

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

BURKINA FASO

◆
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
(FSS)

◆
SECTION MEDECINE

ANNEE UNIVERSITAIRE 1997-1998



THESE N°41

The B
156
SJA

**CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES EN MATIERE DE
PLANIFICATION FAMILIALE EN MILIEU RURAL :
ETUDES DANS DES VILLAGES DU SANMATENGA-BURKINA FASO**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 3 Juillet 1998
pour l'obtention du grade de DOCTEUR EN MEDECINE
(DIPLOME D'ETAT)

Par

Drissa SIA

né en 1967 à YABA (BURKINA FASO)

Jury

Directeur de Thèse :

Pr . Ag. Blaise SONDO

Président :

Pr. Ag. Bibiane KONE

Membres :

Pr. Ag. Blaise SONDO

Dr. Abdoulaye TRAORE

Dr. Diarra YE



FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
(FSS)



LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF

Doyen	Pr. R. B. SOUDRE
Vice-Doyen Chargé des Affaires Académiques (V.D.A) et Directeur de la Section Pharmacie	Pr. I. P. GUISSOU
Vice-Doyen à la Recherche et à la vulgarisation (VDR)	Pr. Ag. J. KABORE
Directeur des Stages de la Section Médecine	Pr. Ag. Y. J. DRABO
Directeur des Stages de la Section de Pharmacie	Dr. R. OUEDRAOGO / TRAORE
Coordonnateur C.E.S. de Chirurgie	Pr. A. SANOU
Secrétaire Principal	Mr. G. ILBOUDO
Chef de Service Administratif et Financier (CSAF)	Mr. M. O. ZONGO
Conservateur de la Bibliothèque	Mr S. YADA
Chef de la Scolarité	Mme K. ZERBO
Secrétaire du Doyen	Mme M. DICKO
Secrétaire du VDA	Mme. H. KABRE
Secrétaire du VDR	Mme. E. BONKIAN

Audiovisuel	Mr. A. P. PITROIPA
Reprographie	Mr. P. BOUDA
Service Courrier	Mr. O SAWADOGO

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA F.S.S.

ENSEIGNANTS PERMANENTS

Professeurs titulaires

Rambré Moumouni	OUIMINGA	Anatomie organogénèse et chirurgie
Hilaire	TIENDREBEOGO	Sémiologie et Pathologies Respiratoires
Tinga Robert	GUIGUEMDE	Parasitologie
Bobilwindé Robert	SOUDRE	Anatomie-Pathologique
Amadou	SANOU	Chirurgie Générale et Digestive
Innocent Pierre	GUISSOU	Pharmacologie et Toxicologie

Professeurs associés

Ahmed	BOU-SALAH	Neuro-chirurgie
Blaise	KOUDOGBO	Toxicologie

Maîtres de Conférences

Julien	YILBOUDO	Orthopédie Traumatologie
Bibiane	KONE	Gynécologie - Obstétrique
Alphonse	SAWADOGO	Pédiatrie
Kongoré Raphaël	OUEDRAOGO	Chirurgie Traumatologie

François René	TALL	Pédiatrie
Jean	KABORE	Neurologie
Joseph Y.	DRABO	Endocrinologie
Blaise	SONDO	Santé Publique
<u>Maîtres-Assistants associés</u>		
Rachid	BOUAKAZ	Maladies infectieuses
<u>Assistants associés</u>		
Caroline	BRIQUET	Chimie-Analytique, Pharmacologie et Toxicologie
Valérie	MURAILLE	Galénique, Chimie-Analytique
<u>Maîtres-Assistants</u>		
Lady Kadidiatou	TRAORE	Parasitologie
Mamadou	SAWADOGO	Biochimie
Jean	LANKOANDE	Gynécologie-Obstétrique
Issa	SANOU	Pédiatrie
Ludovic	KAM	Pédiatrie
Adama	LENGANI	Néphrologie
Omar	TRAORE N°1	Chirurgie
Si Simon	TRAORE	Chirurgie
Adama	TRAORE	Dermatologie Vénérologie
Abdoulaye	TRAORE	Santé Publique
Kampadilemba	OUOBA	Oto Rhino Laryngologie
Piga Daniel	ILBOUDO	Gastro-entérologie
Albert	WANDAOGO	Chirurgie Générale

Daman	SANO	Chirurgie Générale
Arouna	OUEDRAOGO	Psychiatrie
Joachim	SANO	Anesthésie-Réanimation
Patrice	ZABSONRE	Cardiologie
Jean Gabriel	OUANGO	Psychiatrie
Georges	KI-ZERBO	Maladies Infectieuses
Théophile	TAPSOBA	Biophysique

Assistants Chefs de cliniques

Tanguet	OUATTARA	Chirurgie
Sophar	HIEN	Chirurgie - Urologie
Timothée	KAMBOU	Chirurgie
Philippe	ZOURE	Gynécologie-Obstétrique
T.Christian	SANO (in memorium)	Oto Rhino Laryngologie
Madi	KABRE	Oto Rhino Laryngologie
Doro	SERME (in memorium)	Cardiologie
Hamadé	OUEDRAOGO	Anesthésie-Réanimation physiologie
Alexis	ROUAMBA	Anesthésie-Réanimation physiologie
M. Théophile	COMPAORE	Chirurgie
Rabiou	CISSE	Radiologie
Y. Abel	BAMOUNI	Radiologie

Blami	DAO	Gynécologie Obstétrique
DAO / Maïmouna	OUATTARA	ORL
Alain	BOUGOUMA	Gastro-Entérologie
Alain	ZOUBGA	Pneumologie
André K.	SAMANDOULOUGOU	Cardiologie
KYELEM / Nicole Marie	ZABRE	Maladies Infectieuses
Rigobert	THIOMBIANO	Maladies Infectieuses
Raphaël	DAKOURE	Anatomie-Chirurgie
<u>Assistants</u>		
Michel	AKOTIONGA	Gynécologie-Obstétrique
Robert O.	ZOUNGRANA	Physiologie
Seydou	KONE	Neurologie
Boubacar	TOURE	Gynéco-Obstétrique
Bobliwendé	SAKANDE	Anatomie-Pathologique
Raphaël	SANOU (in memorium)	Pneumo-phtisiologie
Oumar	TRAORE N°2 (in memorium)	Radiologie
Pingwendé	BONKOUNGOU	Pédiatrie
Arsène M. D.	DABOUE	Ophtalmologie
Nonfounikoun Dieudonné	MEDA	Ophtalmologie
Athanase	MILLOGO	Neurologie
Boubacar	NACRO	Pédiatrie

Maîtres-Assistants

W.	GUENDA	Zoologie
Léonide	TRAORE	Biologie Cellulaire
Marcel	BONKIAN	Mathématiques et Statistiques
Longin	SOME	Mathématiques et Statistiques
Aboubakary	SEYNOU	Statistiques
Makido B.	OUEDRAOGO	Génétique
Jean	KOULIDIATY	Physique

Assistants

Apolinaire	BAYALA (in memorium)	Physiologie
Jeanne	MILLOGO	T.P. Biologie-Cellulaire
Raymond	BELEMTOUGOURI	T.P. Biologie Cellulaire
Gustave	KABRE	Biologie
Drissa	SANOUE	Biologie Cellulaire

Institut du Développement Rural (IDR)

Maîtres de Conférences

Didier	ZONGO	Génétique
Georges Annicet	OUEDRAOGO	Biochimie

**Faculté des Sciences Economiques et de
Gestion (FASEG)**

Maître-Assistant

Tibo Hervé KABORE Economie-Gestion

Assistants

Mamadou BOLY Gestion

Faculté de Droit et Sciences Politiques (FDSP)

Assistants

Jean Claude TAITA Droit

ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mme Henriette BARY Psychologie

Boukari Joseph OUANDAOGO Cardiologie

Aimé OUEDRAOGO Ophtalmologie

R. Joseph KABORE Gynécologie-Obstétrique

Saïdou Bernard OUEDRAOGO Radiologie

Bruno ELOLA Anesthésie-Réanimation

Michel SOMBIE Planification

Nicole PARQUET Dermatologie

M. GUILLRET Hydrologie

M. DAHOU (in mémorium) Hydrologie

Bréhima DIAWARA Bromatologie

Annette OUEDRAOGO Stomatologie

Adama	THIOMBIANO	Législation Pharmaceutique
Sidiki	TRAORE	Galénique
Mamadou	DIALLO	Anglais
KPODA		Anglais
Badioré	OUATTARA	Galénique
Tométo	KALOULE	Médecine du Travail
Alassane	SICKO	Anatomie
Aline	TIENDREBEOGO	Chimie Analytique et contrôle médic
Séni	KOUANDA	Santé Publique
Noël	ZAGRE	Nutrition
Maminata	TRAORE / COULIBALY	Biochimie

ENSEIGNANTS MISSIONNAIRES

A.U.P.E.L.F.

Pr. Lamine	DIAKHATE	Hématologie (Dakar)
Pr. Abibou	SAMB	Bactério-Virologie (Dakar)
Pr. José Marie	AFOUTOU	Histologie-Embryologie (Dakar)
Pr. Makhtar	WADE	Bibliographie (Dakar)
Pr. M. K .A.	EDEE	Biophysique (Lomé)
Pr. Ag. Mbayang	NDIAYE-NIANG	Physiologie (Dakar)
Pr. Ag. R	DARBOUX	Histologie-Embryologie (Bénin)
Pr. Ag. E.	BASSENE	Pharmacognosie (Dakar)

O.M.S.

Dr Jean-Jacques	BERJON	Histologie-Embryologie (Creteil)
Dr Frédéric	GALLEY	Anatomie Pathologique (Lille)
Dr Moussa	TRAORE	Neurologie (Bamako)
Pr. Auguste	KADIO	Pathologies infectieuses et parasitaires (Abidjan)
Pr Jean Marie	KANGA	Dermatologie (Abidjan)
Pr. Arthur	N'GOLET	Anatomie Pathologique (Brazzaville)

Mission Française de Coopération

Pr. Etienne	FROGE	Médecine Légale
Pr	AYRAUD	Histologie-Embryologie
Pr. Henri	MOURAY	Biochimie (Tours)
Pr. Denis WOUESSI	DJEWE	Pharmacie Galénique (Paris XI)
Pr. M.	BOIRON	Physiologie

**Mission de l'Université Libre de Bruxelles
(ULB)**

Pr. Marc VAN	DAMME	Chimie Analytique-Biophysique
Pr. Viviane	MOES	Galénique

DEDICACE

Au peuple burkinabè

En témoignage des sacrifices consentis pour notre formation.

A mon père (in mémorium)

A ma mère

Recevez ce modeste travail comme l'expression de notre amour filial.

A mon épouse Dala Lydie Nicole

Ton affection, ta compréhension, ta patience et ton courage nous ont permis de réaliser ce travail.

Trouve en ce modeste travail, l'expression de l'amour que je nourris pour toi.

A mes enfants Lamou Evéline et Aloys Lawbarka

Que ce travail vous serve d'exemple et vous exhorte à mieux faire.

Amour paternel.

A mes oncles, tantes, cousins et cousines

Merci pour votre soutien.

A Toné Zakaria et famille

Nous sommes devenu un fils de votre famille.

Trouvez dans ce travail l'expression de notre profonde gratitude.

A ma belle mère et à mon beau père

Votre compréhension et votre soutien nous a permis d'avoir la stabilité dans le foyer.

A Paré René et son épouse Anne Marie

Notre franche collaboration, votre soutien surtout à des moments très difficiles où nous avons failli devenir aveugle, nous ont été très profitables. Nous pensons aussi à toutes ces nuits blanches passées ensemble.

Cet écrit est aussi le votre.

A Coulibaly Almoustapha et son épouse Assita

Pour l'immense travail informatique abattu, et pour la mise à notre disposition chez vous, d'un micro ordinateur.

Amicalement merci.

A Paré Boureima et famille, Ky Dieudonné et famille

Votre soutien a été déterminant pour la poursuite de nos études. Trouvez dans ce travail l'expression de ma profonde gratitude.

Au Dr Sawadogo Nobila

Notre franche collaboration n'a pas été inutile.

Amicalement.

A Ouédraogo Hamadé Boukari et famille, Zerbo Henri et famille, Paré Dramane et famille, Soné Adama

Pour votre soutien matériel

Au Dr Paré Emile et son épouse Chantal, Toé Baya et son épouse Bibata

Vos conseils et votre soutien nous ont été profitables.

A Diabaté

Amicalement.

A Mme Sondo

Votre sympathie et votre chaleur humaine nous ont rassuré.

A mes promotionnaires du primaire, du secondaire et de la faculté des sciences de la santé

Le courage, la persévérance, l'ambition et l'optimisme sont essentiels à la réussite.

A nos enseignants de l'école primaire et du secondaire, nos maîtres de faculté et de stage

Votre effort n'a pas été vain.
Simplement merci.

A tous ceux qui sont restés anonymes

Ayez la certitude de notre reconnaissance.

A tous ceux qui sont opprimés et exploités

Seule la lutte libère.

A tous ceux qui luttent pour le pain, la liberté et la paix

Courage et persévérance.

A NOS MAITRES ET JUGES

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENTE DU JURY

Le Professeur Agrégé BIBIANE KONE, chef de service de gynéco-obstétrique du Centre Hospitalier National Yalgadogo Ouédraogo.

Nous avons eu la chance de bénéficier de votre enseignement théorique et pratique.

Votre méthodologie et votre rigueur dans le travail ont été pour nous de bons exemples. C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider notre jury.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Le Professeur Agrégé BLAISE SONDO, chef du département de santé publique de la Faculté des Sciences de la Santé de Ouagadougou, chef du Service d'Information Médicale du Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo, Directeur Adjoint de l'Institut de Recherche en Science de la Santé.

C'est un privilège que vous nous avez accordé en acceptant d'assurer la direction de ce travail, malgré vos multiples occupations.

Nous avons eu la chance de bénéficier de vos connaissances scientifiques. Aussi, notre contact dans le cadre de ce travail, nous a permis de nous imprégner de vos qualités humaines et professionnelles qui nous servent de ligne directrice.

Puisse ce travail vous donner satisfaction. Nous vous disons simplement merci.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Le Docteur DIARRA YE/OUATTARA pédiatre au service de pédiatrie du Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo.

Nous avons eu la chance de bénéficier de votre enseignement pratique.

Vous nous faites honneur en acceptant de siéger dans notre jury. Aussi, la rigueur de votre démarche scientifique et vos qualités humaines ont arraché notre admiration. Nous ne saurons que vous dire merci.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Le Docteur ABDOULAYE TRAORE département de santé publique
Nous avons eu le plaisir de vous apprécier lors des cours du module de santé publique pour votre franc parlé. Merci d'avoir accepté de siéger pour apprécier notre travail. Nous vous en sommes profondément reconnaissant.

REMERCIEMENTS

Au PPI de KAYA

Pour avoir commandité cette recherche et financé l'enquête.

Au DPS de Kaya et son équipe

Pour avoir organisé l'enquête.

Aux enquêteurs

Pour votre dévouement lors de la collecte des données.

Aux populations interrogées

Pour votre compréhension.

A Monsieur MAR MAMADOU

Pour votre constante disponibilité et votre soutien matériel

Au stagiaire interné Ouédraogo Djénéba

Pour votre soutien lors de notre stage interné.

Au Docteur Sawadogo Léon

Pour notre bonne collaboration

A Zerbo Omar, Paré Kafara

Pour votre soutien

Aux Bibliothécaires qui nous ont fourni la bibliographie.

A Madame KABORE Marie Jeanne et NABOLLE Benzamin

Pour avoir accepté d'assurer la mise en forme du document et pour votre soutien matériel.

A tous ceux qui nous ont soutenus d'une manière ou d'une autre.

**PAR DELIBERATION, LA FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
A ARRETE QUE LES OPINIONS EMISES DANS LES
DELIBERATIONS QUI SERONT PRESENTEES DOIVENT ETRE
CONSIDEREES COMME PROPRES A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE
N'ENTEND DONNER AUCUNE APPROBATION NI IMPROBATION.**

Liste des sigles et abréviations

ABBEF: Association Burkinabè pour le Bien Etre Familial
APAF: Association Pour l'Action Familiale
ASC: Agent de Santé Communautaire
AVOB: Association des Veuves et Orphelins du Burkina
BF: Burkina Faso
CDC: Center for Diseases Control
CHR: Centre Hospitalier Régional
CM: Centre Médical
CNR: Conseil National de la Révolution
Col: Collaborateur
CONAPO: Conseil National de la Population
CSPS: Centre de Santé et de Promotion Sociale
DIU: Dispositif Intra Utérin
DRS: Direction Régionale de la Santé
EMF: Enquête Mondiale de Fécondité
EMP: Education en Matière de Population
Fig: Figure
FNUAP: Fonds des Nations Unies pour la Population
GTZ: Gesellschaft Für Technische Zusammenarbeit
IEC: Information Education Communication
KM: Kilomètre
KM2: Kilomètre carré
MCM: Méthode Contraceptive Moderne
MEG: Médicaments Essentiels et Génériques
MST: Maladies Sexuellement Transmissibles
NS: Différence Non Significative
NSP: Ne Sait Pas
O.M.S: Organisation Mondiale de la Santé
PFN: Planification Familiale Naturelle
PIP: Plan International de Parrainage
PIS: Plan International Sanmatenga
PPI-K: Plan de Parrainage International Kaya
PSP: Poste de Santé Primaire
S: Différence Significative
SCF: Save the Children France
SCPB: Save the Children Pays Bas
SIDA: Syndrome d'Immuno-Déficienc e Acquis e
SN: Secrétariat National
UNICEF: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID: United States Agency for International Development
USED: Unité Socio-économique et de Démographie

LISTE DES TABLEAUX :

Tableau :	Distance de la formation sanitaire et effectif de la population	p 27
Tableau :	Localisation des grappes selon le village	p 30
Tableau I.1 :	Répartition de l'échantillon par tranche d'âge	p 33
Tableau I.2 :	Répartition des mères de ménage et des chefs de ménage selon leur statut matrimonial	p 34
Tableau I.3 :	Répartition de l'échantillon selon la religion	p 35
Tableau I.4 :	Répartition de l'échantillon selon le niveau d'instruction	p 35
Tableau I.5 :	Répartition de la population enquêtée selon le village	p 36
Tableau I.6 :	Quelques caractéristiques du niveau socio-économique de l'échantillon enquêté	p 37
Tableau I.6 :	Quelques caractéristiques du niveau socio-économique de l'échantillon enquêté (suite)	p 38
Tableau II.1 :	Répartition de l'échantillon par contraceptifs modernes cités	p 39
Tableau II.2 :	Répartition selon le statut matrimonial, des chefs et des mères de ménage connaissant au moins un contraceptif moderne	p 47
Tableau II.3 :	Répartition de l'échantillon informé sur les contraceptifs modernes, selon leur principale source d'information	p 48
Tableau III.1 :	Répartition des 181 mères de ménage, 225 chefs de ménage et 111 adolescent(e)s selon les méthodes contraceptives modernes déjà utilisées	p 49

Tableau III.2 :	Répartition des mères de ménage, chefs de ménage et des adolescent(e)s ayant utilisé les méthodes contraceptives modernes selon leur niveau d'instruction	p 50
Tableau III.3 :	Répartition des mères de ménage, chefs de ménage et des adolescent(e)s ayant utilisé les méthodes contraceptives modernes selon leur religion	p 51
Tableau III.4 :	Répartition des mères et chefs de ménage ayant utilisé les méthodes contraceptives modernes selon leur statut matrimonial	p 52
Tableau III.5 :	Répartition des utilisateurs actuels de méthodes contraceptives modernes, selon leur groupe social et la méthode contraceptive moderne	p 54
Tableau III.6 :	Répartition des sujets interrogés selon leur intention d'utiliser à l'avenir une méthode contraceptive moderne	p 59
Tableau III.7 :	Répartition des sujets interrogés selon leur intention d'utiliser à l'avenir une méthode contraceptive moderne et en fonction de leur religion	p 60
Tableau III.8 :	Répartition des sujets interrogés selon leur intention d'utiliser à l'avenir une méthode contraceptive moderne et en fonction de leur niveau d'instruction	p 61
Tableau III.9 :	Répartition des sujets interrogés selon leur intention d'utiliser à l'avenir une méthode contraceptive moderne et en fonction de leur statut matrimonial	p 61
Tableau III.10 :	Répartition des 209 mères de ménage, 225 chefs de ménage et des 177 adolescent(e)s qui désiraient utiliser une méthode contraceptive à l'avenir selon celles qu'ils préféreraient	p 63
Tableau III.11 :	Répartition des 209 mères de ménage selon la méthode contraceptive de choix dans l'avenir et en fonction de leur religion	p 64

Tableau III.12 :	Répartition des 225 chefs de ménage selon la méthode contraceptive de choix dans l'avenir et en fonction de leur religion	p 65
Tableau III.13 :	Répartition des 177 adolescent(e)s selon la méthode contraceptive de choix dans l'avenir et en fonction de leur religion	p 66
Tableau III.14 :	Répartition des 164 mères de ménage, 185 chefs de ménage selon la durée de l'abstinence sexuelle du post partum	p 69
Tableau III.15 :	Durée de l'abstinence sexuelle du post partum selon la religion des 164 mères et 185 chefs de ménage	p 70
Tableau III.16 :	Durée de l'abstinence sexuelle du post partum selon le niveau d'instruction des 164 mères et 185 chefs de ménage	p 71
Tableau III.17 :	Durée de l'abstinence sexuelle du post partum selon le statut matrimonial des 164 mères et 185 chefs de ménage	p 72
Tableau III.18 :	Répartition de l'avis des mères de ménage et des chefs de ménage sur la possibilité d'une mère qui allaite d'avoir des rapports sexuels	p 73
Tableau IV.1 :	Répartition des personnes informées sur les méthodes contraceptives modernes selon leur groupe social et leur source principale d'approvisionnement en contraceptif	p 74
Tableau IV.2 :	Répartition des personnes informées sur les méthodes contraceptives modernes selon leur groupe social et le lieu de choix pour leur approvisionnement en contraceptif	p 75
Tableau V.1 :	Nombre idéal d'enfants d'une femme et d'un homme selon la nature du répondant	p 76

Tableau V.2 :	Répartition de l'échantillon selon l'intervalle intergénéral idéal	p 77
Tableau V.3 :	Age moyen aux premiers rapports sexuels selon le groupe social	p 78
Tableau V.4 :	Répartition des personnes opposées à la planification familiale selon leurs motifs	p 79
Tableau V.5 :	Répartition de l'échantillon selon la préférence du sexe de l'agent de santé communautaire	p 80
Tableau V.6 :	Répartition des enquêtés selon la connaissance de la période féconde de la femme et par groupe social	p 82
Tableau V.7 :	Répartition de l'échantillon selon la discussion de l'espacement des naissances avec quelqu'un de leur milieu et par groupe social	p 83

Liste des figures

- Figure.1 Répartition des sujets en fonction des méthodes contraceptives modernes sur lesquelles ils sont informés p 40
- Figure.2 Répartition des enquêtés selon l'âge et leur connaissance d'au moins un contraceptif moderne p 42
- Figure.3 Répartition des enquêtés selon leur groupe social, la religion et leur connaissance d'au moins un contraceptif moderne p 44
- Figure.4 Répartition des enquêtés selon leur niveau d'instruction et leur connaissance d'au moins un contraceptif moderne p 46
- Figure.5 Répartition des enquêtés ayant déjà utilisé des méthodes contraceptives modernes selon leur âge p 53
- Figure.6 Répartition des utilisateurs actuels et passés de méthodes contraceptives selon le groupe social p 56
- Figure.7 Répartition des utilisateurs actuels de méthodes contraceptives modernes selon leur groupe social et selon la durée d'utilisation p 58
- Figure.8 Répartition des personnes ayant l'intention d'utiliser à l'avenir des méthodes contraceptives modernes en fonction de leur âge p 62
- Figure.9 Répartition des mères d'enfants en fonction de la durée d'allaitement maternel p 68

5. RECRUTEMENT ET FORMATION DES ENQUETEURS.....	31
6 -L'INSTRUMENT DE COLLECTE DES DONNEES.....	31
7 -SAISIE ET ANALYSE DES DONNEES.....	31
VII. NOS RESULTATS	32
1. Caractéristique de l'échantillon.....	33
1.1. Age.....	33
1.2. Statut matrimonial.....	34
1.3. Caractéristiques socio-culturelles.....	35
1.4. Répartition de l'échantillon par village d'origine.....	36
1.5 Niveau socio-économique.....	36
2. Connaissance et information de l'échantillon en matière de planification familiale.....	39
2.1 Information sur les contraceptifs modernes.....	39
2.2 Connaissance des contraceptifs modernes.....	41
2.2.1. Connaissance des contraceptifs modernes par âge.....	41
2.2.2. Connaissance des contraceptifs modernes selon la religion.....	43
2.2.3. Connaissance des contraceptifs modernes selon le niveau d'instruction	45
2.2.4. Connaissance des contraceptifs modernes selon le statut matrimonial.....	47
2.3. Sources d'information des personnes interrogées.....	47
3. Utilisation des méthodes contraceptives.....	48
3.1 Utilisation des méthodes contraceptives modernes.....	48
3.1.1 Utilisation antérieure des méthodes contraceptives modernes.....	48
3.1.1.1 Utilisation antérieure des méthodes contraceptives modernes selon le niveau d'instruction.....	50
3.1.1.2. Utilisation antérieure des méthodes contraceptives modernes selon la religion.....	50
3.1.1.3. Utilisation antérieure des méthodes contraceptives modernes selon le statut matrimonial.....	52
3.1.1.4 Utilisation antérieure des méthodes contraceptives modernes selon l'âge.....	52
3.1.1.5 Utilisation antérieure des méthodes contraceptives modernes selon le sexe chez les adolescent(e)s.....	54
3.1.2. Utilisation actuelle des méthodes contraceptives modernes.....	54
3.1.2.1 La durée d'utilisation des méthodes contraceptives modernes.	57
3.1.3. Utilisation future des méthodes contraceptives modernes.....	59
3.1.3.1 La religion.....	59
3.1.3.2 Le niveau d'instruction.....	60
3.1.3.3 Le statut matrimonial.....	61
3.1.3.4 L'âge.....	61
3.1.3.5. Utilisation future par les adolescentes et les adolescents.....	63

3.1.4 Méthodes contraceptives de choix dans l'avenir.....	63
3.1.4.1 Selon la religion des mères de ménage.....	64
3.1.4.2 Selon la religion des chefs de ménage.....	65
3.1.4.3 Selon la religion des adolescent(e)s.....	65
3.2. Méthodes contraceptives traditionnelles.....	66
3.2.1 L'allaitement au sein maternel.....	66
3.2.1.1 Durée de l'allaitement maternel au sein.....	67
3.2.2. Abstinence sexuelle du post partum.....	69
3.2.2.1 Durée de l'abstinence sexuelle du post partum.....	69
3.2.2.2. Selon la religion.....	70
3.2.2.3 Selon le niveau d'instruction.....	71
3.2.2.4 Selon le statut matrimonial.....	72
3.2.3 L'abstinence sexuelle au cours de l'allaitement maternel.....	72
4. Sources d'approvisionnement en moyens contraceptifs modernes.....	73
4.1 Sources actuelles d'approvisionnement en moyens contraceptifs modernes.....	73
4.2 Sources futures d'approvisionnement en contraceptifs modernes.....	75
5. Facteurs d'utilisation de la planification familiale.....	76
5.1. Taille idéale du ménage.....	76
5.2 Intervalle intergénérisique idéal.....	77
5.3 Pratique des rapports sexuels avant la reprise du cycle menstruel.....	77
5.3.1 Nous avons demandé aux mères d'enfants, si elles avaient eu des rapports sexuels avant la reprise de leurs règles.....	77
5.3.2 L'âge aux premiers rapports sexuels.....	78
5.4 Prévalence instantanée de la grossesse.....	78
5.5 Attitude à l'égard de la planification familiale.....	79
5.6 Profil de l'agent rural de planification familiale.....	80
5.7 L'âge au premier mariage.	81
5.8 L'âge de la mère à la première grossesse.....	81
5.9 La connaissance de la période féconde de la femme.....	82
5.10 Communication en matière de fécondité.....	83
5.10.1 Communication au sein des ménages.....	83
5.10.2 Communication au sein de la communauté.....	83
VIII. COMMENTAIRES.....	84
1. LIMITES DE L'ETUDE.....	85
2. INFORMATION ET CONNAISSANCE SUR LES METHODES CONTRACEPTIVES MODERNES.....	86
3. LES SOURCES D'INFORMATION DES PERSONNES INTERROGÉES.....	87
4.L'UTILISATION DES METHODES DE CONTRACEPTION.....	88
4.1 <u>Utilisation actuelle.....</u>	88
4.2 <u>Utilisation future.....</u>	89
5. MÉTHODES CONTRACEPTIVES MODERNES D'AVENIR.....	89

6. METHODES TRADITIONNELLES.....	90
7 SOURCES D'APPROVISIONNEMENT.....	91
8. LES FACTEURS D'UTILISATION.....	91
<u>8.1. La petite taille du ménage :.....</u>	<u>91</u>
<u>8.2. L'allongement de l'intervalle intergénésiq.....</u>	<u>92</u>
<u>8.3. La prévalence élevée de grossesses non désirées.....</u>	<u>92</u>
<u>8.4. L'abaissement de l'âge aux premiers rapports sexuels.....</u>	<u>93</u>
<u>8.5. Diversification des agents de promotion de la planification familiale.....</u>	<u>93</u>
IX. CONCLUSION	94
X. RECOMMANDATIONS.....	96
XI. RESUME.....	98
XII. REFERENCES.....	101

INTRODUCTION

Dans les pays en voie de développement comme le Burkina Faso, les sociétés traditionnelles connaissaient depuis très longtemps les bienfaits de l'espacement des naissances sur la santé de la mère et de l'enfant. Afin d'éviter une dégradation de l'état de santé de ce groupe vulnérable, elles avaient établi des règles rigoureuses pour éviter les grossesses rapprochées (7).

La fécondité dont la précocité est reconnue à nos sociétés, était contrôlée par le " groupe social" dans le sens de l'espacement des naissances, sans toutefois trouver de solution pour les grossesses tardives.

Actuellement, les mutations socio-économiques ont rendu presque inefficace le contrôle social de la sexualité.

L'influence de la fécondité sur la démographie et partant sur le développement socio-économique, les conséquences néfastes des grossesses précoces, rapprochées et tardives sur l'état de santé des femmes, des enfants et de la famille, constituent un problème de santé publique.

L'intérêt de la planification familiale justifie l'intervention de nombreux organismes internationaux en la matière dans notre pays.

Le gouvernement quant à lui, s'est investi à plusieurs niveaux :

- l'adoption d'une politique et standards des services SMI / PF,
- l'élaboration d'une stratégie pour le développement du programme de planification familiale afin de donner à chaque individu, les informations nécessaires, lui permettant d'opérer un choix judicieux et responsable en matière de procréation,
- la mise à la disposition des populations des moyens modernes de contraception.

Cependant, les populations notamment en milieu rural, semblent toujours confrontées aux méfaits de la fécondité non bien contrôlée.

Notre étude se veut une approche des obstacles à la contraception moderne afin d'apporter notre contribution à la résolution de ces graves problèmes de santé publique que constituent le "syndrome de déplétion" maternelle, la forte mortalité maternelle due aux avortements clandestins et les grossesses trop précoces et trop tardives, la mortalité infantile élevée.

ENONCE DU PROBLEME

Depuis la période industrielle, avec l'accroissement démographique, la planification familiale a été une préoccupation des gouvernements de plusieurs pays.

En effet, elle diminue la fécondité, freinant ainsi l'accroissement démographique et améliore l'état de santé de la mère et de l'enfant, partant, de la famille. Elle est donc un facteur favorisant le développement socio-économique (52).

De nombreux organismes nationaux et internationaux intervenant dans notre pays dans le domaine de la santé, accordent une place importante à la santé de la reproduction dans leur programme.

C'est le cas du plan de parrainage international (PPI) Kaya, qui a commandité la présente étude.

Malgré ces actions multiformes dans le domaine de la procréation dans notre pays, la mortalité maternelle et infantile reste encore élevée :

- la mortalité maternelle représente 16 % de la mortalité féminine chez les femmes en âge de procréer. Elle est de 566 décès pour 100.000 naissances vivantes en 1991 selon les données de l'INSD, avec toutefois une disparité entre la zone urbaine et la zone rurale; soit respectivement 528 décès pour 100.000 naissances vivantes et 592 décès pour 100.000 naissances vivantes. Les estimations de l'O.M.S. et de l'UNICEF en 1996 donnent un taux plus élevé, soit 910 décès pour 100.000 naissances vivantes.

- la mortalité infanto-juvénile, étroitement liée à l'état de santé de la mère est de 184,9 pour 1.000 naissances (37; 38).

A ces drames lié à l'âge de la mère à l'accouchement, à sa parité, au rang de naissance de l'enfant et à l'intervalle intergénésiq ue court, s'ajoute l'avortement clandestin et ces complications, suite aux grossesses non désirées des adolescentes (37).

La non maîtrise de la fécondité est responsable de graves conséquences surtout chez les adolescentes. Il s'agit notamment de conséquences sanitaires, scolaires, éducatives, sociales et économiques (22).

TRUSSELL a montré, sur un ensemble de 25 pays en développement, que:

- si la procréation intervenait seulement entre 20 et 34 ans, la mortalité infantile serait réduite de 5 % ;
- si en outre, toutes les naissances après la troisième étaient évitées, elle diminuerait encore de 3 % ;
- si de surcroît ces naissances étaient espacées d'au moins deux ans, elle chuterait d'environ 10 % de plus, soit au total une réduction de 18 % ; la mortalité maternelle quant à elle serait réduite de 12 % (4).

La planification familiale apparaît par conséquent comme un moyen de prévention de ce drame maternel et infantile (51). Elle ne jouera pleinement ce rôle préventif que lorsque les informations et les moyens permettant de planifier la famille sont disponibles et accessibles notamment en milieu rural où vit la majorité de la population du Burkina Faso.

Notre étude se fera donc en milieu rural mossi. Après l'analyse des connaissances, attitudes, et pratiques en matière de planification familiale, nous dégagerons les obstacles à la planification familiale ainsi que les préférences des populations.

OBJECTIFS

1. OBJECTIF GENERAL

Evaluer les connaissances, les attitudes et les pratiques des populations en matière de planification familiale dans une zone rurale du Burkina Faso.

2 .OBJECTIFS SPECIFIQUES

- 1) - Déterminer le niveau de connaissance et d'information des populations en matière de planification familiale.
- 2) - Déterminer l'utilisation des méthodes de contraception par les populations.
- 3) - Identifier les principales sources d'approvisionnement des populations en moyens contraceptifs modernes.
- 4) - Déterminer les facteurs favorables à la planification familiale ainsi que ceux qui lui font obstacle.

RAPPEL SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE

1 . DEFINITION ET OBJET DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

La planification familiale regroupe deux aspects indissociables :

- la contraception qui vise à la baisse de la fécondité,
- et la lutte contre la stérilité, souvent confondue avec le traitement et /ou la prévention des maladies sexuellement transmissibles (4).

L'objet de la planification familiale ressort clairement des nombreuses définitions formulées.

Un comité d'experts de l'O.M.S. en 1970 définit la planification familiale comme étant :

"Les pratiques qui aident les individus et les couples à atteindre certains objectifs :

- éviter les naissances non désirées,
- provoquer les naissances désirées,
- échelonner les grossesses,
- régler le moment des naissances sur l'âge des parents,
- déterminer le nombre d'enfants dans la famille".

PECHEVIS, cité par TSOU qui est cité par TANKOANO précise les mesures à prendre pour que les couples puissent atteindre l'objectif escompté. Pour lui "la planification familiale est l'ensemble de mesures techniques, psychosociales et éducatives qui permettent aux couples ou aux individus d'atteindre certains buts en fonction de leurs possibilités et de leurs désirs. Ce sont :

- favoriser les naissances désirées,
- agir sur les intervalles entre les naissances,
- éviter les naissances non désirées,
- déterminer le nombre d'enfants qu'ils souhaitent pour constituer une famille" (58).

Dans un dossier d'information du FNUAP en 1992, la planification familiale est définie comme " l'effort conscient fait pour déterminer le nombre et l'espacement des naissances."

La planification familiale permet donc la maîtrise de la fécondité. Les couples et les individus pourront décider non seulement du nombre de leurs enfants et de l'intervalle intergénéral, mais aussi du début et de la fin de leur procréation.

Elle permet une procréation à moindre risque, assurant ainsi le bien être de la famille et de la société entière (50). Pour atteindre ces objectifs, il s'impose alors de rendre accessibles aux populations, les méthodes de contraception moderne, de leur donner les informations y afférentes.

Elle devient de ce fait, un droit des couples et des individus. En effet elle a été reconnue pour la première fois en 1968 comme le droit des particuliers et des couples à déterminer librement et en toute responsabilité, le nombre et l'espacement des naissances et de disposer des informations et des moyens voulus (16).

Aussi, l'article 14 du plan d'action de la population mondiale cité par le CDC, stipule que : " tous les couples et les individus ont le droit fondamental de décider librement et de façon responsable du nombre et de l'espacement de leurs enfants et d'être en possession des informations, de l'éducation, et des moyens pour ce faire; la responsabilité des couples et des individus dans l'exercice de ce droit tient compte des besoins de leurs enfants vivants et de ceux à venir ainsi que leur responsabilité envers la société " (6).

