l'objectif de la maîtrise de la fécondité, différents autres projets en matière de la planification familiale ont été mis en place par l'Etat camerounais, avec l'appui et la coopération de certaines agences de développement et ONG. Pourtant, malgré cette volonté politique manifeste, le Cameroun va peiner à sortir de l'auberge, car dans la pratique, la politique de maîtrise de la fécondité est mitigée dans la mesure où les idées populationnistes demeurent ancrées dans l'imaginaire populaire.

La situation de la santé de reproduction révèle un taux de mortalité encore très inquiétant, de l'ordre de 669 décès maternels pour 100000 naissances vivantes pour la période de 1998-2004 (EDSC III). Les avortements représentent 20 à 40% des causes de cette mortalité maternelle dans plusieurs formations sanitaires. La mortalité infantile quant à elle s'élève respectivement à 65,0 (EDSC I), 77,0 (EDSC II), 74,0 (EDSC III) décès d'enfants de moins d'un an pour 1000 naissances vivantes. On compte enfin, sur 1000 naissances vivantes, 29,0 décès au cours du premier mois de vie. Cet état de la santé de la mère et de l'enfant reste affecté par des complications liées aux nombreuses grossesses, aux conditions précaires de certains accouchements et à la sous utilisation des services de santé de la reproduction dont en particulier le non recours aux méthodes contraceptives modernes : seulement 12,5 des femmes en âge de procréer utilisaient une méthodes contraceptive moderne en 2004 alors que plus de 90% ont déclaré en connaitre au moins une selon les résultats de la troisième Enquête Démographique et de Santé (EDSC III) en 2004. La proportion des femmes en union au moment de l'enquête ENF78, utilisant une méthode contraceptive était de 3,1% (Nouetagni. S., 1999). Par ailleurs, les soins de santé primaires n'intègrent encore que faiblement les services de santé de la reproduction ; les méthodes de planification familiale ne sont pas suffisamment vulgarisées et les contraceptifs ne sont pas toujours disponibles. Malgré cette faiblesse de la pratique contraceptive, on assiste depuis 1991 à une baisse sensible du niveau général de la fécondité. L'indice synthétique de fécondité (ISF) est passé ainsi de 5,8 enfants en moyenne par femme en 1991(EDSC I) à 5,2 en 1998 (EDSC II) et à 5,0 en 2004 (EDSC III). Cette amorce de la transition observée au cours des années 1990 découlerait de la conjoncture de plusieurs phénomènes : crise économique qui perdure, l'adoption des comportements favorables à la réduction de la fécondité tels que le maintien plus longtemps des jeunes dans le système scolaire, le recul de l'âge au premier mariage ainsi que l'utilisation des méthodes contraceptives traditionnelles de contrôle de la fécondité

(l'abstinence post-partum et l'allaitement maternel). Toutefois, l'ISF reste encore très élevé et quasi stable au niveau des femmes en union (autour de 7 enfants en moyenne par femme). Mais compte tenu de la paupérisation qui ne cesse de gagner le tiers monde et les ménages camerounaises en particulier l'urgence de la maîtrise de la fécondité s'impose non seulement afin rétablir un équilibre entre croissance démographique et croissance économique, mais relever le défi de la santé de reproduction (santé maternelle et infantile).

Dans la partie septentrionale du Cameroun la situation est particulièrement inquiétante. En effet, au plan économique, elle est la moins développée compte tenu de sa situation géographique. En ce qui concerne les infrastructures sanitaires, elle est particulièrement moins lotie. Toutefois, là où ces infrastructures sont même disponibles, les femmes manquent de motivation d'en profiter. Par ailleurs malgré cette situation, c'est la partie où la fécondité est parmi les plus élevée (Extrême-Nord, ISF=6,4 ; Adamaoua, ISF=5,4 ; Nord, ISF=6,0 ; selon l'EDSC III du Cameroun). Bien plus, en fonction des régions, on constate que dans les provinces considérées, le niveau de connaissance en matière contraceptive est le plus faible (82% dans l'Adamaoua, 68% dans l'Extrême-Nord, 72% dans le Nord) par rapport aux autres provinces du pays (96% à l'Est et plus de 98% dans toutes les autres provinces). La pratique contraceptive y est par conséquent largement très faible alors que l'importance des services de la PF et principalement les méthodes contraceptives modernes n'est plus à démontrée de nos jours avec la fragilisation de la santé maternelle et infantile et les coûts de la modernisation de la société (utilisation actuelle d'une méthode contraceptive moderne par les femmes selon l'EDSC III : Adamaoua 7,1% ; Extrême-Nord 2,6% ; Nord 1,4% , pendant que ce niveau, bien que demeurant faible est relativement beaucoup plus important dans les autres provinces du pays avec 8,0 % à l'Est et plus de 13,3% pour les autres provinces et avec un maximum de 30,7% pour la ville de Yaoundé). Globalement, qu'il s'agisse de la connaissance et encore moins de la pratique contraceptive, la région du « Grand-Nord ¹ » du pays accuse un retard non négligeable par rapport aux autres régions du pays malgré une fécondité très élevée et une situation économique qui laisse à désirer. Il est aussi à noter que le statut des femmes y est particulièrement déplorable dans la mesure où elles sont sous le poids d'une culture qui donne

¹ C'est l'ensemble constitué des trois provinces à savoir le Nord, l'Extrême-Nord et l'Adamaoua.

de moins en moins l'opportunité aux femmes de participer aux prises de décisions, surtout en matière de la fécondité.

A partir d'un tel constat, il ya lieu de s'interroger sur une telle situation régionale, ceci dans le but de mieux adapter les politiques aux caractéristiques intrinsèques de chaque région du pays. A cet effet, quelles sont les variables permettant de mieux rendre compte et d'expliquer le non recours aux méthodes contraceptives modernes chez les femmes en union dans la partie septentrionale du Cameroun ?

Cette étude va ainsi contribuer à une meilleure politique en matière de la santé de la reproduction, en mettant à la disposition des décideurs politiques, des ONG et des responsables des programmes de la planification familiale des informations pertinentes relatives à la non-utilisation de la contraception moderne chez les femmes du Nord Cameroun à fin non seulement d'adapter les politiques à la réalité locale mais de promouvoir plus efficacement l'usage des contraceptifs modernes. Plus spécifiquement, il est question d'atteindre les objectifs suivants :

- Identifier les facteurs associés à la non- utilisation de la contraception moderne ;
- Formuler des recommandations pertinentes en vue de promouvoir l'utilisation de la contraception moderne chez les femmes.

Dans nos analyses ultérieures, le travail sera organisé en cinq chapitres :

- Le premier chapitre sera consacré aux généralités contextuelles portant sur la planification familiale ainsi que la situation socio-économique, socio-démographique et sanitaire dans lequel sont mis en œuvre les programmes de la planification familiale ;
- Dans le second à savoir le cadre théorique, il sera question de faire une synthèse de la littérature à partir de laquelle un cadre conceptuel assorti des hypothèses d'étude est construit ;
- Le troisième s'articule autour de la source des données ainsi que leur évaluation et les méthodes statistiques d'analyse retenues ;
- Le quatrième chapitre intitulé aspects différentiels de la non-utilisation de la contraception moderne, abordés sous l'angle descriptif, fait ressortir les variations différentielles et les associations entre chacune des variables indépendantes et celle dépendante ;

- Le cinquième porte sur l'essai d'explication de la non-utilisation de la contraception moderne ; c'est le lieu de la recherche des facteurs du non recours à la contraception moderne, en mettant un accent particulier sur leurs effets nets et leurs contributions propres. Au terme de ce dernier chapitre, une synthèse nous conduira à une conclusion générale du travail.

CHAPITRE I : CONTEXTE GENERAL DE L'ETUDE

Dans ce chapitre il s'agira de faire un tour d'horizon sur l'existence de la pratique contraceptive dans les traditions africaines et camerounaises en particulier, ensuite un accent particulier sera mis sur la planification familiale vue sous l'angle moderne en insistant sur les arguments en sa faveur et aussi ceux en sa défaveur, enfin il sera question de manière brève de faire un état de la situation géographique, socio-démographique et sanitaire du Cameroun en général et de sa partie septentrionale plus particulièrement.

1.1. Le désir de prévenir la conception : une pratique très ancienne en Afrique.

En Afrique traditionnelle, des pratiques contraceptives dites naturelles existent dans la plupart des sociétés. Ces pratiques ont généralement pour fondement des valeurs telles : des connaissances physiologiques traditionnelles entre autre l'abstinence périodique, la polygamie, la séparation... ; des croyances mystiques ; et des connaissances pharmacologiques traditionnelles.

En Afrique noire, la fécondité est généralement qualifiée de naturelle dans la mesure où elle se manifeste principalement dans le cadre du mariage et surtout en l'absence de contraception et d'avortement volontaire. C'est dire par conséquent que les intentions délibérées de limitation des naissances n'y ont pas droit de cité. Dans les enquêtes réalisées en Afrique Subsaharienne sur les connaissances-attitudes-pratiques notamment en matière de la planification familiale (C A P), force est de constater que les femmes sont très embarrassées par des questions relatives à l'utilisation des méthodes contraceptives ou encore à la taille idéale de leur famille. Très souvent, les réponses font référence à "la volonté de Dieu" ou "je ne connais pas". Par contre, en ce qui concerne la durée idéale de l'intervalle intergénéral voire les moyens à utiliser pour espacer les naissances, les réponses sont beaucoup plus précises et rassurantes. Il est évident dans cette perspective que la norme d'espacement des naissances est fondamentale en milieu africain. C'est ainsi que cette préoccupation est d'une très grande importance dans la vie de la femme africaine. A titre illustratif, chez les Havu de l'Est du Congo-Démocratique, la femme qui n'espacé pas ses naissances est taxée de

“KULIKISA“, la paresseuse, dans la mesure où avec des grossesses très rapprochées, elle sera dispensée de ses tâches agricoles ; Dans cette culture, l’espacement est impératif et fonctionnel : son principal but est de maintenir un certain équilibre entre les rôles procréatifs et productifs de la femme (Van De Walle, (1988) cités par Sala-Diakanda, et al.,1990 : 3). Au Mali, elle est traitée de “Seremuso“ c’est-à-dire une femme dont le retour de couches est précoce du fait d’une nouvelle grossesse ; au Bénin, de “Kpèdevinon“, en d’autres termes, femme d’un enfant par an (Laplante et Soumaoro, 1973 ; Shoenmakers, 1988).

Parmi toutes les méthodes pratiquées, l’abstinence post-pactum est la plus répandue (Ngoy, 1993). Elle est fondée sur le désir d’éviter une nouvelle grossesse avant que l’enfant ne marche. A cet effet, symboliquement la mère est renvoyée avec son bébé chez ses parents afin de leur montrer ce nouveau-né, pendant une période relativement longue. Certaines croyances souvent vérifiées sous-tendent parfois l’abstinence périodique. C’est le cas du Mali où l’on pense que la semence masculine, en se rependant dans le corps de la mère, empoisonne le lait maternel et provoque chez le nourrisson de fortes diarrhées, ou encore l’élévation de la température de la mère au moment des rapports sexuels bouche les canaux du mamelon et diminue la ration du lait dont dispose le bébé (Laplante et Soumaoro, 1973). C’est aussi le cas chez les Bamiléks du Cameroun qui pensent que, l’enfant dont la mère a des relations sexuelles pendant les six à douze premiers mois suivant l’accouchement pourra être paralysé ; chez les Ewondo, une fois de plus l’enfant sera exposé aux diarrhées ou “d’agnos“ (diarrhées, fièvre et rhume). L’importance que revêt la santé de la mère et de l’enfant dans les sociétés africaines était par conséquent fondamentale. Dans bon nombre de ces sociétés, on veille à ce que le couple et principalement la femme arrive à un espacement “normal“ des grossesses afin de garantir non seulement sa propre santé mais la survie de l’enfant.

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

La pharmacologie locale quant à elle se compose de racines et d'écorces d'arbres, d'infusions, de décoctions, etc. Au Mali, la racine de "N'Gwane" (nom Wasulunké d'un arbuste en région de Sikasso), l'infusion du "N'Tomi" (tamarin), le "Didlo" hydromel fait d'eau et de miel fermenté ou non), le "Segekata" (potasse), sont tous considérés comme des produits ayant des vertus contraceptifs (Laplante et soumaoro, 1973).

De ce qui précède, il est tout à fait évident que la contraception n'est pas un fait nouveau pour les sociétés africaines. Les méthodes contraceptives que les peuples africains ont développées sont diversifiées et varient d'une culture à l'autre, d'une région à une autre. Les cas évoqués ci-dessus sont forts pertinemment édifiants. Ces méthodes contraceptives qualifiées de traditionnelles, bien qu'ayant des effets contraceptifs en terme d'espacement des naissances semblent largement en dessous des attentes de la société contemporaine du point de vue non seulement de la santé maternelle et infantile mais surtout de la maîtrise de la fécondité idée très forte de la planification familiale.

1.2. Une vision moderne de la planification familiale

1.2.1. Les arguments en faveur la planification familiale

La planification familiale dans son acception moderne est d'une importance non négligeable dans une société contemporaine. A cet effet, un certain nombre d'arguments militent en sa faveur. Dans cette perspective, Nasah (1998) en dénombre notamment trois à savoir : l'argument sanitaire, l'argument socio-économique et démographique, et l'argument Droits de l'homme.

1.2.1.1. Sur le plan de la santé

Sous l'angle de l'argument sanitaire, un accent particulier est mis sur la promotion de la santé maternelle et infantile. Il est fondé sur l'idée selon laquelle certaines méthodes anticonceptionnelles offrent une protection (excellente ou relative) contre les infections sexuellement transmissibles (IST), dont les maladies inflammatoires pelviennes (MIP) et

contre la stérilité aussi bien masculine que féminine (Vekemans, 1993). Il se base aussi sur l'appréciation des conséquences négatives de la grossesse dans certaines situations comme :

- Les naissances très rapprochées ;
- L'accouchement chez les adolescentes et les femmes ayant plus de 35 ans ;
- La parité élevée au-delà de 5 enfants ;
- Les contre-indications médicales pour la grossesse ;
- Les naissances prématurées.

La planification familiale offre aux femmes d'énormes facilités en les permettant en occurrence à prévenir toutes complications liées aux grossesses comportant des risques élevés, c'est l'exemple des maladies cardiaques et rénales, de grossesses trop précoces, trop tardives ou trop nombreuses. Par ailleurs, les méthodes de planification familiale, en prévenant les grossesses non-désirées, permettent également d'éviter les avortements provoqués dont le taux est très élevé dans la plupart des pays au sud du Sahara et surtout dans les milieux urbains camerounais. Ces avortements volontaires constituent une cause importante de morbidité et de mortalité maternelle (Nasah, 1998).

Des études épidémiologiques ont par ailleurs relevé les bienfaits de l'usage des méthodes contraceptives quelles qu'elles soient pour la santé tant maternelle qu'infantile. Dans le même ordre d'idée, Vekemans (1993) montre que :

- Les contraceptifs oraux combinés (COC) offrent des opportunités telles : des cycles menstruels réguliers et sans douleur, un risque moins élevé d'anémie due à une carence en fer, des risques moins élevés d'inflammation pelvienne, la protection contre les kystes ovariens bénins, les tumeurs mammaires bénignes et le cancer de l'endomètre ;
- Les contraceptifs injectables (C I), principalement le depoprovera, sont généralement bénéfiques à la santé : pas d'interférence avec l'allaitement maternel, prévention de la dysménorrhée et l'endométriose, des risques moins élevés d'anémie associée à l'aménorrhée, et des risques moins élevés de cancer de l'endomètre ;
- Les contraceptifs hormonaux imperméabilisent-ils plus ou moins la glaire cervicale et diminuent les risques de diffusion des germes par voie ascendante (col, corps utérin, trompes, petit bassin) ;
- Le condom, bien utilisé, diminue non seulement le risque de grossesse, mais aussi réduit le risque des IST/Sida ;

- Les autres méthodes barrières (cape, diaphragme...) diminuent le risque des IST par effet mécanique, et parce qu'on les associe normalement aux spermicides qui tuent la plupart des organismes causaux de ces infections (Vekemans, 1993). Au-delà de l'argument sanitaire, d'autres vont encore plaider en la faveur de la planification familiale. C'est le cas de l'argument socio-économique et démographique.

-

1.2.1.2. Sur le plan socio-économique et démographique

L'argument socio-économique et démographique met un accent particulier sur les conséquences négatives d'une famille ou d'une population nombreuse en termes de bien-être familial ou communautaire (Nasah, 1998). Sur le plan familial, une famille nombreuse est source de misère si les moyens nécessaires ne suivent pas pour satisfaire les besoins de logement, de nourriture, d'habillement, d'éducation etc. Par ailleurs à l'échelle plus grande c'est-à-dire communautaire ou nationale, un déséquilibre entre la croissance de la population et les capacités économiques peuvent annihiler tout effort de développement. La croissance très rapide de la population aurait pour conséquences entre autre un taux de chômage plus élevé, surtout en raison de la migration des ruraux vers les centres urbanisés, un accroissement de la criminalité urbaine, et une détérioration importante des infrastructures sociales. Bien plus à l'échelon mondial il sera question des effets irréversibles de la surconsommation des pays industrialisés sur les écosystèmes (Nasah, 1998) ainsi que d'immigration clandestine qui, agace sans doute les pays occidentaux.

L'adoption des divers programmes de planification familiale, dans le but de régulation des naissances ou sans risque d'exagérer de la réduction de la fécondité par nombreux pays et plus particulièrement au sud du Sahara est impulsée principalement par cet argument socio-économique et démographique. Il a par ailleurs suffit pour convaincre certain pays, demeurés réfractaires, des arguments des droits de l'homme pour s'arrimer aux autres pays.

1.2.1.3. Sur le plan des droits de l'Homme

La planification familiale est un droit reconnu par la communauté internationale (Severyns, 1993). Ce droit figure bien évidemment dans la Charte des Droits de l'Homme des

Nations Unies (révisée en 1986), stipulant distinctement que : « les parents ont le droit de déterminer librement et de façon responsable le nombre de leurs enfants et l'espace des naissances, et de disposer des connaissances et des moyens nécessaires pour leur permettre d'exercer ce droit ». D'autre part, cette idée a été réitérée lors de certains rendez-vous internationaux entre autre : à la "Conférence mondiale des Nations Unies sur la population" (Mexico, 1984), au "Forum International sur la Population et le Développement au XXI^e siècle" (Amsterdam, 1989), à la "Conférence Internationale sur la Population et le Développement" (CIPD) (Caire, 1994). Aussi en 1985, la "Conférence mondiale de la décennie des Nations Unies pour la femme" a fait remarquer que la planification familiale offre aux femmes l'opportunité d'exercer leur droit de maîtrise de leur fécondité et d'élargir surtout leur horizon dans le but d'améliorer leur propre condition (Severyns, 1993).

L'argument des droits de l'Homme suggère que les couples ou principalement les femmes en âge de procréer, aient le droit de faire le choix quant au désir d'avoir des enfants et bien plus le nombre idéal souhaité (Nasah, 1998). De ce qui précède, il ressort clairement qu'une importance particulière est accordée au statut de la femme dans la société.

1.2.2. Les arguments qui plaident contre la planification familiale

1.2.2.1. Les arguments scientifiques

Au plan des arguments scientifiques, un certain nombre d'inconvénients des méthodes contraceptives modernes sur la santé du consommateur sont à relever. C'est notamment le cas si leur posologie liée principalement aussi bien à l'âge qu'à l'état de santé de la femme, n'est pas prise en compte. C'est d'ailleurs dans cette perspective que certains risques liés à l'utilisation des contraceptifs ont été relevés par des auteurs tels que Nasah (1998) et Nkwa (1997). En effet, parmi ces risques, l'on note ceux capables de développer l'hypertension, les troubles cardiaques, la thrombose et les embolies pulmonaires conséquemment à l'utilisation des contraceptifs oraux à base de stéroïdes. Ces risques augmentent de façon significative avec l'âge (35 ans et plus) et la consommation cigarettes.

Un cycle menstruel irrégulier constitue le principal effet secondaire des contraceptifs injectables. Bien plus, le contraceptif Norplant n'est pas recommandé pour les

adolescentes puisqu'il peut entraîner à long terme la stérilité. Les méthodes de contraception permanente (stérilisation féminine et vasectomie) sont à proscrire, car elles entraînent une infécondité permanente. Aussi, le risque lié à l'utilisation du condom est-il lié à son taux d'échec, car environ 12% des femmes tombent enceintes au cours de la première année d'utilisation de ce contraceptif (NKWA, 1997).

L'insertion d'un stérilet pour prévenir une grossesse peut être une réussite si et seulement si l'utilisatrice se présente à la clinique 72 heures après l'acte sexuel ou si elle désire utiliser cette méthode de contraception sur une base régulière. L'inconvénient majeur associé à cette méthode est qu'elle provoque une inflammation pelvienne chez les femmes atteinte d'une infection vaginale ou d'une IST. C'est la raison pour laquelle on devrait garder à l'esprit, particulièrement en ce qui concerne les femmes nullipares, que cette méthode de contraception comporte un risque potentiel d'infécondité future (NKWA, 1997).

Somme toute, chaque méthode contraceptive offre à la fois des avantages et des dangers presque toujours liés à leur mode d'utilisation, à l'âge et à l'état de santé de l'utilisatrice. A cet effet, il est toujours nécessaire de juger suffisamment de l'avantage que peut procurer une méthode par rapport aux complications qu'elle peut entraîner, comme indique NKWA (1997). De toute évidence, les bénéfices individuels pour la société sont évidents en dépit de ces inconvénients qui semblent minimisables comparativement à leurs avantages : ils diminuent les besoins à satisfaire par les services de santé. Ces besoins seront en effet minimisés par la diminution du nombre total des grossesses (à risques), des accouchements et des jeunes enfants à prendre en charge. Pour l'auteur, une diminution du nombre de naissances chez des mères à hauts risques se traduit logiquement par des "économies" pour les services de santé ; économies qui pourront être redistribuées dans le système. L'auteur pense que si l'on considère que la mort ou l'incapacité pathologiquement manifeste d'une femme à la suite d'une grossesse représente une perte de productivité, une perte à la contribution de la société et un événement de mauvaise augure pour la survie de ses enfants, on peut en conclure que la PF a un rapport coût-efficacité positif pour la société si d'autres mesures complémentaires telle que l'assurance de la paix sociale, suivent.

La planification familiale peut donc faire l'objet d'une promotion pour répondre aux besoins de contraception et pour des finalités démographiques, à savoir : une

réduction du rythme de croissance si nécessaire. La contraception a également l'avantage de présenter un caractère préventif qui, non seulement influence positivement la santé de la mère et de l'enfant malheureusement inquiétante en Afrique au sud du Sahara, mais aussi agit indirectement sur la santé en général, le bien-être de la famille et de la société dans son ensemble atout du développement socio-économique (Severyns, 1993).

De ce qui précède, l'implantation ou le renforcement des capacités des programmes de PF dans les pays en développement en général, et les pays de l'Afrique en particulier serait nécessaire toutes choses étant égales par ailleurs. Ceci dans la mesure où ces pays font face à d'énormes problèmes de développement liés en partie à l'inadéquation entre les ressources disponibles et la population. Mais qu'en est-il de la position des décideurs africains face à la planification familiale ?

1.2.2. 2. Les arguments politiques et sociaux des décideurs africains

La plupart des gouvernements africains ont eu à l'égard de la planification familiale un discours à deux vitesses : un discours à tendance extravertie ou externe, avec des prises de positions nettement favorables aux programmes de la planification familiale, idée chère à la communauté internationale, et un discours interne à l'endroit des citoyens, beaucoup moins affirmatif avec, dans certains cas, des restrictions sévères à l'extension des services de la planification familiale (Locoh, 1988).

L'adhésion mitigée de bon nombre de décideurs politiques africains aux programmes de la PF s'explique en partie par ce "conflit" entre les traditions ancrées dans l'imaginaire populaire, considérant l'enfant comme une source de richesse, pendant que les idéologies occidentales le considèrent comme étant générateur de pauvreté (Bello, 1991).