2. HISTORIQUE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

L'évolution de la population mondiale a connu deux phases :

- une phase de faible croissance avec un taux d'accroissement de 1 % tous les dix ans ;
- et une phase de croissance galopante.

Cette deuxième phase correspond à la période industrielle avec une diminution de la mortalité générale, et l'augmentation de l'espérance de vie. A cette deuxième phase, le besoin de planifier la famille se faisait déjà sentir.

En effet, les premiers programmes de planification familiale entrepris depuis les années 1950, donnaient l'objet de celle-ci à savoir : l'amélioration de la santé familiale et la réduction de la croissance démographique en vue de favoriser le développement économique (58) .

Cet objet attribué à la planification familiale ne faisait pas l'unanimité jusqu'en 1974, à la conférence mondiale de la population à BUCAREST où elle a été acceptée comme faisant partie des droits de l'homme pour l'individu et les couples.

Avant cette prise de conscience collective, des méthodes tendant à la limitation des naissances existaient depuis très longtemps. Pendant des siècles, des barrières mécaniques recouvrant le pénis ont été utilisées, soit à des fins protectrices contre les grossesses et les infections, soit à des fins décoratives.

En effet l'anatomiste Italien FALLOPIUS cité par le CDC a décrit l'emploi de préservatifs de toile en 1564 (6). Au 18^{ème} siècle, ces dispositifs prirent le nom de "Condom" ou "Préservatif." Les libertins de l'époque en les considérant comme un moyen de "protection contre les maladies vénériennes et la venue de nombreux bâtards" les rendirent populaires. Le diaphragme a été inventé par le médecin Allemand FREDERICK mais c'est son compatriote C. HASSE qui a rendu les diaphragmes en caoutchouc populaires par ses descriptions spectaculaires.

Cela fait plus de 5.000 ans que les femmes associent les méthodes de barrières aux agents spermicides dans le but de se protéger contre une grossesse.

RICHTER et GRAEFENBERD cités par le CDC inventèrent des dispositifs intra-utérins en boyau de ver à soie en 1909 marquant le début du développement du DIU moderne.

Le moyen le plus récent utilisé comme contraceptif est la pilule. Elle est devenue la méthode de contraception la plus populaire. Elle est acceptée et préférée par beaucoup de femmes dans de nombreux pays d'Afrique (6).

3 . LA PLANIFICATION FAMILIALE EN AFRIQUE.

La plupart de nos sociétés africaines ont eu une culture pronataliste compte tenu de l'intérêt porté à la famille nombreuse. Ceci pourrait expliquer le faible recours à la contraception moderne dont la prévalence reste très basse dans certains pays africains. En Afrique de l'Ouest par exemple elle ne dépasse pas 5 % sauf au Ghana où elle est de 10 %. Ces sociétés traditionnelles jouent sur l'âge du premier mariage dont l'influence sur la fécondité est certaine (45).

3.1. l'âge au premier mariage et ses conséquences.

3.1.1. L'âge au premier mariage.

En Afrique, le premier mariage est caractérisé par sa précocité notamment chez les adolescentes.

En effet, 44 % des femmes âgées de moins de 20 ans en Afrique sont mariées (47).

En Sierra Leone par exemple l'âge moyen au premier mariage est de 15,7 ans (43).

D'après des données rassemblées dans 28 pays d'Afrique, environ 55 % des femmes âgées de 15 à 19 ans seraient mariées avec des variantes allant de 14 % et 12 % (respectivement au Burundi et Botswana), à 82 % et 81 % (respectivement en Guinée et au Niger) (6).

Le Burkina Faso n'échappe pas à la règle avec 64 % des femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) qui sont mariées à l'âge de 18 ans (20).

Il convient de souligner que la précocité du mariage est beaucoup plus marquée en Afrique de l'Ouest par rapport aux autres régions de l'Afrique. En effet, parmi les femmes âgées de 20 à 24 ans, la proportion de celles mariées avant 20 ans varie en Afrique de l'Ouest de 63,3 % au Ghana et 63,1 % au Togo à 92,6 % au Mali et 90,0 % au Niger.

Par contre : en Afrique Australe, cette proportion est de 20,1 % en Namibie et 18,7 % au Botswana.

- en Afrique Orientale, elle varie de 35,6 % au Rwanda et 44,3 % au Burundi à 63,6 % en Zambie et 72,9 % en Ouganda.

- en Afrique Centrale, elle est de 73,1 % au Cameroun.

- en Afrique du Nord, elle va de 20,8 % en Tunisie à 45,1 % en Egypte (44).

Mais, avec les mutations socio-économiques, l'âge à laquelle les femmes et les hommes contractent le mariage pour la première fois, est en augmentation dans beaucoup de régions du monde dont l'Afrique. Ceci est confirmé par des études récentes qui, en comparant l'expérience des femmes de 20 à 24 ans et celles âgées de 40 à 44 ans, ont noté une diminution du pourcentage de celles qui se sont mariées à l'âge de 20 ans et une augmentation correspondante de l'âge moyen lors du mariage. Cette proportion est passée de 66 % pour les femmes âgées, à 34 % pour les femmes jeunes en Afrique Septentrionale et de 73 % à 59 % en Afrique Subsaharienne. Elle reste tout de même élevée en Afrique Subsaharienne (15).

3.1.2. Les conséquences du mariage précoce

3.1.2.1. la maternité précoce.

Une fois dans le mariage, l'adolescente est sujette à de considérables pressions pour qu'elle ait un enfant presque immédiatement. Cette pression exercée par les parents et le mari est le plus souvent plus forte dans les sociétés où l'âge au premier mariage est le moins élevé. Il ne reste alors à la jeune femme que de prouver qu'elle peut avoir des enfants (6; 15; 43)

Ainsi, les pays Subsahariens ont le taux de maternité précoce le plus élevé du monde. Leur moyenne s'élève à 50 % de plus que dans les autres régions à taux de fécondité élevé (6 ; 58)

La proportion des femmes de 20 à 49 ans ayant donné une naissance avant 20 ans est de : 64 % au Cameroun, 60,7 % au Mali, 55,5 % au Botswana, 50 % à Madagascar, et 41,1 % en Egypte (44).

3.1.2.2 . les risques materno-infantiles de la grossesse des adolescentes

Le jeune âge (moins de 18 ans) représente un risque important pour la santé de la mère. Il accroît la mortalité maternelle.

Des études ont montré qu'en Tanzanie, au Nigeria et dans d'autres pays, une mère de 15 à 19 ans court deux fois plus de risques de mourir en couche qu'une mère âgée de 20 à 24 ans.

La mortalité infantile est accentuée chez les bébés nés de mères jeunes. Elle serait particulièrement élevée lors du premier accouchement de mères très jeunes (5).

"les enfants nés de mères très jeunes ont deux fois plus de chance de mourir pendant leur première année" (43).

3.1.2.3 . les maternités nombreuses.

La précocité de la maternité en Afrique, laisse entrevoir une grande multiparité des africaines avec son cortège de malheur que constituent la mortalité et la morbidité materno-infantile.

En effet selon l'O.M.S., "le tableau de la fécondité pour toute la durée de la vie est le plus souvent fixé dès l'adolescence. Les femmes qui accouchent plus tôt ont en général plus d'enfants à intervalles plus rapprochés que celles qui accouchent plus tard."

Dans 27 des 29 pays inclus dans l'enquête mondiale de fécondité (EMF), les femmes qui étaient mariées à 22 ans ou plus tard avaient en moyenne 0,5 enfant de moins que celles qui s'étaient mariées à 18 ou 19 ans.

Ceci se confirme en Afrique avec un indice synthétique de fécondité de 7,4 à 8 enfants par femme (45).

Les principales conséquences de cette grande multiparité sont représentées par :

- le syndrome de "déplétion" maternelle (son organisme n'ayant pas eu le temps de se reconstituer entre deux naissances) avec une mortalité maternelle élevée, soit 878 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes en Afrique contre 27 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes dans les pays développés en 1990 (15).
- une mortalité infantile élevée qui est étroitement liée à l'âge de la mère, à sa parité et à l'ordre de succession des naissances (5).

3.1.2.4 . L'augmentation de la taille finale de la famille.

Elle est la conséquence logique de la procréation vécue jeune et de la multiparité.

La famille nombreuse et un intervalle intergénéral court sont souvent associés à une mauvaise nutrition et représentent de ce fait, un risque aussi bien pour l'enfant en gestation que pour les enfants déjà nés (5).

3.2 . Les conséquences des grossesses des adolescentes célibataires

Contrairement aux adolescentes vivant leur fécondité dans le cadre du mariage, ici, la grossesse n'est désirée ni par la jeune fille, ni par les parents qui se considèrent déshonorés. Elle constitue donc un fardeau généralement subi par l'adolescente seule (44).

D'autres conséquences en plus de celles subies par l'adolescente mariée, s'en suivent.

Il s'agit soit de l'avortement provoqué avec ses complications, soit de mariage précoce non souhaité (22), soit d'une fille-mère incapable de subvenir ni à ses besoins ni à ceux de son enfant.

En effet au Congo, Kenya, Liberia, Mali, Nigeria, Zaïre, 38 à 68 % des femmes sollicitant un traitement pour les complications d'un avortement ont moins de 20 ans.

Puis, une étude faite au Nigeria a révélé que 16 % de tous les décès maternels étaient dus à un avortement dans l'adolescence (47).

3.3. Systeme traditionnel de contrôle des naissances.

3.3.1. L'abstinence sexuelle du post partum ou continence.

La régulation de la fécondité dans les sociétés traditionnelles de l'Afrique était assurée par la continence du post partum.

En effet, au Nigeria, des chercheurs ont montré que, malgré le fait que 80% des couples mariés aient entendu parlé de contraceptifs modernes, la continence était la méthode la plus couramment utilisée (6).

D'autres sondages effectués au Togo, au Nigeria et au Zaïre ont démontré l'importance de la continence post partum pour l'espacement des naissances (6).

Au Burkina Faso, dans une étude socio-démographique, l'abstinence sexuelle suite à l'accouchement est citée comme moyen pour protéger la santé du dernier enfant et espacer les naissances (34).

BOGAARTS cité par le CDC a conclu dans une étude que la continence post partum prolongée exerce sur la fécondité d'une population un effet inhibiteur puissant (6).

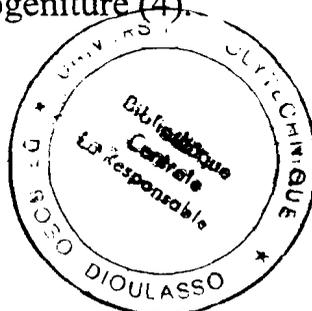
3.3.2. L'allaitement maternel et l'abstinence sexuelle durant la période de l'allaitement

L'effet contraceptif de l'allaitement maternel est démontré cliniquement. Immédiatement après l'accouchement, il y a une période de baisse naturelle de la fécondité qui peut être prolongée par l'allaitement régulier. En effet il s'agit d'une hormone produite par la glande pituitaire antérieure (la prolactine) qui joue un rôle actif dans la lactation et est responsable de l'aménorrhée du post partum. Le retour de la fécondité est marqué par la réapparition des règles indiquant la reprise de l'activité ovarienne avec ovulation. Cette première menstruation après l'accouchement est précédée par l'ovulation de deux semaines. Elle n'est donc pas un repère fiable.

En réalité l'allaitement maternel assure un effet contraceptif partiel. C'est surtout l'interdiction de tout rapport sexuel au cours de l'allaitement, imposée par la plupart de nos sociétés traditionnelles qui lui confère toute son importance dans la régulation des naissances (5). Avec la diminution du contrôle social de la sexualité dans ces sociétés, l'utilisation de contraceptifs modernes pendant la période de l'allaitement serait d'une grande utilité.

3.3.3. La polygamie.

La polygamie (pratique consistant à prendre plus d'une femme) était répandue traditionnellement en Afrique. Elle a aussi constitué un moyen traditionnel important dans la planification de la famille. Elle pouvait renforcer l'effet de la continence post partum en fournissant une autre partenaire sexuelle au mari (6 ; 15). De ce point de vue, la polygamie permet à la femme d'espacer ses naissances. D'autre part, chaque femme risque d'assurer toute seule la charge de sa progéniture (4).



Des études ont montré que les femmes sont très hostiles aux unions polygames car elles suscitent des conflits entre les épouses ou entre une des épouses et le mari, ainsi qu'une lutte pour les ressources, surtout lorsque le mari paraît favoriser une des épouses et les enfants de celle-ci par rapport aux autres (14).

Aussi, vue sous l'angle du mari, la polygamie engendre une famille nombreuse avec toutes les conséquences que cela comporte.

3.3.4.L'usage de plantes et autres substances comme contraceptifs.

Dans le monde entier, un grand nombre de plantes et d'autres substances sont utilisées pour empêcher la conception.

L'O.M.S a compilé des renseignements sur l'usage des contraceptifs et abortifs traditionnels et a pu documenter l'emploi de plus de 500 plantes et substances différentes en Afrique. On peut citer en exemple :

- l'huile des graines de Bucklolia macrophylla sensée avoir un effet oestrogénique et utilisée par les femmes du Zaïre pour réduire les règles.

- La Saponaria officinalis et l'Entérolobium cyclocarpum utilisés en Egypte comme des spermicides.

- le Sphaeranthus cyathuloïdes utilisé comme contraceptif en Tanzanie. Aussi l'utilisation d'idoles, de mélange d'herbes, de phylactère, d'incantation et d'infusion au Zaïre est signalée par FLORENCE, professeur de soins infirmiers citée par le CDC et par TANKOANO (6; 58).

**LA PLANIFICATION FAMILIALE
AU BURKINA FASO**

LA POLITIQUE NATIONALE DE PLANIFICATION FAMILIALE

1.1. Historique

En 1978, le Burkina Faso, à l'instar de tous les Etats membres de l'Organisation Mondiale de la Santé, a souscrit à la déclaration de Alma Ata relative aux soins de santé primaire dans laquelle la planification familiale s'inscrit dans la composante "santé maternelle et infantile."

Cependant, jusqu'en 1986, la pratique des méthodes de contraception moderne était illégale car soumise à la loi coloniale de 1920 qui interdisait l'avortement provoqué et la diffusion de toute méthode contraceptive dans le pays.

Malgré cette loi restrictive de 1920, les autorités sanitaires ont entrepris une organisation des activités de santé maternelle et infantile et de planification familiale.

Ainsi, en 1984, fut créée la Direction de la santé de la mère et de l'enfant, devenue la Direction de la santé de la famille. En Février 1985, est élaboré un plan d'action par tous les ministères et associations nationales intervenant dans le domaine de la planification familiale.

Ce plan d'action a été adopté par le conseil des Ministres du 10 Avril 1985. Il fut révisé en Mai 1986, suivi de l'adoption d'une politique de planification familiale avec l'abrogation de la loi de 1920 en sa partie relative à la diffusion des méthodes contraceptives par la Zatu N° AN-IV-008/CNR/BF/SN du 24 Octobre 1986 (23).

Il convient de souligner que le Burkina Faso a souscrit aux différentes recommandations issues des conférences africaines et mondiales, relatives à la croissance et au bien-être de la population.

L'éducation en matière de population (EMP) a été institutionnalisée dans le système d'éducation formelle au Burkina Faso par un Raabo ministériel du département de la santé, à compter de la rentrée scolaire 1987-1988.

Un koega du Ministère de la santé en date du 15 Février 1988 permet aux femmes de se procurer des contraceptifs oraux sans subir systématiquement des tests de laboratoire coûteux. Pour mieux maîtriser les phénomènes de population, le Burkina Faso s'est doté d'un instrument de référence à savoir le "document de politique en matière de population au Burkina Faso," adopté le 10 Juin 1991 (23).

1.2.Objectifs

En matière de fécondité et de planification familiale, les objectifs suivants ont été fixés :

- Assurer la protection des droits des individus de se marier en toute liberté et de plein gré et du droit des couples et des individus d'avoir accès à l'éducation et à l'information objective sur les méthodes contraceptives nécessaires pour déterminer leur fécondité.
- Accroître l'information des couples et des individus sur les avantages de la planification familiale au plan économique et au plan de la santé de la mère et de l'enfant.
- Assurer l'intégration des activités de planification familiale dans tous les services SMI et l'extension des services de planification familiale à toutes les zones rurales.
- Et explorer toutes les possibilités de provision en contraceptifs sur la base communautaire et de commercialisation sociale.

Le Conseil National de la Population tenu en 1990 s'est fixé comme objectif d'ici à l'horizon 2005 de :

- réduire le taux de mortalité infantile de 134 pour 1.000 à 70 pour 1000 et le taux brut de mortalité de 17,5 pour 1000 à 14 pour 1000.
- Accroître le taux de prévalence de la contraception à 60 %.
- Prévoir la baisse de la fécondité de 10 % tous les 5 ans à partir de 2005.

1.3. Les prestations de services de planification familiale et la population cible

Les services de planification familiale au Burkina Faso sont offerts en général aux individus, aux couples et aux familles et particulièrement aux groupes cibles prioritaires suivants :

- les femmes en général, les femmes à risque de grossesse non désirée ainsi que celles présentant un facteur de grossesse à haut risque.
- Les autres groupes prioritaires sont : les couples stériles, les cas sociaux (malades mentales, handicapées), les hommes.

Les prestations de services de planification familiale sont intégrées aux activités courantes des formations sanitaires depuis 1985.

Elles comprennent :

- L'information, l'éducation, la communication (IEC) en matière de planification familiale.

- la contraception basée sur les méthodes suivantes :

* les méthodes prescriptibles comprenant :

- les contraceptifs oraux (progestatifs et oestro- progestatifs),
- les contraceptifs injectables (Enanthate de noresthérone),
- le dispositif intra-utérin (DIU),
- la contraception chirurgicale volontaire,
- le diaphragme,
- le norplant.

* les méthodes non prescriptibles : spermicides, condoms, méthodes naturelles.

- La lutte contre les MST et le SIDA.
- la lutte contre la stérilité conjugale.

1.4. Les intervenants en matière de planification familiale au Burkina Faso

1°) L'Etat agit au niveau des structures de décision (Conseil des Ministres), d'exécution (comité interministériel), d'organe consultatif et de coordination (CONAPO), de suivi et d'évaluation.

2°) Les associations nationales :

- L'Association Burkinabé pour le Bien-Etre Familial (ABBEF) et l'Association Burkinabé des Sages-Femmes (ABSF) qui sont sous la tutelle du Ministère de la Santé, mènent des activités d'IEC, de prestation de services de planification familiale (clinique à Ouagadougou et Bobo-Dioulasso), de test de nouvelles approches (comme des services de planification familiale à base communautaire).

- L'Association Pour l'Action Familiale (APAF) assure la planification familiale naturelle (PFN) auprès des couples et des jeunes.

- L'Association des Veuves et Orphelins du Burkina (AVOB) mène des activités d'ordre éducatif et promotionnel.

3°) Parmi les associations et groupements utilisés pour véhiculer le message au sein des communautés, on peut citer entre autres : l'Association Femme et Santé, l'Amicale Burkinabé des Infirmières, Pag-laïri, le groupement Songtaaba, l'Association Vigilance.

4°) l'appui international est d'ordre technique et financier. Il est assuré entre autres par :

- L'USAID
- Le FNUAP
- La Banque Mondiale
- La GTZ
- L'O.M.S.
- L'UNICEF
- La Coopération Française
- La Coopération Danoise
- le PIP
- SCPB.

MATERIEL ET METHODE

1.CADRE DE L'ETUDE.

Notre étude s'est déroulée dans dix villages de la province du sanmatenga qui sont : Foutrigui, Gaoua, Hanwi, Kalambaogo, Koutoumtenga, Soaga, Songodin, Noaka, Gantodogo, Tanhoko.

1.1.La province du Sanmatenga.

Elle est située au Centre-Nord du Burkina Faso, avec une superficie de 9419 KM². Elle est limitée par la province du Soum au Nord, celle du Ganzourgou et de l'Oubritenga au Sud, le Namentenga à l'Est, le Bam et le Passoré à l'Ouest.

Elle compte quatre communes, onze départements, trois cent trente un villages. Elle est dirigée par un Haut Commissaire, représentant du pouvoir central.

Kaya, chef lieu de la province est à 100 KM de Ouagadougou, capitale du Burkina Faso.

La population de la Province est estimée à 445090 habitants en 1996 et les femmes représentent 53,4 % de la population.

L'agriculture et l'élevage traditionnel constituent l'activité économique essentielle des populations.

Cette population est essentiellement composée de mossi (94,2 % de la population), de peulh (5,0 % de la population) auxquels s'ajoutent les ethnies minoritaires (Bissa, Guin, Gourmantché, Léla, Marka, Nounouma, Samo, Sembla, Sénoufo, et autres nationalités.)

Les religions musulmane et animiste prédominent avec respectivement 47,28 % et 41,1 % de la population.

Le Sanmatenga est une des principautés autonomes du royaume mossi :

C'est la principauté de Boussouma. A sa tête, elle a un prince appelé Rima.

Elle est divisée en cantons ayant à leur tête un chef appelé Komboré. Ceux-ci sont divisés en villages dirigés par un chef pouvant être soit de la descendance royale ou apparenté au chef de canton : c'est le Tankoaksé (Naba) ; soit un chef Nyonyosé et porte alors le nom de Teng-Soba. Dans un même village, le Teng-Soba perd son pouvoir politique effectif au profit du Naba. Il revient au premier plan en cas de vacance de la fonction de commandement ou d'absence du Naba.

Dans cette société, la femme reste soumise, et n'a pas son point de vue à donner, sauf le cas des vieilles où quelques unes sont consultées (31).

Le mariage forcé reste la forme de mariage la plus pratiquée et est de rigueur ; la plupart des fillettes sont promises en mariage dès l'âge de 4-5 ans.

Quant à l'homme, il occupe la place de chef de famille comme dans beaucoup de nos sociétés. Il est le premier responsable et a droit de décision sur toutes les affaires de la famille et de ces membres.

Au plan sanitaire, la Province du Sanmatenga relève de la Direction régionale de KAYA (Sa capitale). Elle est divisée en deux districts sanitaires :

- Le District sanitaire de KAYA,
- Le District sanitaire de BARSALOGO.

Les infrastructures sanitaires, où se déroule l'essentiel des activités de planification familiale par l'entremise du système d'intégration des activités se présentent comme suit :

- une Direction Régionale de la Santé (DRS)
- un Centre Hospitalier Régional (CHR)
- Deux Centres Médicaux (CM)
- vingt neuf Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) avec un ratio de un CSPS pour 15 348 habitants.
- des Postes de Santé primaire (PSP)
- deux Officines (une Privée et une Publique)
- treize Dépôts pharmaceutiques.

Les catégories de personnel de santé de la province se répartissent comme suit :

- Dix médecins
- Un pharmacien

- Un chirurgien dentaire
- Vingt infirmiers diplômés d'état
- Quatre sages-femmes d'état et maïeuticiens
- Trente et un infirmiers brevetés
- Treize matrones
- Treize agents itinérants de santé
- Douze accoucheuses auxiliaires

Certains indicateurs sanitaires laissent percevoir les problèmes importants de santé de maternité et de l'enfance.

En effet, le taux de mortalité maternelle est de 928,10 pour 100.000 naissances vivantes, le taux de mortalité périnatale de 57,72 pour 1000 ; avec un taux de couverture obstétricale de 18,03 %. Le taux de fécondité est de 212,8 pour 1000 avec une moyenne de 6,8 enfants par femme.(31 ; 36).

1.2. les dix villages enquêtés: Kalambaogo, Foutrigui, Soaga, Gaoua, Koutoumtenga, Hanwi, Tanhoko, Songodin, Noaka, Gantodogo.

Ces villages ont été proposés par le Plan de Parrainage International (PPI). En effet, après avoir entrepris des activités de planification familiale dans six villages du Sanmatenga (la couverture contraceptive est passée de moins de 5 % à 20 %), Plan International Sanmatenga désire étendre ses activités à ces dix (10) nouveaux villages afin de créer un environnement propice à la santé de la reproduction.

La distance séparant ces villages de leur formation sanitaire de référence ainsi que leur population sont indiquées sur le tableau suivant :

Villages	Distance de la formation sanitaire (Km)	Population total en 1996
Noaka	10 et +	3023
Kalambaogo	10 et +	1917
Tanhoko	10 et +	1691
Gantodogo	5-10	360
Foutrigui	5-10	571
Songodin	5-10	1294
Koutoumtenga	5-10	1842
Hanwi	5-10	471
Soaga	5-10	1855
Gaoua	5-10	829

La population totale de ces dix villages est estimée à 15581 habitants et le nombre total de leurs ménages à 1956 ménages selon un recensement réalisé par le Plan International Sanmatenga.

Ces villages relèvent de structures sanitaires situées dans d'autres villages. Il s'agit essentiellement de CPCS.

Chacun de ces villages dispose de :

- un poste de santé primaire(PSP) construit par les populations elles-mêmes et tenu par des agents de santé communautaire.
- un centre d'animation dont la construction a été financée par le Plan International Sanmatenga (PIS) équipé de bancs. Il sert également de centre d'alphabétisation en langue nationale mooré.
- une mosquée, une église catholique et une église protestante.

Les activités de planification familiale sont essentiellement menées au niveau des centres de santé de référence des PSP, notamment lors des consultations prénatales et des accouchements. Ces activités touchent surtout les femmes qui s'y rendent.

- Les villages Songodin, Gaoua, Kalambaogo, Koutoumtenga ont chacun une école à 3 classes.

2.METHODE D'ETUDE : LA POPULATION D'ETUDE

Elle était composée des chefs de ménage, des mères de famille, des adolescent (e) s de 10 à 24 ans, résidant dans les dix villages enquêtés.

3.ECHANTILLONNAGE

3.1.Définition opérationnelle du ménage

Le ménage est constitué par un père de famille, sa ou ses épouses, et les enfants à leur charge.

3.2. L'échantillon enquêté

Disposant de la liste des dix villages et de l'effectif de leurs ménages respectifs, nous avons procédé à un sondage en grappes à deux niveaux. Nous avons d'abord procédé au tirage probabiliste de la localisation des grappes. (30 grappes de 12 ménages chacune).

les villages possédant plus d'une grappe, ont été divisés selon le nombre de grappes correspondantes, en différentes zones d'enquête et ceux possédant une seule grappe ont été considérés comme une zone d'enquête.

Dans un second temps, la sélection des ménages à enquêter a été faite par un "sélectionneur" formé pour l'occasion. Pour ce faire il s'est placé au centre de chaque zone d'enquête, et à l'aide de la méthode de la bouteille, il a repéré la première concession qu'il a numéroté, puis les autres concessions voisines rencontrées au hasard.

Dans les concessions retenues, il a procédé au tirage aléatoire simple des ménages à enquêter.

Dans chaque ménage concerné par l'enquête, sont retenus :

- le chef de ménage ;
- son épouse ou une de ses épouses tirée alors au sort ;
- un (e) adolescent (e) tiré (e) au sort ;
- le ménage des chefs de village était systématiquement soumis à l'enquête pour le bon déroulement du travail. Mais il n'était inclus dans l'étude que s'il faisait parti des ménages sélectionnés.

La localisation des grappes est donnée par le tableau suivant d'après un recensement effectué par le PPI de Kaya.

Villages	Nombre de ménages	Nombre de ménages cumulé	Grappes
Noaka	370	370	1 ; 2 ; 3 ; 4 ; 5 ; 6
Kalambaogo	359	729	7 ; 8 ; 9 ; 10 ; 11
Gantodogo	54	783	12
Foutrigui	84	867	13
Songodin	174	1041	14 ; 15 ; 16
Koutoumtenga	248	1289	17 ; 18 ; 19 ; 20
Hanwi	63	1352	21
Soaga	254	1606	22 ; 23 ; 24 ; 25
Tanhoko	228	1834	26 ; 27 ; 28
Gaoua	122	1956	29 ; 30

Le pas du sondage : $1956/30 = 65$

La Première grappe est le nombre choisi au hasard compris entre 1 et 65 qui a été 28.

3.3. Taille de l'échantillon.

Nous avons prévu réaliser l'enquête avec 360 ménages soit 360 Hommes (pères de famille) 360 Femmes (mères de famille) et 360 Adolescent (e) s de 10 à 24 ans. Mais au total 312 ménages ont été interrogés, avec 307 Pères de famille, 312 Mères de famille et 230 Jeunes et Adolescents.

4. TECHNIQUE D'ETUDE

Nous avons procédé à une enquête transversale à passage unique, au sein de la population des dix villages concernés. Une interview séparée des hommes chefs de ménage, des mères de famille et des adolescent (e)s a été réalisée du 03 au 14 Juin 1996.

Il s'agit d'une interview basé sur un questionnaire écrit. Celui-ci a été administré en mooré aux enquêtés en face à face et rempli par l'enquêteur.

5. RECRUTEMENT ET FORMATION DES ENQUETEURS

Les enquêteurs étaient des agents de la santé, de l'action sociale, des enseignants et des étudiants en sociologie. Ils étaient au nombre de 11 dont 6 femmes et 5 hommes. Ils ont bénéficié d'une formation de 3 jours dont l'objectif principal était l'utilisation du questionnaire et la conduite de l'entretien.

6. L'INSTRUMENT DE COLLECTE DES DONNEES.

Nous avons élaboré trois fiches d'enquête dont le modèle final a été établi après un pré-test . Le pré-test a été organisé le 30 Mai dans le village de silmidougou distant de 6 Km de Kaya.

La première fiche d'enquête était adressée aux pères de famille, la seconde aux mères de famille et la troisième aux adolescent (e) s de 10 à 24 ans.

En plus de la planification familiale, ces fiches d'enquête comportaient plusieurs autres thèmes portant sur :

- les soins de santé primaires,
- l'excision,
- les MST/SIDA.

Ces fiches sont reproduites en annexe.

7. SAISIE ET ANALYSE DES DONNEES

Toutes les données ont été saisies et analysées sur micro-ordinateur avec un logiciel épi info version 6.0.

Pour apprécier les différences, nous avons, selon les cas, utilisé les tests de Chi carré, de Chi carré de Yates et le test de corrélation.

RESULTATS

1. CARACTERISTIQUE DE L'ECHANTILLON.

Des 360 femmes mères de famille, 360 hommes chefs de ménage et 360 adolescent (e) s échantillonnés, nous avons pu interroger: 312 femmes (87 % de répondants), 307 hommes (85 % de répondants) et 230 adolescents (64 % de répondants). Quatre vingt cinq adolescents étaient des filles (37 % des adolescents). Le taux de participation global était donc de 79 %.

1.1. Age

Nous avons demandé aux enquêtés de nous donner leur âge. Le tableau I.1 donne la répartition des mères de ménage, des chefs de ménage, et des adolescent (e) s par tranche d'âge.

Tableau I.1 Répartition de l'échantillon par tranche d'âge.

Tranche d'âge (en année)	mères de ménage		chefs de ménage		Adolescent (e) s					
					Filles		Garçons		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
11 - 14					17	20,0	13	8,97	30	13,04
15 - 19	27	8,65	1	0,33	68	80,0	69	47,59	137	59,57
20 - 29	149	44,76	45	14,66			63	43,45	63	27,39
30 - 39	94	30,13	68	22,15						
40 - 49	36	11,54	75	24,43						
50 - 59	6	1,92	48	15,63						
60 et plus			70	22,80						
Total	312	100,0	307	100,0	85	100,0	145	100,0	230	100,0

N = Nombre

L'âge moyen était de 45,48 ans chez les chefs de ménage (écart type = 15,12) ; 28,99 ans chez les mères de ménage (écart type = 8,71) et 17,54 ans chez les adolescent (e) s (écart type = 3,46).

Environ 9 % des mères de ménage étaient des adolescentes, contre 0,33 % chez les chefs de ménage.

Plus de la moitié des mères de ménage (53,41 %) avait moins de 30 ans, alors que la majorité des chefs de ménage (85 %) avait 30 ans et plus.

1.2. Statut matrimonial

Nous avons demandé aux mères de ménage et aux chefs de ménage de nous préciser leur statut matrimonial. Le tableau I.2 montre leur répartition selon cette variable.

Tableau I.2 : Répartition des mères de ménage et des chefs de ménage selon leur statut matrimonial.

Statut matrimonial	Mères de ménage		Chefs de ménage		Total
	N	%	N	%	
Monogame	126	40,4	130	42,3	256
Polygame	182	58,3	172	56,0	354
Veuf(ve) ou Divorcé(e)	4	1,3	5	1,7	9
Total	312	100,0	307	100,0	619

Plus de la moitié des mères de ménage (58,3 %) et des chefs de ménage (56,0 %) était issue de ménage de polygame.

1.3. Caractéristiques socio-culturelles

Nous avons demandé à tous les enquêtés, d'indiquer leur religion et leur niveau d'instruction.

Les tableaux I.3 et I.4 montrent la répartition de notre échantillon selon ces variables.

Tableau I.3. : Répartition de l'échantillon selon la religion

Religion	Mères de ménage		Chefs de ménage		Adolescent(e)s		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Musulmane	182	58,33	195	63,52	130	56,52	507	59,72
Animiste	90	28,85	83	27,03	49	21,31	222	26,15
Catholique	28	8,97	22	7,17	36	15,65	86	10,13
Protestante	12	3,85	7	2,28	15	6,52	34	4,0
Total	312	100,00	307	100,00	230	100,00	849	100,0

Plus de la moitié des mères de ménage et des chefs de ménage (59,72 %) était musulmane. Les chrétiens (catholiques et protestants) étaient les moins nombreux (14,13 %).

Tableau I.4 : répartition de l'échantillon selon le niveau d'instruction.

Niveau d'instruction	Mères de ménage		Chefs de ménage		Adolescent (e)s						Total	
					filles		garçons		total			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Analphabètes	265	84,94	242	78,83	68	80,0	78	53,79	146	63,48	653	76,91
alphabétisés en langue nationale	37	11,86	45	14,66	9	10,59	33	22,76	42	18,3	124	14,60
Niveau primaire	10	3,20	18	5,86	7	8,23	32	22,07	39	17,0	67	7,89
Niveau secondaire			2	0,65	1	1,18	2	1,38	3	1,3	5	0,59
TOTAL	312	100	307	100	85	100	145	100	230	100	849	100

L'échantillon enquêté était constitué de 76,91 % d'analphabètes et seulement de 14,6 % d'alphabétisés en langues nationales.

1.4. Répartition de l'échantillon par village d'origine

Cette répartition est présentée par le tableau I.5.

Tableau I.5 : Répartition de la population enquêtée selon le village

Villages	mères de ménage		Chefs de ménage		Adolescent (e) s		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Koutoumtenga	48	15,4	47	15,3	47	20,4	142	16,7
Soaga	46	14,7	42	13,7	31	13,5	119	14,0
Tanhoko	32	10,3	26	8,5	28	12,2	86	10,1
Hanwi	10	3,2	11	3,6	11	4,8	32	3,8
Noaka	62	19,9	65	21,2	48	20,9	175	20,6
Kalambaogo	48	15,4	44	14,3	22	9,6	114	13,4
Gantodogo	10	3,2	10	3,3	12	5,2	32	3,8
Foutrigui	10	3,2	12	3,9	12	5,2	34	4,0
Songodin	34	10,9	35	11,4	13	5,7	82	9,7
Gaoua	12	3,8	15	4,9	6	2,6	33	3,9

La taille de l'échantillon par village variait entre 4 et 9 % de la population du village avec une moyenne de 84,9 enquêtés par village.

1.5 Niveau socio-économique.

Nous avons demandé à tous nos enquêtés de nous donner leur profession principale et secondaire et de nous dire s'ils avaient l'habitude d'écouter la radio au moins une fois par semaine. Des questions sur la possession de radio, de latrines, de moyen de déplacement par le ménage, ainsi que la source d'eau de boisson et la taille de la famille n'avaient été posées qu'aux mères de ménage et aux chefs de ménage.

La répartition des différentes réponses, donnée par le tableau I.6, permet d'avoir un aperçu du niveau socio-économique de notre échantillon.

Tableau I.6 : Quelques caractéristiques du niveau socio-économique de l'échantillon enquêté.

Indicateurs socio-économiques	Mères de ménage		Chefs de ménage		Adolescent(e)s	
	N	%	N	%	N	%
Profession principale						
Cultivateurs/Ménagères	309	99,00	303	98,7	219*	95,2
Eleveurs	1	0,3	1	0,3	1	0,4
Commerçant(e)s	1	0,3	1	0,3	2	0,9
Retraités			1	0,3		
Autres	1	0,3	1	0,3	8	3,5
Total	312	100,00	307	100,00	230	100,00
Profession secondaire						
Boucher (ère)	1	0,3	4	1,3	-	-
Dolotières	54	17,3	-	-	3	1,3
Eleveurs	10	3,2	111	36,2	31	13,5
Commerçants (es) (secteur informel)	180	57,7	66	21,5	99	43,00
Artisans (cuir, poterie)	26	8,3	70	22,8	31	13,5
Retraité (e) s	1	0,3	2	0,7	-	-
autres	40	12,8	54	17,6	66	28,7
Total	312	100,00	307	100,00	230	100,00
Existence de poste radio dans le ménage	233	74,7	220	71,7	-	-
Total	312	100,00	307	100,00	-	-
Suivi d'émission radio au moins une fois par semaine	231	74,00	271	88,3	193	83,9
Total	312	100,00	307	100,00	230	100,00
Existence de latrines dans la famille	162	51,9	145	47,2	-	-
Total	312	100,00	307	100,00	-	-

* le nombre 219 comprend 176 cultivateurs et 43 ménagères.

Tableau I.6 : *Quelques caractéristiques du niveau socio-économique de l'échantillon enquêté (suite).*

Indicateurs socio-économiques	Mères de ménage		Chefs de ménage		Adolescent (e) s	
Moyen de déplacement possédé						
Bicyclette	228	73,1	234	76,2	-	-
Mobylette	57	18,3	44	14,3	-	-
Aucun	27	8,7	29	9,4	-	-
Total	312	100,00	307	100,00	-	-
Source eau de boisson						
Puits traditionnel	27	8,7	19	6,2	-	-
Eau de forage	278	89,1	287	93,5	-	-
Marigot / Mare	7	2,2	1	0,3	-	-
Total	312	100,00	307	100,00	-	-
Taille moyenne de la famille	8,97±6,32		10,02±7,81		-	

La quasi totalité des groupes sociaux enquêtés était paysanne : 98,7 % des chefs de ménage étaient cultivateurs, 99,0 % des mères de ménage étaient ménagères et 95,2 % des adolescent (e) s étaient répartis en 76,5 % de cultivateurs et 18,7 % de ménagères.

les activités rémunératrices étaient représentées essentiellement par le commerce qui occupait 57,7 % des mères de ménage et 43 % des adolescent (e) s, l'élevage qui occupait 36,2 % des chefs de ménage et l'artisanat qui occupait 22,8 % des chefs de ménage.

Leurs familles étaient nombreuses: en moyenne 9-10 personnes par ménage selon les mères ou les chefs de ménage.

2. CONNAISSANCE ET INFORMATION DE L'ÉCHANTILLON EN MATIÈRE DE PLANIFICATION FAMILIALE.

2.1 Information sur les contraceptifs modernes.

Nous avons demandé aux enquêtés d'énumérer les contraceptifs modernes dont ils avaient entendu parler.

Cinq cent dix huit personnes soit 61,01 % de l'échantillon avaient entendu parler d'au moins un contraceptif moderne.

L'échantillon était surtout informé sur les pilules et les condoms (figure 1).

A l'intérieur des 3 groupes sociaux étudiés, la pilule et le condom restaient les méthodes les plus connues (tableau II.1).

Tableau II.1 : Répartition de l'échantillon par contraceptifs modernes cités

Contraceptifs modernes cités	Mères de ménage		Chefs de ménage		Adolescent (e)s	
	N	%	N	%	N	%
Pilules	176	48,35	202	40,64	91	40,99
DIU*(Stérilet)	32	8,79	44	8,85	13	5,86
Injectables	68	18,68	77	15,49	33	14,86
Condoms	78	21,43	161	32,39	75	33,78
Spermicides	8	2,20	10	2,01	6	2,70
Ligature	2	0,55	3	0,60	4	1,80
Total %	364	100,00	497	100,00	222	100,00

La connaissance d'au moins un contraceptif moderne était significativement liée au statut du sujet dans le ménage (mère ou père de ménage, adolescent (e), avec $p=2 \times 10^{-8}$).

La répartition de l'échantillon selon les méthodes contraceptives modernes sur lesquelles il est informé est donnée par la figure 1.

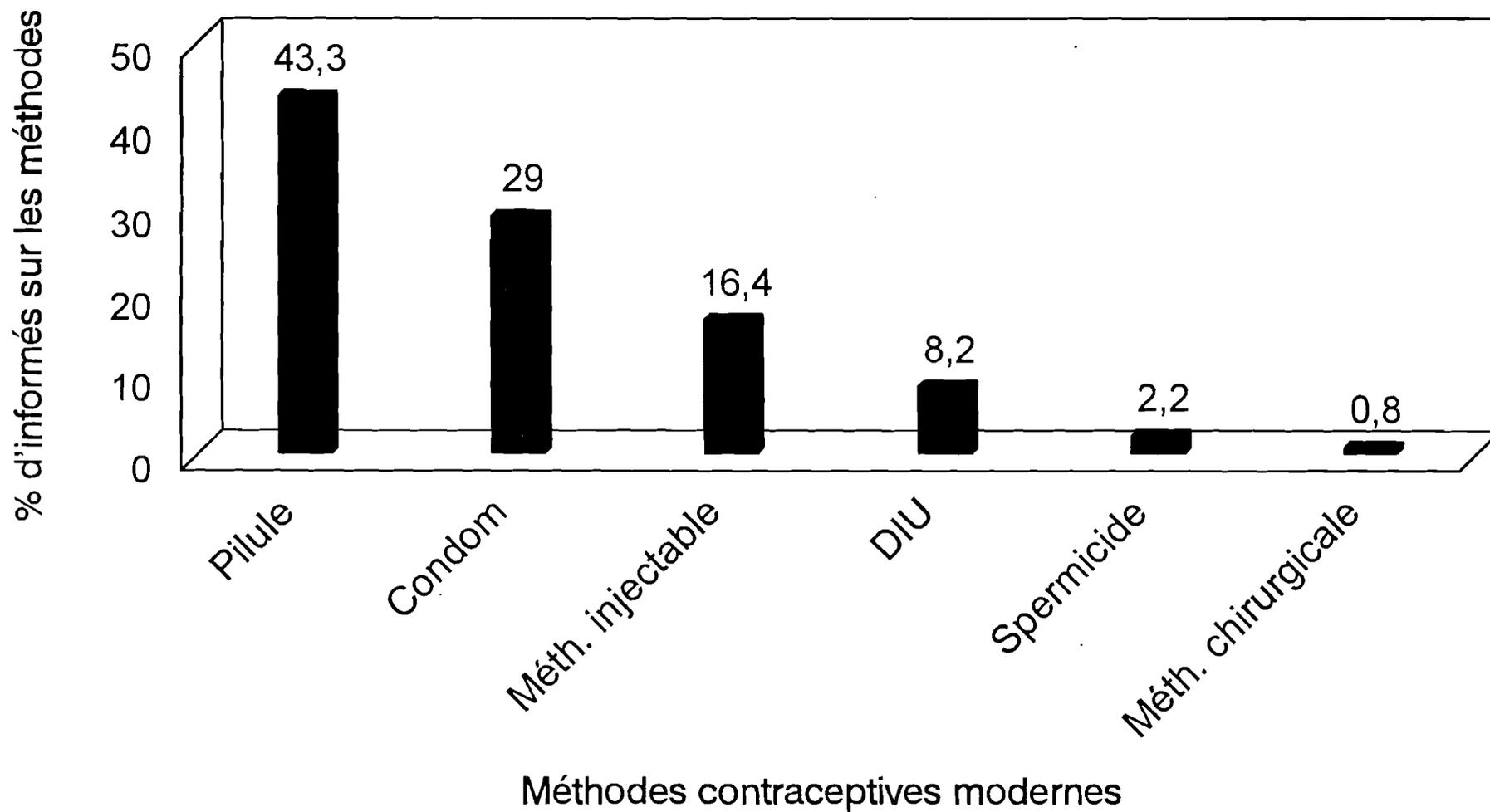


Fig. 1: Répartition des sujets en fonction des méthodes contraceptives modernes sur lesquelles ils sont informés

2.2. Connaissance des contraceptifs modernes.

Nous avons recherché les associations éventuelles entre certaines caractéristiques des personnes interrogées et leur connaissance des contraceptifs modernes.

2.2.1. Connaissance des contraceptifs modernes par âge.

La proportion de mères ayant entendu parler des contraceptifs modernes variait en fonction de leur âge ($p < 0,0002$).

Les mères de moins de 19 ans et celles de 50 ans et plus connaissaient moins les méthodes contraceptives modernes. La proportion la plus élevée des mères connaissant des contraceptifs modernes se recrutait parmi les 20-29 ans.

La proportion de pères de famille ayant entendu parler des contraceptifs modernes variait de 18 % parmi les 20-29 ans à 15 % parmi les 60 ans et plus avec un mode dans la tranche d'âge de 30-39 ans (28%) ;

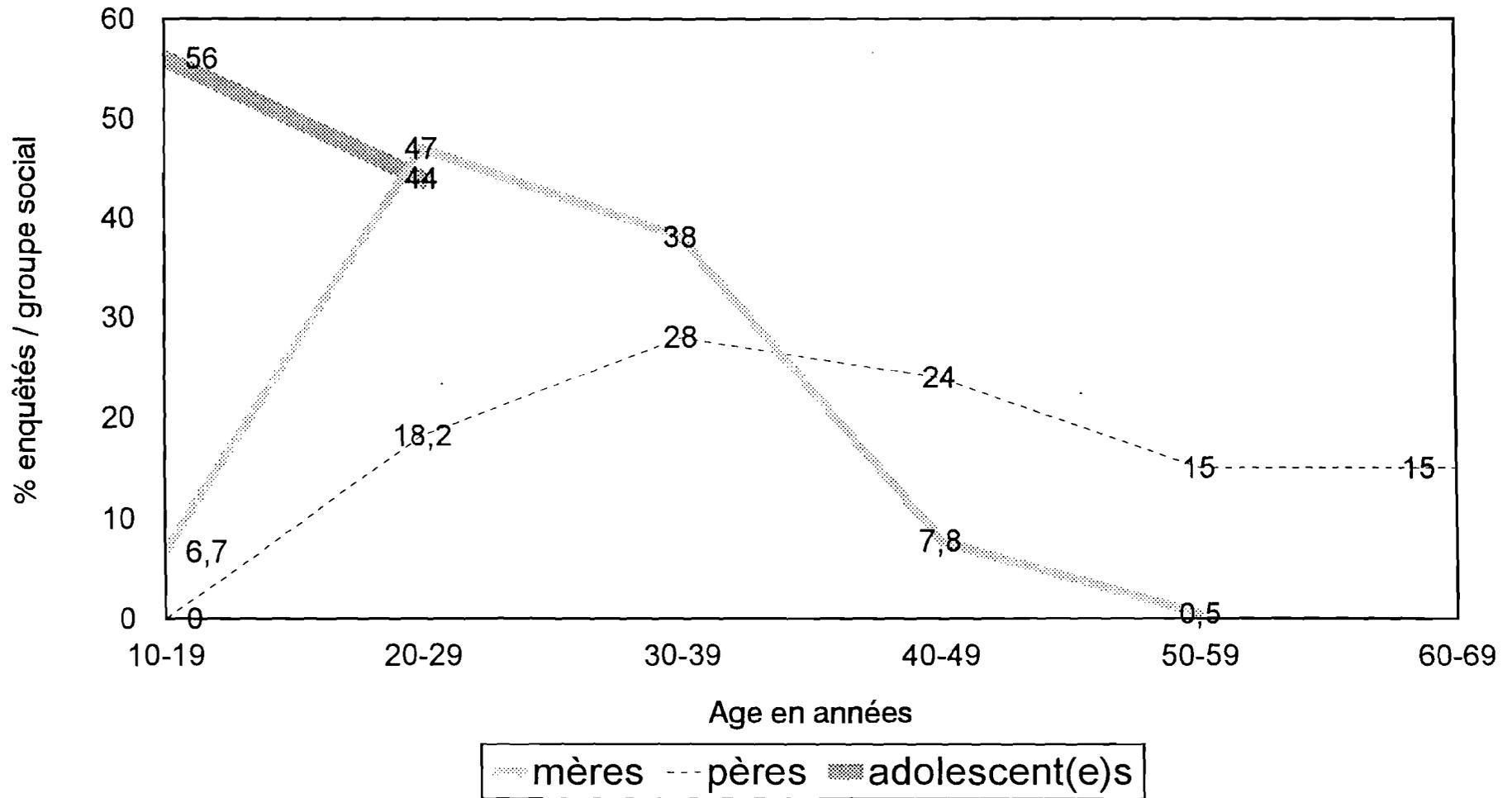
la valeur p étant $< 10^{-9}$.

Parmi les adolescent (e) s, 56 % des 10-19 ans avaient entendu parler des méthodes contraceptives ($p < 10^{-7}$).

Il y avait une association statistique entre le groupe social des enquêtés et leur information sur les méthodes contraceptives ($p = 2 \times 10^{-8}$).

La figure 2 présente ces différents résultats.

Fig. 2: Répartition des enquêtés selon l'âge et leur connaissance d'au moins un contraceptif moderne

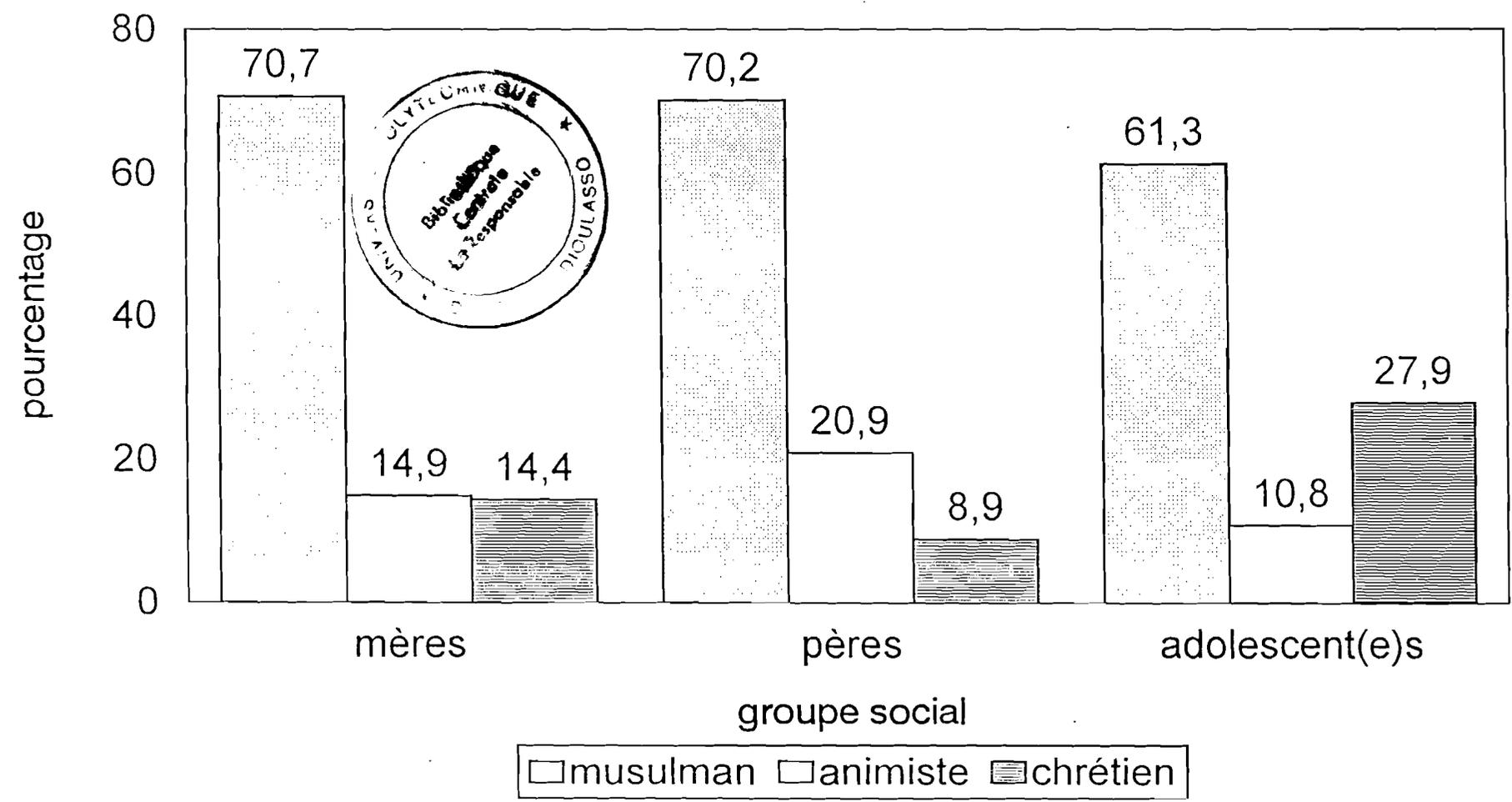


2.2.2. Connaissance des contraceptifs modernes selon la religion

Une proportion plus importante de musulmans (68,5 %) connaissait les contraceptifs modernes comparativement aux animistes (16,6 %) et chrétiens (14,9 %). La valeur p était $<10^{-9}$.

L'ordre de grandeur de ces proportions était conservé à l'intérieur de chaque groupe social (figure 3) sauf parmi les adolescent(e)s où les chrétiens étaient plus nombreux que les animistes dans la connaissance de contraceptifs modernes (respectivement 27,9 % et 10,8 %).

Fig. 3: Répartition des enquêtés selon leur groupe social, la religion et leur connaissance d'au moins un contraceptif moderne

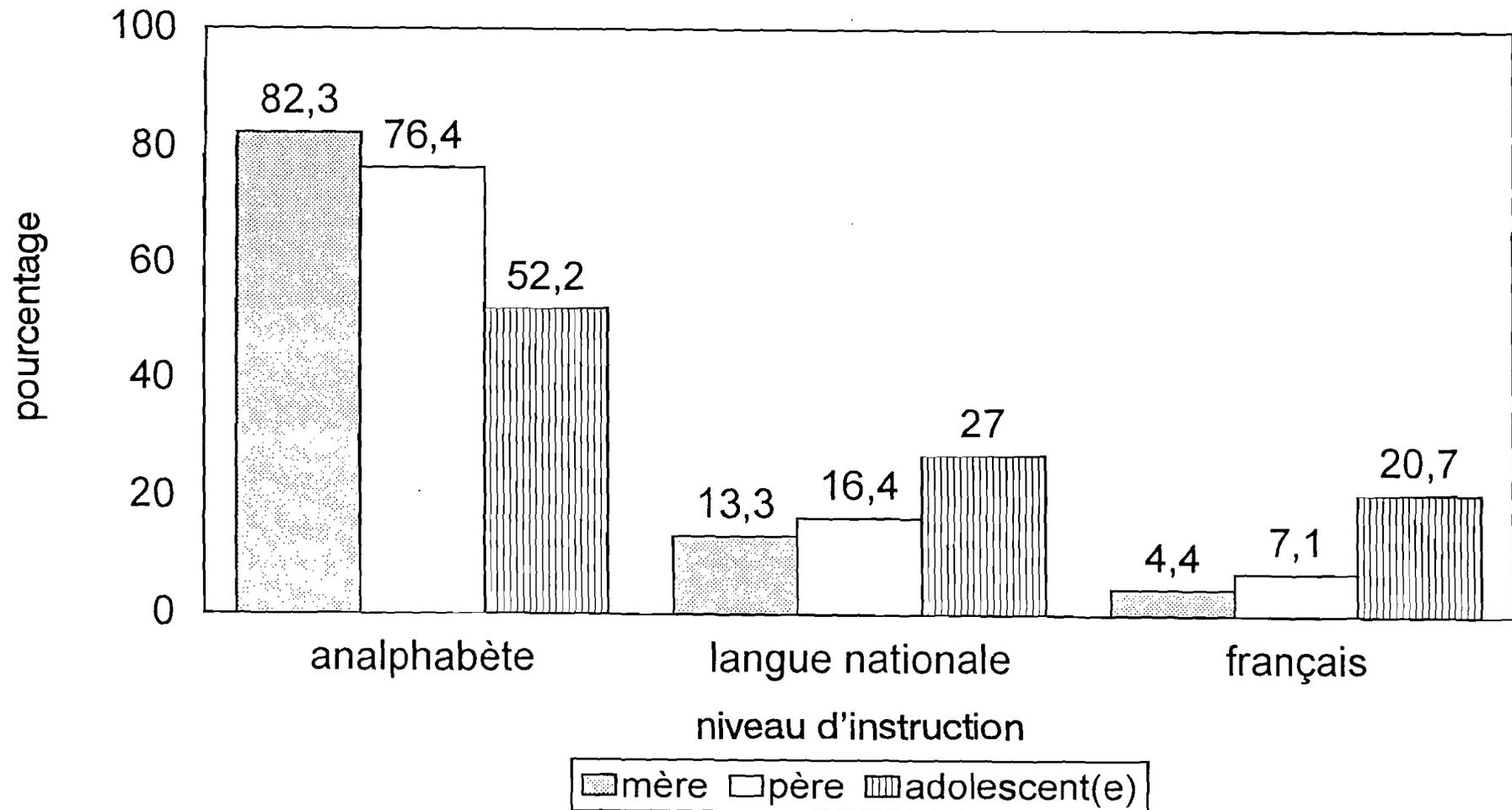


2.2.3. Connaissance des contraceptifs modernes selon le niveau d'instruction

Une proportion plus importante d'analphabètes (73,3 %) connaissait les contraceptifs modernes comparativement aux alphabétisés en langue nationale (17,6 %) et en français (9,1 %) : la valeur p était = 0,004.

La figure 4 montre la répartition des enquêtés selon leur niveau d'instruction et leur connaissance d'au moins un contraceptif moderne. Excepté chez les adolescent (e) s ($p=0,0009$), il n'a pas été observé une association statistique entre le niveau d'instruction et la connaissance d'au moins un contraceptif moderne.

Fig. 4: Répartition des enquêtés selon leur niveau d'instruction et leur connaissance d'au moins un contraceptif moderne



2.2.4. Connaissance des contraceptifs modernes selon le statut matrimonial

Selon leur statut matrimonial, 53,4 % des polygames connaissaient au moins un contraceptif moderne contre 45,1 % de monogame ($p=0,004$). Excepté chez les chefs de ménage ($p=0,03$), il n'y avait pas d'association statistique entre le statut matrimonial et la connaissance de contraceptifs modernes (tableau II.2).

Tableau II.2 : Répartition selon le statut matrimonial, des chefs et des mères de ménage connaissant au moins un contraceptif moderne.

Statut matrimonial	Mères de ménage n=181		Chefs de ménage n=225		Total n=406	
	N	%	N	%	N	%
Monogame	80	44,20	103	45,78	183	45,07
Polygame*	100	55,25	117	52,0	217	53,45
Veuf(ve) et divorcé (e)	1	0,55	5	2,22	6	1,48
Valeur de p	0,1345301		0,0301317			

* Polygame pour les mères, correspond à mari polygame.

2.3. Sources d'information des personnes interrogées.

Nous avons demandé aux enquêtés qui étaient informés sur les contraceptifs modernes d'identifier leur source principale d'information. La radio nationale a été la principale source d'information des personnes enquêtées (tableau II.3).

Tableau II.3 : Répartition de l'échantillon informé sur les contraceptifs modernes, selon leur principale source d'information

Principales sources d'information	Mères de ménage		Chefs de ménage		Adolescent(e)		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
CSPS*/Hôpital	26	14,4	45	20,0	9	8,1	80	15,47
ASC**	50	27,6	22	9,8	15	13,5	87	16,83
Radio/Télévision/Journal	69	38,1	116	51,6	69	62,2	254	49,13
Théâtre	1	0,6	1	0,4	2	1,18	4	0,77
Amis/Parents	17	9,4	18	8,0	14	12,6	49	9,49
Conjoint(e)	2	1,1	3	1,3	-	-	5	0,97
Autres	16	8,8	20	8,9	2	1,8	38	7,35
Total	181	100,0	225	100,0	111	100,0	517	100,0

CSPS* Centre de Santé et de Promotion Sociale.

ASC** Agent de Santé Communautaire.

Au niveau des mères de ménage enquêtées, les services de santé (14,4 %) venaient en troisième position après les agents de santé communautaire (27,6 %).

Pour les chefs de ménage, les services de santé (20,0 %) étaient en deuxième position, puis venaient les agents de santé communautaire (9,8 %). Par contre chez les adolescent(e)s, les services de santé (8,1 %) étaient en quatrième position après les agents de santé communautaire (13,5 %) et les amis (12,6 %).

3. UTILISATION DES METHODES CONTRACEPTIVES.

3.1 Utilisation des méthodes contraceptives modernes.

3.1.1 Utilisation antérieure des méthodes contraceptives modernes.

Nous avons demandé à ceux qui étaient informés de l'existence des méthodes contraceptives modernes, s'ils avaient déjà utilisé l'une quelconque de celles-ci pour éviter une grossesse. Dans l'affirmative, ils devaient préciser la méthode contraceptive moderne utilisée.

Seulement 15,5% des personnes informées sur les méthodes contraceptives modernes avaient utilisé une méthode contraceptive moderne avant l'enquête (tableau III.1).

Rapporté à tout l'échantillon, il y avait 9,4% d'utilisateurs de méthodes contraceptives modernes avant l'enquête.

Tableau III.1 : Répartition des 181 mères de ménage, 225 chefs de ménage et 111 adolescent(e)s selon les méthodes contraceptives modernes déjà utilisées

Méthodes contraceptives déjà utilisées	Mères de ménage n=181		Chefs de ménage n=225		Adolescent(e) n=111		Total n=517	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Pilule	8	4,42	15	6,67	-	-	23	4,45
DIU*(stérilet)	-	-	1	0,44	-	-	1	0,19
Injectable	2	1,10	-	-	-	-	2	0,39
Condom	3	1,66	22	1,33	29	26,13	54	10,44
Total	13	7,18	38	16,89	29	26,13	80	15,47

* Dispositif Intra-Utérin

N = Nombre ; n = Effectif

L'utilisation des méthodes contraceptives modernes était liée au groupe social.

Les chefs de ménage avaient utilisé plus souvent que les mères de ménage et les adolescent (e) s l'une ou l'autre des substances contraceptives modernes ($p < 10^{-2}$).

Cent soixante huit mères de ménage (92,82 % des cas), 187 chefs de ménage (83,11 % des cas) et 82 adolescent (e) s (73,87 % des cas) avisés de l'existence de contraceptifs modernes, soit 84,53 % de l'échantillon, n'avaient utilisé aucune méthode contraceptive moderne.

3.1.1.1 Utilisation antérieure des méthodes contraceptives modernes selon le niveau d'instruction.

Parmi les 80 personnes ayant utilisé antérieurement une méthode contraceptive moderne, 46 (57,5 %) étaient analphabètes, 15 (18,8 %) étaient alphabétisés en langue nationale et 19 (23,7 %) étaient alphabétisées en français.

La répartition par groupe social et par niveau d'instruction est donnée par le tableau III.2.

Tableau III.2 : Répartition des mères de ménage, chefs de ménage et des adolescent(e)s ayant utilisé les méthodes contraceptives modernes selon leur niveau d'instruction.

Niveau d'instruction	Mères de ménage n=13		Chefs de ménage n=38		Adolescent(e)s. n=29	
	N	%	N	%	N	%
Analphabètes	10	76,92	24	63,16	12	41,38
Alphabétisés en langue nationale	2	15,39	6	15,79	7	24,14
Alphabétisés en français	1	7,69	8	21,05	10	34,48

3.1.1.2. Utilisation antérieure des méthodes contraceptives modernes selon la religion

Parmi les 80 personnes ayant utilisé antérieurement une méthode contraceptive moderne, 59 (73,7 %) étaient musulmanes, 2 (2,5 %) étaient animistes et 19 (23,7 %) étaient chrétiennes.

La répartition par groupe social et par religion est donnée par le tableau III.3.

Tableau III.3 : Répartition des mères de ménage, chefs de ménage et des adolescent (e) s ayant utilisé les méthodes contraceptives modernes selon leur religion.

Religion	Mères de ménage n=13		Chefs de ménage n=38		Adolescent(e)s n=29	
	N	%	N	%	N	%
Musulmane	11	84,62	33	86,84	15	51,72
Animiste	-	-	-	-	2	6,90
Chrétienne	2	15,38	5	13,16	12	41,38

3.1.1.3. Utilisation antérieure des méthodes contraceptives modernes selon le statut matrimonial

Parmi les 51 pères et mères de ménage ayant déjà utilisé une méthode contraceptive moderne, 32 (62,7 %) étaient issus de ménage monogame et 19 (37,2 %) étaient de ménage polygame.

Le tableau III.4 donne la répartition par groupe social et selon le statut matrimonial.

Tableau III.4 : Répartition des mères et des chefs de ménage ayant utilisé les méthodes contraceptives modernes selon leur statut matrimonial

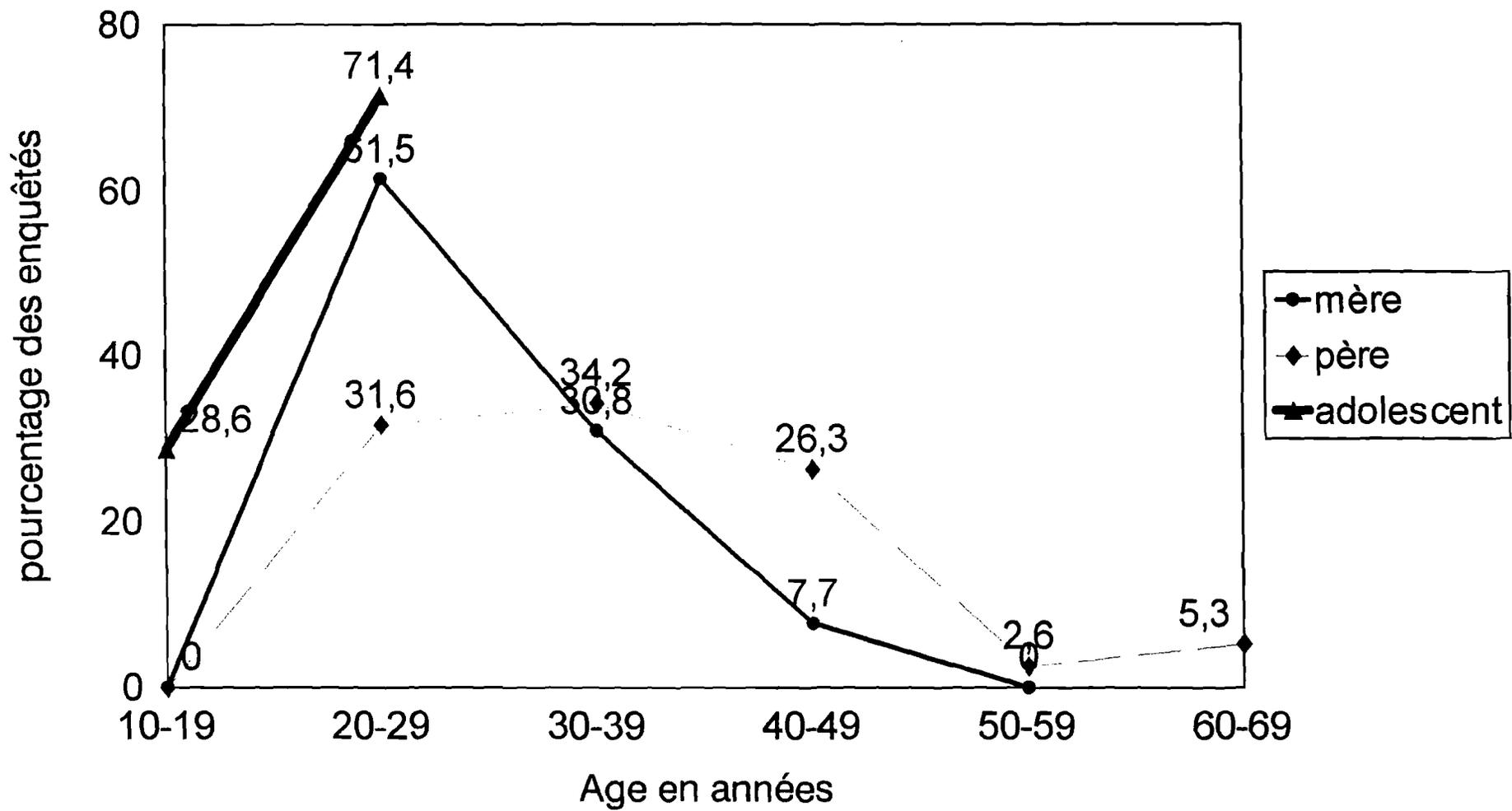
Statut matrimonial	Mères de ménage n=13		Chefs de ménage n=38	
	N	%	N	%
Monogame	10	76,92	22	57,89
Polygame	3	23,08	16	42,11

3.1.1.4 Utilisation antérieure des méthodes contraceptives modernes selon l'âge.

Le mode de la distribution des enquêtés ayant déjà utilisé des méthodes contraceptives modernes est observé dans la tranche d'âge des 20-29 ans chez les mères et les adolescent (e) s et dans celle des 30-39 ans chez les pères (figure 5).

L'unique utilisatrice adolescente est âgée de 15 ans.

Fig.5: Répartition des enquêtés ayant déjà utilisé des méthodes contraceptives modernes selon leur âge



3.1.1.5 Utilisation antérieure des méthodes
contraceptives modernes selon le sexe chez les
adolescent (e) s.

Les adolescents ayant déjà utilisé des méthodes contraceptives modernes, se répartissaient en une fille (dont le partenaire utilisait des préservatifs) et 28 garçons (p=0,004).

3.1.2. Utilisation actuelle des méthodes contraceptives
modernes.

Nous avons également demandé à ceux qui avaient déjà utilisé une méthode contraceptive moderne, d'indiquer la nature de celle utilisée présentement.

Au total 87,5 % des anciens utilisateurs de méthodes contraceptives modernes en utilisaient encore au moment de l'enquête (tableau III.5)

***Tableau III.5 : Répartition des utilisateurs actuels de méthodes
contraceptives modernes, selon leur groupe social
et la méthode contraceptive moderne.***

Méthode contraceptive actuellement utilisée	Mères de ménage		Chefs de ménage		Adolescent (e)s	
	N	%	N	%	N	%
Pilule	6	54,55	12	38,71	-	-
DIU (stérilet)	-	-	1	3,23	-	-
Injectable	2	18,18	-	-	-	-
Condom	3	27,27	18	58,06	28	100,0
Total	11	100,0	31	100,0	28	100,0

Deux mères de ménage, et 3 chefs de ménage, avaient abandonné la pilule pour l'abstinence périodique; de même 4 chefs de ménage, et 1 adolescent avaient abandonné le préservatif pour l'abstinence périodique.

En rapportant le nombre des utilisateurs actuels à l'effectif total de l'échantillon ainsi qu'aux effectifs par groupe social enquêté, on a obtenu un taux instantané d'utilisation actuelle de méthodes contraceptives modernes de 8,4 % se répartissant comme suit :

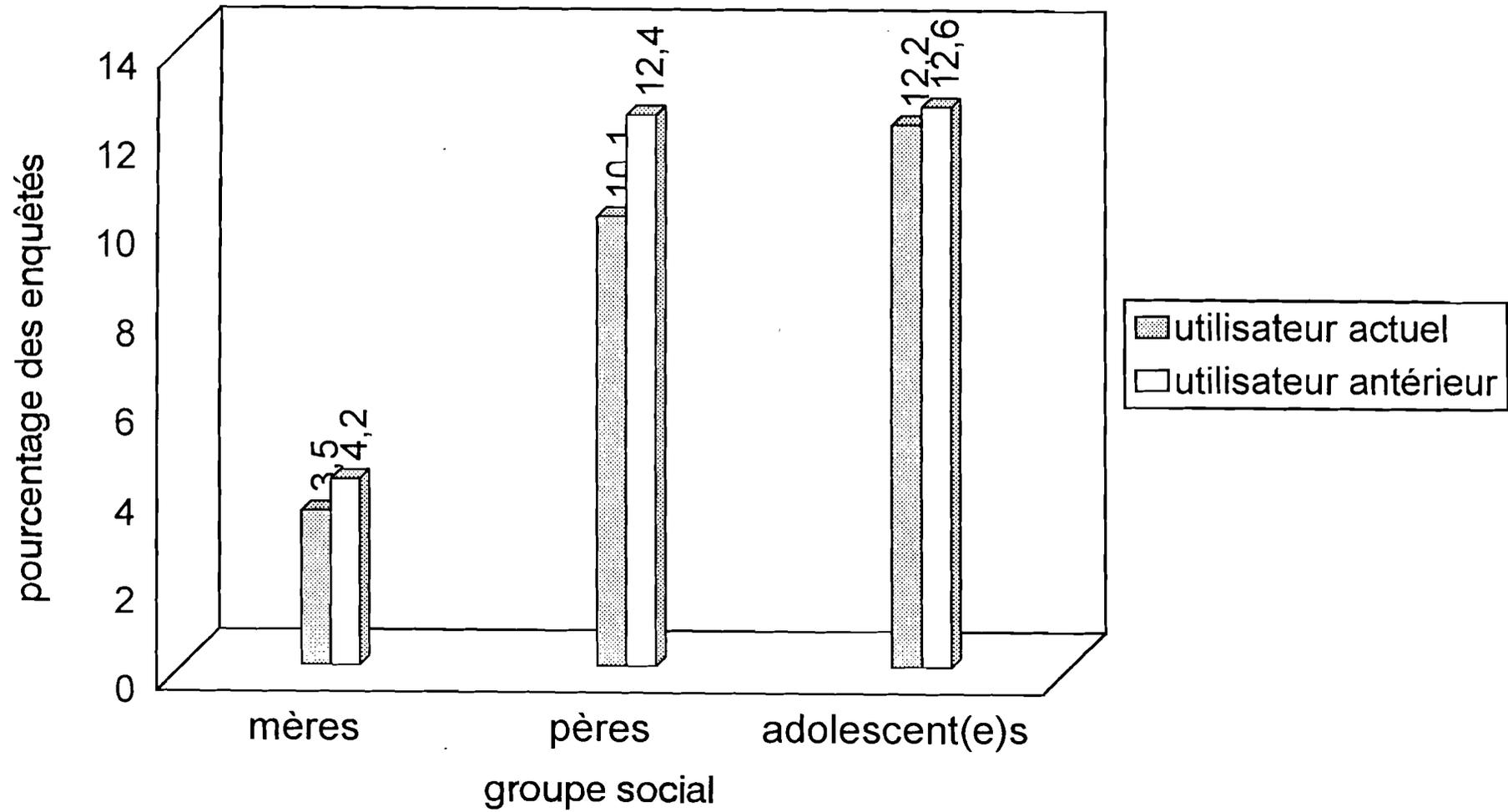
- 11 mères sur 312 utilisaient des méthodes contraceptives modernes au moment de l'enquête : 3,5 %.