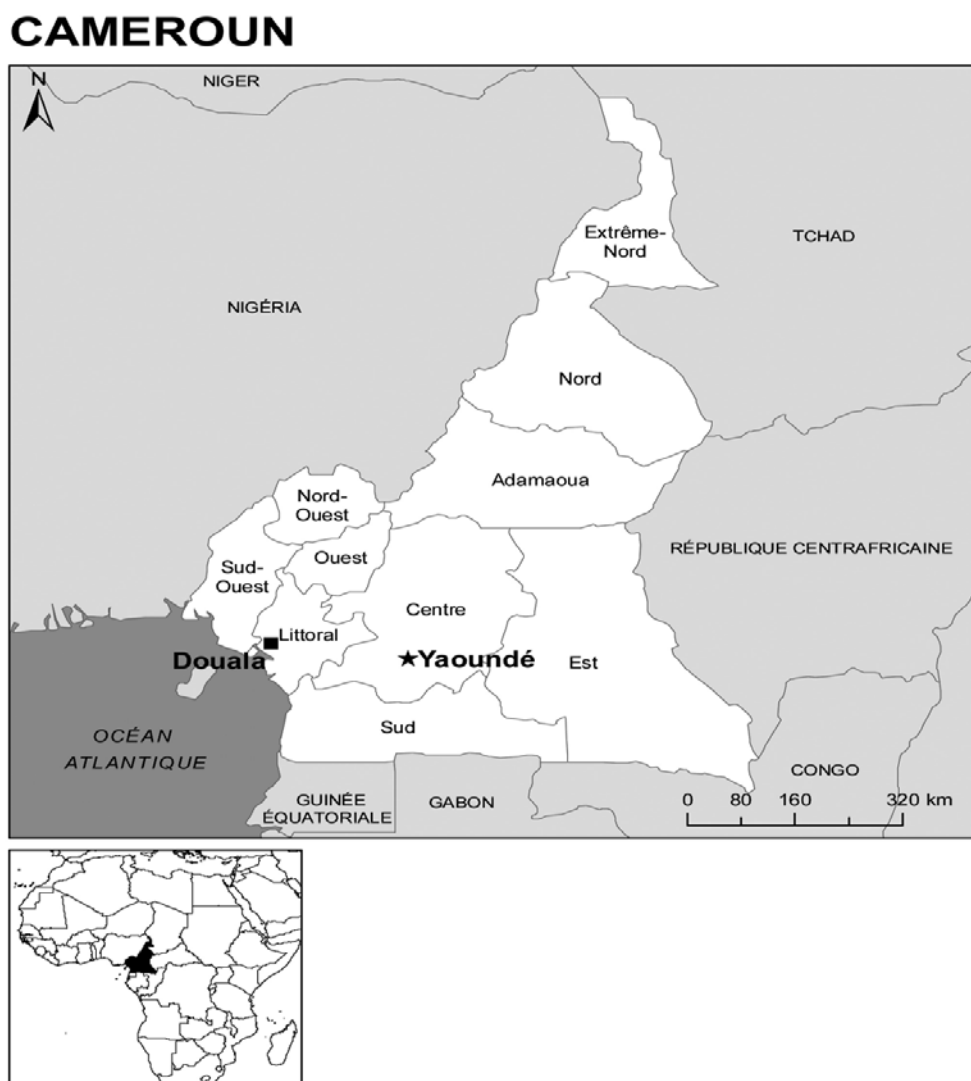
Il est à noter que la réussite des programmes de la planification familiale doit reposer fondamentalement tout d'abord sur le soutien inconditionnel et effectif des responsables politiques et plus, sur la détermination sans cesse des autorités traditionnelles et religieuses sans oublier les actions communautaires (Severyns, 1993). Par conséquent, l'implication de ces différentes composantes dans le but de mettre sur pied un certain nombre

de mesures politiques d'un pays dans les domaines politique et sanitaire surtout, paraît décisive pour la mise en œuvre et la réussite de tout programme de planification familiale.

1.3. La situation géographique, démographique et sanitaire de la zone d'étude

1.3.1. Situation géographique.

figure 1.1. carte administrative du cameroun



Echelle de la carte : 1 cm= 120 km.

Source: NCGIA SB UNEP-GRID Sioux Falls.

Pays de l'Afrique Centrale, le Cameroun est situé au fond du Golfe de Guinée, entre les 2^e et les 13^e degrés de latitude Nord, et les 9^e et 16^e degrés de longitude Est. Le pays s'étend sur une superficie de 475442 kilomètres carrés. Il présente une forme triangulaire qui s'étire du Sud au Lac Tchad sur près de 1200 km. La base quant à elle s'étale d'Ouest à l'Est sur environ 800 km et possédant par ailleurs une frontière maritime de 420 km le long de l'Océan Atlantique au Sud-ouest du pays. Il est limité à l'Ouest par le Nigeria, au Sud par le Congo, le Gabon et la Guinée Equatoriale, à l'Est par la République Centrafricaine, au Nord-Est par le Tchad, et enfin, au sommet du triangle, il est coiffé par le Lac Tchad. Le Cameroun de part sa diversité (en termes de culture, de relief, de climat, paysage et ressources naturelles etc....) est qualifié d'une Afrique en miniature.

La partie septentrionale du Cameroun en particulier, qualifiée ainsi de part sa situation géographique, est administrativement constituée essentiellement de trois provinces à savoir : les provinces de l'Adamaoua, du Nord et de l'Extrême-Nord. La province de l'Adamaoua a pour chef lieu administrative Ngaoundéré. Elle est frontalière avec le Nigéria à l'ouest et la République Centrafricaine à l'Est. Cette zone montagneuse marque la frontière entre le Cameroun forestier du sud et les savanes du nord. La province du Nord a par ailleurs pour métropole Garoua. Elle s'étend entre 8° et 10° de latitude Nord et entre 12° et 16° de longitude Est, entre au Nord la province de l'Extrême-Nord, au Sud la province de l'Adamaoua, à l'Est les Républiques du Tchad et de Centrafrique et à l'Ouest la République Fédérale du Nigeria. Le climat y est de type soudanien c'est-à-dire ayant 6 mois de saison des pluies et 6 mois de sécheresse avec une température moyenne de 35°C. Enfin elle est composée de la province de l'Extrême-Nord avec Maroua comme chef lieu. Elle est comprise entre le Lac Tchad au Nord, au Sud la province du Nord, le Nigeria à l'Ouest et le RCA à l'Est. Cette province de part son poids (démographique, économique, physique etc.) représente la majeure partie du septentrion. Globalement, le septentrion soudano sahélien est largement dominé par la savane et la steppe. En dehors du plateau de l'Adamaoua (château d'eau du Cameroun) où le climat est particulièrement tempéré, le reste de la région c'est-à-dire les deux autres provinces notamment du Nord et de l'Extrême-Nord, est caractérisée par un climat tropical chaud et sec, aux précipitations de plus en plus limitées voire rares au fur et à mesure que l'on se rapproche du Lac Tchad.

1.3.2. Situation démographique

En l'absence de la publication des résultats du troisième recensement général de la population et de l'habitat du Cameroun, réalisé en 2005, il est difficile d'avoir des données très détaillées et récentes sur toutes les régions. Néanmoins, selon les sources un peu plus anciennes, le Cameroun, comptait respectivement 7663296 habitants (RGPH 1976) et 10493655 habitants (RGPH 1987) en 1976 et 1987. Par ailleurs, sa population est estimée à environ 15 millions d'habitants (CDSR-AC 2001).

Cette population croît rapidement avec un taux d'accroissement annuel moyen estimé à 1,9% en 1950, évalué à 2,9% en 1987 (Rapport EDS III), et à 2,14% entre 2000 et 2005 (CDSR-AC 2001). Cette croissance est imputable à la baisse de la mortalité et à une fécondité relativement constante et dont le niveau demeure élevé. A ce rythme, la population camerounaise doublerait en moins de 24 ans seulement. En fait, si ce rythme de croissance se maintient d'ici 2014, le Cameroun compterait environ 23 millions d'habitants.

Selon les résultats du dernier RGPH (1987), la densité moyenne était de 23 habitants au km². Cette population était inégalement répartie sur le territoire national avec une proportion des urbains autour de 38%. De nos jours, du fait d'une forte urbanisation, cette population urbaine est estimée à 48,9% de la population totale (CDSR-AC 2001). De plus, la population camerounaise est en majorité jeune. Selon les résultats du RGPH de 1987, les personnes âgées entre 0-14 ans représentaient 46% de la population totale.

Pour ce qui est de la fécondité, elle demeure élevée malgré la baisse de son niveau depuis 1978. En effet, d'après l'ENF de 1978, une femme arrivée en fin de vie génésique avait en moyenne 6,4 enfants ; l'EDSC I (1991) et l'EDSC II (1998) ont respectivement estimé ce nombre à 5,8 et 5,2 enfants pendant que l'EDSC III (2004) estime ce chiffre à 5,0 enfants par femme en fin de vie féconde, soit au total, 1,4 enfant de moins par rapport au niveau de 1978. Cette fécondité est également précoce puisque 29% des filles de moins de 20 ans ont déjà donné naissance à au moins un enfant, ou en sont à leur première grossesse au moment de l'enquête. Ce niveau relativement élevé de la fécondité serait dû en partie à une activité sexuelle précoce corrélativement à une faible pratique contraceptive.

De manière distincte, le « Grand Nord » présente des caractéristiques particulières. D'une superficie de 64.000 km² et d'une population estimée en 2005 à 801307 habitants, l'Adamaoua est la 3^e province du Cameroun par sa taille. La terre est pauvre et faiblement peuplée. La ville de Ngaoundéré capitale provinciale est caractérisée par une très forte croissance à cause de sa situation au terminus de la ligne Yaoundé-Ngaoundéré (transcamerounais). L'activité économique principale est l'élevage de bétail (zébus). L'Islam y est la principale religion. A cet effet, les Peuls forment le principal groupe ethnique de la province, mais il existe de fortes minorités Tikar et Gbaya, ainsi que d'autres ethnies plus petites. La province du Nord quant à elle compte une population estimée à 1346623 habitants en 2005 pour une superficie de 65576 km², elle est constituée des groupes ethniques tels les Bororos souvent éleveurs, les Haoussas essentiellement commerçants, les immigrants (Laka, Toupouri, Massa, Matakam, etc.) pour la plupart agriculteurs. L'agriculture et l'élevage occupent 90% de la population. Bien plus, la pêche a fortement augmenté avec la création du barrage hydroélectrique sur le lac Lagdo. La Province de l'Extrême-Nord par ailleurs se caractérise particulièrement par une très forte démographie, rivalisant en la matière les deux grandes métropoles du pays (Douala et Yaoundé). En effet pour une superficie de 34264 km², il compte selon les estimations de 2005 une population de 3002797 habitants. On trouve également dans cette unité administrative entre autre les groupes ethniques tels les Arabes Choas, les Kotokos, les Kapsikis, les Massas, les Mousgoums, les Toupouris, les Mafas, les Guizigas, les Komas, les Haoussas etc....

Le nord Cameroun est relativement dominé par les Peuls musulmans, appelés Foulbé, dont les chefferies détiennent dans le pays une position politique importante ; ils se sont faits depuis plusieurs siècles les principaux propagateurs de l'islam, principale religion de ladite région; des populations animistes dites (« païennes ») ont généralement échappé à l'islamisation et de celle chrétiennes.

1.3.3. Situation économique

L'économie du Cameroun, pays en voie de développement, repose comme ses homologues principalement sur le secteur primaire. Les productions agricoles vivrières (maïs,

manioc, banane plantain, macabo, riz, mil, sorghos, arachide, etc.) et de rente (cacao, café, coton, caoutchouc, banane, ananas, etc.) font de l'agriculture camerounaise l'une des plus riches d'Afrique Centrale. D'une manière générale, le Cameroun jouit d'une certaine autosuffisance alimentaire. Par ailleurs, aux ressources énoncées ci-dessus s'ajoutent les ressources pétrolières et forestières, pour constituer des arguments de poids en faveur d'une base industrielle sur laquelle le pays pourrait s'appuyer pour accélérer son développement. Le PIB était estimé à 7609 milliards de FCFA en 2002, soit près de la moitié de celui de la CEMAC chiffré à 16627 milliards de FCFA. Par conséquent, le Cameroun constitue ainsi un poids lourd dans la sous région. Toute fois le Cameroun reste un pays pauvre : selon ECAM II, en 2001, deux personnes sur cinq soit 40% vivaient en dessous du seuil de pauvreté, estimé à 232547 FCFA par adulte et par an. Bien plus, 52% des pauvres étaient de sexe féminin.

Le « Grand Nord » caractérisé par un climat moins clément, des sols relativement pauvres paraît défavorisé par la nature comparativement à l'ensemble du pays. Ainsi compte tenu de ces diverses contraintes naturelles, cette partie du Cameroun ne bénéficie pas des conditions économiques similaires à celles de la partie méridionale. Dans cette région, il se développe principalement : l'élevage du bovin, la culture du coton, de l'oignon, du mil, du maïs, de la pomme de terre, de l'igname et des arachides. Il convient de relever que cette partie du pays est souvent sujette à des famines épisodiques, conséquences des aléas climatiques (sècheresse prolongée, inondations) et des invasions des acridiens (criquets migratoires).

Depuis l'atteinte du point d'achèvement de l'Initiative Pays Pauvres Très Endettés (IPPTE) en 2006, offrant aux heureux élus d'énormes facilités entre autres la réduction de la dette extérieure, des coopérations et aides au développement multiformes en occurrence les C2D, l'économie camerounaise ne cesse d'engranger des points. Toutefois, cette croissance reste toujours fragile dans la mesure où la pauvreté est encore importante. Une telle situation ne pourrait pas améliorer la situation des populations et particulièrement celle des femmes.

1.3.4. Situation sanitaire

Dans le domaine de la santé, d'énormes efforts ont été réalisés par le gouvernement camerounais. Mais malgré quelques progrès enregistrés dans ce domaine, on assiste depuis le début des années 1990 à une dégradation de l'état sanitaire au Cameroun et particulièrement celle des femmes.

La santé maternelle et de l'enfant restent précaires à cause notamment des grossesses nombreuses et/ou des intervalles intergénéralisés rapprochés, aux conditions d'accouchement difficiles surtout en milieu rural, à accès très limité aux services de la santé de reproduction et surtout à la non-utilisation des méthodes contraceptives modernes. Par ailleurs, le VIH/Sida prend de plus en plus d'ampleur au Cameroun avec les conséquences que personne n'ignore. L'EDSC III, montre que le taux de prévalence se chiffre à 5,5% en 2004. Toujours selon cet EDSC III, ce taux de prévalence chez les femmes de 15-49 ans (celles en âge de procréer) est supérieur à celui des hommes de la même tranche d'âge : 6,8 % contre 4, 1%. Selon le milieu de résidence, le milieu urbain présente un risque d'infection significativement plus élevé.

La situation sanitaire dans le septentrion est particulièrement alarmante. Certes, dans cette partie du Cameroun où la population est majoritairement rurale et relativement sous scolarisée, les infrastructures sanitaires sont non seulement de plus en plus limitées, mais pratiquement inexistantes. Plus encore la situation est telle que les femmes et souvent avec des grossesses très avancées sont parfois contraintes de braver des kilomètres afin de bénéficier des services de PF. De ce qui précède, il va de soi que l'état de la santé de la mère et de l'enfant dans cette région du pays doit attirer une attention particulière dans la mesure où il paraît beaucoup plus inquiétant que dans le reste du pays. En effet la mortalité maternelle et infantile y est très élevée. En ce qui concerne la pandémie du VIH/Sida, elle présente de fortes disparités régionales au niveau national avec des taux de prévalence de 1,7% pour la province du Nord, 2,0% pour l'Extrême-Nord (des taux les plus faibles du pays), et de 9,8% pour la province de l'Adamaoua. Si telle est la situation de la zone d'étude, que pouvons-nous retenir des différentes recherches sur la pratique contraceptive moderne ?

CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE

Dans ce chapitre, il sera question principalement de mettre en exergue les facteurs généralement identifiés dans la littérature comme déterminant ou affectant la non-utilisation des méthodes modernes de contraception en Afrique et au Cameroun en particulier. Ensuite un cadre conceptuel sera construit pour mieux cerner l'objet de l'étude qu'est la recherche des facteurs associés à la non-utilisation de la contraception moderne par les femmes en union dans le septentrion camerounais. Enfin, ce cadre conceptuel sera assorti, primo d'une hypothèse générale mettant en relation ou associant les concepts fondamentaux qui seront nécessairement définis, et secundo des hypothèses spécifiques mettant en exergue la relation les variables indépendantes et la variable dépendante.

2.1. Revue de la littérature

Compte tenu de la persistance de la très forte fécondité entraînant un déséquilibre manifeste entre la croissance économique et croissance démographique, voire la précarité en matière de la santé maternelle et infantile en Afrique au Sud du Sahara, la littérature sur la pratique contraceptive dans cette partie du monde est restée très prolix. De nombreux chercheurs ont tenté d'identifier les éléments prédisposant les femmes à l'utilisation ou non de la contraception moderne ainsi que leurs mécanismes d'action. Ainsi plusieurs approches explicatives ont essayé d'aborder ce phénomène. Il s'agit notamment de l'approche socio-économique, de l'approche socio-culturelle ainsi que de l'approche institutionnelle. Les deux premières mettent fondamentalement l'accent sur les motivations individuelles en matière de la pratique contraceptive. La dernière quant à elle insiste sur l'engagement des décideurs politiques, la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des services en matière de la planification familiale. Ce chapitre passe en revue ces différentes approches utilisées pour expliquer le non recours à la contraception moderne ainsi que les principaux résultats qui en sont issus.

2.1.1. Les facteurs socio-économiques

Parmi les facteurs socio-économiques susceptibles d'influencer le comportement de l'individu dans sa prise de décision quant au recourir ou non à la contraception moderne, on cite généralement l'occupation, le niveau de vie du ménage.

L'activité économique ou l'occupation de la femme a été approchée pour expliquer la non-utilisation de la contraception moderne. Cette variable permet d'appréhender la capacité des individus à se procurer des contraceptifs. Des études ont en effet montré que quel que soit le milieu de résidence considéré, la pratique contraceptive dépend du niveau de vie des populations. C'est d'ailleurs ce que Nouetagni (1999) a montré en affirmant que le très faible pouvoir d'achat des pauvres annihilera toute volonté de recourir aux méthodes modernes de contraception pour inhiber leur fécondité dans le cas du Cameroun. Bien plus, EVINA (2007) a par ailleurs montré que l'effet de cette variable est plus significatif dans les villes moyennes et le milieu rural. L'occupation ou l'activité économique principale peut se comprendre de plusieurs façons. En fait, le type d'activité permet de distinguer les personnes qui ont un emploi et celles qui en sont dépourvues, avec cette présomption que les premières sont rémunérées, donc capables de s'offrir les moyens contraceptifs modernes que les secondes (ce qui n'est pas toujours vrai). La relation entre l'occupation et la pratique contraceptive a été largement abordée dans les études de Shapiro et Tambashe (1994), mais aussi dans celles de Rwenge (1994). Ce dernier en particulier note en effet que l'activité économique détermine la capacité de l'individu à disposer des moyens requis pour s'offrir les services de PF, en même temps que cette activité constitue particulièrement pour la femme, une source de conflit entre ses rôles de mère et de travailleuse.

Il n'est toujours pas aisé de dissocier les effets de l'instruction et ceux de l'emploi. Certes, ce n'est pas toujours le fait de travailler ou non qui favorise la non-utilisation de la contraception, mais également le fait d'occuper un emploi de type moderne ou non. En effet, celui qui travaille dans le secteur moderne est non seulement exposé aux méthodes contraceptives modernes, mais prédisposé à limiter les naissances compte tenu des coûts relatifs à l'enfant comparativement à celui œuvrant dans le secteur rural. Pour le premier, une progéniture nombreuse constitue une charge alors que le second voit en cela un capital en

main d'œuvre non négligeable pour les besoins champêtres. C'est cette idée que confirment une fois de plus Shapioro et Tambashe (1994) en affirmant que les femmes qui travaillent pour leur propre compte et celles employées dans le secteur moderne sont moins enclines à avoir une descendance nombreuse et par voie de conséquence beaucoup moins enclines à la non-utilisation de la contraception moderne que les femmes qui ne travaillent pas du tout ou sont dans le secteur rural c'est-à-dire traditionnel.

D'autre part le revenu, fruit de l'occupation, permet de distinguer celles qui sont ou non capables de s'offrir les services de la planification familiale. L'accès à la contraception moderne sera donc fonction des moyens financiers dont l'individu pourrait disposer, ce qui conduit à présumer une tendance à une association positive entre le revenu et l'utilisation des méthodes contraceptives. En d'autres termes, selon que le pouvoir d'achat de l'individu le permet ou non, ce dernier aura ou non l'accès à la contraception moderne.

2.1.2. Les facteurs socio-culturels

Dans toutes les sociétés, il existe de nombreux facteurs socio-culturels influençant la non-utilisation de la contraception moderne chez les femmes en union. Parmi ces facteurs, on peut citer entre autre l'ethnie, la parenté et le lignage, les quels perpétuent le nom de la famille. Il faut aussi ajouter les valeurs culturelles qui magnifient les mariages précoces des femmes, la descendance nombreuse.

En général, il n'est pas nouveau d'entendre que les sociétés africaines et particulièrement au sud du Sahara désirent des familles de grandes tailles. Les femmes ayant une progéniture nombreuse sont généralement l'objet d'un grand respect ou d'une haute considération de la part de la société. Sala-Diakanda (1988 : 200-201) note à cet effet que « étant donné qu'en Afrique l'infécondité cause, depuis la nuit des temps, une peur profonde, voire atavique, tout est mis en œuvre par le couple que par les belles familles, pour éviter au mariage, plus précisément à la femme mariée, la honte due à l'absence de l'enfant ». Et Kourouna (1970), renchérit en affirmant : « ce qui sied le plus à un mariage, le plus à une femme : l'enfant, la maternité qui sont plus que les plus riches parures, plus que la plus éclatante beauté ! A la femme sans maternité manque plus que la moitié de la féminité ».

Une étude effectuée au Nigeria a montré par ailleurs que le peu de femmes innovatrices ayant eu l'idée d'exiger leurs droits en matière de la limitation de leurs naissances paraissent aux yeux de leurs beaux-parents et beaucoup d'autres personnes monstrueuses. Un autre exemple est celui du Benin où, parmi les problèmes en relation avec la non-utilisation des services de planification familiale, on cite : le désir d'avoir plus d'enfants, ces derniers étant considérés comme une source de revenu ; la peur d'utiliser la contraception perçue comme une incitation à l'adultère. Par ailleurs, des problèmes similaires affectant la pratique contraceptive existe aussi au Burkina Faso. Certes une famille nombreuse impose sécurité et respect dans les sociétés africaines. A cet effet, avoir beaucoup d'enfant procure aux pères de la fierté et une preuve de fécondité pour les mères. Les femmes sans enfants sont méprisées et stigmatisées partout ailleurs, de même, les lois coutumières héritées ainsi que les croyances religieuses de bon nombre d'individu ne permettent pas l'utilisation de la contraception moderne. Le Cameroun et notamment le septentrion fortement attaché à sa culture ne fait pas exception à la règle.

2.1.2.1. Le milieu de résidence

Le milieu de résidence est très important quant à la variation des comportements en matière de la contraception. En effet, selon que l'on réside en milieu urbain ou en milieu rural, on aura des attitudes et des comportements différents face à la contraception, dans la mesure où chaque milieu regorge un certain nombre d'infrastructure en matière de la PF et bien aussi des valeurs propres à inculquer aux individus. Ainsi, le milieu urbain est mieux loti en matière des services de la PF et par conséquent a moins de chance de ne pas utiliser la contraception moderne. Certaines études montrent justement que la pratique contraceptive est répandue en milieu urbain qu'en milieu rural, et l'expérience montre qu'il y a une demande croissante de contraception moderne dans les villes que dans les campagnes ou villages. Il est d'ailleurs à noter que la majeure partie de la population septentrionale est rurale, ce qui présuppose une propension plus importante de la non-utilisation de la contraception moderne.