- 31 chefs de ménage sur 307 utilisaient des méthodes contraceptives modernes au moment de l'enquête : 10,1 %.

- 28 adolescent (e) s sur 230 utilisaient des méthodes contraceptives modernes au moment de l'enquête: 12,2 %.

La figure 6 présente la distribution des utilisateurs actuels de méthodes contraceptives modernes par groupe social comparé à celle des utilisateurs d'avant l'enquête.

Fig. 6: Répartition des utilisateurs actuels et passés de méthodes contraceptives selon le groupe social

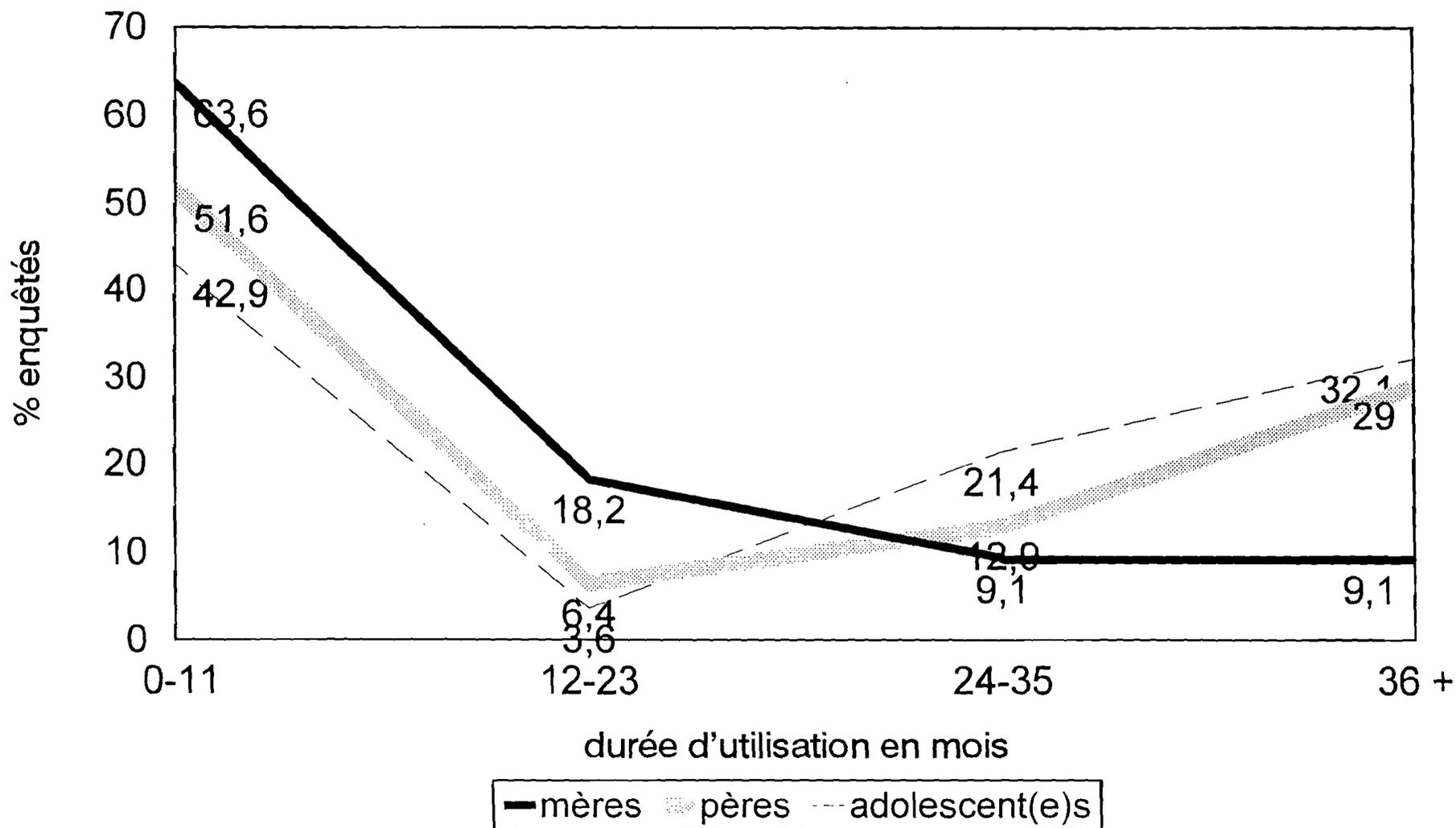


3.1.2.1 La durée d'utilisation des méthodes contraceptives modernes.

Environ 50 % de l'échantillon ont déclaré utiliser les méthodes contraceptives modernes depuis moins d'un an.

La figure 7 présente la distribution des utilisateurs de méthodes contraceptives modernes selon leur groupe social et la durée d'utilisation.

Fig. 7: Répartition des utilisateurs actuels de méthodes contraceptives modernes selon leur groupe social et selon la durée d'utilisation



3.1.3. Utilisation future des méthodes contraceptives modernes.

Nous avons demandé aux enquêtés s'ils désiraient à l'avenir utiliser une méthode contraceptive moderne.

Globalement, 71,97 % de l'échantillon avaient déclaré avoir l'intention d'utiliser à l'avenir une méthode contraceptive moderne tableau III.6.

Tableau III.6 : Répartition des sujets interrogés selon leur intention d'utiliser à l'avenir une méthode contraceptive moderne.

Intention d'utiliser une méthode contraceptive moderne	Mères de ménage		Chefs de ménage		Adolescent(e)s		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Oui	209	66,99	225	73,29	177	76,96	611	71,97
Non	70	22,44	73	23,78	34	14,78	177	20,85
NSP	33	10,58	9	2,93	19	8,26	61	7,18
Total	312	100,0	307	100,0	230	100,0	849	100,0

Il existait une association statistique entre l'intention d'utiliser à l'avenir une méthode contraceptive moderne (M.C.M.) et le groupe social. ($P < 10^{-5}$).

Nous avons analysé les caractéristiques suivantes des personnes ayant l'intention d'utiliser à l'avenir une méthode contraceptive moderne: Religion, niveau d'instruction, statut matrimonial, l'âge, chez les adolescent (e) s le sexe.

3.1.3.1 La religion.

Il existait une association statistique entre la religion et l'intention d'utiliser les méthodes contraceptives modernes par les groupes sociaux, $p < 10^{-7}$ (Tableau III.7).

Tableau III.7 : Répartition des sujets interrogés selon leur intention d'utiliser à l'avenir une méthode contraceptive moderne et en fonction de leur religion.

Religion	Intention d'utiliser une méthode contraceptive moderne							
	Mères de ménage n=209		Chefs de ménage n=225		Adolescent(e)s n=177		Total n=611	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Musulmane	159	76,08	162	72,0	106	59,89	427	69,9
Animiste	28	13,40	44	19,56	25	14,12	97	15,9
Chrétienne	22	10,53	19	8,44	46	25,99	87	14,2

Parmi les mères de ménage, 27 musulmanes, 4 animistes et 2 chrétiennes étaient indécises quant à l'utilisation future d'une méthode contraceptive moderne. Cette attitude avait été observée chez 5 musulmans, 3 animistes, et 1 chrétien parmi les chefs de ménage et chez 7 musulmans, 9 animistes et 3 chrétiens parmi les adolescent (e) s.

3.1.3.2 Le niveau d'instruction.

Les sujets désirant utiliser à l'avenir une méthode contraceptive moderne, se répartissaient comme suit : 72,5 % d'analphabètes, 17,51 % d'alphabétisés en langue nationale et 9,98 % d'alphabétisés en français (Tableau III.8).

Il existait une association statistique entre le niveau d'instruction et l'intention d'utiliser une méthode contraceptive moderne par les différents groupes sociaux; $p < 10^{-9}$.

Tableau III.8 : Répartition des sujets interrogés selon leur intention d'utiliser à l'avenir une méthode contraceptive moderne et en fonction de leur niveau d'instruction.

Niveau d'instruction	Intention d'utiliser une méthode contraceptive moderne							
	Mères de ménage n=209		Chefs de ménage n=225		Adolescent(e)s n=177		Total n=611	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Analphabètes	173	82,78	168	74,67	102	57,63	443	72,50
Alphabétisés langue nationale	28	13,40	39	17,33	40	22,60	107	17,51
Alphabétisés en français	8	3,83	18	8,0	35	19,77	61	9,98

3.1.3.3 Le statut matrimonial

Environ 55 % des pères et mères désirant à l'avenir utiliser une méthode contraceptive moderne étaient issus de ménage polygame (tableau III.9).

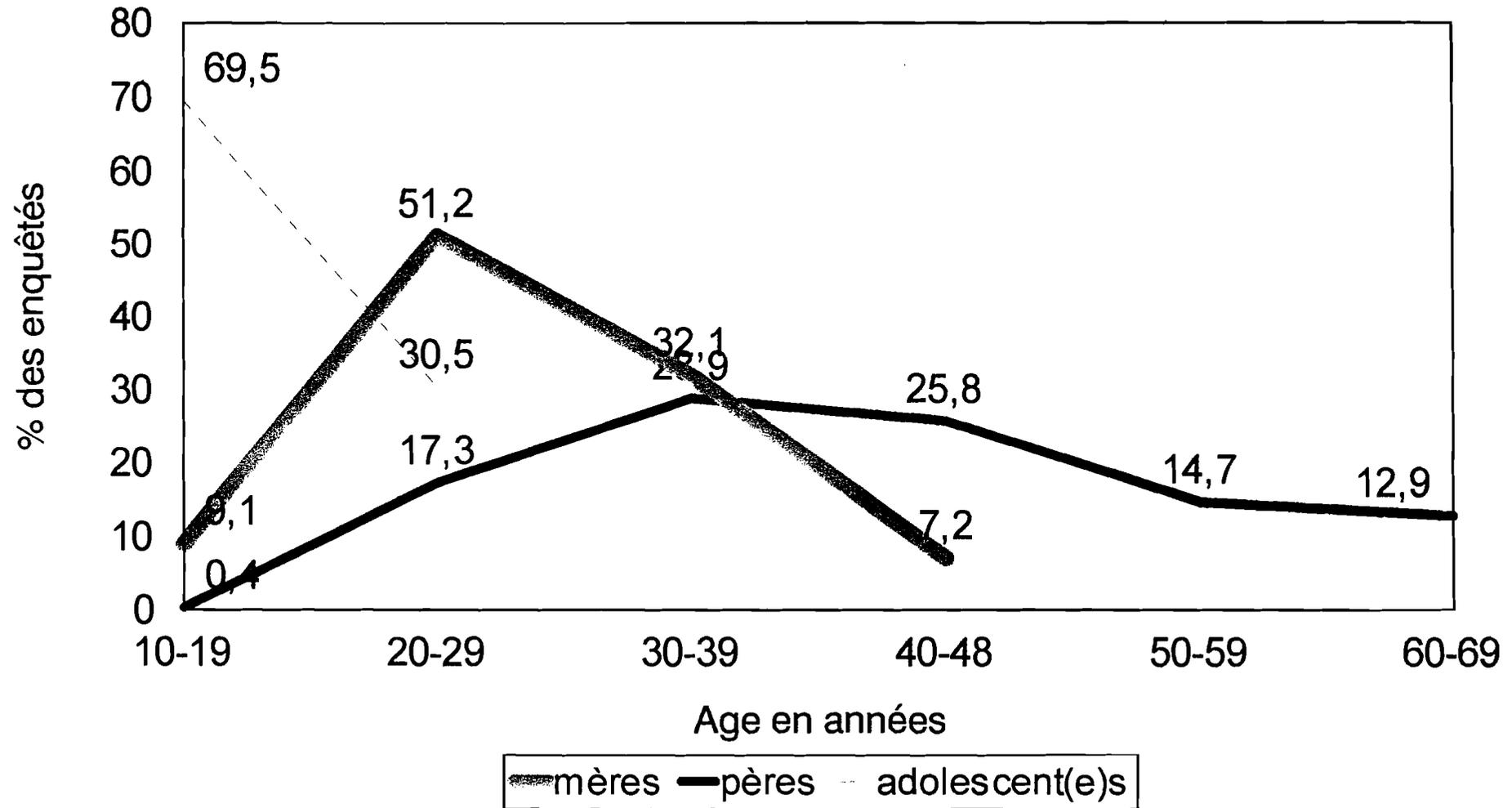
Tableau III.9 : Répartition des mères et des chefs de ménage interrogés selon leur intention d'utiliser à l'avenir une méthode contraceptive moderne et en fonction de leur statut matrimonial.

Statut matrimonial	Intention d'utiliser une méthode contraceptive moderne					
	Mères de ménage n=209		Chefs de ménage n=225		Total n=434	
	N	%	N	%	N	%
Monogame	97	46,41	96	42,67	193	44,47
Polygame	111	53,11	126	56,0	237	54,61
Veuf(ve) et divorcé	1	0,48	3	1,33	4	0,92

3.1.3.4 L'âge.

La figure 8 présente la répartition des sujets interrogés ayant l'intention d'utiliser à l'avenir une méthode contraceptive moderne, selon leur âge.

Fig. 8: Répartition des personnes ayant l'intention d'utiliser à l'avenir des méthodes contraceptives moyennes en fonction de leur âge



3.1.3.5. Utilisation future par les adolescentes et les adolescents.

Les garçons étaient significativement plus nombreux (67,7 %) à vouloir utiliser dans le futur les méthodes contraceptives modernes que les filles (32,8 %) ; la valeur $p = 0,02$.

3.1.4 Méthodes contraceptives de choix dans l'avenir.

Nous avons demandé à ceux qui avaient l'intention d'utiliser une méthode contraceptive à l'avenir, d'indiquer la méthode préférée.

La pilule était la méthode de choix des personnes enquêtées (tableau III.10)

Tableau III.10 : Répartition des 209 mères de ménage, 225 chefs de ménage et des 177 adolescent(e)s qui désiraient utiliser une méthode contraceptive à l'avenir selon celles qu'ils préféreraient.

Méthodes contraceptives préférées à l'avenir	Mères de ménage		Chefs de ménage		Adolescent (e) s		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Pilule	142	67,9	109	48,5	77	43,5	328	53,7
DIU(stérilet)	2	1,0	7	3,1	7	3,9	16	2,6
Injectable	37	17,7	21	9,3	23	13,0	81	13,3
Condom	3	1,4	53	23,6	55	31,1	111	18,2
Abstinence sexuelle du post partum	-	-	5	2,2	1	0,6	6	1,0
Spermicide	2	1,0	1	0,4	-	-	3	0,4
Abstinence périodique	-	-	7	3,1	4	2,3	11	1,8
Total	209	89,0	225	90,2	177	94,4	611	91,0

Neuf pour-cent de l'échantillon étaient indécis. Il s'agissait de 23 mères de ménage (11 % des mères), 22 chefs de ménage (9,8 % des chefs de ménage) et de 10 adolescent (e) s (5,6 % des adolescent (e) s).

Nous avons analysé les caractéristiques des personnes interrogées selon leur méthodes contraceptives de choix et la variable religion.

3.1.4.1 Selon la religion des mères de ménage

La pilule et les méthodes injectables étaient le choix dominant quelle que soit la religion (tableau III.11)

Tableau III.11 : Répartition des 209 mères de ménage selon la méthode contraceptive de choix dans l'avenir et en fonction de leur religion.

Méthodes contraceptives préférées à l'avenir	Religion						Total	
	Musulmane		Animiste		Chrétienne			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Pilule	89	68,46	34	65,33	19	70,37	142	67,94
DIU	1	0,77	1	1,92	0	0,0	2	0,96
Injectable	24	18,46	8	15,38	5	18,52	37	17,70
Condom	3	2,31	0	0,0	0	0,0	3	1,44
Spermicide	1	0,77	1	1,92	0	0,0	2	0,96
Total	130	100,0	52	100,0	27	100,0	209	100,0

Les 23 mères indécises étaient composées de 12 musulmanes (9,23 %), 8 animistes (15,38 %) et 3 chrétiennes (11,11 %).

3.1.4.2 Selon la religion des chefs de ménage.

La pilule et les condoms étaient le choix dominant, quelle que soit la religion (tableau III.12)

Tableau III.12 : Répartition des 225 chefs de ménage selon la méthode contraceptive de choix dans l'avenir et en fonction de leur religion.

Méthodes préférées à l'avenir	Religion						Total	
	Musulmane		Animiste		Chrétienne		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Pilule	87	53,70	14	31,82	8	42,11	109	48,44
DIU	5	3,09	1	2,27	1	5,26	7	3,11
Injectable	17	10,49	2	4,55	2	10,50	21	9,33
Condom	32	19,75	15	34,09	6	31,58	53	23,56
Abstinence sexuelle du post partum	3	1,85	2	4,55	0	0,0	5	2,22
Spermicide	1	0,62	0	0,0	0	0,0	1	0,44
Abstinence périodique	6	3,70	0	0,0	1	5,26	7	3,11
Total	162	100,0	44	100,0	19	100,0	225	100,0

Les 22 chefs de ménage indécis étaient composés de 11 musulmans (6,79 %), 10 animistes (22,73 %) et 1 chrétien (5,26 %).

3.1.4.3 Selon la religion des adolescent(e)s.

Les résultats étaient similaires à ceux des chefs de ménage (tableau III.13)

Tableau III.13 : Répartition des 177 adolescent(e)s selon la méthode contraceptive de choix dans l'avenir et en fonction de leur religion.

Méthodes contraceptives préférées à l'avenir	Religion						Total	
	Musulmane		Animiste		Chrétienne			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Pilule	45	42,45	13	52,0	19	41,30	77	43,50
DIU	5	4,72	0	0,0	2	4,35	7	3,95
Injectable	17	16,04	3	12,0	3	6,52	23	12,99
Condom	33	31,13	5	20,0	17	36,96	55	31,07
Abstinence du post partum	0	0,0	0	0,0	1	2,17	1	0,56
Abstinence périodique	1	0,94	1	4,0	2	4,35	4	2,26
Total	106	100,0	25	100,0	46	100,0	177	100,0

Les 10 adolescent (e) s indéciés étaient composés de 5 musulmans (4,72 %), 3 animistes (12 %) et 2 chrétiens (4,35 %).

3.2. Méthodes contraceptives traditionnelles.

Nous avons étudié les deux principales méthodes traditionnelles utilisées par les mères d'enfants pour espacer la naissance de ces dernières.

3.2.1 L'allaitement au sein maternel.

La totalité des femmes ayant accouché au moins d'un enfant vivant pratiquait l'allaitement maternel au sein.

L'enfant était mis précocement au sein: 1-3 heures après l'accouchement par 92 femmes(31,83 % des cas) et très tardivement (4 jours et plus) par 3 femmes (1,40 % des cas).

Le temps moyen de mise au sein de l'enfant après la naissance était de 27 heures.

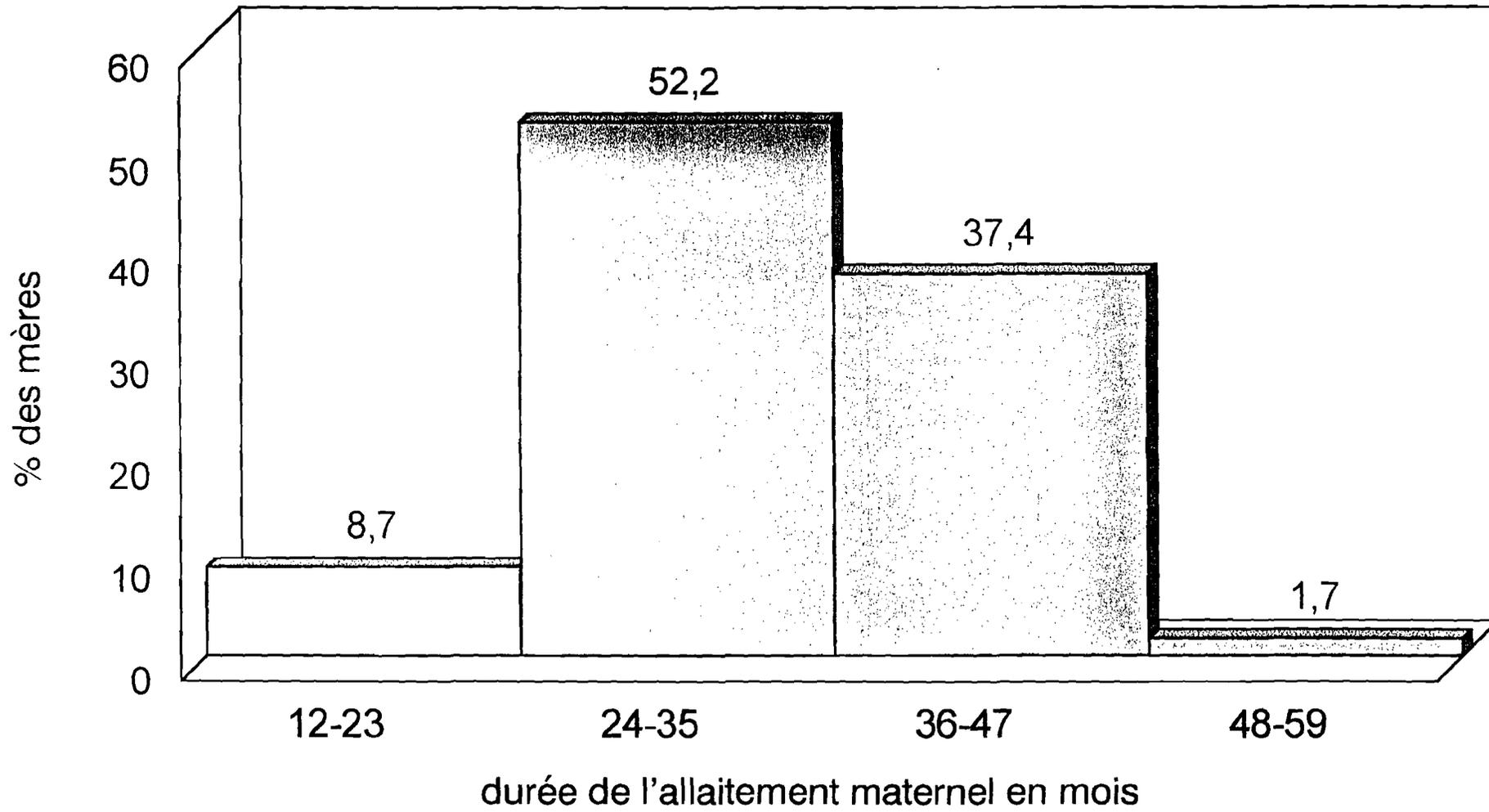
3.2.1.1 Durée de l'allaitement maternel au sein.

Nous avons interrogé toutes les mères de ménage enquêtées, sur la durée de l'allaitement maternel: elle était extrêmement variable de 12 mois à plus de 48 mois avec un mode dans la tranche de 24-35 mois. (figure 9)

La durée moyenne de l'allaitement maternel était de 33,25 mois.



Fig. 9: Répartition des mères d'enfant en fonction de la durée d'allaitement maternel



Trois mères de ménage (0,96 % des cas) allaitaient leur enfant selon le désir de celui-ci, 5 (1,60 % des cas) arrêtaient l'allaitement dès l'apparition d'une grossesse et 4 (1,28 % des cas) déclaraient ne pas savoir la durée de l'allaitement maternel.

La durée de l'allaitement maternel n'était pas associée à l'âge des mères ($p > 0,3$).

3.2.2. Abstinence sexuelle du post partum.

Soixante douze personnes pratiquaient l'abstinence sexuelle soit 8,5 % de l'échantillon. Il s'agissait de 26 mères (8,3 % de l'effectif des mères), 42 pères de ménage (13,6 %) et de 4 adolescent(e)s (1,7 %).

3.2.2.1 Durée de l'abstinence sexuelle du post partum.

Nous avons demandé aux mères de ménage et aux chefs de ménage, d'indiquer le temps qui devrait s'écouler entre la naissance d'un enfant et la reprise des rapports sexuels.

Soixante neuf virgule trois pour-cent des réponses se situaient entre 12 et 23 mois. (tableau III.14)

Tableau III.14 : Répartition des 164 mères de ménage, 185 chefs de ménage selon la durée de l'abstinence sexuelle du post partum.

Durée abstinence sexuelle du post partum	Mères de ménage n=164		Chefs de ménage n=185		Total n=349	
	N	%	N	%	N	%
0-2 mois	13	7,93	19	10,27	32	9,17
3-5 mois	22	13,41	24	12,97	46	13,18
6-11 mois	15	9,15	14	7,57	29	8,31
12-23 mois	114	69,51	128	69,19	242	69,34
Durée moyenne	14,3		13,4			

Dix sept mères (5,2 % des cas) et 19 chefs de ménage (6,2 % des cas) n'avaient pas donné une durée pour l'abstinence sexuelle du post partum.

Pour 131 mères(42,0 % des cas) et 103 chefs de ménage(33,6 % des cas), l'abstinence sexuelle du post partum prenait fin avec l'arrêt de l'allaitement maternel.

Il n'y avait pas d'association statistique entre la durée de l'abstinence sexuelle du post partum et le groupe social des répondants. ($p = 0,85$).

Nous avons analysé la durée de l'abstinence sexuelle du post partum selon la religion, le niveau d'instruction, et le statut des personnes interrogées.

3.2.2.2. Selon la religion.

Le Tableau III.15 présente la répartition de tous les mères et chefs de ménage interrogés, selon la durée de l'abstinence sexuelle du post partum et en fonction de leur religion.

Tableau III.15 : Durée de l'abstinence sexuelle du post partum selon la religion des 164 mères et 185 chefs de ménage.

Durée abstinence sexuelle du post partum	Religion					
	Musulmane		Animiste		Chrétienne	
	N	%	N	%	N	%
1) D'après les mères de ménage						
45 jours	8	7,77	4	10,81	1	4,17
3-5 mois	12	11,65	3	8,11	7	29,17
6-11 mois	10	9,71	3	8,11	2	8,33
12-24 mois	73	70,87	27	72,97	14	58,33
Total	103	100,0	37	100,0	24	100,0
Durée moyenne (mois)	14,17		14,31		12,44	
2) D'après les chefs de ménage						
45 jours	18	13,43	-	-	1	6,25
3-5 mois	14	10,45	4	11,43	6	37,50
6-11 mois	12	8,96	2	5,71		-
12-24 mois	90	67,16	29	82,86	9	56,25
Total	134	100,0	35	100,0	16	
Durée moyenne (mois)	13,47		15,86		11,72	

Parmi les sujets qui n'avaient pas donné la durée de l'abstinence sexuelle du post partum, nous avons noté : 7 musulmanes, 9 animistes, 1 chrétienne chez les mères et 9 musulmans, 6 animistes, 4 chrétiens chez les chefs de ménage. Parmi les sujets qui avaient répondu que l'abstinence sexuelle du post partum prenait fin avec l'arrêt de l'allaitement maternel nous avons dénombré : 72 musulmanes, 44 animistes, 15 chrétiennes chez les mères et 52 musulmans, 42 animistes, 9 chrétiens chez les chefs de ménage.

3.2.2.3 Selon le niveau d'instruction

Le Tableau III.16 présente la répartition de tous les mères et chefs de ménage interrogés, selon la durée de l'abstinence sexuelle du post partum et en fonction de leur niveau d'instruction

Tableau III.16 : Durée de l'abstinence sexuelle du post partum selon le niveau d'instruction des 164 mères et 185 chefs de ménage.

Durée abstinence sexuelle du post partum	Niveau d'instruction					
	Analphabètes		Alphabétisés langue nationale		Alphabétisés en français	
	N	%	N	%	N	%
1) D'après les mères de ménage						
45 jours	11	7,86	2	11,76	-	-
3-5 mois	19	13,57	3	17,65	-	-
6-11 mois	13	9,28	1	5,88	1	14,29
12-24 mois	97	69,29	11	64,71	6	85,71
Total	140	100,0	17	100,0	7	100,0
Durée moyenne (mois)	13,92		13,03		16,64	
2) D'après les chefs de ménage						
45 jours	12	8,22	4	13,79	3	30,0
3-5 mois	15	10,27	8	27,59	1	10,0
6-11 mois	13	8,90	1	3,45	-	-
12-24 mois	106	72,60	16	55,17	6	60,0
Total	146	100,0	29	100,0	10	100,0
Durée moyenne (mois)	14,36		11,53		11,65	

3.2.2.4 Selon le statut matrimonial

Le Tableau III.17 présente la répartition de tous les mères et chefs de ménage interrogés, selon la durée de l'abstinence sexuelle du post partum et en fonction de leur statut matrimonial.

Tableau III.17 : Durée de l'abstinence du post partum selon le statut matrimonial des 164 mères et 185 chefs de ménage.

Durée abstinence sexuelle du post partum	Statut matrimonial					
	Monogames		Polygames		Veuves ou Divorcés	
	N	%	N	%	N	%
1) D'après les mères de ménage						
45 jours	6	8,0	7	8,24	-	-
3-5 mois	12	16,0	9	10,59	1	25,0
6-11 mois	7	9,33	8	9,41	-	-
12-24 mois	50	66,67	61	71,76	3	75,0
Total	75	100,0	85	100,0	4	100,0
Durée moyenne (mois)	13,55		13,72		14,50	
2) D'après les chefs de ménage						
45 jours	11	14,47	8	1,55	-	-
3-5 mois	13	17,11	11	10,38	-	-
6-11 mois	5	6,58	8	7,55	1	33,33
12-24 mois	47	61,84	79	74,53	2	66,67
Total	76	100,0	106	100,0	3	100,0
Durée moyenne (mois)	12,59		14,58		14,83	

3.2.3 L'abstinence sexuelle au cours de l'allaitement maternel.

Nous avons demandé aux mères de ménage et aux chefs de ménage enquêtés, si une mère qui allaite pouvait avoir des rapports sexuels.

Le Tableau III.18 présente la répartition de l'avis des mères et chefs de ménage sur la possibilité d'une mère qui allaite à faire des rapports sexuels.

Tableau III.18 : Répartition de l'avis des mères de ménage et des chefs de ménage sur la possibilité d'une mère qui allaite d'avoir des rapports sexuels.

Rapports sexuels de mère allaitante	Mères de ménage		Chefs de ménage		Total
	N	%	N	%	
Oui	69	22,12	86	28,01	155
Non	232	74,36	218	71,01	450
NSP	11	3,53	3	0,98	14
Total	312	100,0	307	100,0	619

4. Sources d'approvisionnement en moyens contraceptifs modernes.

4.1 Sources actuelles d'approvisionnement en moyens contraceptifs modernes.

Nous avons demandé aux enquêtés informés sur les méthodes contraceptives modernes, d'indiquer leur source principale d'approvisionnement en contraceptifs.

Quatre vingt quatre pour-cent des personnes enquêtées ont indiqué leur source principale d'approvisionnement en moyens contraceptifs modernes. Ces personnes se répartissaient ainsi : 140 mères de ménage (77,3 % des mères avisées), 195 chefs de ménage (86,7 % des chefs de ménage avisés) et 99 adolescent (e) s (88,29 % des adolescent (e) s avisés).

Leur répartition en fonction de la source principale d'approvisionnement en contraceptifs est présentée dans le tableau IV.1.

Tableau IV.1 : Répartition des personnes informées sur les méthodes contraceptives modernes selon leur groupe social et leur source principale d'approvisionnement en contraceptifs.

Lieu d'approvisionnement en moyens contraceptifs modernes	Mères de ménage n=181		Chefs de ménage n=225		Adolescent(e)s n=111		Total n=517	
	N	%	N	%	N	%	N	%
CSPS, CM, Hôpital	93	51,4	115	51,1	70	63,1	278	53,77
PSP,ASC	32	17,7	38	16,9	6	5,4	76	14,70
PPI-K	9	5,0	15	6,7	1	0,9	25	4,84
Pharmacie, Dépôt MEG	4	2,2	17	7,6	9	8,1	30	5,80
Boutique	2	1,1	10	4,4	12	10,8	24	4,64
Autres	-	-	-	-	1	0,9	1	0,19
NSP	41	22,7	30	13,3	12	10,8	83	16,05

CSPS : Centre de Santé et de Promotion Sociale

CM : Centre Médical

PSP : Poste de Santé Primaire

PPI-K : Plan de Parrainage International Kaya

MEG : Médicament Essentiel et Générique.

NSP : Ne Sait Pas

Les structures sanitaires constituaient la principale source d'approvisionnement des populations en contraceptifs modernes.

4.2 Sources futures d'approvisionnement en contraceptifs modernes.

Nous avons demandé aux personnes interrogées d'indiquer leur lieu de choix pour s'approvisionner en moyens contraceptifs modernes.

Le PSP apparaissait comme le lieu le plus approprié des populations pour leur approvisionnement en contraceptifs (tableau IV.2).

Tableau IV.2 : Répartition des personnes informées sur les méthodes contraceptives modernes selon leur groupe social et le lieu de choix pour leur approvisionnement en contraceptifs.

Lieux souhaités d'approvisionnement en contraceptifs modernes.	Mères de ménage n=209		Chefs de ménage n=225		Adolescent(e)s n=177		Total n=611	
	N	%	N	%	N	%	N	%
CSPS,CM, Hôpital	59	28,2	62	27,6	60	33,9	181	29,62
PSP	13 7	65,6	134	59,6	90	50,8	361	59,08
PPI-K	3	1,4	3	1,3	-	-	6	0,98
Pharmacie, Dépôt MEG	4	1,9	11	4,9	8	4,5	23	3,76
Boutique	-	-	4	1,8	7	4,0	11	1,80
Ami et Connaissance	5	2,4	8	3,6	4	2,3	17	2,78
Autres	-	-	2	0,9	3	1,7	5	0,82

Cette préférence des PSP est observée au sein des personnes de tous les niveaux d'instruction, de toutes les religions et quel que soit leur statut matrimonial.

Sept personnes (1,15 %) soit 1 mère (0,5 %), 1 père (0,4 %) et 5 adolescent (e) s n'ont pas fourni de réponse à la question.

5. Facteurs liés à l'utilisation de la planification familiale.

5.1. Taille idéale du ménage.

Nous avons demandé le nombre idéal d'enfants souhaités par participant à l'enquête.

Le nombre d'enfants médian était de 4,8 pour l'ensemble de l'échantillon. Le tableau V.1 présente les réponses des différents participants.

Tableau V.1: Nombre idéal d'enfants d'une femme et d'un homme selon la nature du répondant.

Nature du répondant	Nombre idéal d'enfants (médian) d'	
	Une femme	Un homme
Mères de ménage	$4 \pm 0,447 = (3,6-4,5)$	$1 \pm 0,403 = (0,6-1,4)$
Pères de ménage	$4 \pm 0,360 = (3,6-4,4)$	$4 \pm 0,720 = (3,3-4,7)$
Adolescents	$5 \pm 0,219 = (4,8-5,2)$	$7 \pm 0,553 = (6,4-7,6)$
Adolescents hommes	$5 \pm 0,268 = (4,7-5,3)$	$6 \pm 0,668 = (5,3-6,7)$
Adolescents femmes	$5 \pm 0,566 = (4,4-5,6)$	$8 \pm 0,79 = (7,2-8,8)$

Le nombre idéal d'enfants médian d'une femme était de 4 selon les mères et les pères de ménage et de 5 selon les adolescent(e)s (différence significative au risque de 5 %).

Celui d'un homme était respectivement de 1, 4 et 7 selon les mères, les hommes eux-mêmes et les adolescent(e)s (différence significative au risque de 5%).

Les adolescentes attribuaient à l'homme un nombre d'enfants significativement plus grand que celui attribué par les adolescents.

5.2 Intervalle intergénérisque idéal.

Nous avons demandé aux enquêtés, d'indiquer l'intervalle le plus approprié selon eux entre deux naissances vivantes consécutives.

L'intervalle intergénérisque médian était de 3,3 ans dans chaque groupe enquêté (tableau V.2), sans variation avec la religion, le niveau d'instruction et la tranche d'âge considérée.

Tableau V.2 : Répartition de l'échantillon selon l'intervalle intergénérisque idéal.

Intervalle intergénérisque idéal en mois	Mères de ménage	Chefs de ménage	Adolescent(e)s	Total
11-23	2	2	4	8
24-35	33	32	27	92
36-47	274	271	187	732
Total	309	305	218	832

Trois mères (1,0 % des cas) et 12 adolescent (e)s (5,2 % des cas) déclaraient ne pas savoir la longueur de l'intervalle intergénérisque idéal. Deux chefs de ménage (0,7 % des cas) avaient signalé qu'elle était fonction de la volonté divine.