2.1.2.2. Le milieu de socialisation

C'est le milieu où l'on a passé la plus grande partie de son enfance (au moins une douzaine d'années depuis la naissance). Certains milieux véhiculent des valeurs de nature à défavoriser la fécondité (notamment le milieu urbain) pendant que d'autres en occurrence rural créent des conditions à encourager une famille nombreuse (Aka et Rwenge, 1996). L'on suppose à cet effet que c'est pendant cette période que l'individu subit une socialisation au cours de laquelle il assimile et intériorise les normes et valeurs de la société. Par conséquent, on est sensé se forger une personnalité qui présidera tout comportement en matière de fécondité et de la contraception.

2.1.2.3. L'ethnie

L'apparence ethnique est un facteur important de différenciation comportementale surtout en Afrique noir où les normes notamment en matière de fécondité varient significativement selon les ethnies. Bien que les décisions se prennent au niveau des individus, du couple ou de la famille, c'est entre autres au niveau agrégé c'est-à-dire au niveau des ethnies que s'élaborent et se développent des stratégies globales de reproduction. Le fait que les ethnies ont des comportements spécifiques et qu'elles pratiquent une ségrégation culturelle et sexuelle en se mélangant rarement avec d'autres (Sala-Diakanda, 1988 : 195) peut rendre vraisemblable la disparité des taux de non-utilisation de la contraception moderne dans le pays. Les variations interethniques en matière de la contraception sont aussi observées par Rwenge (1994) dans une étude portant sur les femmes béninoises en union tandis qu'Ali et Cleland (1995) notent l'existence dans certaines sociétés africaines de mauvaises perceptions de la contraception moderne. « L'ethnie est en effet le lieu de production et de reproduction des modèles culturels qui modulent les comportements des individus. » (EVINA, 2007 :17). A cet effet, c'est l'un des principaux éléments qui forge la personnalité de tout individu.

L'intérêt d'analyser le comportement reproducteur sur une base ethnique réside dans l'homogénéité des comportements constatée à l'intérieur d'une même ethnie, y compris parmi les immigrés. Il ya d'ailleurs corrélation entre ethnie et comportement en matière de fécondité, de même entre ethnie et comportement matrimonial, etc. Mais les phénomènes de

métissage, d'assimilation, d'osmose, de domination d'un groupe sur l'autre rendent difficile le repérage des groupes ethniques (Gendreau, 1993 : 133). Ainsi donc, le fait que les populations du Cameroun soient organisées sur une base pluriethnique implique une diversité de cultures, laquelle pourrait se traduire du point de vue démographique, par des différences de comportements en matière de fécondité et de non-utilisation de la contraception.

2.1.2.4. L'instruction

Il ressort des études menées dans bien des pays en développement, notamment ceux situés au sud du Sahara, que l'éducation a un impact significatif non seulement sur le nombre d'enfants qu'un individu désire avoir, mais aussi sur le niveau de connaissance et d'utilisation de la contraception. C'est la raison pour laquelle on a toujours tendance à associer la pratique contraceptive moderne et le niveau d'instruction des individus. Plus ce niveau augmente ou est élevé, moins on désire d'enfants et plus la connaissance et l'utilisation des méthodes contraceptives s'améliorent. En effet, une personne éduquée (instruite) maîtrise comment éviter une grossesse, comment espacer les naissances et par quels moyens obtenir les méthodes contraceptives modernes comparativement à celle moins instruite ou non. Les différentes enquêtes démographiques et de santé du Cameroun (EDSC I, EDSC II, EDSC III) montrent en effet cette relation étroite entre le niveau d'instruction et le recours à la contraception moderne.

Le rôle joué par l'instruction pourrait s'expliquer entre autre par le fait que ce facteur a la capacité d'affecter les normes et les valeurs des individus au point de remettre en question la morale, les us et les coutumes traditionnelles jusque là intériorisées par les individus. Cette idée est par ailleurs largement partagée par Rwenge (1994) qui, parlant de la femme dans une étude sur la fécondité au Cameroun, montre que l'instruction crée en elle un esprit critique qui ne lui permet pas d'accepter aussi candidement les idées qui étaient considérées comme des vérités toutes faites, et par conséquent favorise sa faculté d'engager une discussion sur la planification des naissances avec son partenaire. C'est autant dire donc que l'instruction, du fait de l'ouverture d'esprit qu'elle offre à l'individu, est d'une importance capitale quant à la décision et la liberté de choix en ce qui concerne les méthodes modernes de contraception à utiliser.

Par ailleurs les personnes instruites sont aussi censées être plus réceptives aux idées nouvelles et aussi celles capables d'introduire des innovations dans la société, du fait de leur contact au monde extérieur. Okedji (1974 :28) remarque à ce sujet que « bien que l'instruction soit habituellement amalgamée avec d'autres facteurs pour constituer des indices composites de classe sociale, un certain nombre d'études ont montré clairement que, parmi tous les indicateurs de la classe sociale, c'est précisément l'instruction qui est le plus puissant prédicateur des changements de comportement dans le domaine de la contraception »

Toutefois une étude menée par Shapiro et Tambashe dans l'actuelle RDC (République Démocratique du Congo) a par ailleurs révélée les limites de l'instruction dans le contrôle de la fécondité par les femmes Luba du Kasai. En effet, aussi paradoxal que cela pourrait paraître, ces dernières combinent à la fois forte fécondité et niveau d'instruction élevée comparativement à leurs consœurs d'ethnies Bakongo, de Kitwit et de bien d'autres provinces, dont le niveau d'instruction est bas et avec une fécondité relativement faible.

2.1.2.5. La religion

En ce qui concerne les croyances religieuses, la plupart d'elles estiment que « nos enfants ne sont pas nos enfants ». Selon ces croyances, les parents, ne sont que des carneaux par lesquels s'exprime la vie qui n'est qu'un don de Dieu. Ils n'ont donc pas le droit d'interrompre la vie ou d'empêcher sa manifestation.

Pratiquement toutes les confessions religieuses établies en Afrique sont natalistes, mais elles acceptent plus ou moins le principe de régulation des naissances ; elles divergent cependant sur les moyens à mettre en œuvre pour y arriver, comme d'ailleurs ce fut le cas à la conférence des évêques de Lambeth en 1930 et tout récemment entre les différentes délégations à la conférence de Caire.

En effet dans une étude récente, Sala-Diakanda (1996) a dégagé les contradictions existant entre les confessions religieuses sur les questions relatives à la contraception. Ainsi, l'auteur montre qu'à l'occasion du forum des ONG organisés parallèlement à la conférence du Caire, le conseil des églises, réunissant les protestants, les anglicans et orthodoxes, avait souligné que, bien que les églises qu'il représente aient des approches différentes des

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

Par ailleurs, réagissant à ce qui pourrait être considéré comme le « réalisme protestant », l'église catholique avait, la même année précisé la sienne dans l'encyclique *Casti Connubii* du pape Pie XI : l'église catholique manifeste une opposition radicale aux méthodes contraceptives. Toutefois, en 1951 une révision introduite par Pie XII permet, dans certaines circonstances, le recours à certaines méthodes contraceptives ; cette nouvelle position réaffirmée par Paul VI en 1968 dans son encyclique *Humanae Vitae*, est reprise par Jean-Paul II en 1981 dans exhortation apostolique *Familialis Consortio*. L'église catholique, qui a réitéré très fortement sa position au Caire et ainsi joué son rôle de premier plan lors des débats, considéré que ce qui est présenté comme « bombe démographique » mondiale se révèle de plus en plus être un mythe qui justifie « l'impératif contraceptif » actuel. Le Saint Siège désapprouve les méthodes de planification familiale irrecevables au le plan moral avec évidemment des services qui ne respectent ni la liberté des époux, ni la dignité de l'être humain et leurs droits fondamentaux (Nations Unies, 1994, pp. 163-164 ; cité par Sala-Diakanda : 1996).

« Quant à l'islam, il constitue également une barrière à la diffusion de la planification familiale, non seulement tant par sa doctrine proprement dite concernant la contraception, que par sa conception de la famille. La loi musulmane admet en effet le AZL, ou coït interrompu, entant que pratique sexuelle mentionnée dans le Coran pour éviter d'avoir une progéniture nombreuse, et donc des grossesses non désirées » Rashid, 1994, p2 ; cité par Sala-Diakanda : 1996).

Il est ainsi à retenir de ce qui précède que la plupart des valeurs traditionnelles africaines en matière de la procréation et de planification familiale sont natalistes. En ce qui

concerne les valeurs religieuses quelques légères différences ont été relevées selon les protestants et les catholiques et entre ces derniers et les musulmans.

2.1.3. Facteurs institutionnels

En Afrique, la diffusion progressive de la pratique moderne de contraception a été confrontée à des difficultés d'ordre institutionnel, politique et économique. Comme le notent EVINA et KHISHIMBA (2001), l'utilisation des méthodes contraceptives en Afrique ainsi que les objectifs assignés à cette pratique dépendent d'abord du contexte politique et institutionnel de chaque pays. Le contexte politique peut influencer sur la non-utilisation de la contraception par l'adoption des lois et règlements tendant à la restriction de l'offre de services. L'adoption de certaines lois qui interdisent l'avortement ou même celles qui exigent des femmes une autorisation de leurs maris pour recourir à la contraception et plus encore la déperdition en matière d'infrastructures sanitaires constituent une illustration du rôle du contexte politique sur la pratique contraceptive. Aussi, il arrive souvent dans certains pays que les programmes de planification familiale soient perçus comme les « programmes des femmes (UNFPA, 2005).

Au plan institutionnel, le manque d'infrastructures appropriées et le manque de coordination de toutes les structures chargées de la diffusion des méthodes contraceptives constituent entre autres des principaux obstacles à l'utilisation de la contraception moderne. Parfois quand même l'offre est disponible, la qualité ne suit pas. Or, comme le note BENINGUISSE (2002 : 38) : « *Une offre quantitative et qualitative des services de planification familiale est une des conditions de la vigueur et du rayonnement des programmes* ». Aussi, l'absence des informations sur l'efficacité, les insuffisances et les effets secondaires des différentes méthodes est de nature à créer un climat de suspicion au sein des populations. De fois les prestataires des services, animés par certains préjugés ne proposent pas un éventail de choix des contraceptifs. En témoignent les propos de cette zambienne : « *[l'infirmière] m'a dit que si je ne voulais pas la pilule, alors elle ne me recommanderait rien d'autre* » (UNFPA, Op cit).

Parmi les facteurs institutionnels de la pratique contraceptive en Afrique se retrouve le manque de motivation des gouvernements à promouvoir ces programmes et, l'indisponibilité des services de planification familiale. Cependant, dans les pays où ces services existent, quelques problèmes notamment l'inaccessibilité des services et la qualité des services offerts constituent des obstacles certains à l'utilisation de la contraception.

2.1.3.1. La faible motivation des décideurs et indisponibilité des services

Depuis Mexico, les gouvernements africains se sont engagés à mettre sur pieds des programmes de planification familiale pour faire baisser la fécondité. Force est de constater aujourd'hui que ces programmes ne bénéficient pas encore totalement de l'appui des gouvernements. Comme le dit Th. Locoh (1991) : « En dépit de la déclaration officielle, les programmes de planification familiale au quotidien, ne sont pas soutenus par une volonté politique forte. Le Ghana, avec une politique de population centrée sur un objectif de baisse de fécondité, fait moins bien en ce sens que le Togo voisin (au moins en ville) qui n'a jamais eu de politique officielle et se montre pour le moins réticent à en définir une ». La faible motivation des décideurs se manifeste par l'absence d'un soutien légal, matériel et financier. Cette absence se traduit par l'indisponibilité des services caractérisée par :

- Le manque d'information sur les méthodes contraceptives qui a pour corollaire le développement des fausses rumeurs concernant les méthodes modernes de contraception.
- La rupture des stocks des produits contraceptifs qui empêchent les femmes de continuer à utiliser les méthodes contraceptives préférées.

L'insuffisance des infrastructures socio-sanitaires constitue aux yeux de certains auteurs le facteur le plus inhibant.

2.1.3.2. L'accessibilité des services

Dans beaucoup de pays africains, les services de planification familiale ont tendance à se concentrer dans les grandes villes. Les services de planification familiale ne sont donc pas

accessibles à une bonne frange de la population. L'accès à la contraception est donc très difficile. L'accès aux services de PF est généralement considéré comme faisant référence à la mesure dans laquelle un ensemble approprié de méthodes et de services de contraception peuvent être obtenus par les individus à un endroit donné. Ainsi, les termes « accès » ou « accessibilité » sont employés de manière interchangeable et suppose un effort continu en vue d'obtention de service. Toutefois, on peut distinguer plusieurs types d'accessibilité :

- L'accessibilité géographique ou physique : elle désigne la mesure dans laquelle les centres de prestations et de produit de planification familiale sont situés de sorte qu'une grande proportion de la population ciblée puisse y accéder dans la limite des efforts acceptables ;
- L'accessibilité économique : elle est la mesure dans laquelle les coûts de l'accès aux centres de prestations et de produits contraceptifs sont à la portée économique de la population cible. Les barrières économiques affectent la pratique de la contraception en ce qu'elles découragent, d'une part, la clientèle qui chercherait à obtenir des services et, d'autres part, rendent difficile la pratique de la contraception ;
- L'accessibilité administrative : il représente la mesure dans laquelle les règles et les règlements inutilement contraires au choix et à la pratique contraceptive sont éliminées ;
- L'accessibilité cognitive : elle désigne la mesure dans laquelle la clientèle connaît l'emplacement des centres de prestation ou d'approvisionnement, ainsi que les services disponibles dans les centres ;
- L'accessibilité psychosociale : elle représente la mesure dans laquelle la cliente potentielle ne subit aucune contrainte d'ordre psychologique, comportemental ou social défavorable à la recherche de service de planification familiale.

La notion d'accessibilité recouvre plusieurs dimensions qui méritent d'être appréhendée dans l'orientation des programmes de PF.

2.1.3.3. La qualité des services offerts

La qualité des services offerts contribue aussi à la faible utilisation des méthodes contraceptives. Les services de planification familiale sont en effet largement tributaires de l'infrastructure et du personnel de santé. Malheureusement, la qualité des services de planification familiale en Afrique laisse à désirer comme le dit notamment Th. Locoh (1991)

lorsqu'il écrit : « la qualité des services de planification familiale laisse à désirer, sinon comment expliquer que, même dans les villes où il existe un désir de planification des naissances, les femmes recourent faiblement à la contraception et tournent vers la fourniture, à la sauvette, soi-disant des produits contraceptifs achetés au marché ou plus grave encore vers l'avortement. L'exclusion de certaines catégories de clientes, le faible niveau de l'information dispensée, la prescription autoritaire d'une méthode, le recours à des contraceptifs non autorisés dans les pays développés sont autant de pratiques qui caractérisent, ici ou là, les services de planification familiale en Afrique et qui dissuadent un certain nombre de clientes potentielles. Quand on sait combien la démarche de demande de planification familiale peut paraître « risquée » dans une société encore orientée vers la valorisation de la fécondité, on mesure à quel point, il faudrait pousser le souci de sécuriser la femme ou le couple ».

2.1.4. Les facteurs socio-démographiques

Ils sont aussi appelés facteurs de situation et comprennent entre autre l'âge, le nombre idéal d'enfant, le nombre d'enfants survivants, le nombre d'enfants nés vivants, la durée du mariage, l'état matrimonial, le type d'union.

2.1.4.1. L'âge

Variable très fondamentale de l'analyse démographique, l'âge est aussi l'information la plus difficile à obtenir lorsque l'enregistrement de l'événement, particulièrement les naissances, n'est pas généralisé (Gendreau, 1993 : 163). La connaissance de la répartition par âge de la population est importante par ce qu'elle permet de différencier les individus en fonction de leur risque d'exposition au phénomène étudié. C'est surtout dans les sociétés où l'on ne pratique pas la contraception de façon généralisée que ce facteur est important. Couplé avec la contraception, il apparaît que ce sont les jeunes qui utilisent davantage les moyens contraceptifs modernes que les personnes âgées (Locoh, 2 1986 ; EDSC II, 1998).

2 Locoh, cité par Janssen, 1998

2.1.4.2. L'état matrimonial

La variable « état matrimonial » est censée donner une idée de la catégorie d'individus les plus susceptibles d'utiliser la contraception. L'Afrique, on le sait, se caractérise par une grande diversité de situations matrimoniales différentes les unes des autres selon leur degré de permanence ou leur relation avec la loi, la coutume ou la religion. Et il est évident que la classification des célibataires, mariés, veufs et séparés/divorcés est insuffisante pour rendre compte d'une telle diversité (Gendreau, 1993 : 131). Néanmoins, on note que la polygamie³ est assez répandue dans le continent noir et que le type de mariage (monogame ou polygame) a un impact sur le comportement en matière contraceptif. En effet, les études antérieures montrent que les personnes en union monogame sont plus susceptibles d'utiliser la contraception que les polygames chez qui, l'utilisation de la contraception est moins répandue. D'où l'influence négative de la polygamie sur la contraception (Locoh, 1988).

2.1.5. Les variables intermédiaires

Il y a plusieurs autres facteurs tels : la taille désirée de la famille, la préférence pour le sexe, l'attitude face à la contraception, la discussion au sein du couple, le rapport de force entre les époux en ce qui concerne le pouvoir de décision dans le ménage, la connaissance de la contraception (préalable à l'utilisation), etc. qui peuvent inciter ou pas à la pratique contraceptive moderne (Ngoy, 1993 ; Bongaarts, 1995 ; Meekers et al., 1996 ; Veron, 1997 ; Kouakou et al., 1997 ; Beat et Fotso, 1997 ; Locoh, 1997 ; Kouyé, 1997 ; Bella, 1998 ; Rono, 1998). S'agissant par exemple de la préférence en matière de fécondité, des enquêtes effectuées dans bon nombre de pays révèlent, toutes choses égales par ailleurs, que le nombre d'enfants par homme est supérieur à celui désiré par la femme (Sorgho et Namalgue, 1997 : 9 ; Beat et Fotso, 1997 : 41,61). On relève ainsi que dans quatre pays sur cinq en Afrique occidentale, les hommes désirent deux à quatre enfants de plus que leurs femmes (Rosen et Conly, 1998 : 20). Au Burkina Faso, la fécondité moyenne désirée est de 6,2 enfants pour les hommes et 5,7 pour les femmes (Sorgho et Namalgue, 1997) tandis qu'en Côte d'Ivoire les

³ Ce terme est souvent utilisé à la place du mot « polygynie » désignant l'union d'un homme avec plusieurs femmes

hommes et les femmes ont tendance à vouloir le même nombre d'enfants (Kouakou, h, et Kouassi, L, 1997).

A l'issue de cette revue non exhaustive de la littérature sur la contraception le rôle particulier joué par certaines variables socio-démographiques, socio-économiques et socio-culturelles dans la détermination des variations des comportements contraceptifs est mis en relief. Ce qu'on a retenu le plus c'est que les comportements en matière de la contraception sont déterminés beaucoup plus par des valeurs et des normes culturelles auxquelles s'identifient les individus. N'empêche que beaucoup d'autres études ont montré que le comportement contraceptif est beaucoup plus tributaire des facteurs individuels : le niveau d'instruction, l'occupation, la discussion dans le couple, l'attitude face à la contraception etc. Nous déplorons aussi le manque des études spécifiques sur le comportement en matière de fécondité et de contraception chez les femmes dans le septentrion du Cameroun. De ce qui précède, un certain nombre d'hypothèses sont retenues.

2.2. Hypothèses et cadre conceptuel

2.2.1. Hypothèses

A l'issue de cette brève revue de la littérature sur la pratique contraceptive moderne, il se dégage un certain nombre d'hypothèses en matière de la contraception moderne. Ces hypothèses, avant toute confirmation ou infirmation seront soumises à une vérification scientifique par le biais d'un certain nombre de méthodes statistiques retenues à cet effet. L'hypothèse fondamentale de cette étude est que la non-utilisation de la contraception moderne chez les femmes en union du Cameroun septentrional est largement tributaire des facteurs socio-culturels, socio-économiques et socio-démographiques. L'effet de ces différents facteurs est non seulement direct mais aussi indirect sur la non-utilisation, dans la mesure où leurs influences passent également par d'autres facteurs intermédiaires.

La recherche des facteurs associés à la non-utilisation de la contraception moderne s'articulera autour des hypothèses spécifiques suivantes :

- Les femmes musulmanes sont beaucoup plus enclines à la non-utilisation de la contraception moderne que celles des autres confessions religieuses ;
- la non-utilisation de la contraception est beaucoup plus prononcée chez les femmes issues des ménages pauvres ;
- Les femmes en union travaillant dans le secteur traditionnel ont une propension très forte à la non-utilisation de la contraception moderne ;
- les femmes qui désirent plus d'enfants ont une propension très importante à la non-utilisation de la contraception moderne ;
- les femmes en union ayant plus de chance de discuter de la PF avec leur conjoint ont plus de risque de ne pas utiliser la contraception moderne ;
- les femmes dont les conjoints sont favorables aux méthodes contraceptives modernes sont moins enclines à la non-utilisation de la contraception moderne;
- Avec le brassage culturel, le développement infrastructurel et l'évolution des mœurs sexuelles et reproductives plus accentués en milieu urbain qu'en milieu rural, nous supposons que les femmes résidant en milieu rural sont beaucoup plus enclines à la non-utilisation des méthodes modernes de contraception que leurs congénères du milieu urbain.
- Plus le niveau d'instruction de la femme diminue plus sa chance de ne pas recourir aux méthodes contraceptives modernes s'accroît.
- Les femmes en union polygame ont une propension plus élevée à la non-utilisation de la contraception moderne que celles en union monogame.

2.2.2. Cadre conceptuel

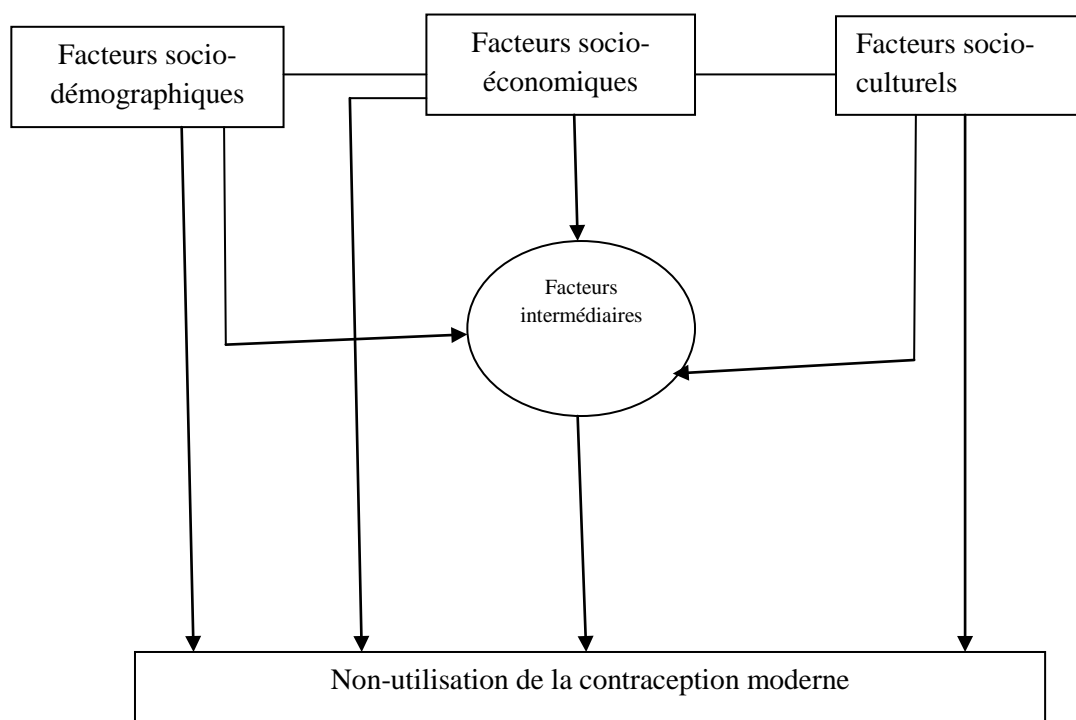
Pour mieux saisir les mécanismes par lesquels agissent les divers déterminants de la non-utilisation de la contraception moderne, l'analyse différentielle s'avère très importante. Toutefois, cette approche est insuffisante. D'où la nécessité de construire un cadre conceptuel permettant de mettre en relation les différents facteurs afin de mieux

expliquer l'enchaînement des mécanismes conduisant à la non-utilisation de la contraception moderne. Cela nécessite une hiérarchisation des différentes variables avec des variables "indépendantes" ou "explicatives" en amont. Désignées dans le cas de notre étude, nous avons identifié des facteurs socio-démographiques, des facteurs socio-économiques et des facteurs socio-culturels. La variable dépendante en aval, c'est la non-utilisation de la contraception moderne. Entre ces deux niveaux se trouvent bien évidemment les variables intermédiaires. Pour être plus clair, les facteurs socio-démographiques, socio-économiques, et socio-culturels et les facteurs intermédiaires expliqueraient la pratique différentielle de la contraception moderne parmi les femmes en union du Nord Cameroun.