5.3 Pratique des rapports sexuels avant la reprise du cycle menstruel.

5.3.1 Nous avons demandé aux mères d'enfants, si elles avaient eu des rapports sexuels avant la reprise de leurs règles.

Seulement 60 mères d'enfants sur les 289 avaient répondu par l'affirmative, soit 20,8 % des mères.

5.3.2 L'âge aux premiers rapports sexuels.

Nous avons demandé aux enquêtés de nous dire l'âge auquel ils avaient eu leur premier rapport sexuel.

Les adolescents et adolescentes, les mères de ménage ont eu leurs premiers rapports sexuels à un âge plus précoce que les pères de ménage. Par contre l'âge moyen des adolescents et adolescentes à leurs premiers rapports sexuels n'était pas significativement différent.

Ces différentes moyennes d'âge aux premiers rapports sexuels sont présentées par le tableau V.3.

Tableau V.3: Age moyen aux premiers rapports sexuels selon le groupe social.

Groupe social enquêté	Numéro d'ordre	Age moyen aux premiers rapports sexuels en année	Différence
Pères de ménage (n = 307)	A	21,1 ± 4,7	
Mères de ménage (n = 312)	B	17,1 ± 2,3	A-B = S
Adolescents (n = 81)	C	16,5 ± 3,9	A-C = S ; B-C = NS
Adolescentes (n = 9)	D	14,8 ± 1,9	A-D = S ; B-D = NS ; C-D = NS

Légende : S = différence significative, avec $p < 0,001$.

NS = différence non significative, avec $p > 0,05$.

5.4 Prévalence instantanée de la grossesse.

Nous avons également demandé à toutes les mères et aux adolescentes si elles étaient enceintes au moment de notre visite. A celles qui l'étaient, nous leur avons demandé si la grossesse était désirée ou non. Aux adolescents, nous avons demandé s'ils avaient déjà enceinté une fille.

Parmi les 397 mères de ménage et adolescentes, 49 étaient enceintes, soit 12,3 %. Il s'agissait de 48 mères (15,4 % des mères) et d'une adolescente (1,2 % des adolescentes).

La grossesse était non désirée par 26 mères enceintes soit 53,1 % des cas et par l'adolescente.

Par ailleurs 8 adolescents (5,5 % des cas) avaient déjà enceinté une fille : la grossesse n'avait pas été désirée.

5.5 Attitude à l'égard de la planification familiale.

Nous avons demandé aux enquêtés s'ils approuvaient la planification familiale.

Au total 784 personnes interrogées (soit 92,3 % de l'échantillon) approuvaient la planification familiale.

Le taux de réponse affirmative était similaire dans chaque groupe interrogé : 93,9 % des mères de ménage, 90,2 % des pères de ménage et 93,0 % des adolescents.

Aux personnes qui avaient répondu par la négative, nous avons demandé les raisons de leur désapprobation.

Les effets des méthodes contraceptives modernes sur la fécondité, constituaient la principale raison dans les 3 groupes de personnes interrogées (tableau V.4).

Tableau V.4: Répartition des personnes opposées à la planification familiale selon leur motifs.

Raison évoquée	Mères de ménage n=19		Chefs de ménage n=30		Adolescent(e)s n=16		Total n=65	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Infidélité	-	-	6	20,0	4	25,0	10	15,38
Stérilité secondaire	5	26,3	5	16,7	7	43,8	17	26,15
Religion	-	-	2	6,7	-	-	2	3,08
Autres	-	-	17	56,7	3	18,8	20	30,77
NSP	14	73,7	-	-	2	12,5	16	24,62

5.6 Profil de l'agent rural de planification familiale.

Nous avons voulu savoir si, un animateur local, agent de santé communautaire ou volontaire, était à même de distribuer les méthodes contraceptives modernes dans le village.

Globalement, 770 personnes interrogées (90,69 % de l'échantillon) approuvaient cette proposition; en particulier, 87,5 % des mères, 93,8 % des chefs de ménage, 90,9 % des adolescent (e) s étaient favorables à l'implication d'un ASC dans les activités de planification familiale ; 44 personnes interrogées (5,18 %) ne se sont pas prononcées.

Nous avons ensuite voulu savoir si les personnes interrogées avaient une préférence pour le genre (sexe) de l'animateur.

Le sexe de l'animateur importait peu pour 64,66 % de l'échantillon. (tableau V.5)

Tableau V.5 : Répartition de l'échantillon selon la préférence du sexe de l'agent de santé communautaire.

Sexe de l'animateur	Mères de ménage n=312		Chefs de ménage n=307		Adolescent(e)s n=230		Total n=849	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Féminin	79	25,3	42	13,7	52	22,6	173	20,4
Masculin	19	6,1	57	18,6	49	21,3	125	14,7
Pas d'importance	214	68,6	206	67,1	129	56,1	549	64,7
NSP	-	-	2	0,7	-	-	2	0,2

5.7 L'âge au premier mariage.

Nous avons demandé aux mères et aux chefs de ménage, l'âge qu'ils avaient à leur premier mariage.

Il en ressort que l'âge moyen des mères de ménage au premier mariage était de 17,25 ans (écart type=1,22) soit à l'âge du premier rapport sexuel et celui des chefs de ménage de 26,77 ans (écart type = 6,98) soit environ 5 ans après le premier rapport sexuel.

Cet âge au premier mariage était indépendant de la religion des mères et pères de ménage.

5.8 L'âge de la mère à la première grossesse.

Nous avons demandé aux femmes ayant déjà été enceintes une fois, l'âge qu'elles avaient à la première grossesse.

Nous avons établi que l'âge moyen des femmes à la première grossesse était de 18,66 ans, soit 1 an après les premiers rapports sexuels.

L'âge à la première grossesse était indépendant de la religion.

5.9 La connaissance de la période féconde de la femme.

Nous avons demandé aux enquêtés, d'indiquer la période du cycle menstruel au cours de laquelle une femme a plus de chance de tomber enceinte.

Le Tableau V.6 montre la répartition de l'échantillon selon la période féconde de la femme.

Tableau V.6 : Répartition des enquêtés selon la connaissance de la période féconde de la femme et par groupe social.

Période féconde de la femme	Mères de ménage n=258		Chefs de ménage n=274		Adolescent (e)s n=114		Total n=646	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Pendant les règles	7	2,71	16	5,84	6	5,26	29	4,49
Juste à la fin des règles	178	68,99	180	65,69	51	44,74	409	63,31
Au milieu du cycle	48	18,60	50	18,25	35	30,70	133	20,59
Juste avant le début de ses règles	7	2,71	6	2,19	6	5,26	19	2,94
Autres	-	-	-	-	4	3,51	4	0,62

Cent quatre vingt douze mères (61,54 % des cas), 202 chefs de ménage (65,80 % des cas) et 63 adolescent (e) s (27,39 % des cas) avaient donné une réponse erronée sur la position de la période féconde de la femme. La connaissance de la période féconde de la femme était associée au groupe social des enquêtés ($p = 0,002$).

Trente trois personnes interrogées ont déclaré ne pas pouvoir situer cette période (10 mères, 13 pères et 10 adolescent (e) s). Pour 19 autres personnes (8 mères, 9 pères et 2 adolescent (e) s), cette période féconde d'une femme dépendait de Dieu.

5.10 Communication en matière de fécondité.

5.10.1 Communication au sein des ménages.

Nous avons demandé aux chefs de ménage et aux mères de ménage, s'ils avaient déjà discuté avec leur conjoint (e) du nombre d'enfants qu'ils désiraient avoir.

Seulement 31 femmes (10,7 %) et 38 hommes (12,4 %) avaient discuté avec leur conjoint (e) du nombre d'enfants souhaité.

5.10.2 Communication au sein de la communauté.

Nous avons demandé aux enquêtés, s'ils avaient déjà discuté de l'espacement des naissances avec une de leur connaissance.

Le TableauV.7 montre la répartition de tous les sujets interrogés selon qu'ils avaient eu à discuter de l'espacement des naissances avec quelqu'un de leur milieu.

TableauV.7 : Répartition de l'échantillon selon la discussion de l'espacement des naissances avec quelqu'un de leur milieu et par groupe social.

Discussion de l'espacement des naissances avec quelqu'un du milieu	Mère de ménage n=312		Chefs de ménage n=307		Adolescent(e)s n=230	
	N	%	N	%	N	%
Non	240	76,9	208	67,8	200	87,0
Epoux, Conjoint (e), Co-épouse	36	11,5	24	7,8	-	-
Amis, Parents	11	3,5	54	17,6	28	12,2
Agent de santé	22	7,1	17	5,5	2	0,9
Autres	3	1,0	4	1,3	-	-

Il en ressortait que 76,9 % des mères, 67,8 des pères, 87,0 % des adolescents n'avaient jamais discuté de l'espacement des naissances avec qui que ce soit.

COMMENTAIRES

1. LIMITES DE L'ETUDE.

Notre étude comporte des limites.

Elle a eu l'avantage de porter sur un échantillon représentatif de la population de dix villages ruraux. Elle a principalement porté sur 3 groupes cibles importants de la planification familiale: les femmes et hommes mariés et les adolescent(e)s. Cependant, la période de l'enquête, située en début de saison pluvieuse, explique un taux de non réponse relativement important : 13 % des ménages et 21 % des personnes incluses dans l'échantillon.

Le système de saisie des fiches, adopté par nos partenaires de l'enquête (Direction Régionale de la Santé de Kaya) n'a pas permis de rattacher à un même ménage, la mère, le père et l'adolescent (e) enquêtés.

En dépit de la mise en confiance des enquêtés avant le début de l'interrogatoire, quant à l'utilisation scientifique des données, nous avons observé de la retenue sur certaines questions sensibles. Ainsi seulement 90 adolescent (e) s (39,13 % de leur effectif) ont répondu à la question sur l'âge au premier rapport sexuel.

2. INFORMATION ET CONNAISSANCE SUR LES METHODES CONTRACEPTIVES MODERNES

Globalement 1 sujet sur 2 connaissait les méthodes contraceptives modernes.

La pilule reste la méthode contraceptive la plus connue. Les préservatifs se placent en deuxième position parmi les méthodes contraceptives les plus connues des personnes enquêtées. Cela est d'autant surprenant qu'une forte campagne est menée sur la promotion de ces préservatifs dans le cadre de la lutte contre le SIDA.

Les méthodes contraceptives les moins connues sont essentiellement le DIU, les spermicides et les méthodes chirurgicales en cours d'essai.

Des résultats similaires ont été observés au Burkina Faso (20 ; 26 ; 30). et dans la sous région (2 ; 3 ; 4 ; 6 ; 9 ; 18)

D'autres études faites au Burkina Faso (1 ; 55 ; 58) et dans la sous région (4 ; 41) ont trouvé des taux de connaissance des méthodes contraceptives modernes plus faible que dans notre cas, allant de 18 % dans un village gourmantché au Burkina, à 33,5 % dans 5 villages de Tanzanie.

Il y avait une association statistique entre le niveau d'information des personnes enquêtées et leur âge. En effet, la proportion la plus élevée des personnes informées sur les méthodes contraceptives se recrutait essentiellement parmi les mères âgées de 20-40 ans, les adolescents et les hommes de 30-50 ans.

Les femmes jeunes (les moins de 20 ans), chez lesquelles une grossesse a plus de chance d'avoir une complication, sont sous informées sur les méthodes contraceptives. On observe le même constat chez les hommes de moins de 30 ans particulièrement sexuellement actifs.

On doit également déplorer que les personnes plus âgées, c'est à dire au delà de 50 ans, généralement décideurs dans les sociétés traditionnelles, soient sous informés.

Des résultats similaires ont déjà été observés lors d'une étude faite à Ouagadougou par le Ministère de l'Action Sociale et de la Famille du Burkina (26).

La connaissance des méthodes contraceptives était également statistiquement associée à la religion.

Dans tous les groupes sociaux (mères, pères et adolescent (e) s) les musulmans avaient des connaissances sur les méthodes contraceptives dans une proportion de 60 à 70 %.

Par contre, excepté chez les adolescent (e) s, nous n'avons pas mis en évidence une association statistique entre le niveau d'instruction et la connaissance des méthodes contraceptives.

Des résultats similaires avaient été observés par Tankoano (58).

On pouvait s'attendre à ce que les ménages monogames s'intéressent d'avantage que les polygames, aux méthodes contraceptives modernes. Cela n'a pas été confirmé par notre étude qui a montré une proportion significativement plus importante de polygames connaissant les méthodes contraceptives.

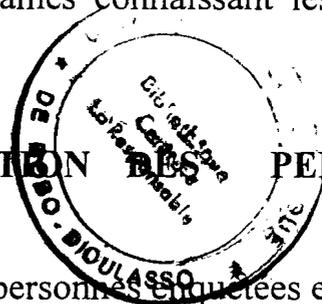
3. LES SOURCES D'INFORMATION DES PERSONNES INTERROGÉES.

La première source d'information des personnes enquêtées est la radiodiffusion. Cette observation avait été faite par BASHIN ME et BARROW B en Gambie, KONATE au Burkina, le Ministère de l'Action Sociale et de la Famille et FNUAP au Burkina (2 ; 22 ; 30).

La radio nationale, particulièrement la radio rurale, à travers plusieurs de ses émissions, diffuse des messages sur la santé, en particulier la planification familiale. Ces émissions comprennent entre autres, "Votre santé, Focus, Les dossiers de la rédaction, Priorité santé, Temps présent, Les merveilles de la science, pour la radio nationale, et Ménage en musique, Burkina variété, Débat dans les villages, Micros au dispensaire, Panier de la ménagère, pour la radio rurale" (5).

L'installation d'une section locale de la radio rurale à Kaya, a probablement mieux ciblé la population pour ses émissions.

D'autres études avaient montré l'intérêt des relations interpersonnelles dans la communication sur la planification familiale (4).



Les agents de santé communautaire, composés généralement d'une femme et d'un jeune, sont jugés plus proches des mères et des adolescents pour cette communication.

Il est remarquable de constater par contre que les chefs de ménage se confient plus aux personnels de santé qu'à ces agents de santé communautaire.

4. L'UTILISATION DES METHODES DE CONTRACEPTION

4.1 Utilisation actuelle.

L'utilisation des méthodes contraceptives est faible (8,4 % de l'échantillon). Cette faiblesse de l'utilisation n'était pas liée au niveau d'information des populations, puisque au moins 1 personne sur 2 était informée sur les méthodes contraceptives, soit par la radiodiffusion, soit par les agents de santé communautaire, ou par les structures de santé essentiellement.

Elle est particulièrement faible chez les mères de ménage (3,5 %) et quasi identique chez les pères de ménage et les adolescents respectivement 10,1 % et 12,2 %.

De nombreuses études réalisées au Burkina (1 ; 20 ; 25 ; 26 ; 35 ; 55 ; 58) et dans la sous région (3 ; 4 ; 6 ; 15 ; 40 ; 41 ; 42) ont fait le même constat.

Toutefois, une utilisation plus forte que dans notre cas, a été noté au Burkina en milieu scolaire (22) et dans la sous région (2 ; 16 ; 42 ; 54).

Cependant, l'information ne semble pas être en défaut, puisque au moins 1 personne sur 2 était informée. Seulement, elle ne paraît pas déterminante dans le choix des méthodes contraceptives, puisque, seulement 15,5 % de ceux qui en étaient informés avaient utilisé une méthode contraceptive.

La SCF avait obtenu des résultats similaires en Gambie (54).

La durée d'utilisation est également extrêmement variable: 50 % des utilisateurs continuent les méthodes contraceptives à 1 an. Ce taux diminue de 85,7 % à 2 ans, puis cette diminution régresse progressivement passant de 68,6 % à 3ans à 45,7 % à 4 ans.

4.2 Utilisation future.

On est cependant réconforté par le taux plus élevé (71,97 %) des personnes ayant l'intention d'utiliser à l'avenir une méthode contraceptive moderne.

Cette observation a été faite également par la plus part des auteurs au Burkina comme SAWADOGO et collaborateurs, KONATE, TANKOANO et le Ministère de la Santé, de l'Action Sociale et de la Famille (22 ; 33 ; 55 ; 58).

Cette intention d'utiliser les méthodes contraceptives modernes était associée statiquement à la religion, au niveau d'instruction, à l'âge des personnes interrogées, mais pas à leur statut matrimonial. Aussi, les adolescents plus que les adolescentes étaient plus nombreux à avoir cette intention.

5. Méthodes contraceptives modernes d'avenir

Le tableau d'utilisation des méthodes contraceptives s'est modifié considérablement par rapport à celui d'utilisation actuelle. La pilule reste la méthode de choix, suivie du préservatif ou condom. Par contre, l'acceptation de l'abstinence sexuelle périodique diminue au profit des méthodes injectables, tant chez les pères que chez les mères.

Contrairement à notre cas, SAWADOGO et collaborateurs, ont noté dans une étude faite au Namentenga (au Burkina), que les populations préféraient l'abstinence sexuelle périodique (55).

La religion a peu d'influence sur le choix des méthodes contraceptives à l'avenir.

6. METHODES TRADITIONNELLES.

Les méthodes traditionnelles classiques sont employées par les personnes enquêtées: l'allaitement maternel par la totalité des mères ayant accouché d'au moins un enfant vivant et l'abstinence sexuelle par 8,5 % de l'échantillon.

Par contre HUNTINGTON dans une étude faite au Niger a noté que l'abstinence sexuelle était plus utilisée que les autres méthodes (18).

En fait, l'allaitement maternel était plus utilisé pour l'alimentation du nourrisson que pour une visée contraceptive.

Sa durée moyenne, bien que de 33,2 mois, supérieure au 20 mois observés par le Ministère de la Santé Publique du Sénégal à Diourbel (40) et au 23,5 mois observés par le Ministère de la Santé du Burkina à Ouagadougou (35), n'était pas associée à l'âge des mères.

La durée moyenne de l'abstinence sexuelle du post partum, observée dans notre étude est quadruple de celle observée par le Ministère de la Santé Publique du Sénégal à Diourbel (40).

7. SOURCES D'APPROVISIONNEMENT

Les principales sources d'approvisionnement des populations en contraceptifs modernes, sont constituées essentiellement, des structures de santé, des PSP et des agents de santé communautaire, ainsi que des dépôts de distribution du Plan de Parrainage de Kaya.

Dans l'avenir, la population désire privilégier les PSP dans la distribution des contraceptifs. Cette préférence des PSP est exprimée par toutes les catégories des personnes enquêtées, indépendamment de leur niveau d'instruction, de la religion et de leur statut matrimonial.

8. LES FACTEURS LIES A L'UTILISATION DE LA PLANIFICATION FAMILIALE.

Il existe dans les villages enquêtés, de nombreux facteurs favorables au développement de la planification familiale, qui constituent en même temps une expression de la demande de planification familiale. Il s'agit essentiellement des suivants :

8.1. La petite taille du ménage :

Le nombre d'enfants médian est de 4,8 par ménage.

Nos résultats sont comparables à ceux trouvés par le Ministère de l'Action Sociale et de la Famille, FNUAP dans une étude réalisée dans 4 Provinces du Burkina (29).

Par contre, DONOVAN P au Nigeria et MPANGILE GS en Tanzanie ont observé un nombre d'enfants plus élevé que dans notre cas (13 ; 42). Les réponses sont homogènes entre les femmes, les hommes et les adolescentes quand au nombre d'enfants idéal d'une femme (3,6 à 5,6 enfants). Seuls les adolescents dans leur ensemble, portent se nombre de 4,8 à 5,2 ($p < 0,05$).

Les réponses sont également contrastées entre les 3 groupes de répondants (femmes, hommes et adolescents) pour le nombre idéal d'enfants d'un homme : 0,6 à 1,4 enfant selon les femmes, 3,5 à 4,7 enfants selon les hommes et 6,4 à 7,6 enfants selon les adolescents.

Il est significatif d'observer que le nombre idéal d'enfants attribué à l'homme par les jeunes filles est plus grand que celui proposé par les garçons.

Ces résultats d'une part, traduisent une prise de conscience des populations rurales adultes, de réduire la taille de leur ménage. De l'autre, ils traduisent peut-être l'idéalisme des adolescents qui rêvent des grandes familles de leurs parents. En outre, les femmes souhaitent que l'homme ait moins d'enfants que par le passé (0,6 à 1,4 enfant) alors que les hommes souhaitent à la femme 3 à 4 fois plus d'enfants qu'elles le souhaitent pour eux (3,6 à 4,4 enfants).

8.2. L'allongement de l'intervalle intergénéral

Le désir de maintenir l'intervalle intergénéral long, anime les populations enquêtées :

Il était de 3,4 ans aussi bien pour les mères, les pères de ménage que les adolescents et ceci indépendamment de leurs caractéristiques démographiques et socio-culturelles.

Nos résultats sont comparables à ceux observés par TANKOANO et le Ministère de la Santé du Burkina (35 ; 58).

Par contre SAWADOGO et collaborateurs au Burkina et le Ministère de la Santé Publique du Sénégal avaient trouvé un intervalle intergénéral idéal de 2 ans et 31 mois donc plus court que dans notre cas (40 ; 55).

En raison du déclin de l'abstinence sexuelle du post partum et de la régression de la pratique de l'abandon du domicile conjugal par la femme nourrice, cet intervalle intergénéral ne pourrait se maintenir efficacement que par l'usage des méthodes contraceptives modernes.

8.3. La prévalence élevée de grossesses non désirées

Dans la population enquêtée, au moins une mère sur deux portait une grossesse non désirée (53,1 % des mères en grossesse).

Nos résultats sont similaires à ceux de la littérature (29 ; 35). Cette situation résulte soit d'un «accident» par suite de la reprise des rapports sexuels par les mères dans le post partum (1 mère sur 5), soit de l'ignorance de la période féconde de la femme (8 femmes ou hommes sur 10), soit de l'absence de la communication au sein des ménages, un des problèmes de la planification familiale (respectivement 9 femmes sur 10 et 12 hommes sur 100), soit de l'ensemble de ces facteurs.

Parmi les adolescents, 9 grossesses recensées n'étaient désirées ni par les porteurs de la grossesse, ni par les auteurs (soit environ 4 adolescents sur 100).

8.4. L'abaissement de l'âge aux premiers rapports sexuels

On observe une précocité des premiers rapports sexuels non seulement des femmes adultes relativement aux hommes adultes, mais aussi des adolescents et adolescentes relativement aux hommes adultes. Ceci traduit une tendance à la baisse de l'âge aux premiers rapports sexuels des adolescents par rapport à celui des adultes.

Cette observation a été également retrouvée dans la littérature (44).

Cette tendance n'est cependant pas observée entre les femmes adultes et les adolescent(e)s.

La prévention efficace des grossesses non désirées passera par l'utilisation des méthodes contraceptives modernes.

8.5. Diversification des agents de promotion de la planification familiale

Les agents de santé communautaire sont appelés à devenir des auxiliaires importants des professionnels de la planification familiale pour l'extension des activités de celle-ci. Ils sont approuvés par au moins 9 personnes interrogées sur 10 membres de la communauté. Ils pourront également faciliter l'information et communication des populations sur les problèmes de santé de manière générale et les problèmes de la planification familiale en particulier.

CONCLUSION

Au terme de notre étude, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

- 1) Soixante et un pour-cent de l'échantillon total avaient entendu parler d'au moins un type de contraceptifs modernes, la pilule étant la plus connue.
- 2) Huit virgule quatre pour-cent de l'échantillon utilisaient les méthodes modernes de contraception.

L'allaitement maternel et l'abstinence sexuelle du post partum constituaient les méthodes traditionnelles d'espacement des naissances des populations interrogées.

- 3) Les structures sanitaires constituaient la principale source d'approvisionnement des populations en contraceptifs modernes. Elles acceptent volontiers, les services des agents communautaires.
- 4) A partir des facteurs suivants, l'espoir est permis quant à la promotion de la planification familiale. Ce sont :
 - Le désir des personnes interrogées d'avoir des ménages de petite taille.
 - Le souhait d'espacer les naissances de 3 ans.
 - Le rejet des grossesses non désirées.
 - L'approbation de la planification familiale.
 - La précocité de l'âge aux premiers rapports sexuelles.

Toutefois, on peut relever l'existence de quelques obstacles à la planification de la famille. Il s'agit de :

- L'insuffisance de communication au sein de la population en matière de fécondité.
- Les préjugés sur les effets secondaires des contraceptifs.

La planification familiale a - t - elle un avenir dans la région ?

Avec ces résultats, nous pensons que les planificateurs des services de santé disposent d'informations utiles pour promouvoir la planification familiale en milieu rural.

RECOMMENDATIONS.

Aux autorités sanitaires du Burkina Faso

1. Continuer les campagnes de sensibilisation, plus particulièrement à l'intention des populations du milieu rural, en rassurant ces populations des biens faits de la planification familiale, tout en levant les préjugés qui entourent l'utilisation des contraceptifs modernes.

2. Associer les agents communautaires préalablement formés, à la distribution des contraceptifs modernes.

3. Suivre et évaluer les activités préconisées en matière de planification familiale.

RESUME

Nous avons procédé à l'étude des connaissances, des attitudes et des pratiques des populations de dix (10) villages du Sanmatenga dans le but de promouvoir la planification familiale. Une enquête transversale à passage unique avait été réalisée dans ces villages du 03 au 14 Juin 1996.

Informée surtout par la radiodiffusion, 61,01 % de la population ont entendu parler d'au moins un contraceptif moderne.

Les chefs de ménage étaient plus nombreux à connaître les contraceptifs modernes. Il en était de même pour les pères, les mères et les adolescent (e)s, respectivement de 30-39 ans, 20-29 ans et 10-19 ans.

L'utilisation de la contraception moderne était très faible (9,4 % et 8,4 % de l'échantillon respectivement avant et au moment de l'enquête). Le taux le plus bas a été observé chez les mères (3,4 %). Cette utilisation était récente chez la moitié des utilisateurs (moins d'un an).

Les méthodes contraceptives traditionnelles classiques sont utilisées par ces populations.

On est cependant consolé par le taux plus élevé (71,97 %) des personnes désirant à l'avenir utiliser une méthode contraceptive moderne.

Cette intention variait avec la religion, le niveau d'instruction et l'âge. Les adolescents étaient plus nombreux que les adolescentes à l'avoir.

La contraception orale était la méthode de choix dans l'avenir, quelque soit la religion des populations.

Les structures sanitaires constituaient la principale source d'approvisionnement des populations en contraceptifs modernes. Mais le PSP était le lieu le plus approprié.

En dépit de l'insuffisance de communication en matière de fécondité et des préjugés sur les effets secondaires des contraceptifs, l'espoir est permis quant à la promotion de la planification familiale. En effet :

Quatre vingt douze virgule trente quatre pour-cent de la population enquêtée approuvaient la planification familiale. Elle acceptait volontiers l'implication d'un des leurs dans la diffusion de l'information sur la planification familiale.

La moitié des grossesses qui étaient en cours au moment de l'enquête n'était pas désirée.

Ces populations souhaitaient des ménages de petite taille avec des naissances espacées de 3,3 ans.

REFERENCES

1. BASHIN M, ALLEN HA JR, JATO M. Enquête initiale sur les connaissances, les attitudes, et les pratiques liées à la planification familiale dans deux provinces du Burkina Faso. Ouagadougou: Direction de la santé de la Famille, 1989:43.
2. BASHIN ME, BARROW B. Setting the stage for Fakube Jarra. A baseline survey of family planning Knowledge, attitudes and practice in rural Gambia. Gambia : Gambia Family Planning Association, 1991 : 60 .
3. BOUZIDI M, FISHER C. Les services de planification familiale à base communautaire en Afrique, La perspective du gestionnaire de programme. Londres: IPPF, GTZ, 1991: 107.
4. BOUZIDI M, GÖRGEN A, TURKSON R. Approche de planification familiale en Afrique. Bilan et perspective. Londres: IPPF, GTZ, 1992 : 123.
5. BRANDRUP, DIETZG, LUCANOW A. Santé maternelle et planification familiale en Afrique. Londres : WHO, GTZ, 1993 : 131.
6. CDC. Planification familiale: méthodes et pratiques pour l'Afrique. Atlanta: La division de la santé reproductive, 1985 : 334.
7. CENTRE D'ETUDE ET DE RECHERCHE SUR LA POPULATION ET LE DEVELOPPEMENT(CERPOD). Population et développement dans le sahel: planification familiale, santé familiale et développement. Bamako: CERPOD,1990 : 16.
8. CHEIKH MB. Contraception: les francophones en retard. Dans: USED, eds. Pop sahel. N° 4. Bamako: USED, 1987 : 35-41.
9. COMMUNAUTE BAPTISTE DU ZAÏRE OUEST, TULANE UNIVERSITY, FAMILY PLANNING OPERATIONS RESEARCH PROJECT. Increasing the availability and acceptability of contraceptives through community-based outreach in Bas Zaïre Programme d'Education Familiale Original. Dans : Population Council, eds. Opérations research family planning database project summaries. New York: Population council, 1993 : ZAI-01.
10. CONFÉRENCE D'ALMA ATA. Déclaration d'Alma Ata Septembre 1978. Dans: Monekosso GL, eds. Accélérer l'instauration de la santé pour tous les africains. Brazzaville : OMS, 1989 : 49-52.

11. DALY P, AZEFOR M, NABAH B. La maternité à moindre risque en Afrique francophone: des progrès certes mais pas assez. Rapport de la réunion du groupe de soutien et d'appui de la maternité à moindre risque de l'Afrique francophone. Bujumbura: centre national de formation et de recherche en santé familiale, 1993 : 27.
12. DIA T. Planification familiale au Burkina Faso. Etude préliminaire. Ouagadougou: Ambassade des Pays Bas, 1990 : 27.
13. DONOVAN P. In Nigeria, tradition of male dominance favor large families, but some men report having fewer children. International Family Planning Perspectives. 1995 ; 21 : 39-40.
14. FNUAP. Etat de la population mondiale 1994. New York: FNUAP, 1994 : 76.
15. FNUAP. Etat de la population mondiale 1997. New York: FNUAP, 1997: 76.
16. FNUAP. Les problèmes démographiques. 3è édition. New York: FNUAP, 1992 : 21.
17. FNUAP. Rapport 1992 du FNUAP. New York: FNUAP, 1992 : 71.
18. HUNTINGTON D. Male and femal knowledge, attitudes and practices in Niger. Baltimore : Johns Hopkins University, 1988 : 72.
19. IMPACT. Le planning familial sauve des vies. Washington : IMPACT, 1986 : 23.
20. I.N.S.D. Enquête démographique et de la santé 1993, rapport de synthèse. Ouagadougou : I.N.S.D, 1994 : 20.
21. KOJIMA H. The effects of mass media on contraception and fertility in african countries. Montreal : International Union for the Scientific Study of Population, 1993 : 44.
22. KONATE M. B. Connaissances, attitudes et pratiques des jeunes en milieu scolaire de la ville de Ouagadougou en matière de planification familiale après introduction d'un programme d'éducation sexuelle. Thèse n°1, Ouagadougou: 1991 : 81.
23. LUISE L et Col. Rapport d'expertise: volet planification familiale. Ouagadougou: GTZ, 1993 : 45.

24. MAINE D, REVSON JE. Le planning familial: son effet sur la santé de la femme et de l'enfant. New York: Université de Colombia, 1981: 45.
25. MAR MD. Statistiques SMI/PF. Ouagadougou: Direction de la santé de la famille, 1993 : 24.
26. MINISTÈRE DE L'ACTION SOCIALE ET DE LA FAMILLE. Analyse offre et demande de services en matière d'IEC/population. Ouagadougou : Direction de la promotion de la famille, 1996 : 93.
27. MINISTERE DE L'ACTION SOCIALE ET DE LA FAMILLE, CENTRE D'ETUDES DE PROMOTION ET D'INFORMATION SUR LE DEVELOPPEMENT SOCIAL. Enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques du personnel des programmes d'IEC/population. Ouagadougou : Direction de la promotion de la famille, 1995 : 144.
28. MINISTERE DE L'ACTION SOCIALE ET DE LA FAMILLE, CENTRE D'ETUDES DE PROMOTION ET D'INFORMATION SUR LE DEVELOPPEMENT SOCIAL. Inventaire des actions et productions dans le domaine de l'information, de l'éducation et de la communication en matière de population. Ouagadougou : Direction de la promotion de la famille, 1995 : 75.
29. MINISTERE DE L'ACTION SOCIALE ET DE LA FAMILLE, FNUAP. Etude socio-anthropologique sur les connaissances, attitudes et pratiques des populations dans le domaine de la santé maternelle et infantile dans les provinces du Houet, Kenedougou, Sanguié et Tapoa. Rapport général . Ouagadougou : Direction de la santé de la famille, 1992 : 48.
30. MINISTERE DE L'ACTION SOCIALE ET DE LA FAMILLE. Promotion de la famille et santé maternelle et infantile. Dans: Analyse d'auditoire et d'impact des activités en matière d' IEC/population . Ouagadougou: Direction de la santé de la famille, 1996 : 19-82.
31. MINISTERE DE L'ECONOMIE DES FINANCES ET DU PLAN, DIRECTION REGIONALE DU PLAN. Monographie de la Province du Sanmatenga, Kaya : Direction Régionale du Plan, 1994 : 113.
32. MINISTERE DE LA SANTE, DE L'ACTION SOCIALE ET DE LA FAMILLE. Politique et standards des services SMI/PF au Burkina Faso. Ouagadougou: Direction de la santé de la famille, 1992:40.

33. MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE, UNIVERSITÉ DE COLUMBIA. Rapport final du projet de recherche opérationnel sur l'intégration des services SMI/PF/NUT dans la ville de Ouagadougou. Ouagadougou : Direction de la santé de la famille, 1990 : 69.
34. MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE. Rapport général de l'étude socio-démographique réalisée dans les Provinces de Bougouriba, Comoé, Mouhoun, Nahouri, Passoré, Sanmatenga. Ouagadougou : Direction de la promotion de la famille, 1989 : 96.
35. MINISTERE DE LA SANTE, COLUMBIA UNIVERSITY. Rapport final du projet de recherche opérationnel «consolidation des services de prestation sanitaire en direction de la famille au Burkina Faso». Ouagadougou: Direction de la santé de la mère et de l'enfant, 1986 : 96.
36. MINISTERE DE LA SANTE, DIRECTION DES ETUDES ET DE LA PLANIFICATION. Statistiques sanitaires 1995. Direction des études et de la planification: Ouagadougou, 1996 : 109.
37. MINISTERE DE LA SANTE, DIRECTION DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE. Programme National de santé maternelle et infantile 1994-1998. Ouagadougou : Direction de la santé de la famille, 1993 : 52.
38. MINISTERE DE LA SANTE, DIRECTION DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE. Stratégie nationale pour une maternité sans risque 1998-2000. Ouagadougou : Direction de la santé de la famille, 1997 : 32.
39. MINISTERE DE LA SANTE. Projet de carte sanitaire du Burkina Faso. Ouagadougou: Direction des études et de la planification, 1996 : 64.
40. MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE DU SENEGAL, COLUMBIA UNIVERSITY, CENTER FOR POPULATION AND FAMILY HEALTH. Lancement des services de planification familiale comme composante des services de soins de santé primaires dans la région de Diourbel, rapport final. Dakar : Ministère de la Santé Publique, 1989 : 87.
41. MPANGILE GS. Knowledge, attitudes and practice of family planning at Mgeta Morogoro Rural. Morogoro : Integrated family planning, nutrition and parasite control project, 1992 : 11.
42. MPANGILE GS. 6,7 % Practice family planning. Findings of a baseline survey of knowledge, attitudes and practice in a Tanzanian village. INTEGRATION 1991 ; 30 : 34-7.

43. NAFIS S. Préparer l'avenir. Dans : investir dans les femmes : objectif des années 90. New York: FNUAP: 1990 : 17-19.
44. NATIONS UNIES, COMMISSION ECONOMIQUE POUR L'AFRIQUE. La grossesse de l'adolescence en Afrique, ses conséquences sanitaires, sociales et économiques : mesures proposées pour en réduire l'ampleur notamment pour remédier aux abandons scolaires . Adis Abeba : Nations Unies, 1994: 65.
45. O.M.S. Les aspects médico-sanitaires de la reproduction chez les adolescents, une stratégie pour l'action. Déclaration conjointe OMS/FNUAP/PISE. Genève : O.M.S, 1989:18.
46. O.M.S. La distribution communautaire des contraceptifs: Guide à l'intention des administrateurs de programmes. Genève: OMS,1995.
47. O.M.S. La santé des jeunes : un défi, un espoir. Genève: OMS, 1994 : 16.
48. PETER A. L'allaitement maternel. Dans: Savoir pour sauver. New York: UNICEF, OMS, UNESCO, 1993 : 17-23.
49. PETER A. Les dix points clés. Dans: Savoir pour sauver. New-York : UNICEF, OMS, UNESCO, 1993 : XIII-XIV.
50. PETER A. La maternité sans risque. Dans: Savoir pour sauver. New-York : UNICEF, OMS, UNESCO, 1993 : 9-15.
51. PETER A. La planification des naissances. Dans: Savoir pour sauver. New-York : UNICEF, OMS, UNESCO, 1993 : 1-6.
52. POPULATIONS REPORTS . l'influence des programmes de planning familial sur la fécondité. Série J N° 29. Baltimore : population reports, 1985 : 47.
53. PROJET DES SERVICES DES NAISSANCES DÉSIRABLES, TULANE UNIVERSITY. Mbuji Mayi : Community-based distribution With male participation. Dans: Population Concil, eds. Opérations research family planning database project summuries. New York: Population Council, 1993 : ZAI-07.

54. SAVE THE CHILDREN, GAMBIA FAMILY PLANNING ASSOCIATION, GAMBIA MINISTRY OF HEALTH. Influence of village level health and birth spacing conducted by religious leaders on contraceptive acceptance and continuation rates. Dans: Population Concil, eds. Operations research family planning database project summaries. New York : Population Concil, 1993 : GAM-02.

55. SAWADOGO A, SONDO B. Enquête diagnostique de base des problèmes et besoins de santé des femmes et des enfants de la Province du Namentenga. Ouagadougou : 1994;87.

56. SAWADOGO M JP. La contribution de la radio rurale à la << santé pour tous d'ici l'an 2000>>: cas de la radio rurale du Burkina. Mémoire, Ouagadougou : 1996 : 136.

57. SAYED HA, EL-ZANATY FH. Male role in decision making in Egypt. Montreal : International Union for the Scientific Study of Population, 1993 : 18.

58. TANKOANO AF . Connaissances, attitudes et pratiques en matière de planification familiale dans un village Gourmanthé. Thèse n°15, Ouagadougou: 1989 :127.

ANNEXES

QUESTIONNAIRE HOMMES

N° de Groupe :/...../...../...../	N° de Fiche :/...../...../...../
Village :/	Date :/...../ 1996
N° du Ménage :/...../...../...../	Enquêteur :

CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

H1. Depuis combien de temps résidez-vous dans ce village ?

[]

- | | | |
|-----------|---------------------|--------------------|
| naissance | 0 = Moins de 6 mois | 4 = 3 à 5 ans |
| | 1 = 6 mois à 1 an | 5 = 6 ans et plus |
| | 2 = 1 à 2 ans | 6 = Depuis ma |
| | 3 = 2 à 3 ans | 7 = Pas de réponse |

H2. Quel est votre âge ?

[]

- | | |
|---------|-----------------|
| réponse | 7 = Pas de |
| | 8 = Ne sais pas |

H3. Quel est votre statut matrimonial

[]

- | | |
|-----------------|--------------------|
| 0 = Célibataire | 5 = Divorcé |
| 1 = Monogamie | 6 = Autres |
| 2 = Polygamie | 7 = Pas de réponse |
| 3 = Veuve | 8 = Ne sais pas |

H4. A quel âge vous vous êtes marié ?

[]

- | |
|--------------------|
| 7 = Pas de réponse |
| 8 = Ne sais pas |

H5. Etes-vous chef de ménage ?

[]

0 = Oui
1 = Non

H6. Votre ménage comprend combien de personnes ?

[]

H7. Quel est votre niveau d'instruction ?

[]

0 =	Analphabète	4 =	Niveau Secondaire
1 =	Alphabétisé en langue nationale	6 =	Autres
2 =	Ecole coranique	7 =	Pas de réponse
3 =	Niveau Primaire	8 =	Ne sais pas

H8. Quelle religion pratiquez-vous ?

[]

0 =	Musulman	3 =	Protestant
1 =	Animiste	6 =	Autres
2 =	Catholique	7 =	Pas de réponse

H9. Quelle est votre activité principale (profession) ?

[]

1 =	Cultivateur	4 =	Artisan
2 =	Eleveur	5 =	Retraité
3 =	Commerçant	6 =	Autres

H10. En dehors de cette activité, avez-vous une activité journalière ou saisonnière rémunératrice de ressources financières, laquelle ?

[]

0 =	Dolotière	5 =	Retraité
1 =	Boucher	6 =	Autres
2 =	Eleveur	7 =	Pas de réponse
3 =	Commerçant (petit commerce)	8 =	ne sais pas
4 =	Artisan	9 =	Poterie

H11. Possédez-vous dans votre ménage une radio ?

[]

0 = Oui

1 = Non

H12. Avez-vous l'habitude d'écouter la radio au moins une fois par semaine ?

[]

0 = Oui

1 = Non

H13. Y a t-il quelqu'un de votre ménage qui possède une bicyclette, mobylette ou une voiture ?

[]

0 = Bicyclette

1 = Non

2 = Mobylette

3 = voiture

H14. Lorsqu'un membre de votre famille est malade, à quelle structure sanitaire vous faites référence ?

[]

H15 Quel moyen de déplacement utilisez - vous pour vous y rendre

[]

0 = Bicyclette

1 = Pieds

2 = Mobylette

3 = Voiture

4 = Charrette

5 = Transporteurs

6 = Autres

7 = Pas de réponse

H16. Possédez-vous une latrine pour les besoins des membres de votre famille ?

[]

0 = Oui

1 = Non

H17. D'où provient l'eau de boisson et de cuisine des membres de votre famille ?

[]

- | | | | |
|-----|---------------------|-----|----------------|
| 0 = | Puits traditionnels | 6 = | Autres |
| 1 = | Eau de forage | 7 = | Pas de réponse |
| 2 = | Marigot, marre | 8 = | ne sais pas |

H18. D'où provient l'eau de lessive, des travaux domestiques et des animaux de votre famille ?

[]

- | | | | |
|-----|---------------------|-----|----------------|
| 0 = | Puits traditionnels | 6 = | Autres |
| 1 = | Eau de forage | 7 = | Pas de réponse |
| 2 = | Marigot, marre | 8 = | ne sais pas |

PLANIFICATION FAMILIALE

H19 Avez-vous déjà eu une naissance ?

[]

- | | |
|-----|-----|
| 0 = | Oui |
| 1 = | Non |

Si NON allez à la question N°22

H20 A quel âge aviez-vous eu votre premier enfant ?

[] ans

H21. Combien de naissance avez-vous eu durant votre vie ?

[]

H22. Avez-vous déjà discuté avec votre femme du nombre d'enfants que vous voudriez avoir ?

[]

- | | |
|-----|-----|
| 0 = | Oui |
| 1 = | Non |

H23 Selon vous, quel est le nombre idéal d'enfants qu'une femme doit avoir ?

[]

- 0 = Ne sais pas
- 1 = Selon la volonté de Dieu

H24 Selon vous, quel est le nombre idéal d'enfants qu'un Homme doit avoir ?

[]

- 0 = Ne sais pas
- 1 = Selon la volonté de Dieu

H25 Entre le premier jour des règles d'une femme et le premier jour de ses règles suivantes, y a-t-il certains moments où elle a plus de chances de tomber enceinte que d'autres ?

[]

- 0 = Oui
- 1 = Non
- 7 = Pas de réponse
- 8 = Ne sais pas

H26 A quel moment du cycle menstruel une femme a le plus de chances de tomber enceinte ?

[]

- 0 = Pendant les règles
- 1 = Juste à la fin des règles
- 2 = Au milieu du cycle
- 3 = Juste avant le début de ses règles
- 6 = Autres
- 7 = Pas de réponse
- 8 = Ne sais pas
- 9 = Selon la volonté de Dieu

H27 Une mère allaitante peut-elle avoir des rapports sexuels ?

[]

- 0 = Oui
- 1 = Non
- 7 = Pas de réponse
- 8 = Ne sais pas

H28 Après la naissance d'un enfant, combien de temps un couple devrait-il attendre avant de reprendre les relations sexuelles ?

[]

- | | | | |
|-----|--------------------------|-----|---------------------|
| 0 = | Immédiatement (au désir) | 5 = | Après l'allaitement |
| 1 = | 45 jours après | 6 = | Autres |
| 2 = | 3-6 mois | 7 = | Pas de réponse |
| 3 = | 6 - 12 mois | 8 = | Ne sais pas |
| 4 = | 1 - 2 ans | | |

H29. D'après vous quel est le meilleur intervalle en mois ou en année entre la naissance d'un enfant et la naissance de l'enfant suivant ?

[]

- | | | | |
|-----|-------------------|-----|--------------------------|
| 0 = | 12 mois (1 an) | 5 = | Plus de 3 ans |
| 1 = | 18 mois (1,5 ans) | 7 = | Pas de réponse |
| 2 = | 24 mois (2 ans) | 8 = | Ne sais pas |
| 4 = | 30 mois (2,5 ans) | 9 = | Selon la volonté de Dieu |
| 5 = | 36 mois (3 ans) | | |

H30. De quels moyens ou méthodes avez-vous entendu parler

[] [] [] []

- | | | | |
|-----|----------------|-----|------------------------------|
| 0 = | Pilule | 5 = | Aucune |
| 1 = | DIU (Stérilet) | 6 = | Autres (Vasectomie ligature) |
| 2 = | Injectable | 7 = | Pas de réponse |
| 3 = | Condom | 8 = | Ne sais pas |
| 4 = | Spermicides | | |

Si AUCUNE allez à la question N°33

H31. Savez-vous où l'on peut aller pour se procurer ces méthodes ?

[]

- | | | | |
|-----|---------------------|-----|----------------|
| 0 = | CSPS/CM/Hôpital | 4 = | Boutique |
| 1 = | PSP/ASC | 6 = | Autres |
| 2 = | PPI-K | 7 = | Pas de réponse |
| 3 = | Pharmacie/Dépôt MEG | 8 = | Ne sais pas |

H32 Quelle est votre principale source d'information concernant la PF

[]

- | | | | |
|-----|--------------------|-----|----------------|
| 0 = | CSPS/Hôpital | 5 = | Conjoint |
| 1 = | ASC | 6 = | Autres |
| 2 = | Radio-télé-journal | 7 = | Pas de réponse |
| 3 = | Théâtre | 8 = | Ne sais pas |
| 4 = | Ami/Parent | | |

H33 Avez-vous déjà utilisé ou essayé un moyen quelconque pour retarder ou éviter une grossesse, Si Oui laquelle ?

[]

- | | | | |
|-----|----------------|-----|-----------------------------|
| 0 = | Pilule | 5 = | Aucune (NON) |
| 1 = | DIU (Stérilet) | 6 = | Abstinence périodique |
| 2 = | Injectable | 7 = | Pas de réponse |
| 3 = | Condom | 8 = | Ne sais pas |
| 4 = | Spermicides | 9 = | Vasectomie/ligature trompes |

Si AUCUNE allez à la question N°37

H34. Quelle méthode utilisez-vous présentement ?

[]

- | | |
|--------------------|-----------------------------|
| 0 = Pilule | 5 = Gris-Gris |
| 1 = DIU (Stérilet) | 6 = Abstinence périodique |
| 2 = Injectable | 7 = Pas de réponse |
| 3 = Condom | 8 = Ne sais pas |
| 4 = Spermicides | 9 = Coït interrompu/Retrait |

H35 Depuis combien de temps utilisez-vous de façon continue cette méthode ?

[]

- | | |
|------------------|---------------------|
| 0 = 0 à 11 mois | 4 = 36 mois et plus |
| 1 = 12 à 23 mois | 7 = Pas de réponse |
| 2 = 24 à 35 mois | |

H36 Où avez-vous obtenu (méthode) la dernière fois ?

[]

- | | |
|-------------------------|---------------------------------|
| 0 = CSPS/CM/Hôpital | 5 = Ami/Connaissance du village |
| 1 = PSP/ASC | 6 = Autres |
| 2 = PPI-K | 7 = Pas de réponse |
| 3 = Pharmacie/Dépôt MEG | 8 = Ne sais pas |
| 4 = Boutique | 9 = Guérisseur/Charlatan |

H37. Avez-vous l'intention d'utiliser, dans l'avenir une méthode pour retarder une grossesse ou pour éviter de tomber enceinte ?

[]

0 = Oui

7 = Pas de réponse

1 = Non

8 = Ne sais pas

Si OUI allez à la question N°39

H38. Quelle est la principale raison pour laquelle vous n'avez pas l'intention d'utiliser une méthode ?

[]

0 = Désir d'enfant

5 = Difficulté à tomber enceinte

1 = Désapprouve la PF

6 = Autres

2 = Contraire à la religion

7 = Pas de réponse

3 = Ménopause

8 = Ne sais pas

4 = Difficulté d'obtenir (accessibilité)

9 = Effets secondaires

H39 Quand vous utiliserez une méthode, quelle méthode préféreriez-vous utiliser ?

[]

0 = Pilule

5 = Spermicides

1 = DIU(stérilet)

6 = Abstinence périodique

2 = Injectable

7 = Pas de réponse

3 = Condom

8 = Ne sais pas

4 = Abstinence du post-partum

9 = Allaitement au sein

H40 Où souhaiteriez-vous trouver les moyens contraceptifs que vous désirez utiliser ?

[]

- | | | | |
|-----|--------------------------|-----|-----------------------------|
| 0 = | CSPS/CM/Hôpital | 5 = | Ami/Connaissance du village |
| 1 = | PSP/ASC/volontaire Comm. | 6 = | Autres |
| 2 = | PPI-K | 7 = | Pas de réponse |
| 3 = | Pharmacie/Dépôt MEG | 8 = | Ne sais pas |
| 4 = | Boutique | | |

H41. Trouvez-vous acceptable ou pas acceptable que les informations à propos de la PF et la distribution des moyens contraceptifs soient données par un ASC ou un volontaire du village ?

[]

- | | | | |
|-----|----------------|-----|----------------|
| 0 = | Acceptable | 7 = | Pas de réponse |
| 1 = | Non acceptable | 8 = | Ne sais pas |

H42 Préférez-vous que le volontaire soit une femme ou un homme ?

[]

- | | | | |
|-----|------------------|-----|----------------|
| 0 = | Femme | 7 = | Pas de réponse |
| 1 = | Homme | 8 = | Ne sais pas |
| 2 = | Pas d'importance | | |

H43. Avez-vous déjà eu à discuter de l'espacement des naissances avec quelqu'un ? Qui ?

[]

- | | | | |
|-----|-------------|-----|----------------|
| 1 = | Non | 4 = | Agent de santé |
| 2 = | Epouse | 6 = | Autres |
| 3 = | Ami/Parents | 7 = | Pas de réponse |

H44 Est-ce que vous approuvez la Planification Familiale ?

[]

0 = Oui

7 = Pas de réponse

1 = Non

8 = Ne sais pas

H45 Pourquoi n'approuvez vous pas la Planification Familiale ?

[]

1 = Infidélité

6 = Autres

2 = Stérilité secondaire

7 = Pas de réponse

3 = Contraire à ma Religion

8 = Ne sais pas

H46 A quel âge avez-vous eu votre premier rapport sexuel ?

[] ans

QUESTIONNAIRE FEMMES

N° de Groupe :/...../...../...../	N° de Fiche :/...../...../...../
Village :/	Date :/...../ 1996
N° du Ménage :/...../...../...../	Enquêteur :

CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

F1. Depuis combien de temps résidez-vous dans ce village ?

[]

- | | | |
|-----------|---------------------|--------------------|
| | 0 = Moins de 6 mois | 4 = 3 à 5 ans |
| | 1 = 6 mois à 1 an | 5 = 6 ans et plus |
| naissance | 2 = 1 à 2 ans | 6 = Depuis ma |
| | 3 = 2 à 3 ans | 7 = Pas de réponse |

F2. Quel est votre âge ?

[]

- | | |
|---------|-----------------|
| | 7 = Pas de |
| réponse | 8 = Ne sais pas |

F3. Quel est votre statut matrimonial

[]

- | | |
|-----------------|--------------------|
| 0 = Célibataire | 5 = Divorcé |
| 1 = Monogamie | 6 = Autres |
| 2 = Polygamie | 7 = Pas de réponse |
| 3 = Veuve | 8 = Ne sais pas |

F4. A quel âge vous vous êtes mariée ?

[]

- | |
|--------------------|
| 7 = Pas de réponse |
| 8 = Ne sais pas |

F5. Etes-vous chef de ménage ?

[]

0 = Oui

1 = Non

F6. Votre ménage comprend combien de personnes ?

[]

F7. Quel est votre niveau d'instruction ?

[]

0 = Analphabète

1 = Alphabétisé en langue nationale

2 = Ecole coranique

3 = Niveau Primaire

4 = Niveau Secondaire

6 = Autres

7 = Pas de réponse

8 = Ne sais pas

F8. Quelle religion pratiquez-vous ?

[]

0 = Musulmane

1 = Animiste

2 = Catholique

3 = Protestante

6 = Autres

7 = Pas de réponse

F9. Quelle est votre activité principale (profession) ?

[]

1 = Ménagère

2 = Eleveur

3 = Commerçant (te)

4 = Artisan (ne)

5 = Retraité

6 = Autres

F10. En dehors de cette activité, avez-vous une activité journalière ou saisonnière rémunératrice de ressources financières, laquelle ?

[]

0 = Dolotière

1 = Boucher

2 = Eleveur

3 = Commerçant (petit commerce)

4 = Artisane (cuir, poterie)

5 = Retraité

6 = Autres

7 = Pas de réponse

8 = ne sais pas

9 = Poterie

F11. Possédez-vous dans votre ménage un radio ?

[]

0 = Oui
1 = Non

F12. Avez-vous l'habitude d'écouter la radio au moins une fois par semaine ?

[]

0 = Oui
1 = Non

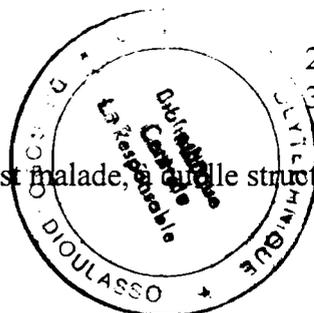
F13. Y a t-il quelqu'un de votre ménage qui possède une bicyclette, mobylette ou une voiture ?

[]

0 = Bicyclette
1 = Non

2 = Mobylette
3 = voiture

F14. Lorsqu'un membre de votre famille est malade, quelle structure sanitaire vous faites référence ?



[]

F15 Quel moyen de déplacement utilisez - vous pour vous y rendre

[]

0 = Bicyclette
1 = Pieds
2 = Mobylette
3 = Voiture

4 = Charrette
5 = Transporteurs
6 = Autres
7 = Pas de réponse

F16. Possédez-vous une latrine pour les besoins des membres de votre famille ?

[]

0 = Oui
1 = Non

F17. D'où provient l'eau de boisson et de cuisine des membres de votre famille ?

[]

0 = Puits traditionnels
1 = Eau de forage
2 = Marigot, marre

6 = Autres
7 = Pas de réponse
8 = ne sais pas

F18. D'où provient l'eau de lessive, des travaux domestiques et des animaux de votre famille ?

[]

0 = Puits traditionnels
1 = Eau de forage
2 = Marigot, marre

6 = Autres
7 = Pas de réponse
8 = ne sais pas

F19. A quel âge avez-vous eu votre 1^{ère} grossesse ?

[]

F20 Avez-vous donné naissance à un enfant ?

[]

0 = Oui
1 = Non

7 = Pas de réponse
8 = ne sais pas

F21 Etes-vous enceinte présentement ?

[]

0 = Oui
1 = Non

7 = Pas de réponse
8 = ne sais pas

F22 Combien de temps après la naissance de votre dernier enfant l'avez-vous mis au sien ?

[]

0 = 1-3 heures après
1 = 1 jour après
2 = 2 jours après
3 = 3 jours après

5 = 4 jour et plus après
6 = Autres
7 = pas de réponse
8 = Ne sais pas

F23 A quel âge doit-on arrêter d'allaiter un enfant ?

[]

0 = 0 mois à 11 mois
1 = 12 mois à 23 mois
2 = 24 mois à 35 mois
3 = 36 mois à 47 mois

5 = 48-59 mois
6 = Selon de désir de l'enfant
7 = Dès l'apparition d'une grossesse
8 = Ne sais pas

PLANIFICATION FAMILIALE

F24 Avez-vous déjà eu une naissance ?

[]

0 = Oui

1 = Non

Si NON allez à la question N°28

F25. A quel âge aviez-vous eu votre premier enfant ?

[] ans

F26. Combien de naissance avez-vous eu durant votre vie ?

[]

F27. Avez-vous déjà discuté avec votre mari du nombre d'enfants que vous voudriez avoir ?

[]

0 = Oui

1 = Non

F28 Selon vous, quel est le nombre idéal d'enfants qu'une femme doit avoir ?

[]

0 = Ne sais pas

1 = Selon la volonté de Dieu

F29 Selon vous, quel est le nombre idéal d'enfants qu'un Homme doit avoir ?

[]

0 = Ne sais pas

1 = Selon la volonté de Dieu

F30 Entre le premier jour des règles d'une femme et le premier jour de ses règles suivantes, y-a -t-il certains moments où elle a plus de chances de tomber enceinte que d'autres ?

[]

0 = Oui

7 = Pas de réponse

1 = Non

8 = Ne sais pas

F31 A quel moment du cycle menstruel une femme a le plus de chances de tomber enceinte ?

[]

0 = Pendant les règles

6 = Autres

1 = Juste à la fin des règles

7 = Pas de réponse

2 = Au milieu du cycle

8 = Ne sais pas

3 = Juste avant le début de ses règles

9 = Selon la volonté de Dieu

F32 Une mère allaitante peut-elle avoir des rapports sexuels ?

[]

0 = Oui

7 = Pas de réponse

1 = Non

8 = Ne sais pas

F33 Après la naissance d'un enfant, combien de temps un couple devrait-il attendre avant de reprendre les relations sexuelles ?

[]

0 = Immédiatement (au désir)

5 = Après l'allaitement

1 = 45 Jours après

6 = Autres

2 = 3-6 mois

7 = Pas de réponse

3 = 6-12 mois

8 = Ne sais pas

4 = 1-2 ans

F34. D'après vous quel est le meilleur intervalle en mois ou en années entre la naissance d'un enfant et la naissance de l'enfant suivant ?

[]

- | | | | |
|-----|-------------------|-----|--------------------------|
| 0 = | 12 mois (1 an) | 5 = | Plus de 3 ans |
| 1 = | 18 mois (1,5 ans) | 7 = | Pas de réponse |
| 2 = | 24 mois (2 ans) | 8 = | Ne sais pas |
| 4 = | 30 mois (2,5 ans) | 9 = | Selon la volonté de Dieu |
| 5 = | 36 mois (3 ans) | | |

Si PAS d'enfant allez à la question N°37

F35. Pendant combien de mois après la naissance de votre dernier enfant, n'avez-vous pas eu vos règles .

[]

- | | | | |
|-----|---------------|-----|---------------------|
| 0 = | 3 mois | 5 = | Après l'allaitement |
| 1 = | 3-6 mois | 6 = | Autres |
| 2 = | 6-12 mois | 7 = | Pas de réponse |
| 3 = | 1-1,5 ans | 8 = | Ne sais pas |
| 4 = | 2 ans et plus | | |

F36 Avant la reprise de votre cycle, avez-vous eu des rapports sexuels ?

[]

- | | | | |
|-----|-----|-----|----------------|
| 0 = | Oui | 7 = | Pas de réponse |
| 1 = | Non | 8 = | Ne sais pas |

F37. Etes-vous enceinte présentement ? (Confère Question N°42)

[]

0 = Oui

7 = Pas de réponse

1 = Non

8 = Ne sais pas

F38. Si Oui, au moment où vous êtes tombée enceinte, le désirez-vous ou pas, ou vouliez-vous attendre plus tard ?

[]

0 = Oui, je désirais la grossesse

3 = Attendre plus tard

1 = Non je ne désirais pas une grossesse

4 = Pas de réponse

2 = Pas d'importance

5 = Ne sais pas

F39. Si NON Combien de temps voulez-vous attendre entre maintenant et la prochaine grossesse ?

[] mois

0 = Arrêt Volontaire

3 = Pas de réponse

1 = Ménopause

4 = Ne sais pas

2 = Autres

5 = Selon la volonté de Dieu

F40. De quels moyens ou méthodes avez-vous entendu parler

[] [] [] []

0 = Pilule

5 = Aucune

1 = DIU (Stérilet)

6 = Autres

2 = Injectable

7 = Autres (ligature)

3 = Condom

8 = Ne sais pas

4 = Spermicides

Si AUCUNE allez à la question N°47

F41. Savez-vous où l'on peut aller pour se procurer ces méthodes ?

[]

- | | | | |
|-----|---------------------|-----|----------------|
| 0 = | CSPS/CM/Hôpital | 4 = | Boutique |
| 1 = | PSP/ASC | 6 = | Autres |
| 2 = | PPI-K | 7 = | Pas de réponse |
| 3 = | Pharmacie/Dépôt MEG | 8 = | Ne sais pas |

F42 Quelle est votre principale source d'information concernant la PF

[]

- | | | | |
|-----|--------------------|-----|----------------|
| 0 = | CSPS/Hôpital | 5 = | Conjoint |
| 1 = | ASC | 6 = | Autres |
| 2 = | Radio-télé-journal | 7 = | Pas de réponse |
| 3 = | Théâtre | 8 = | Ne sais pas |
| 4 = | Ami/Parent | | |

F43. Avez-vous déjà utilisé ou essayé un moyen quelconque pour retarder ou éviter une grossesse, Si Oui laquelle ?

[]

- | | | | |
|-----|----------------|-----|-----------------------------|
| 0 = | Pilule | 5 = | Aucune (NON) |
| 1 = | DIU (Stérilet) | 6 = | Abstinence périodique |
| 2 = | Injectable | 7 = | Pas de réponse |
| 3 = | Condom | 8 = | Ne sais pas |
| 4 = | Spermicides | 9 = | Vasectomie/ligature trompes |

Si NON allez à la question N°47

F44. Quelle méthode utilisez-vous présentement ?

[]

- | | | | |
|-----|----------------|-----|-------------------------|
| 0 = | Pilule | 5 = | Gris-Gris |
| 1 = | DIU (Stérilet) | 6 = | Abstinence périodique |
| 2 = | Injectable | 7 = | Pas de réponse |
| 3 = | Condom | 8 = | Ne sais pas |
| 4 = | Spermicides | 9 = | Coït interrompu/Retrait |

F45 Depuis combien de temps utilisez-vous de façon continue une méthode moderne ?

[]

- | | | | |
|-----|--------------|-----|-----------------|
| 0 = | 0 à 11 mois | 4 = | 36 mois et plus |
| 1 = | 12 à 23 mois | 7 = | Pas de réponse |
| 2 = | 24 à 35 mois | | |

F46 Où avez-vous obtenu (méthode) la dernière fois ?

[]

- | | | | |
|-----|---------------------|-----|-----------------------------|
| 0 = | CSPS/CM/Hôpital | 5 = | Ami/Connaissance du village |
| 1 = | PSP/ASC | 6 = | Autres |
| 2 = | PPI-K | 7 = | Pas de réponse |
| 3 = | Pharmacie/Dépôt MEG | 8 = | Ne sais pas |
| 4 = | Boutique | 9 = | Guérisseur/Charlatant |

F47. Avez-vous l'intention d'utiliser, dans l'avenir une méthode pour retarder une grossesse ou pour éviter de tomber enceinte ?

[]

0 = Oui

7 = Pas de réponse

1 = Non

8 = Ne sais pas

Si OUI allez à la question N°49

F48. Quelle est la principale raison pour laquelle vous n'avez pas l'intention d'utiliser une méthode ?

[]

0 = Désir d'enfant

5 = Difficulté à tomber enceinte

1 = Désapprouve la PF

6 = Autres

2 = Contraire à la religion

7 = Pas de réponse

3 = Ménopause

8 = Ne sais pas

4 = Difficulté d'obtenir (accèsibilité)

9 = Effets secondaires

F49 Quand vous utiliserez une méthode, quelle méthode préféreriez-vous utiliser ?

[]

0 = Pilule

5 = Spermicides

1 = DIU(stérilet)

6 = Abstinence périodique

2 = Injectable

7 = Pas de réponse

3 = Condom

8 = Ne sais pas

4 = Abstinence du post-partum

9 = Allaitement au sein

F50 Où souhaiteriez-vous trouver les moyens contraceptifs que vous désirez utiliser ?

[]

- | | | | |
|-----|--------------------------|-----|-----------------------------|
| 0 = | CSPS/CM/Hôpital | 5 = | Ami/Connaissance du village |
| 1 = | PSP/ASC/volontaire Comm. | 6 = | Autres |
| 2 = | PPI-K | 7 = | Pas de réponse |
| 3 = | Pharmacie/Dépôt MEG | 8 = | Ne sais pas |
| 4 = | Boutique | | |

F51. Trouvez-vous acceptable ou pas acceptable que les informations à propos de la PF et la distribution des moyens contraceptifs soient données par un ASC ou un volontaire du village ?

[]

- | | | | |
|-----|----------------|-----|----------------|
| 0 = | Acceptable | 7 = | Pas de réponse |
| 1 = | Non acceptable | 8 = | Ne sais pas |

F52 Préférez-vous que le volontaire soit une femme ou un homme ?

[]

- | | | | |
|-----|------------------|-----|----------------|
| 0 = | Femme | 7 = | Pas de réponse |
| 1 = | Homme | 8 = | Ne sais pas |
| 2 = | Pas d'importance | | |

F53. Avez-vous déjà eu à discuter de l'espace des naissances avec quelqu'un ? Qui ?

[]

- | | |
|------------------------------|--------------------|
| 1 = Non | 4 = Agent de santé |
| 2 = Epoux/Conjoint/Co-épouse | 6 = Autres |
| 3 = Ami/Parents | 7 = Pas de réponse |

F54 Est-ce que vous approuvez la Planification Familiale ?

[]

- | | |
|---------|--------------------|
| 0 = Oui | 7 = Pas de réponse |
| 1 = Non | 8 = Ne sais pas |

F55 Pourquoi n'approuvez vous pas la Planification Familiale ?

[]

- | | |
|-----------------------------|--------------------|
| 1 = Infidélité | 6 = Autres |
| 2 = Stérilité secondaire | 7 = Pas de réponse |
| 3 = Contraire à ma Religion | 8 = Ne sais pas |

F56 A quel âge avez-vous eu votre premier rapport sexuel ?

[] ans

QUESTIONNAIRE ADOLESCENTS

N° de Groupe :/...../...../...../	N° de Fiche :/...../...../...../
Village :/	Date : /...../...../ 1996
N° du Ménage :/...../...../...../	Enquêteur :

CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

A1. Sexe

[]

M = Masculin

F = Féminin

A2. Depuis combien de temps résidez-vous dans ce village ?

[]

0 = Moins de 6 mois

1 = 6 mois à 1 an

2 = 1 à 2 ans

3 = 2 à 3 ans

4 = 3 à 5 ans

5 = 6 ans et plus

6 = Depuis ma

naissance

7 = Pas de réponse

A3.. Quel est votre âge ?

[]

réponse

7 = Pas de

8 = Ne sais pas

A4. Quel est votre niveau d'instruction ?

[]

0 = Analphabète

1 = Alphabétisé en langue nationale

2 = Ecole coranique

3 = Niveau Primaire

4 = Niveau Secondaire

6 = Autres

7 = Pas de réponse

8 = Ne sais pas

A5. Quelle religion pratiquez-vous ?

[]

- | | |
|----------------|--------------------|
| 0 = Musulman | 3 = Protestant |
| 1 = Animiste | 6 = Autres |
| 2 = Catholique | 7 = Pas de réponse |

A6. Quelle est votre activité principale (profession) ?

[]

- | | |
|--------------------|-----------------|
| 0 = Cultivateur | 4 = Artisan (e) |
| 1 = Ménagère | 6 = Autres |
| 2 = Eleveur | |
| 3 = Commerçant (e) | |

A7. En dehors de cette activité, avez-vous une activité journalière ou saisonnière rémunératrice de ressources financières, laquelle ?

[]

- | | |
|-----------------------------------|--------------------|
| 0 = Dolotière | 6 = Autres |
| 1 = Boucher | 7 = Pas de réponse |
| 2 = Eleveur | 8 = ne sais pas |
| 3 = Commerçant (e) petit commerce | 9 = Poterie |
| 4 = Artisan (e) | |

A8. Avez-vous l'habitude d'écouter la radio au moins une fois par semaine ?

[]

- | |
|---------|
| 0 = Oui |
| 1 = Non |

PLANIFICATION FAMILIALE

A9 Avez-vous déjà pensé au nombre d'enfants que vous voudriez avoir ?

[]

- | |
|---------|
| 0 = Oui |
| 1 = Non |

A10 Selon vous, quel est le nombre idéal d'enfants qu'une femme doit avoir ?

[]

A11 Selon vous, quel est le nombre idéal d'enfants qu'un Homme doit avoir ?

[]

A12 Entre le premier jour des règles d'une femme et le premier jour de ses règles suivantes, y a-t-il certains moments où elle a plus de chances de tomber enceinte que d'autres ?

[]

0 = Oui

7 = Pas de réponse

1 = Non

8 = Ne sais pas

A13 A quel moment du cycle menstruel une femme a le plus de chances de tomber enceinte ?

[]

0 = Pendant les règles

6 = Autres

1 = Juste à la fin des règles

7 = Pas de réponse

2 = Au milieu du cycle

8 = Ne sais pas

3 = Juste avant le début de ses règles

9 = Selon la volonté de Dieu

A14 D'après vous quel est le meilleur intervalle en mois ou en année entre la naissance d'un enfant et la naissance de l'enfant suivant ?

[]

0 = 12 mois (1 an)

5 = Plus de 3 ans

1 = 18 mois (1,5 ans)

7 = Pas de réponse

2 = 24 mois (2 ans)

8 = Ne sais pas

4 = 30 mois (2,5 ans)

9 = Selon la volonté de Dieu

5 = 36 mois (3 ans)

A15. De quels moyens ou méthodes avez-vous entendu parler

[] [] [] []

- | | |
|--------------------|----------------------------------|
| 0 = Pilule | 5 = Aucune |
| 1 = DIU (Stérilet) | 6 = Autres (Vasectomie ligature) |
| 2 = Injectable | 7 = Pas de réponse |
| 3 = Condom | 8 = Ne sais pas |
| 4 = Spermicides | |

Si AUCUNE allez à la question N°22

A16. Savez-vous où l'on peut aller pour se procurer ces méthodes ?

[]

- | | |
|-------------------------|--------------------|
| 0 = CSPS/CM/Hôpital | 4 = Boutique |
| 1 = PSP/ASC | 6 = Autres |
| 2 = PPI-K | 7 = Pas de réponse |
| 3 = Pharmacie/Dépôt MEG | 8 = Ne sais pas |

A17. Quelle est votre principale source d'information concernant la PF

[]

- | | |
|------------------------|--------------------|
| 0 = CSPS/Hôpital | 5 = Conjoint |
| 1 = ASC | 6 = Autres |
| 2 = Radio-télé-journal | 7 = Pas de réponse |
| 3 = Théâtre | 8 = Ne sais pas |
| 4 = Ami/Parent | |

A18. Avez-vous déjà utilisé ou essayé un moyen quelconque pour retarder ou éviter une grossesse ?

[]

- | | |
|--------------------|---------------------------------|
| 0 = Pilule | 5 = Aucune (NON) |
| 1 = DIU (Stérilet) | 6 = Abstinence périodique |
| 2 = Injectable | 7 = Pas de réponse |
| 3 = Condom | 8 = Ne sais pas |
| 4 = Spermicides | 9 = Vasectomie/ligature trompes |

Si Aucune allez à la question N°22

A19. Quelle méthode utilisez-vous présentement ?

[]

- | | |
|--------------------|-----------------------------|
| 0 = Pilule | 5 = Gris-Gris |
| 1 = DIU (Stérilet) | 6 = Abstinence périodique |
| 2 = Injectable | 7 = Pas de réponse |
| 3 = Condom | 8 = Ne sais pas |
| 4 = Spermicides | 9 = Coït interrompu/Retrait |

A20 Depuis combien de temps utilisez-vous de façon continue cette méthode ?

[]

- | | |
|------------------|---------------------|
| 0 = 0 à 11 mois | 4 = 36 mois et plus |
| 1 = 12 à 23 mois | 7 = Pas de réponse |
| 2 = 24 à 35 mois | |

A21 Où avez-vous obtenu (méthode) la dernière fois ?

[]

- | | | | |
|-----|---------------------|-----|-----------------------------|
| 0 = | CSPS/CM/Hôpital | 5 = | Ami/Connaissance du village |
| 1 = | PSP/ASC | 6 = | Autres |
| 2 = | PPI-K | 7 = | Pas de réponse |
| 3 = | Pharmacie/Dépôt MEG | 8 = | Ne sais pas |
| 4 = | Boutique | 9 = | Guérisseur/Charlatan |

A22. Avez-vous l'intention d'utiliser, dans l'avenir une méthode pour retarder une grossesse ou pour éviter de tomber enceinte ?

[]

- | | | | |
|-----|-----|-----|----------------|
| 0 = | Oui | 7 = | Pas de réponse |
| 1 = | Non | 8 = | Ne sais pas |

Si OUI allez à la question N°24

A23. Quelle est la principale raison pour laquelle vous n'avez pas l'intention d'utiliser une méthode ?

[]

- | | | | |
|-----|--------------------------------------|-----|------------------------------|
| 0 = | Désir d'enfant | 5 = | Difficulté à tomber enceinte |
| 1 = | Désapprouve la PF | 6 = | Autres |
| 2 = | Contraire à la religion | 7 = | Pas de réponse |
| 3 = | Ménopause | 8 = | Ne sais pas |
| 4 = | Difficulté d'obtenir (accessibilité) | 9 = | Effets secondaires |

A24 Quand vous utiliserez une méthode, quelle méthode préféreriez-vous utiliser ?

[]

- | | |
|-------------------------------|---------------------------|
| 0 = Pilule | 5 = Spermicides |
| 1 = DIU(stérilet) | 6 = Abstinence périodique |
| 2 = Injectable | 7 = Pas de réponse |
| 3 = Condom | 8 = Ne sais pas |
| 4 = Abstinence du post-partum | 9 = Allaitement au sein |

A25 Où souhaiteriez-vous trouver les moyens contraceptifs que vous désirez utiliser ?