Les relations complexes issues du cadre théorique seront décrites dans le schéma conceptuel ci-dessous. Après opérationnalisation des variables de l'étude dans le chapitre suivant, ce schéma conceptuel sera mieux élaboré à travers un schéma d'analyse, Il s'agit d'un schéma plus pratique comprenant les variables suivantes :

- Pour les caractéristiques socio-démographiques, il s'agit de : la parité atteinte, le nombre d'enfants désirés et du type d'union ;
- Pour les facteurs socio-économiques : le niveau de vie du ménage et l'occupation de la femme ;
- En ce qui concerne les facteurs socio-culturels : le niveau d'instruction, le milieu de résidence, le milieu de socialisation, la religion;
- Pour les variables intermédiaires : la discussion au sein du couple sur la PF, l'attitude du partenaire à l'égard de la contraception moderne, l'attitude de la femme ainsi que la connaissance de la contraception moderne.

Figure 2.1 : Schéma conceptuel



2.2.3. Définitions des concepts

✓ *La contraception :*

C'est le procédé par lequel un individu ou un couple peut volontairement éviter ou retarder une grossesse. Les méthodes utilisées pour cela sont dites contraceptives ou anticonceptionnelles. Ces méthodes peuvent être modernes ou traditionnelles. Parmi les premières se trouvent le condom, la pilule, les injections, la crème, le gel, les spermicides, la stérilisation masculine et féminine. Les méthodes traditionnelles comprennent quant à elle les écorces, la douche, le coït interrompu, le retrait etc.

✓ *Non-utilisation de la contraception moderne :*

La contraception moderne est un ensemble de procédés chimiques ou mécaniques artificiels visant à prévenir la grossesse ou l'empêcher, non seulement de façon réversible mais aussi temporaire (Nkwa, 1997). De ce qui précède, la non-

utilisation de la contraception moderne est donc le fait de ne pas recourir aux méthodes modernes de contraception au risque que les rapports sexuels entraînent une grossesse.

✓ ***Planification familiale :***

Divers synonymes sont utilisés pour exprimer cette notion, notamment régulation des naissances, parenté planifiée, parenté responsable, plan familial, planning familial, planification de la famille, limitation des naissances, etc. d'une manière générale, ils définissent un même comportement, à savoir l'effort fait par un couple pour déterminer volontairement l'échelonnement des naissances et la taille de la famille. Cette définition met l'accent sur trois concepts importants de la planification familiale, la liberté, l'aspect espacement, et l'aspect limitation des naissances. (Szykman. M, 1989)

✓ ***La contraception moderne:***

C'est l'ensemble des méthodes contraceptives qui comprend : la stérilisation féminine et la stérilisation masculine, la pilule, le stérilet ou DIU, les injectables, les implants (Norplant), le condom masculin, le condom féminin, le diaphragme, les méthodes vaginales (spermicides, mousses et gelées) et la pilule du lendemain. Il s'agit des méthodes non traditionnelles (l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA), de la continence périodique et du retrait).

✓ ***Facteurs socio-démographiques***

Il s'agit de l'ensemble des caractéristiques socio-démographiques qui influencent le recours ou non à la contraception moderne chez une femme. Entre autres on peut citer l'âge, du nombre idéal d'enfants, de la parité atteinte, du nombre d'enfants survivants et du type d'union.

✓ ***Facteurs socio-culturels***

C'est des facteurs d'ordre social et culturel situés aussi bien au niveau macro (pays, région), méso (communauté ou famille) que micro ou individuel et susceptibles

d'influencer le comportement contraceptif d'un individu. Il s'agit ici des normes et valeurs culturelles ainsi que des caractéristiques individuelles d'identification sociale (éducation, religion, ethnie, milieu de socialisation, milieu de résidence) qui peuvent modifier la structure mentale de l'individu et le prédisposer à une attitude favorable ou non à la contraception moderne.

✓ *Facteurs socio-économiques*

C'est l'ensemble des conditions socio-économiques dans lesquelles se trouvent les ménages et les femmes en union ayant indubitablement une influence sur le comportement contraceptif à un moment donné. Ils comprennent entre autre l'occupation de la femme et le niveau de vie du ménage.

✓ *Facteurs intermédiaires*

C'est l'ensemble des facteurs par lesquels passe l'effet des facteurs situés en amont. Ils comprennent entre autres les préférences en matière de fécondité, la connaissance de la contraception, les attitudes face à la planification familiale ainsi que les variables individuelles de comportement notamment la discussion avec le partenaire au sujet de la PF

CHAPITRE III. APPROCHE METHODOLOGIQUE

Ce chapitre indique la source des données sur laquelle porte notre étude. Après avoir évalué la qualité de ces données, un certain nombre de méthodes statistiques d'analyse seront retenues conformément aux objectifs et à la nature des variables de la recherche.

3.1. Sources et qualité des données

Nous précisons dans cette section, avant l'analyse des données, la source de ces dernières afin d'avoir une idée sur le type d'informations qu'elles contiennent. Ce qui nous permettra de préciser nos variables opérationnelles.

3.1.1. Source des données

Dans le cadre de cette étude, nous avons utilisé les données de l'EDSC III du Cameroun, réalisé en 2004. C'est une opération de collecte commanditée par le gouvernement et réalisée par l'Institut National de Statistique (INS), avec l'appui du Ministère de la Santé représenté par le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS) et la collaboration de l'ORC Macro. Cette enquête a par ailleurs bénéficié de l'appui financier de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID), du Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) et du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF).

La troisième Enquête Démographique et de santé du Cameroun (EDSC III), consécutive aux EDSC I et EDSC II (respectivement réalisées en 1991 et en 1998), est réalisée à partir d'un échantillon représentatif des femmes de 15-49 ans, dans le but de répondre à un certain nombre d'objectifs.

3.1.1.1. Objectifs de l'enquête

Les principaux objectifs de cette enquête sont :

- ❖ Recueillir des données à l'échelle nationale qui permettent de calculer des taux démographiques essentiels, plus particulièrement les taux de fécondité et de mortalité infantile et infanto-juvénile et d'analyser les facteurs directs et indirects qui déterminent le niveau et la tendance de la fécondité et de la mortalité infanto-juvénile ;
- ❖ Mesurer les niveaux de connaissance et de pratique contraceptive des femmes par méthode ;
- ❖ Recueillir des données sur la santé familiale : vaccination, prévalence et traitement de la diarrhée et d'autres maladies chez les enfants de moins de cinq ans, visites prénatales et assistance à l'accouchement ;
- ❖ Recueillir des données sur la prévention et sur le traitement du paludisme, en particulier la possession et l'utilisation des moustiquaires, la prévention du paludisme chez les femmes enceintes, le traitement des enfants atteints de fièvre ;
- ❖ Recueillir des données sur les pratiques nutritionnelles des enfants, y compris l'allaitement, prendre des mesures anthropométriques pour évaluer l'état nutritionnel des femmes et des enfants, et réaliser un test d'anémie auprès des enfants de moins de cinq ans, des femmes de 15-49 ans ;
- ❖ Recueillir des données sur la connaissance et les attitudes des femmes et des hommes au sujet des IST et du SIDA et évaluer les modifications récentes de comportement du point de vue de l'utilisation du condom ;
- ❖ Recueillir des données permettant d'estimer, à l'échelle nationale, le niveau de la mortalité adulte et en particulier de la mortalité maternelle ;
- ❖ Recueillir des données de qualité sur la connaissance, les opinions et la pratique de l'excision ;
- ❖ Recueillir des données de qualité sur la violence domestique ;
- ❖ Effectuer des prélèvements de sang pour le dépistage anonyme du VIH auprès des femmes de 15-49 ans et des hommes de 15-59 ans afin d'estimer la prévalence du VIH dans la population adulte.

Les informations contenues dans la troisième Enquête Démographique et de Santé du Cameroun ont été recueillies à l'aide trois questionnaires

3.1.1.2. Questionnaires

➤ Questionnaire ménage

Le questionnaire ménage a servi à l'enregistrement des informations relatives aux membres du ménage (nom, lien de parenté avec le chef de ménage, sexe, situation de résidence, niveau d'instruction, survie des parents etc.) et au ménage (localisation du ménage, caractéristiques du logement, biens de consommation durables dans le ménage). Ces dernières informations sont utilisées pour évaluer les conditions socio-économiques et environnementales dans lesquelles vivent les hommes et les femmes enquêtés.

➤ Questionnaire individuel femme

Le questionnaire individuel femme, qui constitue le cœur de l'EDSC III, a été élaboré sur la base du questionnaire modèle B du programme MEASURE DHS+ (questionnaire pour les pays à faible prévalence contraceptive). Il comprend une page de couverture, similaire à celle du questionnaire ménage, sur laquelle sont enregistrées les informations d'identification et les résultats des interviews. Avec les onze sections qui le composent, il sert à recueillir des informations sur les thèmes suivants :

- ✓ **Caractéristiques socio-démographiques** : cette section est consacrée aux informations concernant le lieu et la durée de résidence, l'âge et la date de naissance, la scolarisation, l'alphabétisation, la nationalité, la religion, l'ethnie et l'exposition aux médias.
- ✓ **Reproduction** : cette deuxième section permet de collecter des informations sur les naissances vivantes que la femme a eues durant sa vie, ainsi que sur leur état de survie au moment de l'enquête, sur l'état de grossesse au moment de l'enquête, et sur la connaissance de la période féconde dans le cycle menstruel.

- ✓ Planification familiale : cette section a pour but de recueillir des informations sur la connaissance et l'utilisation antérieure et actuelle des diverses méthodes contraceptives disponibles dans le pays, ainsi que sur leurs sources d'approvisionnement. Elle porte également sur le lieu et la date de la stérilisation féminine, ainsi que sur les raisons de la non-utilisation de la contraception.
- ✓ Santé des enfants : cette section concerne les naissances ayant eues lieu au cours des cinq années précédant l'enquête. Elle est composée de deux sous sections :
 - Grossesse, soins postnatals et allaitement : cette première sous-section est composée de deux parties. La première permet d'obtenir des informations sur la période de la grossesse, les soins prénatals incluant la vaccination antitétanique, le lieu d'accouchement et la qualification de la personne ayant assisté la femme, les soins postnatals, le retour des règles et la reprise des rapports sexuels après la naissance de l'enfant. La deuxième sous-section concerne l'allaitement et les questions posées portent sur sa fréquence et sa durée, sur le type d'allaitement (maternel ou artificiel), ainsi que sur l'utilisation des différents compléments nutritionnels.
 - Vaccination et santé des enfants : cette sous section porte sur les vaccinations incluses dans le Programme Élargi de Vaccinations (PEV) ; de plus, cette sous-section comporte des questions sur les IRA, la diarrhée et la fièvre ainsi que sur le traitement des enfants de moins de cinq ans malades; les résultats à ces questions permettent d'estimer la prévalence de la fièvre, de la toux et de la diarrhée chez les enfants au cours des deux dernières semaines précédant l'enquête.
- ✓ Mariage et activité sexuelle : cette section est consacrée aux données sur l'état matrimonial de la femme, la cohabitation avec le conjoint, les différents partenaires sexuels, le régime de mariage (monogamie ou polygamie), l'âge au premier mariage et aux premiers rapports sexuels ainsi que sur l'activité sexuelle.
- ✓ Préférences en matière de fécondité : cette section a pour but de recueillir des informations sur le désir d'enfants supplémentaires, l'intervalle souhaité entre les naissances et, l'opinion concernant la taille de la famille.

- ✓ Caractéristiques du conjoint et travail de la femme : dans cette partie, les questions qui ont été posées ont pour but de connaître les caractéristiques socioprofessionnelles du conjoint des femmes en union et l'activité professionnelle de ces femmes. De plus, des questions spécifiques ont été posées pour évaluer le statut de la femme portant principalement sur le niveau de contrôle des femmes dans le ménage et sur leur pouvoir de décision concernant l'utilisation de l'argent qu'elles gagnent. On a également demandé aux femmes leur opinion concernant l'acceptation ou le rejet de certains des rôles que la société leur confère.
- ✓ SIDA et autres IST : cette section vise à obtenir des informations sur la connaissance et la prévalence du VIH/sida et des autres Infections Sexuellement Transmissibles, ainsi que sur les modes de transmission et de prévention du VIH/sida.
- ✓ Mortalité maternelle : dans cette section, on enregistre des informations sur l'âge et l'état de survie des frères et sœurs de l'enquêtée. Pour les sœurs décédées à l'âge de 12 ans ou plus, des questions supplémentaires permettent de déterminer si le décès est en rapport avec la maternité. Des questions sur le nombre d'enfants de la sœur (décédée ou non) ainsi que sur leur état de survie sont aussi posées.
- ✓ Excision : cette section est posée dans un ménage sur deux (ménage où l'on a relevé les mesures anthropométriques) ; on collecte ici des informations sur l'importance de la pratique de l'excision parmi les femmes enquêtées et leurs filles, ainsi que sur l'attitude vis-à-vis de cette pratique.
- ✓ Relations dans le ménage : cette section est aussi posée dans un ménage sur deux (à l'opposé de la précédente, il s'agit des ménages où on n'a pas relevé les mesures anthropométriques). On s'intéresse ici à l'évaluation des relations entre les deux conjoints ainsi qu'à la prévalence de la violence (émotionnelle, physique et/ou sexuelle) au niveau général et au niveau du couple. Une seule femme du ménage concerné, tirée au hasard (utilisation de la grille de Kish) était soumise à cette section.

➤ *Questionnaire individuel homme*

Le questionnaire individuel homme comporte six sections et permet de recueillir des informations sur les caractéristiques socio-démographiques, la reproduction, le mariage et l'activité sexuelle, le VIH/SIDA et autres IST, l'excision et la mortalité maternelle.

3.1.1.3. Echantillonnage

Un échantillon de 11556 ménages a été sélectionné et stratifié à deux degrés, et de façon à pouvoir fournir une représentation adéquate des milieux urbain et rural. Au total, 466 grappes (222 rurales et 244 urbaines) ont été tirées au premier degré, lesquelles ont été sélectionnées avec une probabilité proportionnelle à leur taille. Au deuxième degré, un échantillon de ménages a été sélectionné lequel était représentatif au niveau national et auto pondéré. Sur les 11556 ménages sélectionnés, 10719 ont pu être identifiés au moment de l'enquête. Parmi ces 10719 ménages, 10462 ont été enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 97,6%.

A l'intérieur des 10462 ménages enquêtés, 11304 femmes (15-49 ans) ont été éligibles et 10656 ont été enquêtées avec succès, soit un taux de 94,3%.

3.1.2. Evaluation de la qualité des données

3.1.2.1. Qualité des données

A ce niveau, il s'agit de faire la comparaison entre le nombre de ménages et de femmes identifiées ou éligibles à celui d'unités effectivement enquêtées. Comme l'indique le tableau ci-dessous, sur un total de 10719 ménages identifiés, 10462 ont été effectivement enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 98,6%. Malgré des légères disparités selon les milieux de résidence, passant de 98,7% pour le milieu rural à 96,4% pour le milieu urbain, ces valeurs sont toujours au-delà de 95%, représentant le taux de réussite escompté par le plan de sondage de l'enquête. En ce qui concerne l'enquête individuel femme, sur 11304 femmes éligibles, 10656 ont été enquêtées, soit un taux de réponse de 94,3%, valeur légèrement inférieure à celle escomptée par le plan de sondage de l'enquête. Il est à noter que tout comme

pour les ménages, le taux de réponse est toujours plus élevé en milieu rural (95,7%) qu'en milieu urbain (92,9%). Ainsi, sa valeur à Yaoundé/Douala est assez faible soit 88,8%.

En substance, nous pouvons dire que l'enquête a réussi dans la mesure où les taux de réponse sont globalement supérieurs à 95%, sinon très proche de cette valeur.

Tableau 3.1. Taille et couverture de l'EDSC III

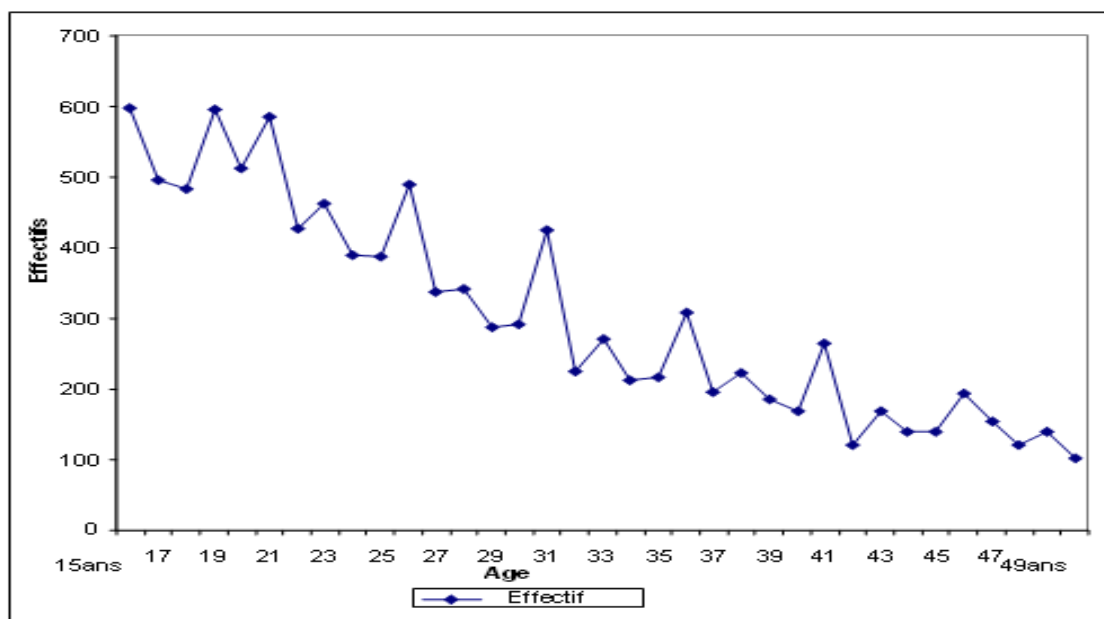
RESULTATS	MILIEU DE RESIDENCE				
	Yaoundé/Douala	Autres ville	Ensemble urbain	Rural	Ensemble
Enquête ménage					
Ménage identifié	1846	3180	5026	5693	0719
Ménage enquêté	1761	3082	4843	5619	10462
Taux de réponse des ménages	95,4	96,9	96,4	98,7	97,6
Enquête individuelle femme					
Femmes éligibles	2179	3495	5674	5630	1304
Femmes enquêtée	1935	3335	5270	5306	10656
Taux de réponse	88,8	95,4	92,9	95,7	94,3

Source : EDSC III (2004).

❖ *Evaluation de la qualité des données sur l'âge des femmes*

L'âge est une caractéristique démographique très fondamentale dans l'analyse des phénomènes démographiques. A cet effet, la mauvaise déclaration de l'âge a un impact non négligeable sur l'étude différentielle de la non-utilisation des méthodes contraceptives modernes par les femmes en union. Par conséquent, il est nécessaire d'examiner au préalable la répartition des femmes selon l'âge.

Graphique 3.1 : Répartition des femmes selon l'âge (EDSC III, 2004).



La structure par âge des femmes enquêtées (graphique 3.1), laisse apparaître des irrégularités. On observe des pics en particulier aux âges ronds et semi-ronds, aux âges se terminant par 0 et par 5 en d'autres termes.

Ce constat est confirmé par l'indice de Whipple⁴ calculé à partir de ces données. Cet indice en effet permet de voir s'il y a attraction ou répulsion pour les âges se terminant par 0 ou par 5, ce qui permet d'évaluer la qualité des données relatives à l'âge. En effet avec une valeur de 1,29⁵, l'indice de Whipple indique une certaine préférence pour les chiffres 0 et 5. On peut isoler l'effet d'attraction ou de répulsion de chaque chiffre ; on obtient alors

4 Se référer à l'annexe I pour la méthode de calcul.

5 L'indice de Whipple I_w varie entre 0 et 5. Les valeurs s'interprètent comme suit :

Si $I_w = 0$, il y a répulsion totale des chiffres 0 et 5.

Si $I_w = 5$, tous les âges enregistrés se terminent par 0 ou 5.

Si $I_w < 1$, il y a répulsion pour les âges terminés par 0 et 5.

Si $I_w = 1$, il n'y a aucune préférence de 0 et 5

Si $1 < I_w < 5$, il y a attraction d'autant plus forte que I est voisin de 5.

Par ailleurs les valeurs proposées par les Nations Unies pour apprécier la qualité des données à partir de cet indice sont :

Si $I_w < 1,05$, les données sont très exactes.

$I_w(0) = 1,06$ et $I_w(5) = 1,52$. Ce qui dénote en réalité une préférence plus prononcée pour les âges se terminant par 5 que pour ceux se terminant par 0.

Tableau 3.2. Répartition des effectifs des femmes par groupes d'âges quinquennaux

Groupe d'âges quinquennaux	Effectifs	Pourcentage (%)
15-19	2684	25,19
20-24	2252	21,13
25-29	1747	16,40
30-34	1350	12,67
35-39	1080	10,14
40-44	832	7,81
45-49	711	6,67
Total	10656	100,00

Source : EDSC III, 2004

Le regroupement des effectifs en classes d'âges quinquennales, corrige ces biais en lisant la structure initiale (voire Tableau 3.2 et graphique 3.2). En visualisant la courbe ainsi obtenue, nous pouvons dire que la proportion des femmes diminue assez régulièrement avec l'âge.

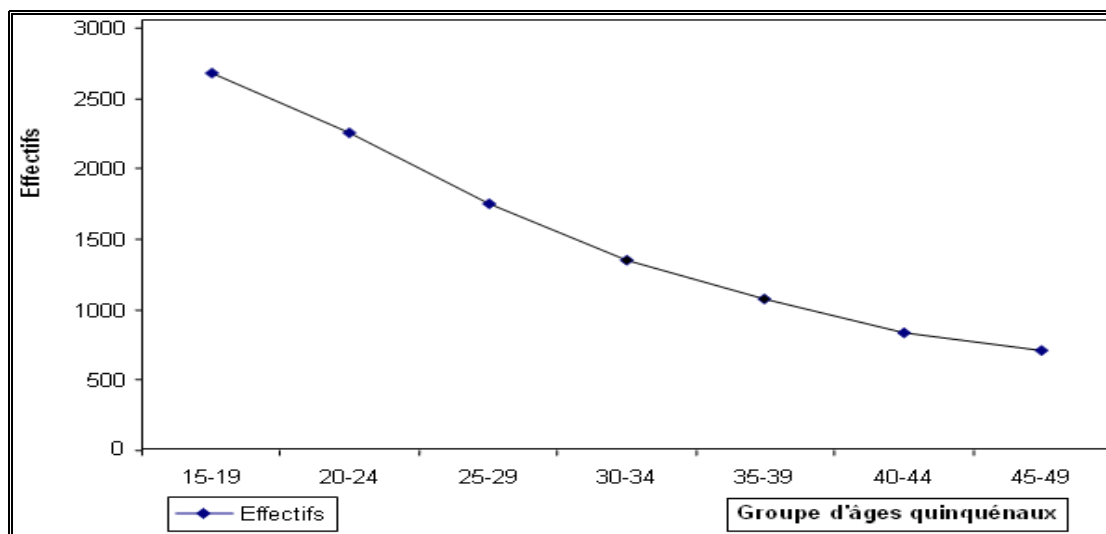
Si $1,05 \leq I_w \leq 1,099$, les données sont très relativement exactes.

Si $1,10 \leq I_w \leq 1,249$, les données sont approximatives.

Si $1,25 \leq I_w \leq 1,749$, les données sont grossières.

Si $1,75 \leq I_w$, les données sont très grossières.

Graphique 3.2. Répartition des femmes par groupes d'âges quinquennaux (EDSC III, 2004)



L'évaluation de la qualité des données sur l'âge ainsi faite, il importe aussi de faire les fréquences sur les différentes variables considérées dans le but de repérer si oui ou non elles peuvent être retenues dans les analyses.

❖ *Taux de couverture des différentes variables*

Tableau 3.3 : Taux de réponse de certaines variables (EDSC III)

Libellé de la variable	(a) Cas valide	(b) Cas manquants	(c) Taux de valeurs manquantes (%)
Région de résidence	10656	0	0%
Religion	10645	11	0%
Milieu de résidence	10656	0	0%
Milieu de socialisation	10645	11	0%
Niveau d'instruction	10656	0	0%
Occupation de la femme	10617	39	0%
Age de la femme	10656	0	0%
Parité atteinte	10656	0	0%
Nombre d'enfants désirés	10652	4	0%
Nombre d'autres épouses	7160	3496	33%
Discussion de la PF avec le conjoint	7132	3524	33%
Connaissance des méthodes contraceptives	10656	0	0%
Attitude du conjoint vis-à-vis de la PF	10653	3	0%
Attitude de la femme vis-à-vis de la PF	7160	3494	33%
Utilisation actuelle des méthodes contraceptives	10656	0	0%

NB : Nous calculons le taux de systèmes manquants par : $c = [b/(a+b)]*100$

Les résultats du tableau ci-dessus nous montrent que le taux de réponse pour la majorité des variables prise en compte dans notre étude est supérieur à 98%. Ce qui est largement supérieur au seuil de 90% requis pour des analyses scientifiques. Toutefois, au regard de ces résultats, beaucoup de femmes n'ont pas de réponses (refus, omissions, erreurs de remplissage, etc.) aux questions correspondant aux variables portant sur le nombre d'autres

coépouses, la discussion avec le conjoint ainsi que l'opinion de la femme vis-à-vis de la contraception moderne. Or ces deux variables sont cruciales pour la définition des groupes cibles de femmes. A cet effet, il est nécessaire de mettre l'accent particulier sur le taux de couverture de ces variables au niveau de notre zone d'étude.

Tableau 3.4: Taux de réponse des variables de la zone d'étude (EDSC III, 2004)

Libellé de la variable	(a) Cas valide	(b) Cas manquants	(c) Taux de valeurs manquantes (%)
Région de résidence	1982	0	0%
Religion	1982	0	0%
Milieu de résidence	1982	0	0%
Milieu de socialisation	1980	2	0%
Niveau d'instruction	1982	0	0%
Occupation de la femme	1982	0	0%
Age de la femme	1982	0	0%
Parité atteinte	1982	0	0%
Nombre d'enfants désirés	1980	2	0%
Nombre d'autres épouses	1901	81	4%
Discussion de la PF avec le conjoint	1901	81	4%
Connaissance des méthodes contraceptives	1982	0	0%
Attitude de la femme vis-à-vis de la PF	1982	3	0%
Attitude du conjoint vis-à-vis de la PF	1903	79	3,9%
Utilisation actuelle des méthodes contraceptives	1982	0	0%

NB : Nous calculons le taux de systèmes manquants par : $c = [b/(a+b)] * 100$

A la lumière des résultats du tableau ci-dessus, il apparaît que les taux de réponse principalement des variables dont le taux de non réponse était très élevé au niveau national,

ont connu une amélioration assez importante avec des taux de non réponse inférieur à 4%. Ce qui est largement supérieur au seuil de 95% satisfaisant pour des analyses scientifiques. Ces variables peuvent par conséquent être utilisées dans le cadre de notre analyse. Par conséquent, toutes les variables retenues dans cette étude, d'une importance capitale pour la vérification de différentes hypothèses de recherche sont utilisables, mais comment les opérationnaliser ?

3.2. Variables opérationnelles de l'étude

Pour tester les hypothèses à la base de notre travail, nous avons recouru à des variables socio-économiques, démographiques, culturelles et intermédiaires que nous avons distingués en variables dépendantes, variables explicatives. Dans cette perspective nous avons à cet effet décrit comment ces variables ont été saisies.

3.2.1. La variable dépendante

❖ La non-utilisation de la contraception moderne

Pour mesurer le niveau du non recours aux méthodes contraceptives modernes par les femmes, la question ci-après leur a été posée : « en ce moment, vous-même ou votre partenaire, faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour retarder ou éviter une grossesse ? ». Par ailleurs, il n'était pas facile de se faire distinctement une idée claire du type de méthode utilisée, telle que formulée, dans la mesure où la personne enquêtée devrait simplement répondre par l'affirmative ou la négative. C'est la raison pour laquelle on a posé une question subsidiaire à celle qui aurait répondu par l'affirmative à la question précédente : « Quelle méthode utilisez-vous ? ». Dans la logique de notre étude, nous avons procédé à la dichotomisation de cette variable (oui, non) en distinguant respectivement celles qui n'utilisent aucune méthode contraceptive moderne et celles qui y recourent.

Il est question de mesurer la prévalence du non recours aux méthodes contraceptives modernes, de voir si la femme notamment en union, ne recourt pas à une méthode contraceptive moderne, que ce comportement soit individuel ou par le biais du conjoint. La non-utilisation de la contraception moderne est à cet effet notre variable dépendante. En effet, il va de soi que lorsqu'une femme déclare avoir utilisé une méthode contraceptive masculine,

cela va sans dire que c'est le conjoint qui l'utilise. Ainsi, la prévalence de la non-utilisation de la contraception moderne sera mesurée par le nombre de femmes en union qui au moment de l'enquête déclare ne pas utiliser la contraception moderne.

3.2.2. Variables indépendantes et de contrôle

3.2.2.1. Variables socio-culturelles

❖ Milieu de résidence

Selon le dictionnaire démographique multilingue la résidence d'un individu est définie comme étant le milieu où l'individu a coutume d'habiter. C'est donc le milieu d'habitation d'un individu, pouvant être considéré comme rural ou urbain selon que l'individu vit en campagne ou en ville. Ce milieu, non seulement est doté d'un certain nombre de caractéristiques et de valeurs qui influencent le comportement des individus, mais de part sa capacité à offrir des infrastructures en matière de la PF est susceptible de justifier le comportement des potentiels utilisateurs. Le milieu urbain est plus loti en infrastructure de la PF que milieu rural. Par conséquent, nous avons distingué à cet effet les milieux rural et urbain.

❖ Milieu de socialisation

Le milieu de socialisation est défini comme étant l'endroit où la femme a passé les douze premières années de sa vie. Par exemple, certains milieux développent des idées de nature à réduire la taille de la famille (notamment le milieu urbain) pendant que d'autres créent plutôt des conditions favorables à une famille nombreuse. Ainsi, l'ensemble des manières d'agir, de penser et de faire d'une femme ayant passé plus de temps en milieu rural peut constituer un handicap à l'utilisation des méthodes contraceptives modernes. Toutefois, la socialisation étant un processus continu, il peut arriver que les acquis du milieu de socialisation connaissent des modifications avec le changement de résidence, l'instruction ou l'occupation de l'individu. Nous avons distingué comme dans le cas du milieu de résidence deux catégories à savoir le milieu urbain et le milieu rural.

❖ *Religion*

L'appartenance religieuse est une caractéristique d'identification sociale qui véhicule un certain nombre de valeurs et d'attitudes et de ce fait régule la vie des fidèles tant sur le plan comportemental, physiologique que psychique (Akoto, 1985, cité par Evina A, 1990). Cette variable renvoie à la distinction entre les religions notamment, le christianisme et l'islam, et les religions traditionnelles, généralement regroupées sous le terme « animisme ». D'une manière ou d'une autre, compte tenu des valeurs cardinales de chacune, elles influencent le comportement de leurs fidèles. Nous avons distingué les différentes catégories suivantes : catholique, protestante, musulmane, et les autres (animiste et sans religion).

❖ *Niveau d'instruction*

C'est le niveau scolaire atteint par une femme. Il est mesuré par la dernière classe fréquentée. Trois catégories sont distinguées : sans niveau instruction, niveau primaire, et le niveau secondaire ou plus. L'instruction développe chez l'individu des attitudes et des idées de nature à favoriser ou non l'utilisation de la contraception moderne. Par exemple dans la revue de la littérature les femmes sans niveau avaient une perception négative de la pratique contraceptive moderne que celles ayant un niveau d'instruction.

3.2.2.2. Variables socio-économiques

Les variables socio-économiques sont de deux ordres. Dans cette étude, il s'agit de l'occupation de la femme et du niveau de vie du ménage

❖ *L'occupation*

Elle renvoie à l'activité économique principale. C'est le fait d'exercer un métier, une fonction qui produit des biens ou services susceptibles d'accorder non seulement un pouvoir d'achat aux femmes mais aussi capable de les exposer ou les inciter à un comportement donné en ce qui concerne la contraception. Pour saisir les informations relatives à l'occupation, on demandait à l'enquêtée : « quelle est votre occupation, c'est-à-dire quel genre de travail faites-vous principalement ? ». Cette question est la suite logique à la réponse affirmative à la question : « est-ce que vous travaillez actuellement ? ». En restant dans la logique de nos

hypothèses, nous avons regroupé cette variable en trois modalités à savoir : les femmes sans emploi, les femmes qui travaillent dans le secteur traditionnel et celles du secteur moderne.

❖ *Niveau de vie du ménage*

C'est une variable composite qui permettra de saisir la situation socio-économique des ménages dont les femmes en union sont issues. Elle est construite à partir des variables suivantes : la disponibilité de l'électricité, la possession des biens durables à savoir : le véhicule, le téléphone, le réfrigérateur, la télévision, la radio, la motocyclette et la bicyclette. A cet effet, des poids ont été affectés à chacun de ces biens durables tout en tenant compte bien évidemment de leur prix réel. Par conséquent, l'électricité a eu le poids 1, le poids 2 a été affecté à la radio, 3 à la bicyclette, 4 au poste téléviseur, 6 au réfrigérateur, 7 à la motocyclette, 8 au téléphone fixe, et 10 au véhicule. Ensuite, nous avons calculé les scores, qui ne sont rien d'autre que la somme des poids obtenus par chaque ménage en termes de possession. Alors, le ménage qui ne dispose d'aucun de ces biens durables aura le score 0 et le score 41, le score le plus élevé, sera affecté aux ménages qui seront en possession de tous ces biens par exemple.

En effet, nous considérons les ménages de pauvres, ceux qui ont un score entre 0 et 8, c'est-à-dire des ménages possédant des biens dont les poids totaux affectés ne dépassent pas 4, leur bien durable le plus cher est alors la télévision. Les ménages considérés comme moyen ont un score allant de 9 à 20, autrement dit des ménages ayant des biens durables dont le poids affecté n'atteint pas 10. Enfin, nous avons distingué les ménages caractérisés de riches, de niveau de vie élevé qui ont un score variant entre 21 et 41.

3.2.2.3. Variables socio-démographiques

❖ *Type d'union*

La polygamie reste inévitablement un fait où l'on note généralement un véritable concours à la dignité de la femme à travers sa descendance. En effet, il y a une compétition rude au sein des unions polygames, non seulement pour satisfaire les valeurs sociales qui, magnifient l'enfant, mais aussi pour s'imposer dans le foyer dans le but de se tailler la plus

grande part d'héritage. Dans cette étude, à partir du nombre d'autres coépouses, sera considérée comme polygame une femme ayant au moins une coépouse et monogame celle n'ayant aucune coépouse.

❖ *Parité atteinte*

La parité, selon le dictionnaire démographique multilingue, correspond au nombre d'enfants nés vivants mis au monde par une femme. La parité atteinte est donc le nombre total d'enfants nés vivants par une femme au moment de l'enquête. En effet, les femmes en âge de procréer, et particulièrement celles en union, peuvent recourir ou non aux méthodes contraceptives modernes selon que la parité du moment les satisfait ou non. On a distingué dans le cadre de notre étude quatre modalités à savoir : 0 enfant, 1 à 2 enfants, 3 à 5 enfants et 6 enfants et plus.

❖ *Nombre d'enfants désirés*

C'est le nombre total d'enfants qu'une femme souhaite avoir au cours de sa vie génésique. Cette variable saisit les attitudes des femmes relatives à la dimension de la famille. Le nombre d'enfants désirés varie selon les coûts ou les avantages effectifs ou escomptés liés à l'enfant. Cette variable est saisie dans cette étude selon que la femme fixe ce nombre entre 0-4 enfants, 5-6 enfants, 7-9 enfants, 10 enfants et plus ou encore qu'elle estime que ça dépend de dieu.

3.2.2.4 . *Variables intermédiaires*

❖ *Attitude de la femme à l'égard de la contraception moderne*

Elle renvoie au tempérament ainsi qu'au sentiment qu'éprouve la femme c'est-à-dire l'enquêtée vis-à-vis de la pratique contraceptive moderne. Trois catégories de réponses sont retenues, soit l'enquêtée approuve, soit qu'elle désapprouve, soit qu'elle est sans opinion, c'est-à-dire que cette dernière ne sait pas exactement de quel côté se pencher.

❖ *Attitude du conjoint face à la contraception moderne*

L'information sur l'attitude du conjoint ou de l'époux face aux méthodes modernes de la planification familiale a été donnée par l'enquêtée elle-même, ceci selon qu'elle pense ou estime que son conjoint approuve, désapprouve ou encore qu'elle ignore sa position face à la pratique contraceptive. Dans ce dernier cas, il va de soit que la femme ne discute pas du tout de la planification familiale avec son conjoint.

❖ *Discussion au sein du couple au sujet de la planification familiale*

Il s'agit ici du fait pour le couple c'est-à-dire de la femme ainsi que de son conjoint d'ouvrir un dialogue, de se partager les points de vue sur les questions relatives à la gestion de la fécondité. Il est à distinguer à cet effet parmi les femmes en union dans le septentrion, celles qui ne discutent jamais, celles qui en discutent quelque fois et celles qui en discutent souvent.

❖ *Connaissance de la contraception moderne*

Préalable à toute utilisation, la connaissance des méthodes contraceptives modernes s'avère très importante. Est considérée comme connaissant une méthode contraceptive, toute femme qui spontanément ou après description, citait au moins une des méthodes contraceptives citées à la page 38. On demandait : « quels sont les moyens ou méthodes dont vous avez entendu parler » ou encore « avez-vous déjà entendu parler de... » (On lisait les différentes méthodes faute de citation spontanée). La réponse donnait alors lieu à deux modalités : celles qui connaissent et celles qui ne connaissent pas.

3.2.2.5. *Variable de contrôle*

❖ *Groupe d'âge*

En fonction des expériences et des connaissances acquises, l'âge influence le comportement contraceptif des femmes. Il est un facteur distinctif entre jeunes et vieilles générations susceptibles d'avoir des comportements socio-démographiques variés en ce qui

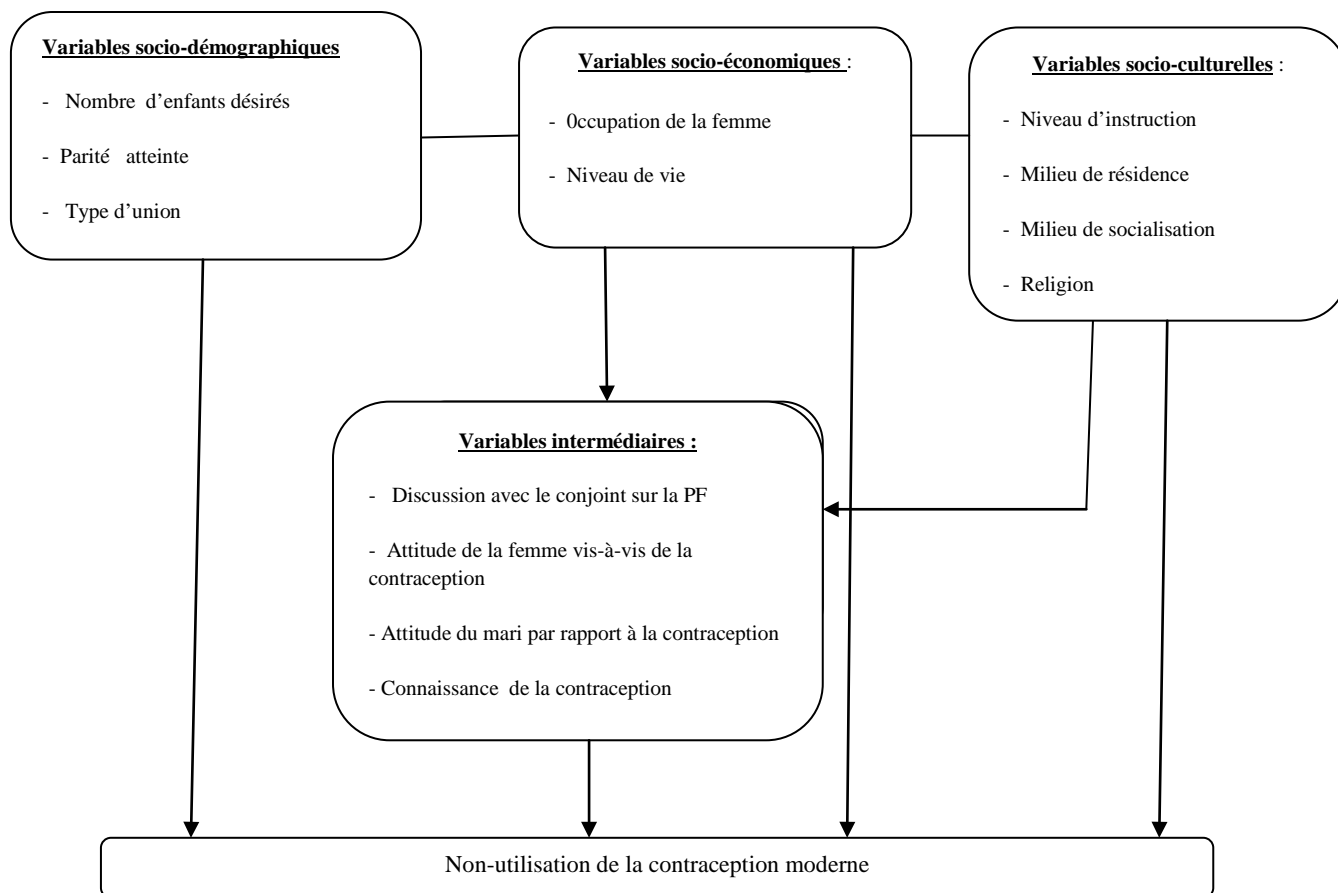
concerne l'utilisation ou non des méthodes contraceptives modernes. Cette variable renvoie à l'âge de la femme au moment de l'enquête, mesurée à partir de sa date de naissance. Pour mieux saisir l'influence de l'âge de la femme sur la non-utilisation de la contraception moderne, nous avons regroupé les âges individuels en groupe d'âges quinquennaux. A l'issue de ce regroupement, nous avons obtenu les groupes d'âges suivants : 15-19 ans, 20-24 ans, 25-29 ans, 30-34 ans, 35-39 ans, 40-49 ans. Cette dernière catégorie est la conséquence d'un effectif relativement faible des groupes d'âge 40-44 et 45-49 ans.

Nos variables d'étude étant opérationnalisés, quel schéma d'analyse adopter pour notre recherche ?

3.2.3. Schéma d'analyse

Nos hypothèses ayant établi des relations entre différents concepts, le cadre d'analyse a pour but de mettre en relief les relations entre ces différentes hypothèses et structures causales et d'association liant l'ensemble des concepts. Il représente par ailleurs le schéma du processus et de l'itinéraire à la base de toute notre recherche. Ainsi, dans le souci de vérifier nos hypothèses, nous retenons le schéma d'analyse suivant.

Figure 3.1 : schéma d'analyse



3.3. Méthodes d'analyse des données

Compte tenu de nos objectifs et la nature de nos variables, nous avons recouru aussi bien à l'analyse descriptive qu'explicative. En effet, il ne suffit pas d'identifier les facteurs à l'origine de l'utilisation ou non de la contraception par les femmes, encore faut-il qu'on tente d'expliquer le pourquoi de la situation observée et des possibles variations qui se seraient dégagées. Par conséquent, les méthodes descriptives et analytiques utilisant le programme SPSS (Statistical Package for Social Science) s'impose à nous. Nous nous sommes servis des procédures statistiques suivantes : les fréquences, les tableaux croisés, et la régression logistique.

3.3.1. Analyse univariée

L'analyse univariée nous a permis de décrire les caractéristiques de chacune des variables. Elle a permis de faire un tri à plat sur les différentes variables afin de recoder éventuellement certaines de leurs modalités ayant à l'idée les différentes hypothèses à la base de la recherche. Nous avons aussi fait recours à cette méthode pour évaluer les différentes omissions et aberrations relatives aux variables d'étude.

3.3.2. Analyse bivariée

L'analyse bivariée a pour but d'identifier les associations entre deux variables et d'apprécier la signification statistique de cette association à partir d'un seuil donné. Dans le cadre notre étude, elle a permis non seulement de voir, au seuil de 10%, la signification ou non de l'association entre la variable dépendante et chacune des variables indépendantes, mais de mesurer les variations du phénomène selon ces dernières.

A cet effet, la commande « crosstabs » du logiciel SPSS a permis d'obtenir les tableaux croisés avec les statistiques de Chi-2 et les probabilités associées à leur signification statistique. Toutefois, ces probables relations résultant des différents croisements entre variable dépendante et chacune des variables explicatives, ne prenant pas en compte les effets des autres facteurs pouvant aussi bien amoindrir que renforcer leurs effets, peuvent être fallacieuses.

3.3.3. Analyse explicative

La technique d'analyse appliquée ici est fonction de la nature de la variable dépendante. Puisque dans cette étude la variable dépendante «non-utilisation de la contraception moderne » est qualitative et dichotomique, la régression logistique binaire a été indispensable. Celle-ci estime les risques ou la probabilité de survenance d'un événement en fonction des variables indépendantes. La variable prend la modalité 1 quand l'événement est réalisé et 0 si non. Ainsi, on a estimé les chances de ne pas utiliser une méthode contraceptive moderne par une femme au moment de l'enquête. Il a été précisément question d'estimer

l'effet net des variables associées à la pratique contraceptive moderne par les femmes en union au moment de l'enquête. Quel est le principe de la méthode ?