[]

- | | |
|------------------------------|---------------------------------|
| 0 = CSPS/CM/Hôpital | 5 = Ami/Connaissance du village |
| 1 = PSP/ASC/volontaire Comm. | 6 = Autres |
| 2 = PPI-K | 7 = Pas de réponse |
| 3 = Pharmacie/Dépôt MEG | 8 = Ne sais pas |
| 4 = Boutique | |

A26 Trouvez-vous acceptable ou pas acceptable que les informations à propos de la PF et la distribution des moyens contraceptifs soient données par un ASC ou un volontaire du village ?

[]

- | | |
|--------------------|--------------------|
| 0 = Acceptable | 7 = Pas de réponse |
| 1 = Non acceptable | 8 = Ne sais pas |

A27 Préférez-vous que le volontaire soit une femme ou un homme ?

[]

- | | |
|----------------------|--------------------|
| 0 = Femme | 7 = Pas de réponse |
| 1 = Homme | 8 = Ne sais pas |
| 2 = Pas d'importance | |

A28 Avez-vous déjà eu à discuter de l'espace des naissances avec quelqu'un ? Qui ?

[]

1 = Non

4 = Agent de santé

3 = Ami/Parents

6 = Autres

7 = Pas de réponse

A29 Est-ce que vous approuvez la Planification Familiale ?

[]

0 = Oui

7 = Pas de réponse

1 = Non

8 = Ne sais pas

A30 Pourquoi n'approuvez vous pas la Planification Familiale ?

[]

1 = Infidélité

6 = Autres

2 = Stérilité secondaire

7 = Pas de réponse

3 = Contraire à ma Religion

8 = Ne sais pas

A31. Avez-vous déjà eu une grossesse ou enceinte une fille ?

[]

0 = Oui

7 = Pas de réponse

1 = Non

8 = Ne sais pas

A32 A quel âge avez-vous eu votre premier rapport sexuel ?

[] ans

SERMENT D'HIPPOCRATE

« En présence de mes maîtres de cette école et de mes chers condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais de salaire au dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser les crimes.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçu de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses ; que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque ».

L'échantillon enquêté était constitué de 76,91 % d'analphabètes et seulement de 14,6 % d'alphabétisés en langues nationales.

1.4. Répartition de l'échantillon par village d'origine

Cette répartition est présentée par le tableau I.5.

Tableau I.5 : Répartition de la population enquêtée selon le village

Villages	mères de ménage		Chefs de ménage		Adolescent (e) s		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Koutoumtenga	48	15,4	47	15,3	47	20,4	142	16,7
Soaga	46	14,7	42	13,7	31	13,5	119	14,0
Tanhoko	32	10,3	26	8,5	28	12,2	86	10,1
Hanwi	10	3,2	11	3,6	11	4,8	32	3,8
Noaka	62	19,9	65	21,2	48	20,9	175	20,6
Kalambaogo	48	15,4	44	14,3	22	9,6	114	13,4
Gantodogo	10	3,2	10	3,3	12	5,2	32	3,8
Foutrigui	10	3,2	12	3,9	12	5,2	34	4,0
Songodin	34	10,9	35	11,4	13	5,7	82	9,7
Gaoua	12	3,8	15	4,9	6	2,6	33	3,9

La taille de l'échantillon par village variait entre 4 et 9 % de la population du village avec une moyenne de 84,9 enquêtés par village.

1.5 Niveau socio-économique.

Nous avons demandé à tous nos enquêtés de nous donner leur profession principale et secondaire et de nous dire s'ils avaient l'habitude d'écouter la radio au moins une fois par semaine. Des questions sur la possession de radio, de latrines, de moyen de déplacement par le ménage, ainsi que la source d'eau de boisson et la taille de la famille n'avaient été posées qu'aux mères de ménage et aux chefs de ménage.

La répartition des différentes réponses, donnée par le tableau I.6, permet d'avoir un aperçu du niveau socio-économique de notre échantillon.

Tableau I.6 : Quelques caractéristiques du niveau socio-économique de l'échantillon enquêté.

Indicateurs socio-économiques	Mères de ménage		Chefs de ménage		Adolescent(e)s	
	N	%	N	%	N	%
Profession principale						
Cultivateurs/Ménagères	309	99,00	303	98,7	219*	95,2
Eleveurs	1	0,3	1	0,3	1	0,4
Commerçant(e)s	1	0,3	1	0,3	2	0,9
Retraités			1	0,3		
Autres	1	0,3	1	0,3	8	3,5
Total	312	100,00	307	100,00	230	100,00
Profession secondaire						
Boucher (ère)	1	0,3	4	1,3	-	-
Dolotières	54	17,3	-	-	3	1,3
Eleveurs	10	3,2	111	36,2	31	13,5
Commerçants (es) (secteur informel)	180	57,7	66	21,5	99	43,00
Artisans (cuir, poterie)	26	8,3	70	22,8	31	13,5
Retraité (e) s	1	0,3	2	0,7	-	-
autres	40	12,8	54	17,6	66	28,7
Total	312	100,00	307	100,00	230	100,00
Existence de poste radio dans le ménage	233	74,7	220	71,7	-	-
Total	312	100,00	307	100,00	-	-
Suivi d'émission radio au moins une fois par semaine	231	74,00	271	88,3	193	83,9
Total	312	100,00	307	100,00	230	100,00
Existence de latrines dans la famille	162	51,9	145	47,2	-	-
Total	312	100,00	307	100,00	-	-

* le nombre 219 comprend 176 cultivateurs et 43 ménagères.

Tableau I.6 : Quelques caractéristiques du niveau socio-économique de l'échantillon enquêté (suite).

Indicateurs socio-économiques	Mères de ménage		Chefs de ménage		Adolescent (e) s	
Moyen de déplacement possédé						
Bicyclette	228	73,1	234	76,2	-	-
Mobylette	57	18,3	44	14,3	-	-
Aucun	27	8,7	29	9,4	-	-
Total	312	100,00	307	100,00	-	-
Source eau de boisson						
Puits traditionnel	27	8,7	19	6,2	-	-
Eau de forage	278	89,1	287	93,5	-	-
Marigot / Mare	7	2,2	1	0,3	-	-
Total	312	100,00	307	100,00	-	-
Taille moyenne de la famille	8,97±6,32		10,02±7,81		-	

La quasi totalité des groupes sociaux enquêtés était paysanne : 98,7 % des chefs de ménage étaient cultivateurs, 99,0 % des mères de ménage étaient ménagères et 95,2 % des adolescent (e) s étaient répartis en 76,5 % de cultivateurs et 18,7 % de ménagères.

les activités rémunératrices étaient représentées essentiellement par le commerce qui occupait 57,7 % des mères de ménage et 43 % des adolescent (e) s, l'élevage qui occupait 36,2 % des chefs de ménage et l'artisanat qui occupait 22,8 % des chefs de ménage.

Leurs familles étaient nombreuses: en moyenne 9-10 personnes par ménage selon les mères ou les chefs de ménage.

2. CONNAISSANCE ET INFORMATION DE L'ÉCHANTILLON EN MATIÈRE DE PLANIFICATION FAMILIALE.

2.1 Information sur les contraceptifs modernes.

Nous avons demandé aux enquêtés d'énumérer les contraceptifs modernes dont ils avaient entendu parler.

Cinq cent dix huit personnes soit 61,01 % de l'échantillon avaient entendu parler d'au moins un contraceptif moderne.

L'échantillon était surtout informé sur les pilules et les condoms (figure 1).

A l'intérieur des 3 groupes sociaux étudiés, la pilule et le condom restaient les méthodes les plus connues (tableau II.1).

Tableau II.1 : Répartition de l'échantillon par contraceptifs modernes cités

Contraceptifs modernes cités	Mères de ménage		Chefs de ménage		Adolescent (e)s	
	N	%	N	%	N	%
Pilules	176	48,35	202	40,64	91	40,99
DIU*(Stérilet)	32	8,79	44	8,85	13	5,86
Injectables	68	18,68	77	15,49	33	14,86
Condoms	78	21,43	161	32,39	75	33,78
Spermicides	8	2,20	10	2,01	6	2,70
Ligature	2	0,55	3	0,60	4	1,80
Total %	364	100,00	497	100,00	222	100,00

La connaissance d'au moins un contraceptif moderne était significativement liée au statut du sujet dans le ménage (mère ou père de ménage, adolescent (e), avec $p=2 \times 10^{-3}$.

La répartition de l'échantillon selon les méthodes contraceptives modernes sur lesquelles il est informé est donnée par la figure 1.

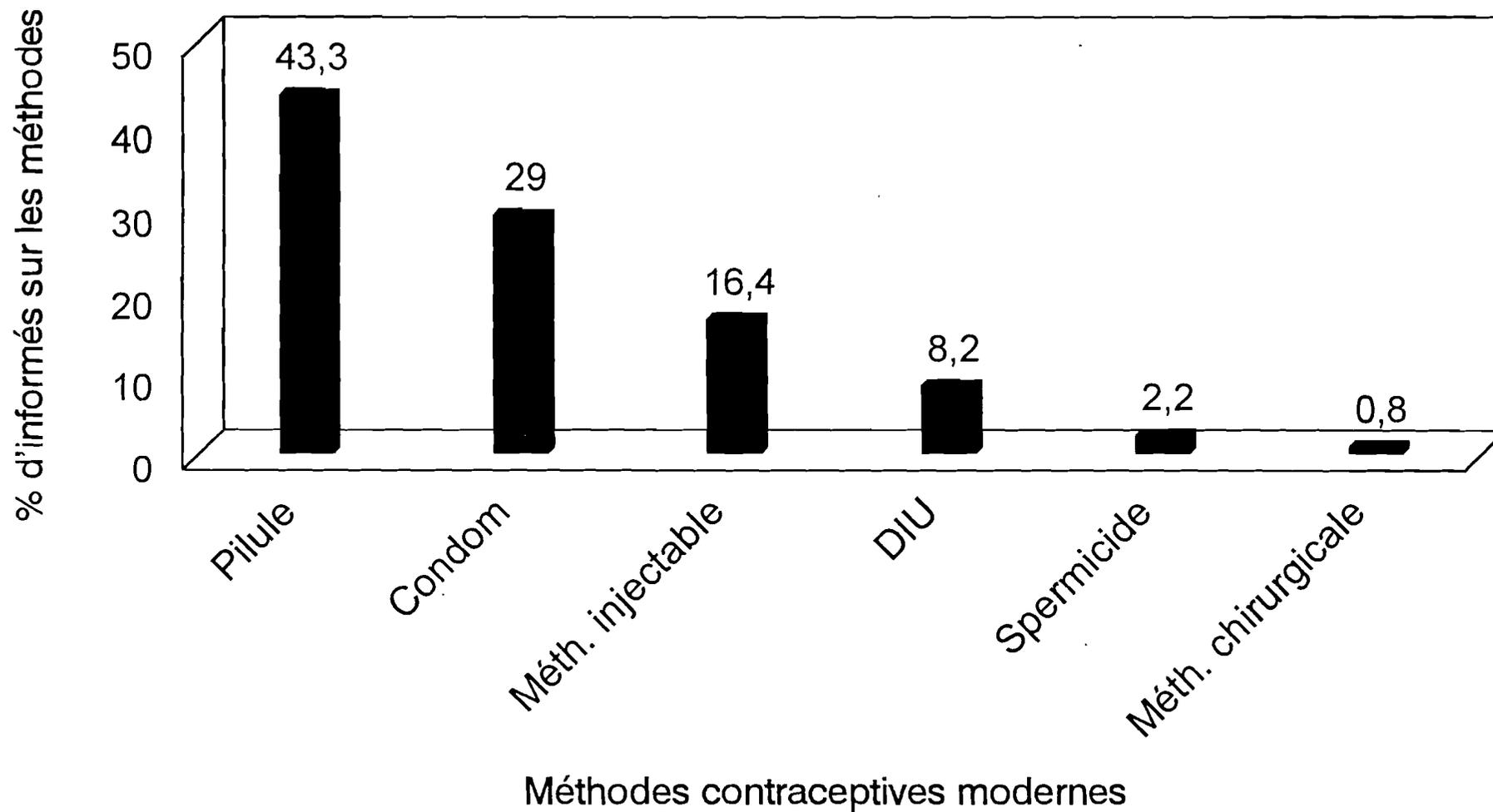


Fig. 1: Répartition des sujets en fonction des méthodes contraceptives modernes sur lesquelles ils sont informés

2.2. Connaissance des contraceptifs modernes.

Nous avons recherché les associations éventuelles entre certaines caractéristiques des personnes interrogées et leur connaissance des contraceptifs modernes.

2.2.1. Connaissance des contraceptifs modernes par âge.

La proportion de mères ayant entendu parler des contraceptifs modernes variait en fonction de leur âge ($p < 0,0002$).

Les mères de moins de 19 ans et celles de 50 ans et plus connaissaient moins les méthodes contraceptives modernes. La proportion la plus élevée des mères connaissant des contraceptifs modernes se recrutait parmi les 20-29 ans.

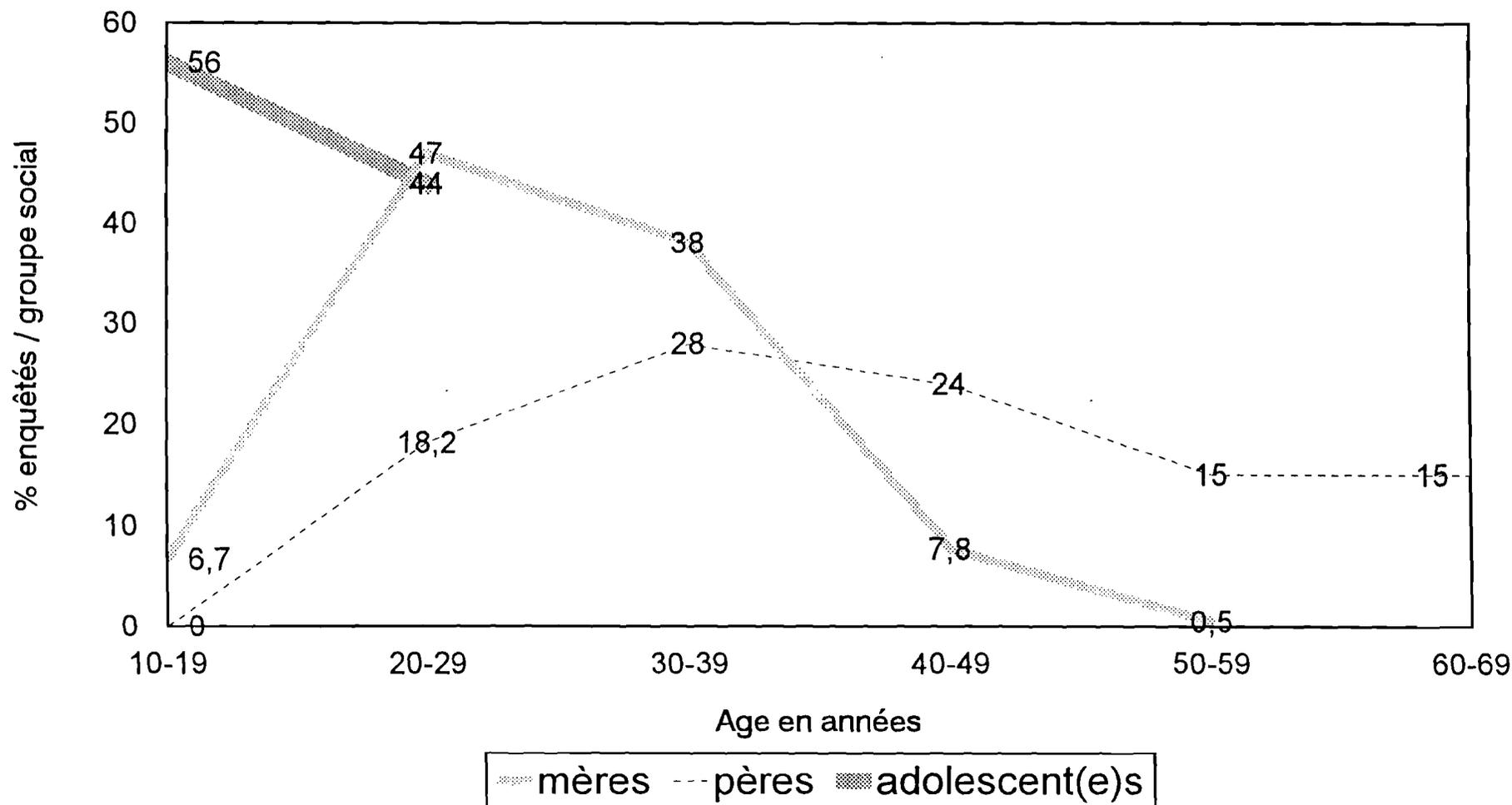
La proportion de pères de famille ayant entendu parler des contraceptifs modernes variait de 18 % parmi les 20-29 ans à 15 % parmi les 60 ans et plus avec un mode dans la tranche d'âge de 30-39 ans (28%) ; la valeur p étant $< 10^{-9}$.

Parmi les adolescent (e) s, 56 % des 10-19 ans avaient entendu parler des méthodes contraceptives ($p < 10^{-7}$).

Il y avait une association statistique entre le groupe social des enquêtés et leur information sur les méthodes contraceptives ($p = 2 \times 10^{-8}$).

La figure 2 présente ces différents résultats.

Fig. 2: Répartition des enquêtés selon l'âge et leur connaissance d'au moins un contraceptif moderne

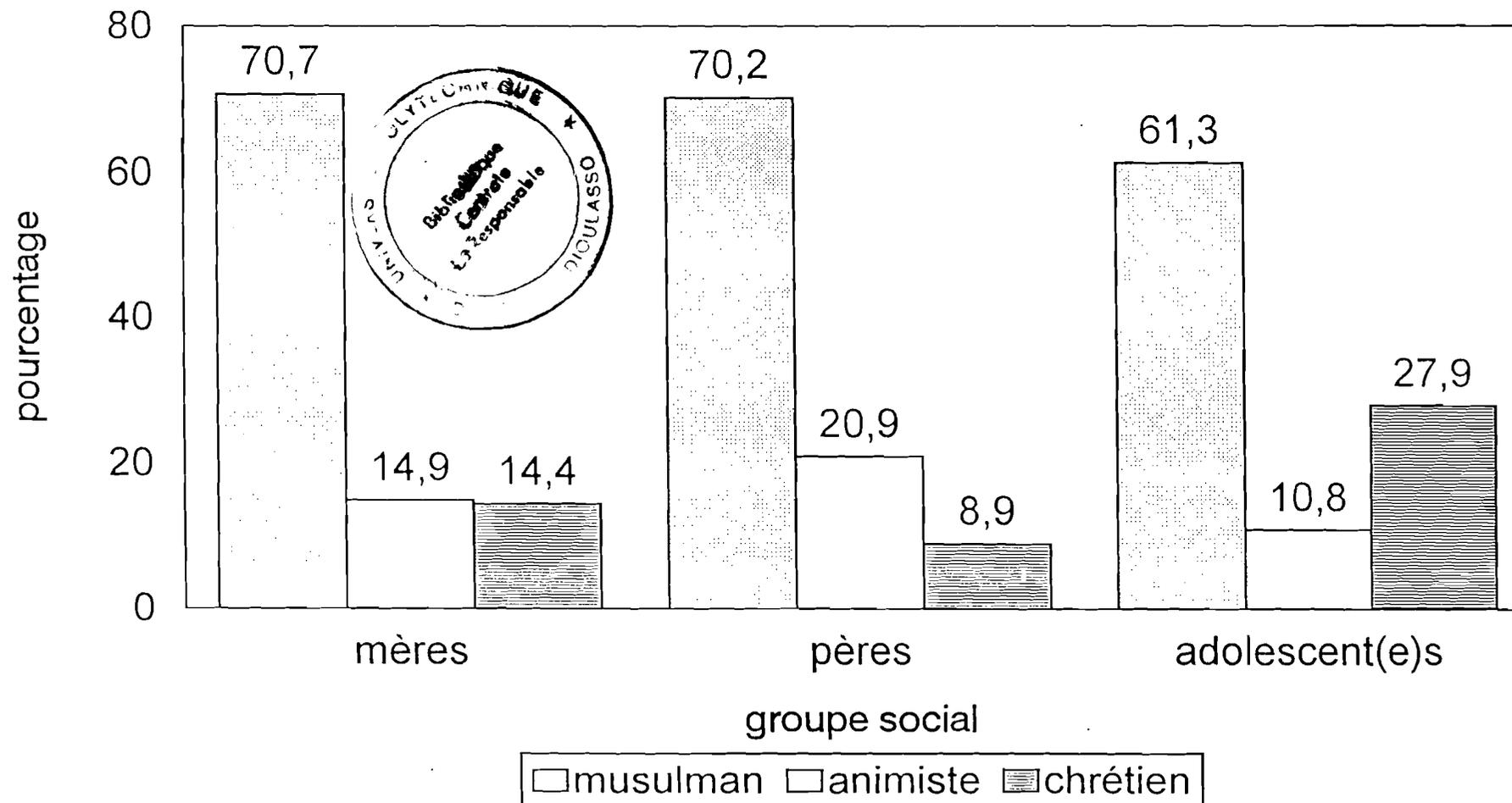


2.2.2. Connaissance des contraceptifs modernes selon la religion

Une proportion plus importante de musulmans (68,5 %) connaissait les contraceptifs modernes comparativement aux animistes (16,6 %) et chrétiens (14,9 %). La valeur p était $<10^{-9}$.

L'ordre de grandeur de ces proportions était conservé à l'intérieur de chaque groupe social (figure 3) sauf parmi les adolescent(e)s où les chrétiens étaient plus nombreux que les animistes dans la connaissance de contraceptifs modernes (respectivement 27,9 % et 10,8 %).

Fig. 3: Répartition des enquêtés selon leur groupe social, la religion et leur connaissance d'au moins un contraceptif moderne

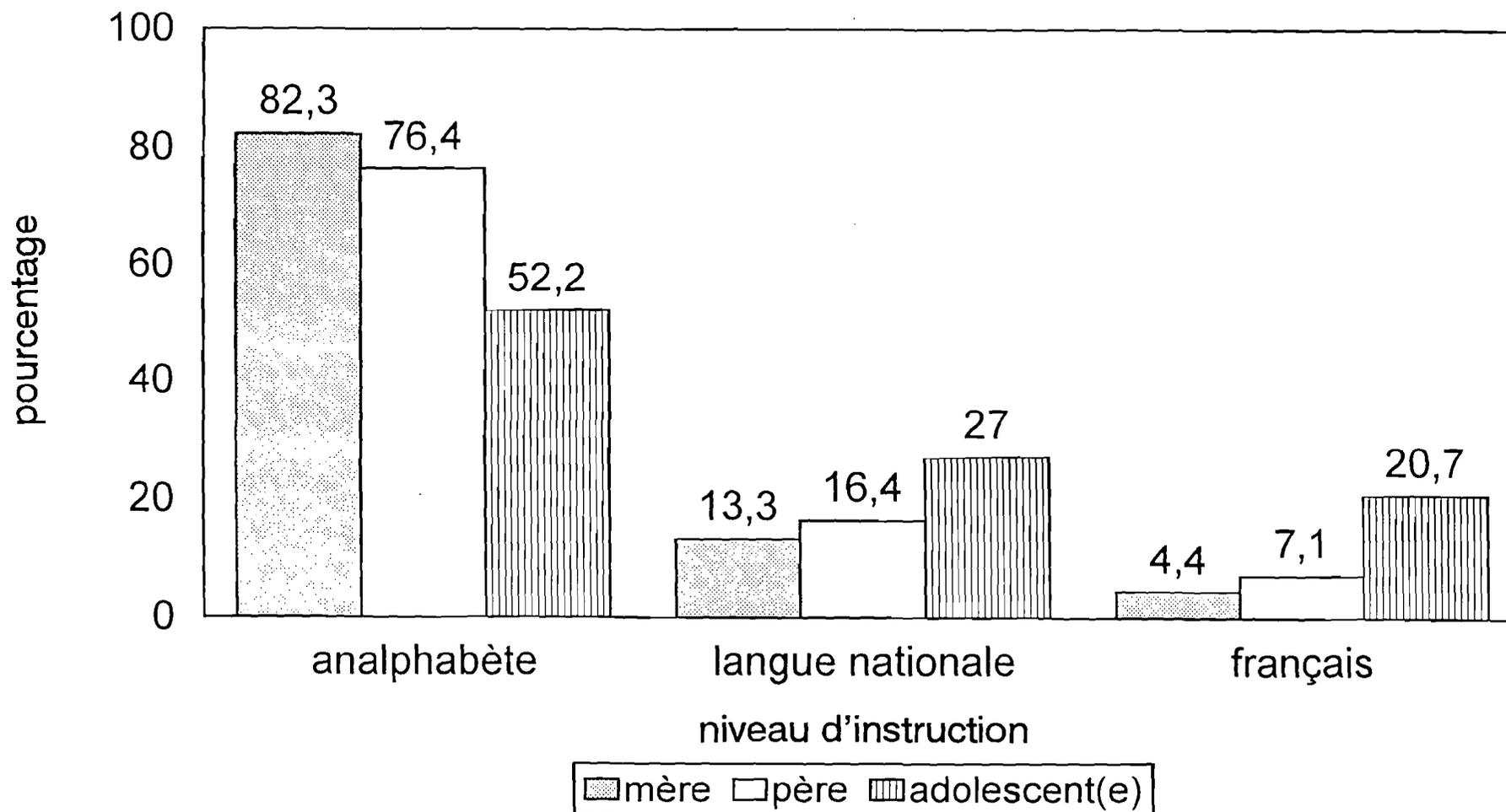


2.2.3. Connaissance des contraceptifs modernes selon le niveau d'instruction

Une proportion plus importante d'analphabètes (73,3 %) connaissait les contraceptifs modernes comparativement aux alphabétisés en langue nationale (17,6 %) et en français (9,1 %) : la valeur p était = 0,004.

La figure 4 montre la répartition des enquêtés selon leur niveau d'instruction et leur connaissance d'au moins un contraceptif moderne. Excepté chez les adolescent (e) s ($p=0,0009$), il n'a pas été observé une association statistique entre le niveau d'instruction et la connaissance d'au moins un contraceptif moderne.

Fig. 4: Répartition des enquêtés selon leur niveau d'instruction et leur connaissance d'au moins un contraceptif moderne



2.2.4. Connaissance des contraceptifs modernes selon le statut matrimonial

Selon leur statut matrimonial, 53,4 % des polygames connaissaient au moins un contraceptif moderne contre 45,1 % de monogame ($p= 0,004$). Excepté chez les chefs de ménage ($p=0,03$), il n'y avait pas d'association statistique entre le statut matrimonial et la connaissance de contraceptifs modernes (tableau II.2).

Tableau II.2 : Répartition selon le statut matrimonial, des chefs et des mères de ménage connaissant au moins un contraceptif moderne.

Statut matrimonial	Mères de ménage n=181		Chefs de ménage n=225		Total n=406	
	N	%	N	%	N	%
Monogame	80	44,20	103	45,78	183	45,07
Polygame*	100	55,25	117	52,0	217	53,45
Veuf(ve) et divorcé (e)	1	0,55	5	2,22	6	1,48
Valeur de p	0,1345301		0,0301317			

* Polygame pour les mères, correspond à mari polygame.

2.3. Sources d'information des personnes interrogées.

Nous avons demandé aux enquêtés qui étaient informés sur les contraceptifs modernes d'identifier leur source principale d'information. La radio nationale a été la principale source d'information des personnes enquêtées (tableau II.3).

Tableau II.3 : Répartition de l'échantillon informé sur les contraceptifs modernes, selon leur principale source d'information

Principales sources d'information	Mères de ménage		Chefs de ménage		Adolescent(e)		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
CSPS*/Hôpital	26	14,4	45	20,0	9	8,1	80	15,47
ASC**	50	27,6	22	9,8	15	13,5	87	16,83
Radio/Télévision/Journal	69	38,1	116	51,6	69	62,2	254	49,13
Théâtre	1	0,6	1	0,4	2	1,18	4	0,77
Amis/Parents	17	9,4	18	8,0	14	12,6	49	9,49
Conjoint(e)	2	1,1	3	1,3	-	-	5	0,97
Autres	16	8,8	20	8,9	2	1,8	38	7,35
Total	181	100,0	225	100,0	111	100,0	517	100,0

CSPS* Centre de Santé et de Promotion Sociale.

ASC** Agent de Santé Communautaire.

Au niveau des mères de ménage enquêtées, les services de santé (14,4 %) venaient en troisième position après les agents de santé communautaire (27,6 %).

Pour les chefs de ménage, les services de santé (20,0 %) étaient en deuxième position, puis venaient les agents de santé communautaire (9,8 %). Par contre chez les adolescent (e) s, les services de santé (8,1 %) étaient en quatrième position après les agents de santé communautaire(13,5 %) et les amis (12,6 %).

3. UTILISATION DES METHODES CONTRACEPTIVES.

3.1 Utilisation des méthodes contraceptives modernes.

3.1.1 Utilisation antérieure des méthodes contraceptives modernes.

Nous avons demandé à ceux qui étaient informés de l'existence des méthodes contraceptives modernes, s'ils avaient déjà utilisé l'une quelconque de celles-ci pour éviter une grossesse. Dans l'affirmative, ils devaient préciser la méthode contraceptive moderne utilisée.

Seulement 15,5% des personnes informées sur les méthodes contraceptives modernes avaient utilisé une méthode contraceptive moderne avant l'enquête (tableau III.1).

Rapporté à tout l'échantillon, il y avait 9,4% d'utilisateurs de méthodes contraceptives modernes avant l'enquête.

Tableau III.1 : Répartition des 181 mères de ménage, 225 chefs de ménage et 111 adolescent(e)s selon les méthodes contraceptives modernes déjà utilisées

Méthodes contraceptives déjà utilisées	Mères de ménage n=181		Chefs de ménage n=225		Adolescent(e) n=111		Total n=517	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Pilule	8	4,42	15	6,67	-	-	23	4,45
DIU*(stérilet)	-	-	1	0,44	-	-	1	0,19
Injectable	2	1,10	-	-	-	-	2	0,39
Condom	3	1,66	22	1,33	29	26,13	54	10,44
Total	13	7,18	38	16,89	29	26,13	80	15,47

* Dispositif Intra-Utérin

N = Nombre ; n = Effectif

L'utilisation des méthodes contraceptives modernes était liée au groupe social.

Les chefs de ménage avaient utilisé plus souvent que les mères de ménage et les adolescent (e) s l'une ou l'autre des substances contraceptives modernes ($p < 10^{-2}$).

Cent soixante huit mères de ménage (92,82 % des cas), 187 chefs de ménage (83,11 % des cas) et 82 adolescent (e) s (73,87 % des cas) avisés de l'existence de contraceptifs modernes, soit 84,53 % de l'échantillon, n'avaient utilisé aucune méthode contraceptive moderne.

3.1.1.1 Utilisation antérieure des méthodes contraceptives modernes selon le niveau d'instruction.

Parmi les 80 personnes ayant utilisé antérieurement une méthode contraceptive moderne, 46 (57,5 %) étaient analphabètes, 15 (18,8 %) étaient alphabétisés en langue nationale et 19 (23,7 %) étaient alphabétisés en français.

La répartition par groupe social et par niveau d'instruction est donnée par le tableau III.2.

Tableau III.2 : Répartition des mères de ménage, chefs de ménage et des adolescent(e)s ayant utilisé les méthodes contraceptives modernes selon leur niveau d'instruction.

Niveau d'instruction	Mères de ménage n=13		Chefs de ménage n=38		Adolescent(e)s. n=29	
	N	%	N	%	N	%
Analphabètes	10	76,92	24	63,16	12	41,38
Alphabétisés en langue nationale	2	15,39	6	15,79	7	24,14
Alphabétisés en français	1	7,69	8	21,05	10	34,48

3.1.1.2. Utilisation antérieure des méthodes contraceptives modernes selon la religion

Parmi les 80 personnes ayant utilisé antérieurement une méthode contraceptive moderne, 59 (73,7 %) étaient musulmanes, 2 (2,5 %) étaient animistes et 19 (23,7 %) étaient chrétiennes.

La répartition par groupe social et par religion est donnée par le tableau III.3.

Tableau III.3 : Répartition des mères de ménage, chefs de ménage et des adolescent (e) s ayant utilisé les méthodes contraceptives modernes selon leur religion.

Religion	Mères de ménage n=13		Chefs de ménage n=38		Adolescent(e)s n=29	
	N	%	N	%	N	%
Musulmane	11	84,62	33	86,84	15	51,72
Animiste	-	-	-	-	2	6,90
Chrétienne	2	15,38	5	13,16	12	41,38

3.1.1.3. Utilisation antérieure des méthodes contraceptives modernes selon le statut matrimonial

Parmi les 51 pères et mères de ménage ayant déjà utilisé une méthode contraceptive moderne, 32 (62,7 %) étaient issus de ménage monogame et 19 (37,2 %) étaient de ménage polygame.

Le tableau III.4 donne la répartition par groupe social et selon le statut matrimonial.

Tableau III.4 : Répartition des mères et des chefs de ménage ayant utilisé les méthodes contraceptives modernes selon leur statut matrimonial

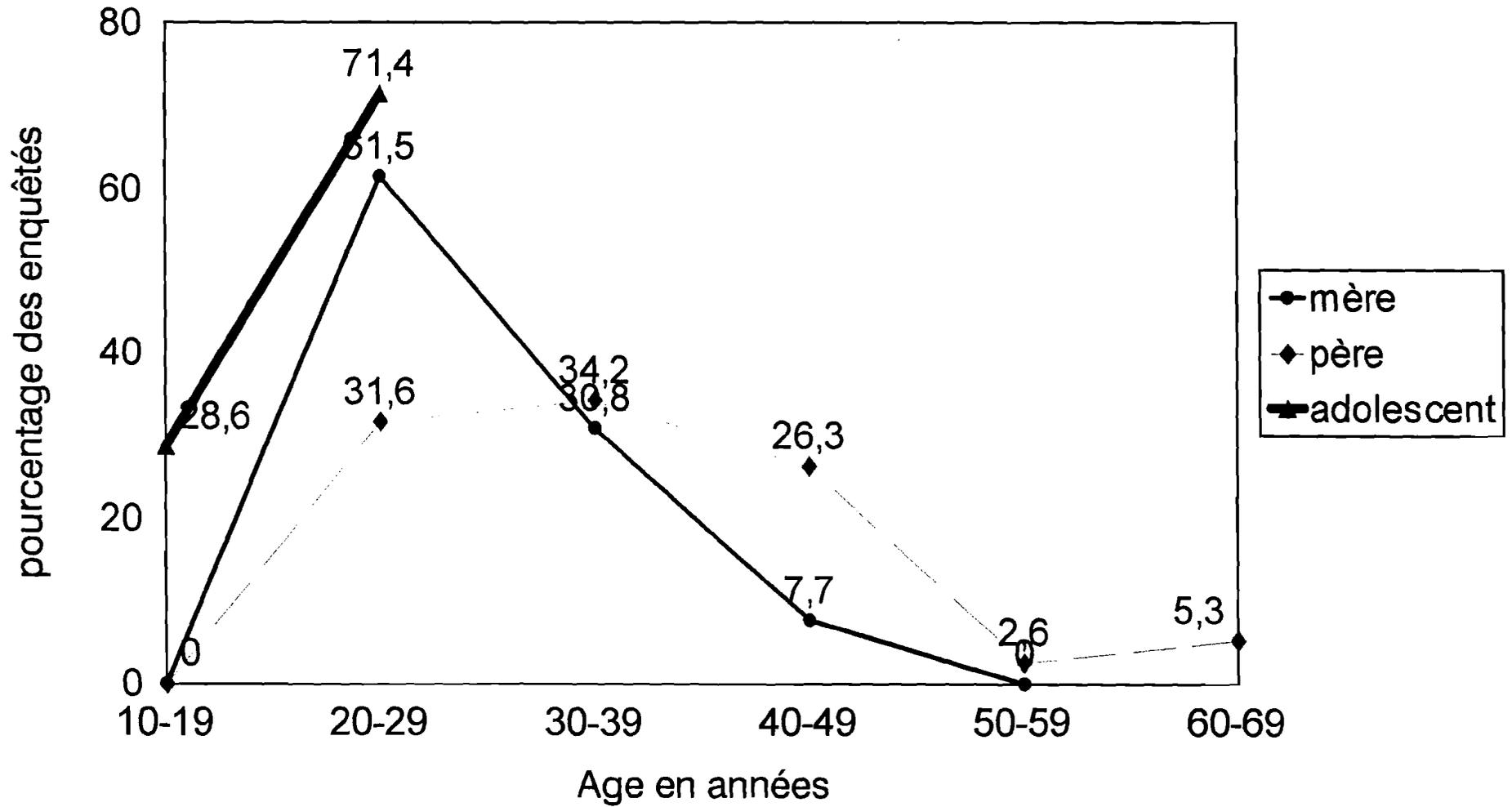
Statut matrimonial	Mères de ménage n=13		Chefs de ménage n=38	
	N	%	N	%
Monogame	10	76,92	22	57,89
Polygame	3	23,08	16	42,11

3.1.1.4 Utilisation antérieure des méthodes contraceptives modernes selon l'âge.

Le mode de la distribution des enquêtés ayant déjà utilisé des méthodes contraceptives modernes est observé dans la tranche d'âge des 20-29 ans chez les mères et les adolescent (e) s et dans celle des 30-39 ans chez les pères (figure 5).