3.3.3.1. Présentation du modèle

Soit une variable dépendante dichotomique Y à expliquer par n variables indépendantes X_1, X_2, \dots, X_n . soit P la probabilité pour que Y se réalise, c'est-à-dire $P = \text{Prob}(Y=1)$. On peut calculer un indicateur appelé *odds* (θ) tel que :

$$\theta(Y = 1) = \frac{P}{1 - P}$$

Pour rendre linéaire, on prend son logarithme népérien. Ce qui ramène à la fonction logit de W. Brass :

$$\text{Log}(\theta) = \text{Log}\left(\frac{P}{1 - P}\right) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_n$$

$$\Rightarrow \theta = \exp(\beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_n)$$

En posant : $Z = \text{Log}(\theta)$, nous aurons

$$\exp(Z) = \theta = \frac{P}{1 - P}$$

$$\Rightarrow (1 - P)\exp(Z) = P$$

$$\Rightarrow \exp(Z) - P(\exp(Z) + 1) = 0$$

$$\Rightarrow p = \frac{\exp(Z)}{\exp(Z) + 1}$$

$$\text{Finalement, } P = \frac{1}{1 + \exp(-Z)}$$

La méthode du maximum de vraisemblance permet de calculer la probabilité P de réalisation de l'événement dans chaque groupe d'individus par rapport à un autre groupe retenu comme groupe de référence. La procédure Logistic Regression du logiciel SPSS permet de produire les résultats de la régression logistique.

3.3.3.2. Test d'adéquation du modèle

Il est difficile de déterminer la contribution individuelle de chaque variable dans la régression logistique. Elle dépend, en effet, des autres variables du modèle. Ceci pose des problèmes quand les variables considérées comme indépendantes sont fortement corrélées. Une mesure de la corrélation partielle entre la variable dépendante et chacune des variables indépendantes est la statistique du pseudo R². Cette grandeur donne la part de la variance expliquée par le modèle. Le pseudo R² varie entre 0 et 1. Une valeur du pseudo R² proche de 0 indique une faible contribution partielle de la variable au modèle d'analyse. Mais en sciences sociales, la variance non expliquée par le modèle (la variance résiduelle) est souvent très importante. Une variance résiduelle importante ne signifie pas que les variables sélectionnées ne sont pas pertinentes. Généralement, on s'attache d'abord à savoir si la variance expliquée par le modèle est suffisante au regard du nombre de variables que l'on introduit dans le modèle à l'aide d'un test appelé F-test.

Etant donné les paramètres estimés, une autre façon de valider le modèle logistique est de considérer la vraisemblance (likelihood) des résultats de l'échantillon ; c'est-à-dire la probabilité d'apparition des résultats obtenus. La mesure de l'ajustement du modèle aux données est égale à moins deux fois le logarithme de la vraisemblance (-2 Log (likelihood)). Plus la vraisemblance est proche de 1, plus le modèle est considéré comme bon. Sous l'hypothèse nulle, le modèle est parfaitement ajusté, -2 Log (likelihood) a une distribution du khi-deux avec N-p degrés de liberté, où N est le nombre de cas et p le nombre de paramètres estimés.

3.3.3.3. Interprétation des résultats

Les résultats sont interprétés au moyen des coefficients β_i ($i=1,21,\dots,n$). Si β_i est positif (e^{β_i} est supérieur à 1), les individus de la modalité considérée ont e^{β_i} fois plus de chances que leurs homologues de la modalité de référence de subir l'événement étudié (c'est-à-dire plus de chances de réaliser l'événement $Y=1$) ou encore qu'ils ont $(e^{\beta_i} - 1)$ % fois plus de chances de connaître l'événement étudié. A l'opposé, si β_i est négatif, les individus de la modalité considérée de la variable indépendante ont $(1 - e^{\beta_i})$ % moins de chances que leurs homologues de la modalité de référence de réaliser l'événement étudié.

Il était question dans cette partie de construire un socle méthodologique qui nous servira de guide, de base tout au long de nos analyses ultérieures. A cet effet un accent particulier a été mis sur les sources des données et les méthodes d'analyse statistique. La première tâche a consisté à apporter une précision sur la source et la nature des données sur lesquelles se fonde cette étude. Il a également été question dans ce chapitre de juger de la qualité de ces données. Dans l'ensemble et malgré quelques limites constatées, notamment au niveau des informations sur l'âge et un certain nombre de variables, les données de la troisième enquête démographique et de santé du Cameroun de 2004 sont exploitables dans le cadre d'une analyse statistique. Par conséquent, les variables retenues pour l'analyse ont été présentées. Enfin, deux démarches analytiques ont été adoptées : une approche descriptive, dans laquelle il s'agira de mettre en relation deux types de variables (expliquée et explicatives) en établissant le degré d'association (par la statistique du khi-deux) ; la deuxième approche, de type explicative fera recours au modèle de la régression logistique.

CHAPITRE IV : ASPECTS DIFFERENTIELS DE LA NON-UTILISATION DE LA CONTRACEPTION MODERNE CHEZ LES FEMMES EN UNION

Dans cette partie, il est question de dégager les différentes corrélations entre chaque variable indépendante de l'étude et celle dépendante, ceci après avoir mis en exergue la répartition des femmes en union selon les différentes variables d'étude. Concrètement, notre démarche à ce niveau c'est-à-dire bivarié se limitera chaque fois à croiser la variable dépendante (non-utilisation de la contraception moderne) avec chacune des variables indépendantes (de quelque nature qu'elles soient, c'est-à-dire socio-démographique, socio-économique, socio-culturelle ou intermédiaire). Ceci dans le but de voir s'il existe ou non une association significative entre elles. La statistique de Chi-2 ainsi que la probabilité associée permet, à cet effet, d'apprécier les variations de la non-utilisation de la contraception moderne chez les femmes selon les variables indépendantes.

En effet, on peut de prime abord noter que les relations de concomitance entre la non-utilisation de la contraception et toutes les variables indépendantes sont vérifiées à l'exception de la parité atteinte qui ne semble pas discriminer la pratique contraceptive. En d'autres termes, la statistique de khi-deux associée à chaque tableau croisé est significative au seuil de 1% pour toutes les variables explicatives hors mis la seule variable citée haut. Toutefois, il ne s'agit là que d'une relation brute dans la mesure où les effets des autres variables ne sont pas contrôlés.

4.1. Distribution des femmes en union selon les variables indépendantes de l'étude

Tableau 4.1. : Répartition des femmes en union selon les variables socio- démographiques, socio-culturelles et socio-économiques (EDSC III, 2004)

Variables	Effectifs absolus	Effectifs relatifs (%)
Nombre d'enfants désirés		
0-4	372	18,8
5-6	499	25,2
7-9	253	12,8
10 et plus	311	15,7
Comme dieu voudra	469	23,7
Parité atteinte		
0	249	12,6
1-2	606	30,6
3-5	617	31,1
6 et plus	510	25,7
Type d'union		
Monogame	1166	58,8
Polygame	738	37,2
Religion		
Catholique	527	26,6
Protestante	563	28,4
Musulmane	715	36,1
Autre	147	7,4
Niveau d'instruction		
Sans niveau	1023	51,6
Primaire	676	34,1
Secondaire et plus	283	14,3
Milieu de résidence		
Urbain	644	32,5
Rural	1243	62,7
Milieu de socialisation		
Urbain	541	27,3
Rural	1437	72,5
Occupation		
Inactive	594	30,0
Secteur trad	1300	65,6
Secteur mod	87	4,4
Niveau de vie		
Pauvre	1112	51,6
Moyen	407	20,5
Riche	463	23,4

Du tableau ci-dessus, il apparaît que les femmes en union sont uniformément réparties en fonction des différentes modalités retenues. En effet, concernant les variables milieu de résidence et milieu de socialisation, sur un total de 1982 femmes en union, la majorité des femmes se trouve en milieu rural avec une proportion respectivement de 62,7% et 72,5%. Par ailleurs, comme nous l'avons fait remarquer dans la revue de la littérature, en ce qui concerne la religion, celle musulmane est relativement beaucoup plus importante (36,1%) contrairement aux autres (animiste et sans religion) qui ne représente que 7,4%. Elle est suivie de celle protestante (28,4%) et de celle catholique (26,6%). Pour ce qui est de l'instruction, il est à remarquer que plus de la moitié des femmes en union du Cameroun septentrional sont sans niveau d'instruction (51,6%). Par contre, rares sont les femmes qui ont un niveau secondaire et plus (14,3%) comparativement à celles du niveau primaire (34,1%).

Au titre des variables socio-économiques, il est par ailleurs à noter que la plus grande majorité des femmes en union travaillent dans le secteur traditionnel principalement dans l'agriculture (65,6%) pendant qu'on trouve rarement de femme dans le secteur moderne (4,4%). C'est d'autant plus vrai dans la mesure où les femmes et particulièrement en union jouent les seconds rôles dans le « grand nord » avec une proportion relativement importante de celles sans emploi (30,0%). Bien plus, en ce qui concerne le niveau de vie des ménages qui n'est sans aucune influence sur le comportement contraceptif des femmes, plus de la moitié des femmes sont des ménages pauvres (51,6%). Par contre il y a plus de femmes de ménages riches (23,4%) que celles issues des ménages de niveau de vie moyen (20,5%).

Au titre des variables socio-démographiques, il est à noter que contrairement à ce qu'on pense du « Grand Nord » en termes d'union, plus de la moitié des femmes en union sont dans un régime monogame (58,8%) même si la proportion des femmes polygames demeure relativement importante par rapport à l'ensemble du pays (37,2%). En ce qui concerne le nombre d'enfants désirés, la modalité 5-6 enfants est beaucoup plus représentée (25,2%), suivie de celle qui suppose que tout dépend de la volonté divine (23,7%). Au niveau intermédiaire, se trouvent les femmes qui désirent entre 0-4 enfants (18,8%), de celles qui désirent 10 enfants et plus (15,7%) et de celles désirant entre 7-8 enfants faiblement représentées (12,8%). Pour la parité atteinte, les femmes ayant 3-5 enfants sont plus représentées (31,1%) pendant que celles ayant aucun enfant sont représentées (12,6%). Entre

ces deux groupes extrêmes se trouvent celles ayant 1-2 enfants et celles ayant 6 enfants et plus avec respectivement 30,6% et 25,7% des femmes enquêtées

Tableau 4.2. Répartition des femmes en union selon les variables intermédiaires (EDSC III, 2004)

Variables	Effectifs absolus	Effectifs relatifs
Connaissance des méthodes contraceptives modernes		
Oui	1599	80,7
Non	383	19,3
Discussion de la PF		
Jamais	1145	57,8
Quelque fois	488	24,6
Souvent	268	13,5
Attitude de la femme vis à vis contraception		
Désapprouve	569	28,7
Approuve	847	42,7
Ne connaît pas	564	28,5
Attitude du conjoint vis-à-vis contraception		
Désapprouve	434	21,9
Approuve	425	21,4
Ne connaît pas	1044	52,7

Comme nous avons signifié plus haut, la plupart des femmes camerounaises tout comme celles en union de la partie septentrionale du Cameroun connaissent les méthodes contraceptives modernes (80,7%) comparativement à celles qui déclarent ne pas connaître la contraception moderne (19,3%). En ce qui concerne la discussion de la PF avec le conjoint, plus de la moitié des femmes en union ne discutent jamais de la contraception avec leur conjoint (57,8%), ce qui montre bien que dans cette partie, la femme est particulièrement soumise. Par contre, la proportion de celles qui en discutent très souvent avec leur conjoint est très faible (13,5%). Entre ces deux extrêmes se trouvent les femmes qui le font un ou deux fois (24,6%). Par ailleurs, au niveau de l'attitude de la femme à l'égard de la contraception moderne, la proportion de celles qui l'approuvent est relativement plus élevée (42,7%) par rapport à la proportion de celles qui désapprouvent et déclarent « ne connaît pas », relativement identique (respectivement 28,7% et 28,5%). Dans le cas de l'attitude du conjoint

à l'égard de la contraception moderne, plus de la moitié des femmes enquêtées déclarent ne pas connaître le point de vue de leur conjoint (52,7%) comparativement aux hommes qui approuvent ou désapprouvent dont la proportion est relativement faible et similaire soit respectivement 21,4% et 21,9%.

4.2. Les variables socio démographiques et la non-utilisation des méthodes contraceptives modernes

Tableau 4.3. La non-utilisation de la contraception moderne selon les variables socio-démographiques

Variables	Non-utilisation de la contraception moderne		Probabilité de Khi-deux
	Effectifs	%	
Nombre d'enfants désirés			0,00000
0-4	326	87,6	
5-6	459	92,0	
7-9	240	94,9	
10 et plus	303	97,4	
Comme dieu voudra	466	99,4	
Parité atteinte			0,89997
0	234	94,0	
1-2	568	93,7	
3-5	584	94,7	
6 et plus	482	94,5	
Type d'union			0,00090
Monogame	1084	93,0	
Polygame	716	97,0	

4.2.1. Type d'union

La pratique de la polygamie expose moins la femme aux rapports sexuels dans la mesure où elle instaure un système de partage de nuit entre les différentes co-épouses. En

effet, la concurrence à la dignité au sein de la famille qui, passe par la descendance réalisée par les différentes co-épouses amène les femmes à ne pas utiliser la contraception pour des rares occasions de rapports sexuels qu'elles ont. Il est à noter à l'issue de l'analyse que le type d'union est significativement associé à la non-utilisation de la contraception moderne au seuil de 1%. Ainsi, la proportion des femmes qui ne recourent pas à la contraception moderne est beaucoup plus importante chez les femmes en union polygame (97,0%) que les femmes en union monogame (93,0%). Toutefois, la propension à la non-utilisation est globalement très élevée.

4.2.2. Nombre d'enfants désirés

La taille idéale de la famille, entendue comme étant le nombre d'enfants désirés est fortement corrélée à la non-utilisation des méthodes contraceptives modernes au seuil de 1%. Des différences sensibles en matière de comportement contraceptif apparaissent en effet selon que la femme estime ce nombre. Il va de soi que plus le nombre d'enfants désirés augmente plus la propension à la non-utilisation de la contraception moderne augmente. Il apparaît que la propension à la non-utilisation de la contraception moderne est plus élevée chez les femmes qui pensent que ce nombre dépend de la volonté divine (99,4%) et plus faible chez les femmes qui désirent entre 0-4 enfants (87,6%). Entre ces deux groupes extrêmes ces propensions augmentent avec l'importance du nombre d'enfants désirés. A cet effet, chez les femmes désirant entre 5-6 enfants, la proportion à la non-utilisation est de 92,0 %, de 94,9% pour celles qui désirent 7-9 enfants et d'une proportion avoisinant celle des femmes estimant comme Dieu voudra chez les femmes qui désirent 10 enfants et plus.

4.3. Les variables socio-culturelles, socio-économiques et la non-utilisation des méthodes contraceptives modernes

Tableau 4.4. La non-utilisation de la contraception moderne selon les variables socio-culturelles et socio-économiques (EDSC III, 2004)

Variables	Non-utilisation de la contraception moderne (%)		Probabilité de Khi-deux
	Effectifs	%	
Religion			0,00000
Catholique	479	90,9	
Protestante	518	92,0	
Musulmane	699	97,8	
Animiste	146	99,3	
Niveau d'instruction			0,00000
Sans niveau	1010	98,7	
Primaire	639	94,5	
Secondaire et plus	219	77,4	
Milieu de résidence			0,00000
Urbain	570	88,5	
Rural	1210	97,3	
Milieu de socialisation			0,00000
Urbain	484	89,5	
Rural	1381	96,1	
Niveau de vie			0,00000
Pauvre	1087	97,8	
Moyen	392	96,3	
Riche	389	84,0	
Occupation			0,00000
Sans emploi	554	93,3	
Secteur traditionnel	1249	96,1	
Secteur moderne	64	73,6	

4.3.1. Religion

A la lumière des résultats du tableau ci-dessus, il apparaît clairement que la religion est significativement associée à la non-utilisation de la contraception moderne au seuil de 1%. Il ressort de l'examen des proportions ci-dessus que, la non-utilisation de la contraception moderne est plus prononcée chez les femmes animistes avec près de 99,3%. Par contre cette proportion est la plus faible chez les femmes catholiques (90,9%) tout en demeurant élevée. Le comportement des femmes musulmanes avoisine celui des femmes animistes avec une proportion de 97,8%. Par ailleurs le comportement des femmes catholiques n'est pas aussi loin de celui des femmes protestantes (94,5%).

4.3.2. Niveau d'instruction

Le niveau d'instruction de la femme est significativement associé à la non-utilisation de la contraception moderne au seuil de 1%. En effet, on remarque que le niveau d'instruction discrimine fortement la non-utilisation des méthodes contraceptives modernes. Ainsi, presque toutes les femmes sans niveau d'instruction ne recourent pas à la contraception moderne (98,7%) alors que la non-utilisation est relativement moins importante chez les femmes du niveau « secondaire et plus » (77,4%). Par ailleurs au niveau intermédiaire, on trouve les femmes du niveau primaire dont le comportement n'est pas loin de celui de celles sans niveau en ce qui concerne la non-utilisation de la contraception moderne (94,5%).

4.3.3. Milieu de résidence

L'association du milieu de résidence avec la non-utilisation de la contraception moderne laisse apparaître une très forte corrélation au seuil de 1%. Autrement dit, la pratique contraceptive n'est nullement indépendante du milieu de résidence de la femme. En effet, presque toutes les femmes en union vivant en milieu rural sont plus touchées par la non-utilisation de la contraception moderne que les femmes du milieu urbain. En effet parmi les femmes en union du milieu rural, 97,3% n'ont pas recours à la contraception moderne pendant que la tendance est moins importante en milieu urbain, soit 88,5% favorables à la non-utilisation de la contraception moderne. Le comportement différentiel des femmes de ces

différents milieux est peut être relatif aux caractéristiques intrinsèques (particulièrement socio-culturelles) qui prévalent respectivement dans ces différents milieux.

4.3.4. Milieu de socialisation

Comme nous l'avons remarqué précédemment dans le cas du milieu de résidence, le milieu dans lequel la femme a été socialisée est fortement associé à son comportement en matière de la non-utilisation de la contraception moderne et ce, au seuil de 1%. En effet, à l'issue de l'analyse bivariée, il ressort que les femmes en union du septentrion ayant passées au moins les douze premières années de leur vie en milieu rural ont une très grande propension à la non-utilisation de la contraception moderne par rapport à celles socialisées en milieu urbain avec respectivement des proportions de 96,1% et de 89,5%.

4.3.5. Niveau de vie

Le niveau de vie du ménage est aussi significativement associé à la non-utilisation des méthodes contraceptives modernes au seuil de 1%. En fait, presque toutes les femmes pauvres ne recourent pas à la contraception moderne (97,8%). Par contre, c'est parmi les femmes ayant un niveau de vie élevé c'est-à-dire riches que la non-utilisation de la contraception moderne est moins importante (84, %). Le comportement des femmes issues des ménages de niveau de vie moyen est non loin de celui de celles issues des ménages pauvres (96,3%), situées entre ces dernières et celles issues des ménages considérés comme étant riches.

4.3.6. Occupation

L'occupation de la femme c'est-à-dire son activité économique est significativement associée au seuil de 1% à la non-utilisation des méthodes contraceptives modernes. Aussi, on constate une nette différence de comportement contraceptif selon qu'il s'agisse des femmes sans emploi ou de celles travaillant dans le secteur moderne ou encore de celles œuvrant dans le secteur traditionnel. En effet, on constate que presque toutes les femmes en union du secteur traditionnel ne recourent pas à la contraception moderne (97,4%). Toutefois, la propension à l'utilisation de la contraception moderne est beaucoup plus élevée chez les femmes du secteur moderne avec une proportion à la non-utilisation de l'ordre de 87,4%.

Bien plus, entre ces deux extrêmes se trouvent les femmes sans emploi avec une propension à la non-utilisation qui rivalise celle des femmes agricultrices (93,3%).

4.4. Les variables intermédiaires et la non-utilisation des méthodes contraceptives modernes

Tableau 4.5. La non-utilisation de la contraception moderne selon les variables intermédiaires (EDSC III, 2004).

Variables	Non utilisation de la contraception moderne		Probabilité de Khi-deux
	Effectifs	%	
Connaissance de la contraception			0,00000
Oui	1485	92,9	
Non	383	100	
Discussion de la PF			0,00000
Jamais	1121	97,9	
Quelque fois	460	94,3	
Souvent	216	80,6	
Attitude de la femme à l'égard de la PF			0,00000
Désapprouve	562	98,8	
Approuve	745	88,0	
Ne connaît pas	559	99,1	
Attitude du conjoint à l'égard de la PF			0,00000
Désapprouve	423	97,5	
Approuve	349	82,1	
Ne connaît pas	1027	98,4	

4.4.1. Connaissance de la contraception moderne

Naturellement, il existe une très forte liaison entre la connaissance de la contraception et la non-utilisation de la contraception moderne au seuil de 1%. La connaissance des méthodes contraceptives modernes induit un comportement différentiel quant à leur utilisation par les femmes en union. En effet, il est évident que la connaissance est un préalable à l'utilisation même si tant est vrai que plusieurs études effectuées à cet effet au Cameroun (EDSC I, 1991 ; EDSC II, 1998 ; EDSC III, 2004) ont suffisamment démontrées que toute connaissance n'impliquait pas forcément la pratique. Par conséquent, il est tout à fait normal qu'une femme qui n'a aucune idée de la contraception moderne ne puisse l'utiliser pendant que celle qui la connaît a la possibilité de l'utiliser ou non. En effet, sur un échantillon de 1982 femmes en union enquêtées, seules 1599 connaissent au moins une méthode contraceptive moderne. Mais parmi ces dernières, 1485 soit 92,9% ne recourent pas à la contraception moderne.

4.4.2. Attitude de la femme à l'égard de la contraception moderne

En effet, au Cameroun comme partout dans les sociétés africaines le pouvoir de décision en matière de la fécondité est le fait du mari ou parfois des autres membres de la famille. Toutefois l'attitude de la femme vis à vis de la contraception moderne est tout aussi déterminante dès qu'elle a l'opportunité de l'exprimer. En effet, à l'issue de cette analyse, il est évident que l'attitude de la femme à l'égard de la contraception moderne est significativement associée à la non-utilisation de la contraception moderne au seuil de 1%. La propension à ne pas recourir aux services de la planification familiale notamment la contraception moderne est moins importante chez les femmes en union ayant une attitude positive à l'égard de la contraception moderne (88,0%). Quant aux deux autres catégories de femmes, celles qui désapprouvent et celles n'ayant aucune idée, presque toutes n'utilisent pas la contraception moderne, soit respectivement 98,8% et 99,1% de non-utilisation.

4.4.3. Attitude du conjoint vis-à-vis de la contraception

Comme nous l'avons dégagé dans notre revue de la littérature, la partie septentrionale du Cameroun est particulièrement caractérisée par une très grande soumission de la femme à la volonté de l'homme. A ce titre, il va de soi que le comportement contraceptif des femmes

en union reste toute chose étant égales par ailleurs influencé par l'attitude de leur conjoint. En fait, il a été demandé à la femme de donner l'opinion ou le point de vue qu'elle croit être celui de son conjoint à l'égard de la contraception moderne. A l'issu des analyses, il ressort que l'attitude du conjoint est significativement associée à la non-utilisation de la contraception moderne au seuil de 1%. En effet, la probabilité de ne pas recourir à la contraception moderne est largement élevée chez les femmes dont l'attitude du conjoint est supposée indécise ou négative en matière de la contraception moderne soit respectivement 98,4% et 97,5%. Par contre, cette tendance est naturellement moins importante chez les femmes dont les conjoints sont favorables à la contraception moderne (82,1%).

4.4.4. Discussion au sein du couple sur la planification familiale

La discussion entre partenaires sexuels au sein d'un ménage en ce qui concerne les questions relatives à la contraception est un bonus à une utilisation effective. Certes, l'amorce d'un dialogue peut lever certains obstacles ou briser certains mythes en rapport avec l'utilisation de la contraception moderne modifiant ainsi le comportement du partenaire qui serait hostile aux méthodes contraceptives modernes. Au terme des analyses, il apparaît que la discussion au sein du couple sur la planification familiale est étroitement liée à la non-utilisation de la contraception moderne par les femmes en union au seuil de 1%. Par conséquent, la variable discussion au sein du couple discrimine significativement le comportement des femmes vis-à-vis du recours aux contraceptifs. Il ressort clairement que la propension des femmes qui ne recourent pas à la contraception moderne est très importante chez celles qui n'ont jamais l'opportunité de discuter de la contraception avec leur conjoint (97,9%). Cette tendance est sans doute moins importante chez les femmes qui en discutent souvent avec leur conjoint (80,6%). Par ailleurs entre ces deux groupes de femmes se trouvent les femmes qui discutent de la PF quelque fois (une ou deux fois) avec une proportion de 94,3%, non loin de celles qui n'en discutent jamais. En substance, l'impact de la discussion sur la pratique contraceptive paraît donc important.

En substance, dans la recherche des facteurs associés à la non-utilisation des méthodes de contraception modernes, il est à noter au terme des analyses bivariées qu'à l'exception de la parité atteinte, toutes les autres variables considérées sont significativement associées à la non-utilisation de la contraception moderne au seuil 1%. Toutefois, on ne peut se limiter ou se fier à ces relations qui peuvent être fallacieuses dans la recherche d'explication ou des déterminants de la non-utilisation de la contraception chez les femmes en union dans le « Grand Nord » du Cameroun. Certes au niveau bivarié les relations établies sont simplement brutes. Les variables n'ont été prises que deux à deux, sans aucun souci de contrôle des effets des autres variables pouvant naturellement accentuer, amoindrir les effets des autres variables. Par conséquent, pour mieux saisir l'effet de chacune des variables, principalement dans le souci de vérifier totalement nos hypothèses confortées au niveau bivarié, il sera question dans le chapitre suivant d'intégrer la dimension multidimensionnelle ou multivariée dans la recherche d'explication de la non-utilisation de la contraception moderne chez les femmes en union.

CHAPITRE V : ESSAI D'EXPLICATION DE LA NON-UTILISATION DE LA CONTRACEPTION MODERNE

L'analyse bivariée à laquelle s'attelait le chapitre précédent a permis de mettre en exergue les variables indépendantes significativement associées ou corrélées à la variable dépendante. Ainsi a été vérifié que, toutes les variables étaient effectivement en association avec la non-utilisation de la contraception moderne chez les femmes en union en dehors de la parité atteinte. Toutefois, cette relation, comme nous l'avons déjà fait remarquer plus haut, n'était rien d'autre que brute étant entendu que compte n'a pas été tenu de l'effet des autres variables. A cet effet, élaboré dans l'optique multidimensionnelle ou multivariée, ce chapitre se propose d'appréhender les déterminants de la non-utilisation de la contraception moderne chez les femmes en union surtout, et de mettre en exergue l'importance relative de chaque facteur ou encore les effets nets ou propres de l'influence de chacune des caractéristiques des femmes en union en ce qui concerne la non-utilisation de la contraception moderne. Ce travail se fera par le biais de la régression logistique comme indiqué au niveau de la méthodologie. En effet, il est fort probable que les effets observés précédemment subissent d'énormes modifications du fait des différentes interactions entre variables.

5.1. Choix des variables entrant dans l'explication

En principe, l'idéal aurait été de choisir les variables à inclure dans le modèle explicatif à partir de l'ensemble des variables ayant un lien significatif au seuil de 10%. Ceci dans la mesure où nous avons supposé que toute valeur supérieure à ce seuil est considérée comme étant faible. Par conséquent, les variables considérées au niveau des effets bruts comme n'étant pas pertinentes dans l'explication du phénomène devraient être écartées. Il s'agit dans cette étude principalement de la parité atteinte. Par ailleurs nous avons jugé nécessaire de la maintenir dans le modèle avec pour souci de ne pas perdre les informations certainement utiles pour notre étude. C'est dire en d'autres termes que les variables à priori non significatives peuvent, en présence d'autres, influencer sur la non-utilisation de la contraception moderne. Autrement dit, leurs effets peuvent ne pas être directs, mais tributaires

de la présence des autres variables. D'autre part, il est au préalable très important d'examiner les différentes corrélations entre les variables devant entrer dans la régression. A cet effet, le milieu de socialisation a été écarté du fait de sa corrélation avec le milieu de résidence.

Par ailleurs, ayant à l'esprit un certain nombre d'hypothèses dont l'étude a comme tâche de vérifier la validité, nous avons construit 12 modèles de régression logistique dont les résultats sont résumés dans le tableau 5.1 ci-dessous. Ce dernier met en relief les effets⁶ de chacune des variables indépendantes introduites dans le modèle par rapport à la variable dépendante. Les résultats de ces différents modèles sont exprimés en « odds ratios », représentant les risques relatifs par rapport à la modalité de référence. De manière explicite, nous avons introduit le milieu de résidence, suivie des autres variables de même nature c'est-à-dire socio-culturelle (la religion et le niveau d'instruction). Après ces variables sont introduites respectivement celles socio-économiques (l'occupation de la femme et le niveau de vie du ménage), celles socio-démographiques (le type d'union, le nombre d'enfants désirés et la parité atteinte) et enfin les variables intermédiaires (la connaissance de la contraception, la discussion avec le conjoint au sujet de la PF, l'opinion de la femme ainsi que celle du conjoint en ce qui concerne la contraception moderne) et toutes contrôlées par l'âge de la femme.

Cette procédure consistant à introduire progressivement c'est-à-dire à pas croissant les variables explicatives dans le modèle explicatif du phénomène nous a sans doute permis d'apprécier non seulement l'influence de chacune des variables mais leurs différentes interactions. A cet effet, cette procédure est d'autant plus fondamentale dans la mesure où elle répond à l'objectif majeur de cette recherche, à savoir : identifier les facteurs explicatifs de la non-utilisation de la contraception moderne chez les femmes en union dans le « Grand Nord ». Ainsi, le modèle final permettra de mettre en évidence les principaux facteurs et d'en dégager les effets nets. Pour mieux comprendre les résultats du tableau 5.1 issus de la

⁶ Ceux-ci sont mesurés par les risques relatifs qui ne sont rien d'autre que les risques encourus par une femme appartenant à la modalité 1 d'une caractéristique donnée par rapport à son homologue émergeant à la modalité j de l'événement étudié (modalité de référence), et ce, quand tous les autres antécédents sont supposés les mêmes par ailleurs (Salami, 1997)

régression logistique, la présentation des résultats les plus importants ainsi que leur interprétation est importante.

5.2. Présentation et interprétation des résultats

Comme nous avons bien relevé au niveau des différentes études faites en matière de la pratique contraceptive en Afrique, non seulement les facteurs considérés n'ont pas la même influence sur la non-utilisation de la contraception moderne mais aussi il est à noter une certaine interaction entre les variables pouvant influencer ou non la non-utilisation de la contraception moderne chez les femmes en union.

5.2.1. Facteurs socio-culturels et non-utilisation de la contraception moderne

En effet, un coup d'œil dans le tableau ci-dessous, permet clairement de remarquer que parmi les facteurs socio-culturels considérés, seule la religion (au seuil de 5%) a un pouvoir explicatif significatif en ce qui concerne la non-utilisation de la contraception moderne chez les femmes en union dans le septentrion.

En effet, comparativement aux femmes musulmanes en union, les femmes cathodiques ont 50% moins de risque de ne pas recourir à la contraception moderne pendant que celles protestantes ont 49% moins de risque de ne pas utiliser la contraception. A cet effet, l'hypothèse selon laquelle *les femmes musulmanes sont plus enclines à la non-utilisation de la contraception moderne* est par conséquent vérifiée. Ceci paraît évident dans la mesure où comme nous l'avons fait état au niveau de la revue littérature, même si toutes les religions sont plus ou moins contre la pratique contraceptive moderne, l'islam, associée à la culture des sociétés du septentrion est particulièrement attachée à la fécondité. Ceci étant, la propension très importante à la non-utilisation de la contraception caractérisant cette partie du pays s'expliquerait par sa culture majoritairement islamique et peut-être associée à un fort taux de polygamie. On peut aussi adjoindre la précocité de la plupart des mariages quand on sait que la non-utilisation de la contraception est plus accentuée chez les jeunes femmes en union.

Par ailleurs, l'hypothèse portant sur le milieu de résidence stipulant que *la non-utilisation de la contraception moderne est plus prononcée en milieu rural qu'en milieu urbain* est infirmée. Ce résultat paraît surprenant dans la mesure où le milieu rural caractérisé par un attachement particulier aux valeurs culturelles et un déficit en matière des infrastructures sanitaires serait moins favorable à la pratique contraceptive moderne que le milieu urbain. Par conséquent, quelque soit le milieu de résidence, la non-utilisation de la contraception est déterminée par d'autres facteurs. Il en est aussi de celle portant sur l'instruction à savoir que *la non-utilisation de la contraception diminue avec le niveau d'instruction*, infirmée. Ce résultat paraît surprenant dans la mesure où, toutes choses étant égales par ailleurs l'éducation semblait un préalable à la pratique contraceptive. Mais cette neutralité avérée dans l'explication de la non-utilisation serait liée à l'influence d'autres variables. En ce qui concerne la non-utilisation, le pouvoir explicatif de l'instruction disparaît en présence d'autres facteurs comme la religion. A cet effet, quelque soit le niveau d'instruction de la femme dans le septentrion, son comportement est déterminé par les principes fondamentaux religieux et traditionnels. En substance, seule la religion détermine la non-utilisation en ce qui concerne les facteurs socio-culturels, qu'en serait-il des variables socio-économiques ?

5.2.2. Facteurs socio-économiques et non-utilisation de la contraception moderne

Au plan des facteurs socio-économiques, il apparaît que toutes les variables socio-économiques sont significatives (M12)⁷. Par conséquent, elles déterminent significativement la non-utilisation de la contraception moderne chez les femmes en union. En effet, comparativement aux femmes pauvres, les femmes du niveau de vie moyen ont 2,71 fois plus de chance de ne pas utiliser la contraception moderne. Bien plus les femmes issues des ménages riches ont 1,97 fois plus de chance de vivre l'événement que celles de la modalité de référence. L'hypothèse selon laquelle *la non-utilisation de la contraception est beaucoup plus prononcée chez les femmes issues des ménages pauvres* est alors vérifiée. Ceci est d'autant plus vrai dans la mesure où les femmes issues des ménages pauvres vivent dans des

⁷ Il s'agit du modèle saturé, dans lequel se trouvent toutes les variables de l'étude.

conditions ne leur permettant pas non seulement de s'épanouir mais de s'offrir les services de la PF. Cela paraît tout à fait logique, vue la situation de la plupart des ménages camerounais et de ceux du septentrion en particulier. Bien plus, les femmes sans emploi ont 2,12 fois plus de chance de ne pas recourir à la contraception moderne par rapport à celles qui sont dans le secteur traditionnel pendant que celles qui travaillent dans le secteur moderne ont 2,24 fois plus de chance de vivre l'événement comparativement aux femmes de la modalité de référence⁸. Par conséquent l'hypothèse selon laquelle *les femmes travaillant dans le secteur traditionnel sont plus enclines à la non-utilisation de la contraception moderne* se trouve vérifiée. Ce résultat reflète évidemment l'idée développée au niveau des études théoriques sur la pratique contraceptive moderne. En fait les activités à caractères traditionnels et prioritairement l'agriculture, occupation majeure des femmes en union dans le septentrion sont favorables à une forte fécondité et conséquemment lieu de prédilection d'une forte propension à la non-utilisation de la contraception moderne. En définitive, les facteurs en question dans cette sous section sont fondamentale dans l'explication de la non-utilisation de la contraception. Par ailleurs ceux socio-démographiques peuvent aussi s'avérer importantes

5.2.3. Facteurs socio-démographiques et non-utilisation de la contraception moderne

En ce qui concerne les facteurs socio-démographiques, il convient de remarquer que seule la variable « nombre d'enfants désirés » a un pouvoir significatif important en ce qui concerne la non-utilisation de la contraception moderne chez les femmes en union. En effet, comparativement aux femmes désirant entre 5 et 6 enfants, celles qui supposent que le nombre d'enfant dépend de la volonté du bon Dieu ont 3,14 fois plus de chance de ne pas recourir à la contraception moderne, ce qui vérifie l'hypothèse selon laquelle *les femmes qui désirent plus d'enfants ont une propension très importante à la non-utilisation de la contraception moderne*. En effet, dans l'explication de la non-utilisation de la contraception moderne chez les femmes en union dans le septentrion, le nombre d'enfants désirés est

⁸ C'est la modalité ayant le plus grand effectif, dans ce cas il s'agit des femmes du secteur traditionnel

fondamental. Ce phénomène serait lié à la culture d'une descendance nombreuse qui caractérise les femmes du septentrion, raison d'une place importante au foyer. Par contre la parité atteinte et le type d'union sont non significatifs et l'hypothèse selon laquelle *les femmes en union polygame recourent moins à la contraception moderne que leurs consœurs en union monogame* par conséquent, est infirmée. Il est alors impossible d'expliquer la non-utilisation de la contraception à partir de la variable type d'union, en d'autres termes qu'elles soient dans des foyers monogames ou polygames, le comportement des femmes du septentrion est similaire en ce qui concerne la pratique contraceptive, faire autant d'enfants possible.

5.2.4. Facteurs intermédiaires et non-utilisation de la contraception moderne

Au plan des facteurs intermédiaires, il est à remarquer que la discussion avec le conjoint en ce qui concerne la planification familiale, l'opinion du conjoint ainsi que de la femme à l'égard de la contraception (au seuil de 5%) déterminent significativement la non-utilisation de la contraception moderne chez les femmes en union. Comparativement aux femmes qui ne discutent jamais de la contraception avec leur conjoint, celles qui en discutent souvent ont 0,62 fois moins de chance de ne pas utiliser la contraception moderne. L'hypothèse selon laquelle *les femmes en union qui ont plus de chance de discuter de la PF avec le conjoint ont plus de risque de ne pas utiliser la contraception moderne* est vérifiée. Bien plus, en ce qui concerne l'opinion du conjoint, très significative au seuil de 1%, les femmes dont les conjoints approuvent la contraception moderne ont 0,62 fois moins de chance de ne pas utiliser la contraception moderne. A cet effet, l'hypothèse selon laquelle *les femmes dont les conjoints sont favorables aux méthodes contraceptives modernes sont moins enclines à la non-utilisation de la contraception moderne* est parfaitement confirmée. En fait, il est tout à fait logique que l'opinion de l'homme soit très déterminante en ce qui concerne la non-utilisation de la contraception moderne. Certes nous l'avons signalé par ailleurs que dans cette partie du pays relativement très attachée à la culture, tout comportement féminin n'est rien d'autre que la manifestation de la volonté du conjoint. Aussi, les femmes qui désapprouvent la contraception ont 2,46 fois plus de chance de ne pas utiliser la contraception moderne par rapport à celle qui l'approuve. Donc même si le comportement de la femme est tributaire de la volonté de l'homme, dès que cette dernière a l'opportunité de manifester sa propre volonté, il va sans dire que la probabilité d'utilisation serait nulle si elle désapprouve la contraception. De ce qui précède, il apparaît clairement soulevée la

problématique du statut de la femme qui, comme le démontrent les résultats a beaucoup de chemin à faire quant à l'objectif du millénaire et principalement l'intégration des femmes dans le processus de développement.

En substance, au sujet des facteurs explicatifs de la non-utilisation de la contraception dans le « Grand Nord », nous avons identifié entre autres : la religion, le niveau de vie des ménages, l'occupation de la femme, le nombre d'enfants désirés, la discussion avec le conjoint, l'opinion du conjoint ainsi que de la femme à l'égard de la contraception moderne. Bien plus, sitôt identifiés les déterminants de la non-utilisation de la contraception moderne au niveau du dernier modèle (M12), la compréhension des différents mécanismes d'action entre variables paraît aussi très importante. Ceci permettra de mettre l'accent sur les divers effets de médiation et d'inhibition de certaines variables fondamentales dans l'explication du phénomène étudié.

5.3. Identification des mécanismes d'action entre les variables.

Au niveau du cadre théorique, il ressort du cadre conceptuel que les facteurs socio-culturels, socio-économiques et socio-démographique influenceraient la non-utilisation de la contraception moderne non seulement directement mais aussi via certaines variables dites intermédiaires. Pour mieux comprendre ce mécanisme, examinons le comportement des ces facteurs identifiés en présence des variables intermédiaires.

En effet, dès l'introduction de la connaissance de la contraception, le nombre d'enfant désirés et surtout sa modalité comme dieu voudra très significative au seuil de 1% passe au seuil de 5%. Par ailleurs, contrôlée par l'opinion du conjoint, cette signification passe au seuil de 10%. A cet effet, l'effet du nombre d'enfants désirés est médiatisé par la connaissance de la contraception et l'opinion du conjoint. Nous voyons bien l'importance de ce mécanisme, dans la mesure où la connaissance tout en restant non significative influence les autres variables. De manière générale la proportion des femmes en union désirant plus d'enfants est importante dans la zone d'étude, mais toutes choses étant égales par ailleurs, l'influence de cette variable passe par l'opinion du conjoint compte tenu de son pouvoir en matière de la fécondité. On peut expliquer cette situation par le fait que parmi celles désirant une descendance nombreuse, leur comportement contraceptif va varier en fonction de l'attitude de

leurs conjoints, ainsi celles dont les conjoints approuvent la contraception auront moins de risque à la non-utilisation pendant que les autres dont les conjoints désapprouvent auront un comportement inverse en matière de la non-utilisation. Il en est de même de la connaissance, une femme peut désirer moins d'enfants mais il faut bien non seulement connaître la contraception mais sans doute tenir compte du point de vue du conjoint.

De même, contrôlée par la discussion avec le conjoint, l'influence de l'occupation de la femme, concernant les femmes inactives s'affaiblit en passant du seuil de 1% à 5%. Mais en présence de l'opinion de la femme cette influence se trouve renforcée en repassant au seuil de 1% pour revenir à la signification initiale c'est-à-dire 5% sous le contrôle de l'opinion du conjoint (M12). Par conséquent, la discussion avec le conjoint ainsi que l'opinion de ce dernier médiatisent l'effet de l'occupation de la femme pendant que l'attitude de la femme quant elle est considérée comme étant inhibitrice. En d'autres termes, quelque soit le pouvoir d'achat de la femme, la nature de son occupation, son comportement contraceptif est tributaire de son statut, principalement de la discussion de la PF et de l'opinion du conjoint.

En ce qui concerne l'instruction, dès l'introduction de la connaissance de la contraception, la modalité primaire devient non significative pendant que le secondaire et plus est demeurée significative au seuil de 1%. Mais avec l'introduction respectivement de la discussion et l'opinion de la femme, cette dernière modalité perd de son influence en passant de 1% à 5% et de 5% à 10% pour finalement devenir non déterminante une fois contrôlée par l'opinion du conjoint (M12). Donc, l'influence de l'instruction non déterminante au niveau du modèle final passe aussi bien par la connaissance, la discussion, l'opinion de la femme que celle du conjoint.

Pour ce qui est du niveau de vie, sa modalité riche passe de 1% à 5%, contrôlée par l'occupation de la femme. Mais dès qu'on introduit le type d'union cette modalité redevient significative au seuil de 1%. Elle revient au seuil de 5% en présence du nombre d'enfants désirés. En présence de l'opinion de la femme, la modalité riche passe de 5% à 10% pendant que la modalité moyen suit le même schéma en présence de l'opinion du conjoint (M12). Donc, l'occupation, le nombre d'enfants désirés et l'opinion de la femme médiatisent l'effet du niveau de vie concernant la non-utilisation de la contraception. Le type d'union est considéré ici comme étant inhibitrice.

Globalement, il ressort des mécanismes que l'influence des variables socio-culturelles, socio-économiques et socio-démographiques passe aussi par les variables intermédiaires. La discussion avec le conjoint ainsi que l'opinion de ce dernier retiennent plus d'attention en matière de la non-utilisation de la contraception moderne quelque soient les autres facteurs en amont. En substance quelque soit le pouvoir des autres facteurs, dès que la discussion et l'opinion du conjoint sont introduites, leurs effets perdent de leur signification.

Tableau 5.1. Effets nets des variables explicatives sur la non-utilisation de la contraception moderne

Variables	Effets nets par rapport à la modalité de référence											
	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12
Milieu de résidence												
urbain	0,210***	0,201***	0,396***	0,864ns	0,893ns	0,922ns	0,914ns	0,913ns	0,970ns	0,981ns	1,012ns	0,966ns
rural	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
religion												
catholique	0,228***	0,195***	0,506**	0,409***	0,396***	0,408***	0,446**	0,766**	0,424**	0,491**	0,471**	0,497**
protestante	0,263***	0,222***	0,499**	0,405***	0,392***	0,407***	0,437**	0,431**	0,423**	0,478**	0,474**	0,513**
musulmane	Ref.	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Autres	3,335	1,676ns	1,853ns	1,456ns	1,440ns	1,388ns	1,507ns	1,724ns	1,432ns	1,210ns	0,982ns	1,039ns
Niveau d'instruction femme												
Aucun	Ref.		Ref	Ref	Ref	Ref	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Primaire	0,222***		0,338***	0,394***	0,394***	0,412**	0,494*	0,481**	0,582ns	0,650ns	0,791	0,901ns
Secondaire et plus	0,044***		0,094***	0,155***	0,172***	0,184***	0,227***	0,213***	0,266***	0,345**	0,465*	0,533ns
Niveau de vie												
Pauvre	Ref.			Ref	Ref	Ref	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Moyen	8,265***			3,915***	3,520***	3,626***	3,568***	3,740***	3,519***	3,215***	2,896***	2,708**
riche	4,971***			2,661***	2,484**	2,521***	2,420**	2,371**	2,372**	2,112**	1,930*	1,974*
Occupation femme												
Sans emploi	4,977***				1,803*	1,820*	1,633*	1,909*	1,869*	2,002**	1,981*	2,121**
Secteur traditionnel	Ref.				Ref	Ref	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Secteur moderne	8,801***				2,034**	2,023**	2,014**	2,158**	2,163**	2,286**	2,106**	2,235**
Type d'union												
Monogame	Ref.					Ref	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
polygame	4,461***					1,304ns	1,282ns	1,306ns	1,279ns	1,123ns	1,077ns	1,062ns
Enfants désirés												
0-4 enfants	0,617**						0,975ns	0,971ns	0,977ns	1,930ns	0,949ns	0,970ns
5-6 enfants	Ref.						Ref	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
7-9 enfants	1,608*						0,723ns	0,795ns	0,796ns	0,769ns	0,670ns	0,626ns
10 et plus	3,300*						1,319ns	1,357ns	1,371ns	1,400ns	1,86ns	1,294ns
Comme dieu voudra	13,469***						4,991***	5,322***	4,924**	4,062**	3,199**	3,145*

Facteurs associés à la non-utilisation de la contraception moderne chez les femmes en union dans la partie septentrionale du Cameroun

Parité atteinte												
0enfant	0,881ns							1,450ns	1,392ns	1,164ns	1,013ns	0,934ns
1-2enfants	0,844ns							1,263ns	1,229ns	1,042ns	1,021ns	0,981ns
3-5enfants	Réf.							Ref	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
6 enfants et plus	0,972ns							0,482**	0,481**	0,506**	0,565*	0,518ns
Connaissance												
Connait	Réf.							Ref	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Ne connait pas	0,005*							0,003ns	0,003ns	0,003ns	0,003ns	0,004ns
Discussion sur la PF avec conjoint	Réf.									Ref	Réf.	Réf.
Jamais	0,352***									0,508**	0,553*	0,706ns
Une ou deux fois	0,089***									0,240***	0,274****	0,377***
Souvent												
Opinion de la femme sur la PF												
Désapprouve	10,991***										3,195**	2,461**
Approuve	Réf.										Ref	Réf.
Ne sait pas	15,299***										2,726**	1,906ns
Opinion du conjoint sur la PF												
Désapprouve	0,636***											0,717ns
Approuve	0,076***											0,378***
Ne sait pas	Réf.											Ref
Age		1,034ns	0,994ns	1,020ns	1,048ns	1,038ns	1,025ns	1,193*	1,189*	1,141ns	1,131ns	1,123ns
Khi-deux		107,363***	164,989***	180,108***	185,074***	186,455**	200,088***	207,479***	218,646***	245,323***	256,727***	266,346***
NB *** = significatif au seuil de 1% ** = significatif u seuil de 5% * = significatif u seuil de 10% ns = non significatif Ref= modalité de référence												

5.4. Hiérarchisation des déterminants de la non-utilisation de la contraception moderne

Les effets des facteurs socio-démographiques, socio-économiques, socio-culturels et intermédiaires sitôt dégagés, il est alors fondamental de classer ceux-ci selon leur pouvoir explicatif ou leur importance sur la non-utilisation de la contraception. Cette opération permettra bien évidemment aux différentes parties prenantes de mettre un accent sur les déterminants prioritaires. En effet, à l'issue du tableau ci-dessous, il ressort que la discussion avec le conjoint occupe le premier rang en ce qui concerne l'explication de la non-utilisation de la contraception avec une contribution de l'ordre de 4,24%. Cette variable explique le mieux le phénomène étudié, en d'autres termes, elle contribue plus que les autres variables de l'étude à l'explication de la non-utilisation de la contraception. Comme nous avons souligné au niveau de la revue de la littérature, le statut de la femme en général très faible dans cette partie du pays serait la cause d'une telle situation. En principe, la discussion au sein du couple est très importante et toute femme ayant l'opportunité de s'offrir ce dialogue a une chance très élevée d'utiliser la contraception toutes choses étant égales par ailleurs. Or, cette opportunité y est rare, ce qui conduit inévitablement à une propension importante à la non-utilisation de la contraception moderne. Cette variable est immédiatement suivie de l'opinion de l'homme avec une contribution de 3,61%. Bien plus les sociétés du « Nord Cameroun » sont caractérisées par une soumission inconditionnelle de la femme à la volonté de l'homme. Une femme dont le conjoint désapprouve la contraception aura plus de chance de ne pas recourir à la contraception moderne. En fait la femme aura beau être favorable à la contraception, si le conjoint, considéré comme étant celui par qui passe le salut de la femme (selon l'acception islamique) n'est pas d'accord, cette action sera vouée à l'échec. Ces deux facteurs sont suivis respectivement par ordre d'importance du nombre d'enfants désirés (2,92%), de la religion (2,71%), du niveau de vie des ménages (2,50%), de l'occupation de la femme (2,29%) et enfin de l'opinion de la femme ayant une contribution de 1,81%. En définitive, pour améliorer l'utilisation de la contraception moderne chez les femmes en union dans le septentrion, un accent particulier doit être mis le statut de ces dernières par le biais de la culture de la discussion de la PF avec leur conjoint ainsi que la prise en compte des femmes comme partenaires dans toute entreprise.

Tableau 5.2. Contributions des variables indépendantes (EDSC III, 2004)

Variables	Contribution des variables indépendantes à l'explication de la non-utilisation de la contraception moderne			
	Khi-deux du modèle saturé	Khi-deux sans la variable	Contribution (%)	Rang
Discussion avec le conjoint	266,346	255,059	4,24	1
Opinion de l'homme	266,346	256,2	3,61	2
Nombre d'enfants désirés	266,346	258,558	2,92	3
Religion	266,346	259,117	2,71	4
Niveau de vie	266,346	259,686	2,50	5
Occupation de la femme	266,346	260,230	2,29	6
Opinion de la femme	266,346	261,43	1,84	7

Dans ce chapitre, primordial dans cette étude, il était question de mettre l'accent sur les différentes variables entrant dans le modèle, de la présentation et de l'interprétation des principaux résultats. A ce niveau, un certain nombre de déterminants ont été identifiés. Au chapitre des facteurs socio-culturels il s'agit de la religion, s'agissant des facteurs socio-économiques nous avons retenu le niveau de vie et l'occupation de la femme, en ce qui concerne ceux socio-démographiques, il s'agit du nombre d'enfants désirés. Au sujet des facteurs intermédiaires, la discussion avec le conjoint, l'opinion de la femme ainsi celle de

l'opinion ont été retenus. Les mécanismes d'action ont été aussi mis en évidence dans cette partie. Pour permettre aux différentes parties prenantes de rationaliser leurs efforts, ces différents déterminants ont été hiérarchisés par ordre d'importance à savoir : la discussion avec le conjoint, l'opinion du conjoint, le nombre d'enfants désirés, la religion, le niveau de vie du ménage, l'occupation de la femme et son opinion à l'égard de la contraception

Conclusion générale

Depuis la Conférence Internationale de 1994 sur la Population et le Développement (CIPD) en passant par d'autres grands rendez-vous de même envergure, il a été officiellement reconnu le rôle fondamental des services de la PF en matière de santé en générale et particulièrement de la santé maternelle et infantile. Cela présuppose des comportements sexuels sans risque, véritable atout du développement.

Toutefois les femmes en union, particulièrement celles du Cameroun septentrional usent rarement des bienfaits de la contraception moderne en dépit de la situation économique et sanitaire qui laisse à désirer. Face à cette situation, un certain nombre d'objectifs ont été identifiés entre autres : déterminer le niveau de la non-utilisation de la contraception moderne, identifier les facteurs explicatifs de la non-utilisation de la contraception chez les femmes en union et formuler des recommandations dans le but de relever les défis de la santé de reproduction. Pour ce faire nous sommes partis d'une hypothèse de base selon laquelle, les facteurs socio-démographiques, socio-culturels et socio-économiques déterminent le comportement des femmes en union en matière de la non-utilisation de la contraception moderne.

Pour mieux saisir la question de la recherche, il était important de mettre un accent particulier sur le contexte général de l'étude dans la première partie, une approche théorique a été élaborée au chapitre deuxième dans le but de prendre connaissance des travaux déjà effectués sur la question de recherche. La méthodologie de la recherche a par ailleurs été précisée au chapitre troisième. A travers cette dernière, la source des données ainsi que leur évaluation ont été abordées à savoir les données de l'EDSC III du Cameroun réalisée en 2004. Il était question aussi des différentes méthodes statistiques auxquelles il fallait faire recours compte tenu des objectifs et des hypothèses de travail. Au niveau du quatrième chapitre, il s'agissait de décrire les aspects différentiels de la non-utilisation de la contraception moderne pendant que le dernier, fondamental avait pour objectif de dégager les différents déterminants de la non-utilisation de la contraception moderne chez les femmes en union.

A travers les différentes approches explicatives explorées à travers la revue de la littérature sur la pratique contraceptive, nous avons retenu un certain nombre de variables en rapport avec les hypothèses de l'étude. Il s'agit entre autres de : l'âge de la femme, le nombre idéal d'enfant, la parité atteinte, le type d'union, le niveau de vie du ménage, l'occupation de la femme, la religion, le niveau d'instruction, le milieu de résidence, le milieu de socialisation, la connaissance de la contraception, la discussion avec le conjoint, l'opinion de la femme ainsi que du conjoint à l'égard de la PF.

En ce qui concerne l'aspect méthodologique, nous avons principalement recouru à l'analyse bivariée en vue de décrire les relations entre chacune des variables indépendantes et la variable dépendante. Hors mis la parité atteinte, toutes les autres variables ont été significativement associées à la non-utilisation de la contraception au seuil de 1%.

Dans la vérification de nos hypothèses, la saisie des effets propres des différentes variables s'est opérée, grâce à une analyse multidimensionnelle et notamment de la régression logistique. Cette dernière a permis d'estimer les rapports de chance qui résultent de l'appartenance à telle ou telle catégorie des différents régresseurs. A l'issue de ces analyses, nous avons identifié un certain nombre de déterminants remarquables de la non-utilisation de la contraception moderne, objectif majeur de cette étude. Il s'agit de la discussion avec le conjoint, de l'opinion du conjoint à l'égard de la contraception, du nombre d'enfants désirés, de la religion, du niveau de vie, de l'occupation de la femme, de l'opinion de cette dernière à l'égard de la contraception. En fait, toutes choses étant égales par ailleurs, ces facteurs semblent être mieux aptes, dans le contexte du septentrion camerounais, en ce qui concerne l'explication de la non-utilisation de la contraception moderne chez les femmes en union.

Au plan des hypothèses ayant guidées toute la recherche, nous remarquons au niveau multivarié que trois d'entre elles sont infirmées. En effet, nous avons supposé que les femmes du milieu rural étaient plus enclines à la non-utilisation de la contraception moderne. Mais, la contribution du milieu de résidence s'est avérée non déterminante en présence des autres variables de l'étude. Bien plus, on supposait que la non-utilisation de la contraception est plus prononcée chez les femmes en union polygame par rapport à celles en union monogame. Comme dans le cas ci-dessus, cette variable bien que très significative au niveau brut a perdu sa signification en présence des autres variables. Quant à l'instruction, son

pouvoir explicatif s'est d'abord affaibli successivement avec le type d'union, le nombre d'enfants désirés, la connaissance, la discussion, l'opinion de la femme pour finalement devenir non significatif avec l'introduction de l'opinion du conjoint. Par contre, toutes les autres hypothèses à la base de la recherche sont parfaitement vérifiées. Il s'agit distinctement des hypothèses suivantes :

- Les femmes musulmanes sont beaucoup plus enclines à la non-utilisation de la contraception moderne que celles des autres confessions religieuses ;
- la non-utilisation de la contraception est beaucoup plus prononcée chez les femmes des ménages pauvres ;
- Les femmes en union travaillant dans le secteur traditionnel ont une propension très forte à la non-utilisation de la contraception moderne ;
- les femmes désirant plus d'enfants ont une propension très importante à la non-utilisation de la contraception moderne ;
- les femmes en union qui ont plus de chance de discuter de la PF avec le conjoint ont plus de risque de ne pas utiliser la contraception moderne ;
- les femmes dont les conjoints sont favorables aux méthodes contraceptives modernes sont moins enclines à la non-utilisation de la contraception moderne;

Il va sans dire que la réussite d'un programme de PF, en particulier l'augmentation de la pratique contraceptive devrait toutes choses étant égales par ailleurs intégrer en priorité les variables déterminantes c'est-à-dire significatives au moins au seuil de 10%, ceci dans le but de rationaliser les efforts à consentir. Au terme de cette étude, la discussion avec le conjoint semble remarquablement déterminante avec une contribution de 4,24%. De même, l'opinion de l'homme devrait mériter plus d'attention (3,61%). Il n'en demeure pas moins qu'il faut tenir compte des autres variables identifiées déterminantes dans l'explication du phénomène étudié.

Au sujet de l'évaluation de l'étude, il est à noter que dans toute recherche en science sociale, il est difficile d'appréhender totalement un fait social caractérisé par sa flexibilité et sa variabilité. Dans ce contexte, une part importante de la non-utilisation de la contraception

n'est pas prédite chez les femmes en union. Les facteurs institutionnels et autres dont on n'a pas tenu compte dans cette étude pourraient expliquer bien de situations. Non exhaustives, les données de l'étude ne nous ont pas permis de saisir certaines variables en occurrence celles relatives aux facteurs institutionnels.

Au terme de cette étude, nous proposons un certain nombre de recommandations qui, nous espérons, pourront être exploitées par toutes les parties prenantes des programmes de PF. Au regard des résultats, il est recommandé :

- aux responsables des différents programmes de PF, aux associations de bien-être familial, aux leaders traditionnels et religieux, à la société civile et ONG spécialités :
 - De promouvoir le dialogue au sein des couples, d'impliquer les femmes aussi bien que les hommes dans les programmes de PF, globalement il faut améliorer le statut de la femme, la considérer comme partenaire ;
 - Intégrer les hommes dans les campagnes d'information et de sensibilisation, aspect le plus souvent négligé, sous prétexte que l'homme ne se montre pas souvent intéressé, culiver auprès des hommes l'idée de la place importante de la femme dans le développement ;
 - sensibiliser les femmes en union sur la PF en insistant sur sa propre santé ainsi que celle de l'enfant.
- à l'endroit des décideurs politiques :
 - Il y a nécessité d'adapter les programmes de PF aux réalités locales et de faciliter l'accès à ces services ;
 - De couvrir les zones rurales des centres de santé et des services de PF tout en dotant ceux-ci du personnel qualifié et de moyens nécessaires pour assurer un service adéquat et élargi en PF;
 - D'améliorer les conditions de vie des femmes en union en respectant la parité dans les différents postes de responsabilité;

- Aux spécialistes de la communication, de procéder à l'analyse de la situation, des contraintes environnementales avant la mise sur pied des IEC, car il y a des messages qui ne passent pas facilement dans tous les milieux. L'on doit diffuser des messages en tenant compte du contexte socio-culturel des individus ;

ELEMENTS DE BIBLIOGRAPHIE

- AKOTO, E. M. et KAMDEM, H. (2001) : Etudes comparatives des déterminants de la pratique contraceptive moderne en Afrique. in Gendreau F. et POUPARD M. (dir.), les transitions démographiques des pays du Sud. AUPELF-UREF, actualité scientifique, Editions ESTEEM : 269-286.
- ALI, M. J. et CLELAND. (1995) : « Abandon de la contraception dans les six pays en développement : analyse spécifique à la cause » in Perspectives Internationales sur le planning familial, numéro spécial de 1995, pp. 12-17.
- ANOH, A. (2002) : « Santé de la reproduction et politique de développement en Côte d'Ivoire », in KOFFI et al. (éd.), Santé de la reproduction en Afrique, ENSEA-FNUAP-IRD, Abidjan.
- BEAT, S.P. et FOTSO, M. (1998) : « Connaissance et utilisation de la contraception par les hommes et concordance dans les déclarations des conjoints sur l'utilisation de la contraception au Cameroun » in Macro International Inc., 1997, The Male Role in fertility, Family Planning, and Reproductive Health, DHS Régional Analysis Workshop for Sub-Saharan Africa. Calverton, Maryland : Macro International Inc., pp31-78.
- BELLA, J. N. (1998). Les politiques de population dans deux pays en développement : le Cameroun et la Thaïlande, les cahiers de l'IFORD n°17, 156 pages.
- BELLO, T. (1991) : « Commentaire général de la séance sur l'impact des programmes de Santé et de Planification familiale », in KOFFI N. et al., Maîtrise de la croissance démographique et de développement en Afrique, ENSEA-ORSTOM, Abidjan.
- BENINGUISSE, G. (2002) : « Les cadres institutionnels des programmes et mode de régulation de la fécondité en Afrique : des énormes politiques et stratégies à la réalité des faits », in KOFFI et al. (éd.), Santé de la reproduction en Afrique, ENSEA-FNUAP-IRD, Abidjan.
- Cameroun, (2004). Enquête Démographique et de Santé 2004. Macro International Inc.

- EVINA, A. (2007). Les facteurs de la contraception au Cameroun au tournant des siècles, CEPED.
- EVINA, A. (1990). Vie féconde des adolescentes en milieu urbain camerounais cahier de l'IFORD n° 16, 117p
- EVINA, A. et NGOY, K. (2001). L'utilisation des méthodes contraceptives en Afrique: de l'espacement à la limitation des naissances? in Gendreau F. et Poupard M. (dir.), les transitions démographiques des pays du Sud. AUPELF-UREF, actualité scientifique, Editions ESTEEM : 254-268.
- EVINA, A. et NGOY, K. (2002). La transition de régulation des naissances en Afrique sub-saharienne: vers un malthusianisme de crise ou de paupérisation? in Guillaume A. et al. (eds), santé de la reproduction en Afrique. IRD, FNUAP, ENSEA, Abidjan : 55-188.
- FAMASSI, R. (2007). Les facteurs de la contraception en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale au tournant des siècles, CEPED.
- GENDREAU, F. (1993). La population de l'Afrique : manuel de démographie, Editions Karthala, Paris, 463 pages.
- IPPF, (1995). Charte de l'IPPF sur les droits en matière de sexualité et de reproduction, Vision 2000, Londres.
- KOUAKOU, H. et KOUASSI, L. (1997). « Fécondité et préférences en matière de fécondité des hommes en Côte d'Ivoire » in Macro International Inc., 1997, The Male Role in fertility, Family Planning, and Reproductive Health, DHS Régional Analysis Workshop for Sub-Saharan Africa. Calverton, Maryland : Macro International Inc.
- LAPLANTE, A. et SOUMAORO, B. (1973). « Planning traditionnel au Mali », in CRDI, Education Sexuelle en Afrique tropicale, compte rendu d'un séminaire interafricain tenu à Bamako du 16 au 25 avril 1973 sous les auspices du Ministère de l'Education nationale de la République du Mali en collaboration avec les Services Quaker (American Friends Service Committee), CRDI, Ottawa.
- LOCOH, T. (1988) : « la planification familiale en Afrique de l'Ouest à la croisée des chemins : Difficultés et perspectives », In Colloque sur « Information, Education, Communication et planification familiale en Afrique », Documents de base, UEPA, pp 148-180.

- LOCOH, T. (1986). Transition de la fécondité et changements sociaux dans le Tiers-Monde. ORSTOM, pp. 205-233.
- LOCOH, T. (1991). La fécondité des adolescentes : synthèse des résultats des enquêtes nationales. Revue Vie et Santé, n° 8.
- MEEKERS, D. et AHMED, G. (1996). « Adolescent sexuality in Southern Africa: cultural norms and contemporary behavior » in Congés international de la population, vol. 2, UIESP, pp. 759-780.
- NASAH, B. T. (1998) : « Planification familiale, sexualité et santé reproductive des adolescents en Afrique Subsaharienne », in KUATE-DEFO B. (dir.), Sexualité et santé reproductive durant l'adolescence en Afrique avec une attention particulière sur le Cameroun, Edi conseil, Boucherville.
- NATIONS UNIES. (1994). La grossesse de l'adolescence en Afrique, ses conséquences sanitaires, sociales et économiques : mesures proposées pour réduire l'ampleur notamment pour remédier aux abandons scolaires. Commission Economique pour l'Afrique, Addis Abeba, 65p.
- NGOY, K. (1993). Comportement des couples face à la planification familiale au Cameroun, mémoire de DED, IFORD, Yaoundé, 104 pages.
- NKWA, R.C. (1997). Contraception. En savoir plus...et choisir, Edition Etoile des Tropiques, Yaoundé.
- NOUETAGNI, S. (2004). « Crise économique, pauvreté et modification de la fécondité dans les deux métropoles camerounaises (Douala et Yaoundé) », thèse de doctorat, 2004, Paris.
- NZITA, K. D. (1993). « Les politiques de population en Afrique Sub-saharienne » Universités AUPELF-UREF, vol. 14, n°1, pp. 30-32.
- OKEDIJI, O.F. (1974). Changement dans le comportement individuel en matière de procréation et valeurs culturelles, Ed. UIESP, Belgique, 60 pages.
- République du Cameroun (1978). Recensement général de la population et de l'habitat d'avril 1976, vol.1, Yaoundé, 105p.
- République du Cameroun (1983). Enquête nationale sur la fécondité du Cameroun, 1978, rapport principal, Yaoundé, 328p.

- République du Cameroun (1990). Recensement général de la population et de l'habitat d'avril 1987, vol.2, Yaoundé, 838p.
- République du Cameroun (1998). Enquête Démographique et de Santé I de 1991, rapport principal, Yaoundé, 285p.
- République du Cameroun (1999). Enquête Démographique et de Santé II, rapport final, Yaoundé, 328p.
- République du Cameroun, Commission Nationale de la Population, 1993-Déclaration de la Politique Nationale de la Population.
- RONO, K. P. (1997). Family size preferences and attitudes towards contraceptive use among men: The case of Kaptumo community in Nandi Districk of Kenya. Analysis of patriarchal implications on fertility regulation, UAPS, n°34, 1998, Dakar-Ponty, Senegal, 72 pages.
- ROSEN, J. E, et CONLY, S.R. (1998): « Le défi de la population en Afrique : Accelerer les progrès de la santé reproductive » in Population Action International, Série d'études nationales, Washington DC, USA.
- RWENGE, M. (1994). « déterminants de la fécondité des mariages selon le milieu d'habitat au Bénin : Examen par les variables intermédiaires », Les cahiers de l'IFORD, n°7, 125 pages.
- RWENGE, M. (1992). « Les déterminants de la fécondité des mariages selon les milieux d'habitat au Bénin, examen par les variables intermédiaires, Mémoire de DEA, Sorbonne, Paris, 143 p. + annexes.
- SALA-DIAKANDA, M. (1996). « Les positions des gouvernements vis-à-vis des politiques démographiques en matière de fécondité : De la conférence de Bucarest à celles du Caire », Addis-Abeba, 26 pages.
- SALA-DIAKANDA, M. (1988). « l'infécondité de certaines ethnies » in TABUTIN, D, 1988, Population et sociétés en Afrique au Sud du Sahara, Edition Harmattan, Paris, pp., 551 pages ;
- SEVERYNS, P. (1993): « Planification Familiale : Droit de la personne, clé du développement, élément essentiel des soins de santé primaires », in WOLLAST E. et VEKEMANS M. (dir), pratique et gestion de la planification familiale dans les pays en voie de développement, Edition de Boeck-Wesmael-University, Bruxelles.

- SHAPIRO, D. and TAMBASHE, O. (1994): “The impact of women’s employment and education on contraceptive use and abortion in Kinshasa, Zaire”, in studies in planning family 25, pp.96-110;
- SHAPIRO, D. et TAMBASHE, O. (1998). « Appartenance ethnique, éducation et fécondité à Kinshasa » communication présentée dans le cadre des séminaires de l’IFORD, Yaoundé, 30 avril 1998;
- SHOENMAKER, R. (1988) : « Niveaux et tendances de la fécondité », in TABUTIN, D. (éds), Population et Sociétés en Afrique Subsaharienne, l’Harmatan, Paris.
- SORGHO, G. et NAMALGUE, H. (1997) : « Analyse de la fécondité et des preferences en matiere de fécondité des hommes au Burkina Faso » in Macro International Inc., 1997, The Male Role in Fertility, Family Planning, and Reproductive Health, DHS Regional Analysis Workshop for Sub-saharian Africa. Calverton, Maryland : Macro International Inc.
- SZYKMAN, M. (1988-88). « Problèmes de planification familiale », Louvain-La Neuve, Belgique, 95 pages.
- TABUTIN, D. (1997) : « Les transitions démographiques en Afrique Sub-saharienne. Spécificités, changements ... et incertitudes » in Congrès international de la population (International population conference), Beijing 1997, volume 1, UIESP, Belgique, pp. 219-243 ;
- TAPINOS, G. (1991). « Eléments de démographie : Analyse, déterminants socio-économiques et histoires des populations », Armand Colin, pp. 105-119.
- VEKEMANS, M. (1993): « Les MST », in WOLLASTE. Et
VEKEMANS, M. (dir.), Pratique et gestion de la planification familiale dans les pays en voie de développement, Edition De Boeck-Wesmael-Université, Bruxelles.
- VERON, J. (1997). « Le monde des femmes. Inégalité des sexes, inégalité des sociétés », Editions du Seuil, Paris, France.

ANNEXES

METHODE DE CALCUL DE L'INDICE DE WHIPPLE

Indice de Whipple

Cet indice permet d'apprécier la qualité des données sur l'âge. Il mesure l'attraction ou la répulsion des âges se terminant par les chiffres 0 et 5 (erreurs dues à une préférence de déclarer les âges terminés par 0 ou 5).

Son calcul se base sur l'intervalle d'âge [23-62 ans]. Soit E_i les effectifs de la structure par année d'âge d'une population donnée. Si nous désignons I_w , l'indice de Whipple, alors on peut écrire :

$$I_w = \frac{5*(E_{25} + E_{30} + E_{35} + E_{40} + E_{45} + E_{50} + E_{55} + E_{60})}{E_{23} + E_{24} + \dots + E_{62}}$$

Lorsqu'on veut isoler la préférence de chaque chiffre (0 et 5), alors on calcule $I_w(0)$ et $I_w(5)$ avec les formules ci-après :

* Pour apprécier la préférence de 0

$$I_w(0) = \frac{10*(E_{30} + E_{40} + E_{50} + E_{60})}{E_{23} + E_{24} + \dots + E_{62}}$$

* Pour apprécier la préférence de 5

$$I_w(5) = \frac{10*(E_{25} + E_{35} + E_{45} + E_{55})}{E_{23} + E_{24} + \dots + E_{62}}$$