L'unique utilisatrice adolescente est âgée de 15 ans.

Fig.5: Répartition des enquêtés ayant déjà utilisé des méthodes contraceptives modernes selon leur âge



3.1.1.5 Utilisation antérieure des méthodes
contraceptives modernes selon le sexe chez les
adolescent (e) s.

Les adolescents ayant déjà utilisé des méthodes contraceptives modernes, se répartissaient en une fille (dont le partenaire utilisait des préservatifs) et 28 garçons (p=0,004).

3.1.2. Utilisation actuelle des méthodes contraceptives
modernes.

Nous avons également demandé à ceux qui avaient déjà utilisé une méthode contraceptive moderne, d'indiquer la nature de celle utilisée présentement.

Au total 87,5 % des anciens utilisateurs de méthodes contraceptives modernes en utilisaient encore au moment de l'enquête (tableau III.5)

***Tableau III.5 : Répartition des utilisateurs actuels de méthodes
contraceptives modernes, selon leur groupe social
et la méthode contraceptive moderne.***

Méthode contraceptive actuellement utilisée	Mères de ménage		Chefs de ménage		Adolescent (e)s	
	N	%	N	%	N	%
Pilule	6	54,55	12	38,71	-	-
DIU (stérilet)	-	-	1	3,23	-	-
Injectable	2	18,18	-	-	-	-
Condom	3	27,27	18	58,06	28	100,0
Total	11	100,0	31	100,0	28	100,0

Deux mères de ménage, et 3 chefs de ménage, avaient abandonné la pilule pour l'abstinence périodique; de même 4 chefs de ménage, et 1 adolescent avaient abandonné le préservatif pour l'abstinence périodique.

En rapportant le nombre des utilisateurs actuels à l'effectif total de l'échantillon ainsi qu'aux effectifs par groupe social enquêté, on a obtenu un taux instantané d'utilisation actuelle de méthodes contraceptives modernes de 8,4 % se répartissant comme suit :

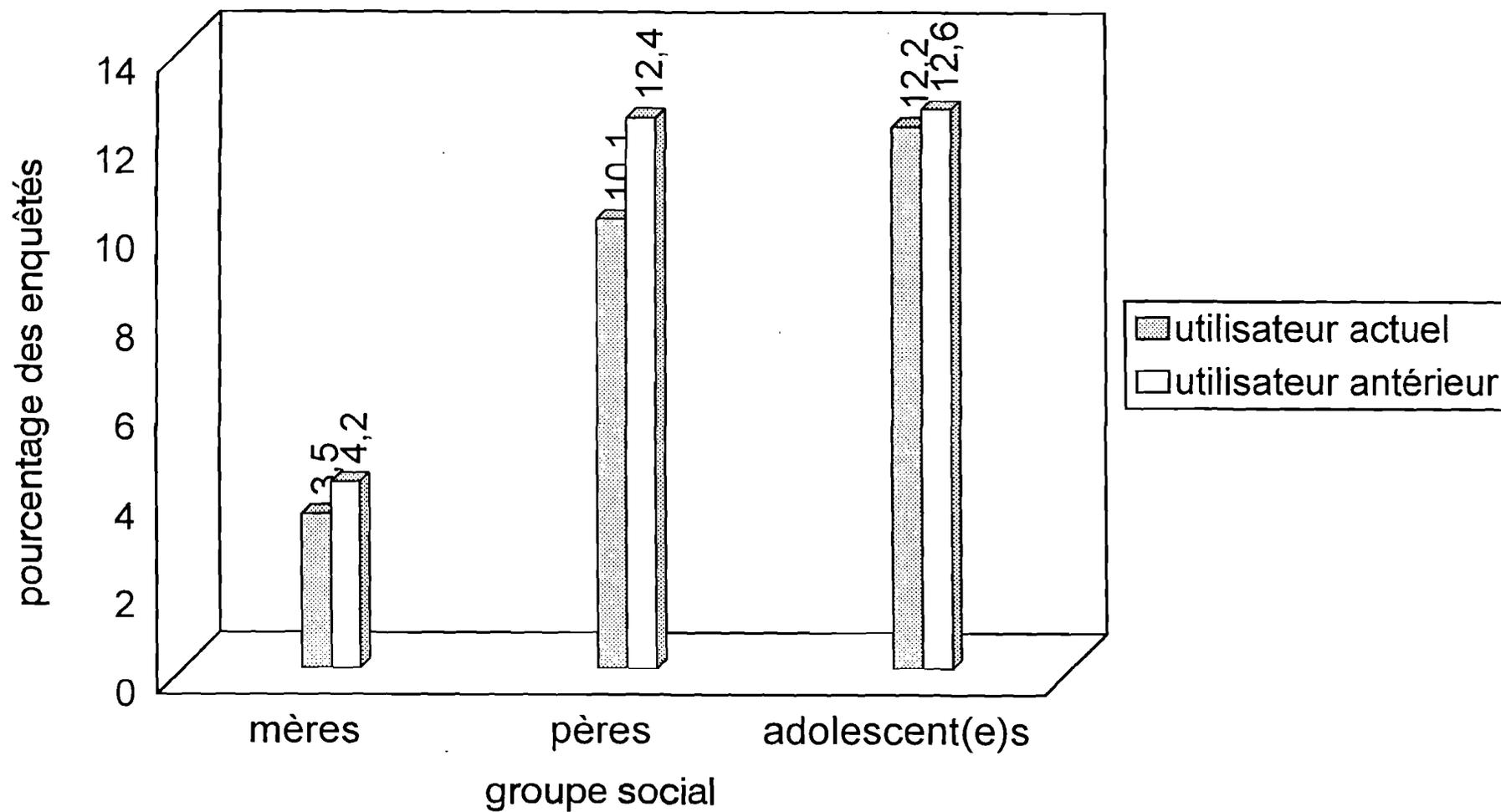
- 11 mères sur 312 utilisaient des méthodes contraceptives modernes au moment de l'enquête : 3,5 %.

- 31 chefs de ménage sur 307 utilisaient des méthodes contraceptives modernes au moment de l'enquête : 10,1 %.

- 28 adolescent (e) s sur 230 utilisaient des méthodes contraceptives modernes au moment de l'enquête: 12,2 %.

La figure 6 présente la distribution des utilisateurs actuels de méthodes contraceptives modernes par groupe social comparé à celle des utilisateurs d'avant l'enquête.

Fig. 6: Répartition des utilisateurs actuels et passés de méthodes contraceptives selon le groupe social

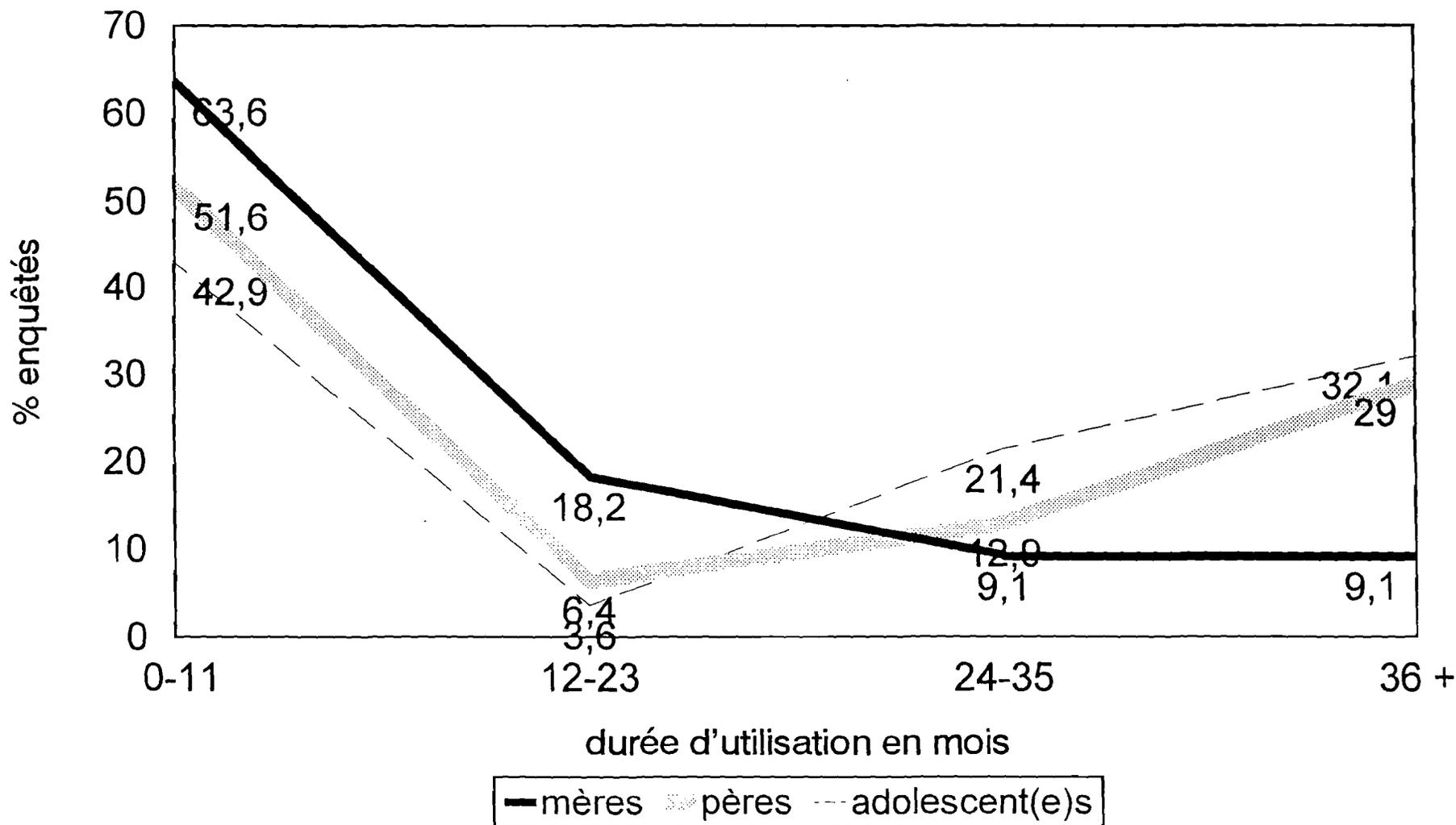


3.1.2.1 La durée d'utilisation des méthodes contraceptives modernes.

Environ 50 % de l'échantillon ont déclaré utiliser les méthodes contraceptives modernes depuis moins d'un an.

La figure 7 présente la distribution des utilisateurs de méthodes contraceptives modernes selon leur groupe social et la durée d'utilisation.

Fig. 7: Répartition des utilisateurs actuels de méthodes contraceptives modernes selon leur groupe social et selon la durée d'utilisation



3.1.3. Utilisation future des méthodes contraceptives modernes.

Nous avons demandé aux enquêtés s'ils désiraient à l'avenir utiliser une méthode contraceptive moderne.

Globalement, 71,97 % de l'échantillon avaient déclaré avoir l'intention d'utiliser à l'avenir une méthode contraceptive moderne tableau III.6.

Tableau III.6 : Répartition des sujets interrogés selon leur intention d'utiliser à l'avenir une méthode contraceptive moderne.

Intention d'utiliser une méthode contraceptive moderne	Mères de ménage		Chefs de ménage		Adolescent(e)s		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Oui	209	66,99	225	73,29	177	76,96	611	71,97
Non	70	22,44	73	23,78	34	14,78	177	20,85
NSP	33	10,58	9	2,93	19	8,26	61	7,18
Total	312	100,0	307	100,0	230	100,0	849	100,0

Il existait une association statistique entre l'intention d'utiliser à l'avenir une méthode contraceptive moderne (M.C.M.) et le groupe social. ($P < 10^{-5}$).

Nous avons analysé les caractéristiques suivantes des personnes ayant l'intention d'utiliser à l'avenir une méthode contraceptive moderne: Religion, niveau d'instruction, statut matrimonial, l'âge, chez les adolescent (e) s le sexe.

3.1.3.1 La religion.

Il existait une association statistique entre la religion et l'intention d'utiliser les méthodes contraceptives modernes par les groupes sociaux, $p < 10^{-7}$ (Tableau III.7).

Tableau III.7 : Répartition des sujets interrogés selon leur intention d'utiliser à l'avenir une méthode contraceptive moderne et en fonction de leur religion.

Religion	Intention d'utiliser une méthode contraceptive moderne							
	Mères de ménage n=209		Chefs de ménage n=225		Adolescent(e)s n=177		Total n=611	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Musulmane	159	76,08	162	72,0	106	59,89	427	69,9
Animiste	28	13,40	44	19,56	25	14,12	97	15,9
Chrétienne	22	10,53	19	8,44	46	25,99	87	14,2

Parmi les mères de ménage, 27 musulmanes, 4 animistes et 2 chrétiennes étaient indécises quant à l'utilisation future d'une méthode contraceptive moderne. Cette attitude avait été observée chez 5 musulmans, 3 animistes, et 1 chrétien parmi les chefs de ménage et chez 7 musulmans, 9 animistes et 3 chrétiens parmi les adolescent (e) s.

3.1.3.2 Le niveau d'instruction.

Les sujets désirant utiliser à l'avenir une méthode contraceptive moderne, se répartissaient comme suit : 72,5 % d'analphabètes, 17,51 % d'alphabétisés en langue nationale et 9,98 % d'alphabétisés en français (Tableau III.8).

Il existait une association statistique entre le niveau d'instruction et l'intention d'utiliser une méthode contraceptive moderne par les différents groupes sociaux; $p < 10^{-9}$.

Tableau III.8 : Répartition des sujets interrogés selon leur intention d'utiliser à l'avenir une méthode contraceptive moderne et en fonction de leur niveau d'instruction.

Niveau d'instruction	Intention d'utiliser une méthode contraceptive moderne							
	Mères de ménage n=209		Chefs de ménage n=225		Adolescent(e)s n=177		Total n=611	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Analphabètes	173	82,78	168	74,67	102	57,63	443	72,50
Alphabétisés langue nationale	28	13,40	39	17,33	40	22,60	107	17,51
Alphabétisés en français	8	3,83	18	8,0	35	19,77	61	9,98

3.1.3.3 Le statut matrimonial

Environ 55 % des pères et mères désirant à l'avenir utiliser une méthode contraceptive moderne étaient issus de ménage polygame (tableau III.9).

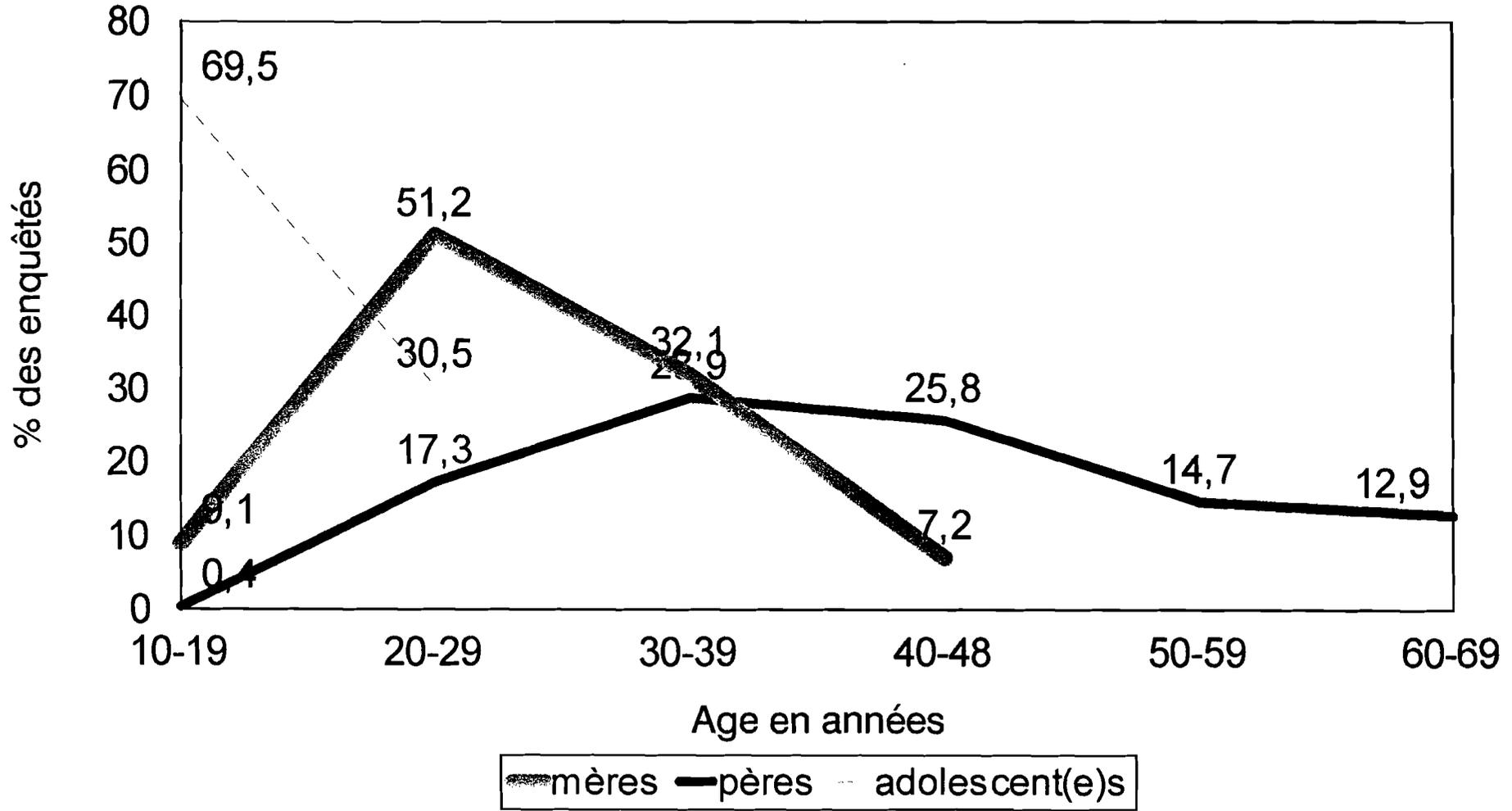
Tableau III.9 : Répartition des mères et des chefs de ménage interrogés selon leur intention d'utiliser à l'avenir une méthode contraceptive moderne et en fonction de leur statut matrimonial.

Statut matrimonial	Intention d'utiliser une méthode contraceptive moderne					
	Mères de ménage n=209		Chefs de ménage n=225		Total n=434	
	N	%	N	%	N	%
Monogame	97	46,41	96	42,67	193	44,47
Polygame	111	53,11	126	56,0	237	54,61
Veuf(ve) et divorcé	1	0,48	3	1,33	4	0,92

3.1.3.4 L'âge.

La figure 8 présente la répartition des sujets interrogés ayant l'intention d'utiliser à l'avenir une méthode contraceptive moderne, selon leur âge.

Fig. 8: Répartition des personnes ayant l'intention d'utiliser à l'avenir des méthodes contraceptives moyennes en fonction de leur âge



3.1.3.5. Utilisation future par les adolescentes et les adolescents.

Les garçons étaient significativement plus nombreux (67,7 %) à vouloir utiliser dans le futur les méthodes contraceptives modernes que les filles (32,8 %) ; la valeur $p = 0,02$.

3.1.4 Méthodes contraceptives de choix dans l'avenir.

Nous avons demandé à ceux qui avaient l'intention d'utiliser une méthode contraceptive à l'avenir, d'indiquer la méthode préférée.

La pilule était la méthode de choix des personnes enquêtées (tableau III.10)

Tableau III.10 : Répartition des 209 mères de ménage, 225 chefs de ménage et des 177 adolescent(e)s qui désiraient utiliser une méthode contraceptive à l'avenir selon celles qu'ils préféreraient.

Méthodes contraceptives préférées à l'avenir	Mères de ménage		Chefs de ménage		Adolescent (e) s		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Pilule	142	67,9	109	48,5	77	43,5	328	53,7
DIU(stérilet)	2	1,0	7	3,1	7	3,9	16	2,6
Injectable	37	17,7	21	9,3	23	13,0	81	13,3
Condom	3	1,4	53	23,6	55	31,1	111	18,2
Abstinence sexuelle du post partum	-	-	5	2,2	1	0,6	6	1,0
Spermicide	2	1,0	1	0,4	-	-	3	0,4
Abstinence périodique	-	-	7	3,1	4	2,3	11	1,8
Total	209	89,0	225	90,2	177	94,4	611	91,0

Neuf pour-cent de l'échantillon étaient indécis. Il s'agissait de 23 mères de ménage (11 % des mères), 22 chefs de ménage (9,8 % des chefs de ménage) et de 10 adolescent (e) s (5,6 % des adolescent (e) s).

Nous avons analysé les caractéristiques des personnes interrogées selon leur méthodes contraceptives de choix et la variable religion.

3.1.4.1 Selon la religion des mères de ménage

La pilule et les méthodes injectables étaient le choix dominant quelle que soit la religion (tableau III.11)

Tableau III.11 : Répartition des 209 mères de ménage selon la méthode contraceptive de choix dans l'avenir et en fonction de leur religion.

Méthodes contraceptives préférées à l'avenir	Religion						Total	
	Musulmane		Animiste		Chrétienne			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Pilule	89	68,46	34	65,33	19	70,37	142	67,94
DIU	1	0,77	1	1,92	0	0,0	2	0,96
Injectable	24	18,46	8	15,38	5	18,52	37	17,70
Condom	3	2,31	0	0,0	0	0,0	3	1,44
Spermicide	1	0,77	1	1,92	0	0,0	2	0,96
Total	130	100,0	52	100,0	27	100,0	209	100,0

Les 23 mères indécises étaient composées de 12 musulmanes (9,23 %), 8 animistes (15,38 %) et 3 chrétiennes (11,11 %).

3.1.4.2 Selon la religion des chefs de ménage.

La pilule et les condoms étaient le choix dominant, quelle que soit la religion (tableau III.12)

Tableau III.12 : Répartition des 225 chefs de ménage selon la méthode contraceptive de choix dans l'avenir et en fonction de leur religion.

Méthodes préférées à l'avenir	Religion						Total	
	Musulmane		Animiste		Chrétienne			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Pilule	87	53,70	14	31,82	8	42,11	109	48,44
DIU	5	3,09	1	2,27	1	5,26	7	3,11
Injectable	17	10,49	2	4,55	2	10,50	21	9,33
Condom	32	19,75	15	34,09	6	31,58	53	23,56
Abstinence sexuelle du post partum	3	1,85	2	4,55	0	0,0	5	2,22
Spermicide	1	0,62	0	0,0	0	0,0	1	0,44
Abstinence périodique	6	3,70	0	0,0	1	5,26	7	3,11
Total	162	100,0	44	100,0	19	100,0	225	100,0

Les 22 chefs de ménage indécis étaient composés de 11 musulmans (6,79 %), 10 animistes (22,73 %) et 1 chrétien (5,26 %).

3.1.4.3 Selon la religion des adolescent(e)s.

Les résultats étaient similaires à ceux des chefs de ménage (tableau III.13)

Tableau III.13 : Répartition des 177 adolescent(e)s selon la méthode contraceptive de choix dans l'avenir et en fonction de leur religion.

Méthodes contraceptives préférées à l'avenir	Religion						Total	
	Musulmane		Animiste		Chrétienne			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Pilule	45	42,45	13	52,0	19	41,30	77	43,50
DIU	5	4,72	0	0,0	2	4,35	7	3,95
Injectable	17	16,04	3	12,0	3	6,52	23	12,99
Condom	33	31,13	5	20,0	17	36,96	55	31,07
Abstinence du post partum	0	0,0	0	0,0	1	2,17	1	0,56
Abstinence périodique	1	0,94	1	4,0	2	4,35	4	2,26
Total	106	100,0	25	100,0	46	100,0	177	100,0

Les 10 adolescent (e) s indécis étaient composés de 5 musulmans (4,72 %), 3 animistes (12 %) et 2 chrétiens (4,35 %).

3.2. Méthodes contraceptives traditionnelles.

Nous avons étudié les deux principales méthodes traditionnelles utilisées par les mères d'enfants pour espacer la naissance de ces dernières.

3.2.1 L'allaitement au sein maternel.

La totalité des femmes ayant accouché au moins d'un enfant vivant pratiquait l'allaitement maternel au sein.

L'enfant était mis précocement au sein: 1-3 heures après l'accouchement par 92 femmes(31,83 % des cas) et très tardivement (4 jours et plus) par 3 femmes (1,40 % des cas).

Le temps moyen de mise au sein de l'enfant après la naissance était de 27 heures.

3.2.1.1 Durée de l'allaitement maternel au sein.

Nous avons interrogé toutes les mères de ménage enquêtées, sur la durée de l'allaitement maternel: elle était extrêmement variable de 12 mois à plus de 48 mois avec un mode dans la tranche de 24-35 mois. (figure 9)

La durée moyenne de l'allaitement maternel était de 33,25 mois.

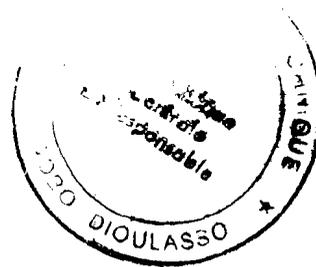
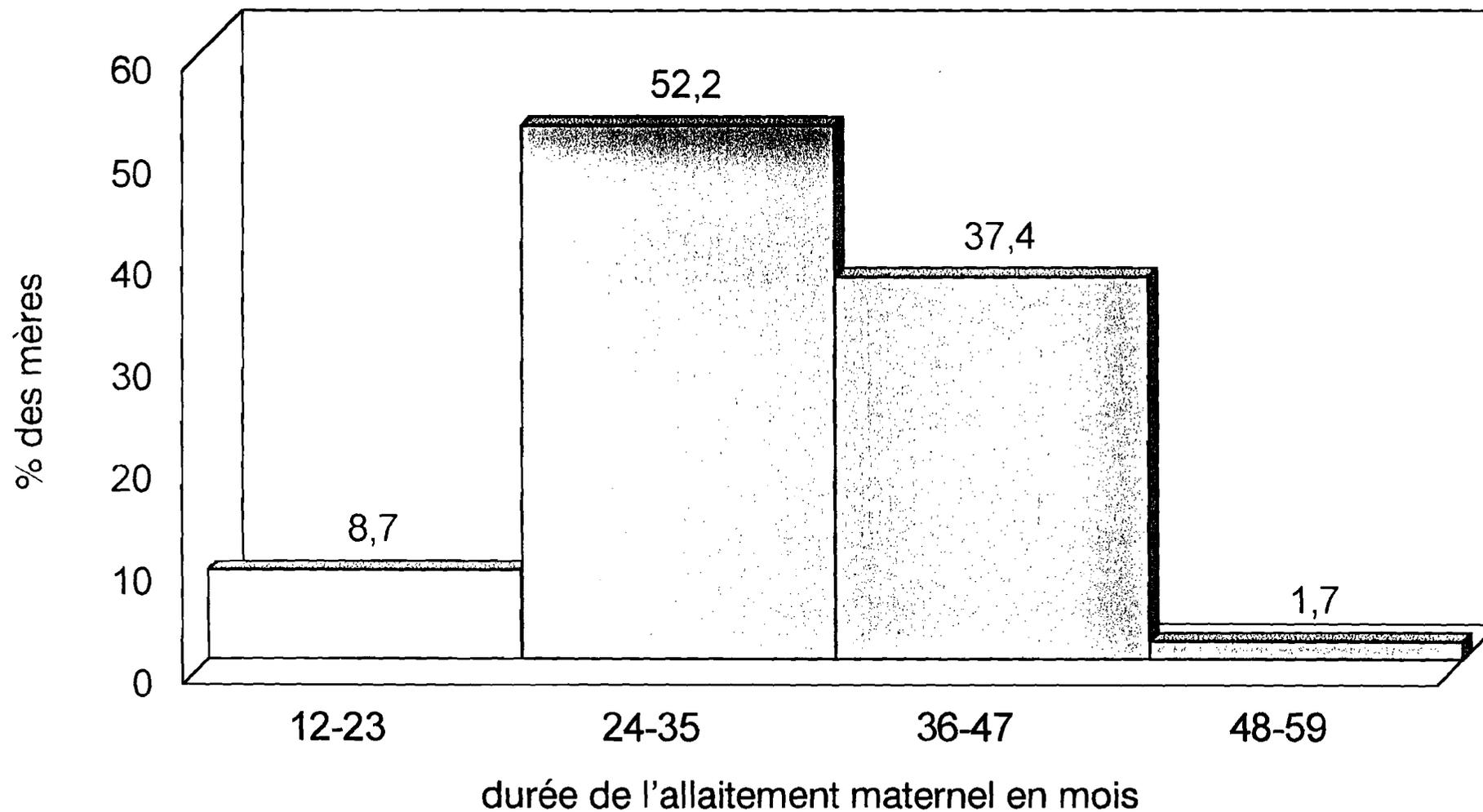


Fig. 9: Répartition des mères d'enfant en fonction de la durée d'allaitement maternel



Trois mères de ménage (0,96 % des cas) allaitaient leur enfant selon le désir de celui-ci, 5 (1,60 % des cas) arrêtaient l'allaitement dès l'apparition d'une grossesse et 4 (1,28 % des cas) déclaraient ne pas savoir la durée de l'allaitement maternel.

La durée de l'allaitement maternel n'était pas associée à l'âge des mères ($p > 0,3$).

3.2.2. Abstinence sexuelle du post partum.

Soixante douze personnes pratiquaient l'abstinence sexuelle soit 8,5 % de l'échantillon. Il s'agissait de 26 mères (8,3 % de l'effectif des mères), 42 pères de ménage (13,6 %) et de 4 adolescent(e)s (1,7 %).

3.2.2.1 Durée de l'abstinence sexuelle du post partum.

Nous avons demandé aux mères de ménage et aux chefs de ménage, d'indiquer le temps qui devrait s'écouler entre la naissance d'un enfant et la reprise des rapports sexuels.

Soixante neuf virgule trois pour-cent des réponses le situaient entre 12 et 23 mois. (tableau III.14)

Tableau III.14 : Répartition des 164 mères de ménage, 185 chefs de ménage selon la durée de l'abstinence sexuelle du post partum.

Durée abstinence sexuelle du post partum	Mères de ménage n=164		Chefs de ménage n=185		Total n=349	
	N	%	N	%	N	%
0-2 mois	13	7,93	19	10,27	32	9,17
3-5 mois	22	13,41	24	12,97	46	13,18
6-11 mois	15	9,15	14	7,57	29	8,31
12-23 mois	114	69,51	128	69,19	242	69,34
Durée moyenne	14,3		13,4			

Dix sept mères (5,2 % des cas) et 19 chefs de ménage (6,2 % des cas) n'avaient pas donné une durée pour l'abstinence sexuelle du post partum.

Pour 131 mères(42,0 % des cas) et 103 chefs de ménage(33,6 % des cas), l'abstinence sexuelle du post partum prenait fin avec l'arrêt de l'allaitement maternel.

Il n'y avait pas d'association statistique entre la durée de l'abstinence sexuelle du post partum et le groupe social des répondants. ($p = 0,85$).

Nous avons analysé la durée de l'abstinence sexuelle du post partum selon la religion, le niveau d'instruction, et le statut des personnes interrogées.

3.2.2.2. Selon la religion.

Le Tableau III.15 présente la répartition de tous les mères et chefs de ménage interrogés, selon la durée de l'abstinence sexuelle du post partum et en fonction de leur religion.

Tableau III.15 : Durée de l'abstinence sexuelle du post partum selon la religion des 164 mères et 185 chefs de ménage.

Durée abstinence sexuelle du post partum	Religion					
	Musulmane		Animiste		Chrétienne	
	N	%	N	%	N	%
1) D'après les mères de ménage						
45 jours	8	7,77	4	10,81	1	4,17
3-5 mois	12	11,65	3	8,11	7	29,17
6-11 mois	10	9,71	3	8,11	2	8,33
12-24 mois	73	70,87	27	72,97	14	58,33
Total	103	100,0	37	100,0	24	100,0
Durée moyenne (mois)	14,17		14,31		12,44	
2) D'après les chefs de ménage						
45 jours	18	13,43	-	-	1	6,25
3-5 mois	14	10,45	4	11,43	6	37,50
6-11 mois	12	8,96	2	5,71		-
12-24 mois	90	67,16	29	82,86	9	56,25
Total	134	100,0	35	100,0	16	
Durée moyenne (mois)	13,47		15,86		11,72	

Parmi les sujets qui n'avaient pas donné la durée de l'abstinence sexuelle du post partum, nous avons noté : 7 musulmanes, 9 animistes, 1 chrétienne chez les mères et 9 musulmans, 6 animistes, 4 chrétiens chez les chefs de ménage. Parmi les sujets qui avaient répondu que l'abstinence sexuelle du post partum prenait fin avec l'arrêt de l'allaitement maternel nous avons dénombré : 72 musulmanes, 44 animistes, 15 chrétiennes chez les mères et 52 musulmans, 42 animistes, 9 chrétiens chez les chefs de ménage.

3.2.2.3 Selon le niveau d'instruction

Le Tableau III.16 présente la répartition de tous les mères et chefs de ménage interrogés, selon la durée de l'abstinence sexuelle du post partum et en fonction de leur niveau d'instruction

Tableau III.16 : Durée de l'abstinence sexuelle du post partum selon le niveau d'instruction des 164 mères et 185 chefs de ménage.

Durée abstinence sexuelle du post partum	Niveau d'instruction					
	Analphabètes		Alphabétisés langue nationale		Alphabétisés en français	
	N	%	N	%	N	%
1) D'après les mères de ménage						
45 jours	11	7,86	2	11,76	-	-
3-5 mois	19	13,57	3	17,65	-	-
6-11 mois	13	9,28	1	5,88	1	14,29
12-24 mois	97	69,29	11	64,71	6	85,71
Total	140	100,0	17	100,0	7	100,0
Durée moyenne (mois)	13,92		13,03		16,64	
2) D'après les chefs de ménage						
45 jours	12	8,22	4	13,79	3	30,0
3-5 mois	15	10,27	8	27,59	1	10,0
6-11 mois	13	8,90	1	3,45	-	-
12-24 mois	106	72,60	16	55,17	6	60,0
Total	146	100,0	29	100,0	10	100,0
Durée moyenne (mois)	14,36		11,53		11,65	

3.2.2.4 Selon le statut matrimonial

Le Tableau III.17 présente la répartition de tous les mères et chefs de ménage interrogés, selon la durée de l'abstinence sexuelle du post partum et en fonction de leur statut matrimonial.

Tableau III.17 : Durée de l'abstinence du post partum selon le statut matrimonial des 164 mères et 185 chefs de ménage.

Durée abstinence sexuelle du post partum	Statut matrimonial					
	Monogames		Polygames		Veuves ou Divorcés	
	N	%	N	%	N	%
1) D'après les mères de ménage						
45 jours	6	8,0	7	8,24	-	-
3-5 mois	12	16,0	9	10,59	1	25,0
6-11 mois	7	9,33	8	9,41	-	-
12-24 mois	50	66,67	61	71,76	3	75,0
Total	75	100,0	85	100,0	4	100,0
Durée moyenne (mois)	13,55		13,72		14,50	
2) D'après les chefs de ménage						
45 jours	11	14,47	8	1,55	-	-
3-5 mois	13	17,11	11	10,38	-	-
6-11 mois	5	6,58	8	7,55	1	33,33
12-24 mois	47	61,84	79	74,53	2	66,67
Total	76	100,0	106	100,0	3	100,0
Durée moyenne (mois)	12,59		14,58		14,83	

3.2.3 L'abstinence sexuelle au cours de l'allaitement maternel.

Nous avons demandé aux mères de ménage et aux chefs de ménage enquêtés, si une mère qui allaite pouvait avoir des rapports sexuels.

Le Tableau III.18 présente la répartition de l'avis des mères et chefs de ménage sur la possibilité d'une mère qui allaite à faire des rapports sexuels.

Tableau III.18 : Répartition de l'avis des mères de ménage et des chefs de ménage sur la possibilité d'une mère qui allaite d'avoir des rapports sexuels.

Rapports sexuels de mère allaitante	Mères de ménage		Chefs de ménage		Total
	N	%	N	%	
Oui	69	22,12	86	28,01	155
Non	232	74,36	218	71,01	450
NSP	11	3,53	3	0,98	14
Total	312	100,0	307	100,0	619

4. Sources d'approvisionnement en moyens contraceptifs modernes.

4.1 Sources actuelles d'approvisionnement en moyens contraceptifs modernes.

Nous avons demandé aux enquêtés informés sur les méthodes contraceptives modernes, d'indiquer leur source principale d'approvisionnement en contraceptifs.

Quatre vingt quatre pour-cent des personnes enquêtées ont indiqué leur source principale d'approvisionnement en moyens contraceptifs modernes. Ces personnes se répartissaient ainsi : 140 mères de ménage (77,3 % des mères avisées), 195 chefs de ménage (86,7 % des chefs de ménage avisés) et 99 adolescent (e) s (88,29 % des adolescent (e) s avisés).

Leur répartition en fonction de la source principale d'approvisionnement en contraceptifs est présentée dans le tableau IV.1.

Tableau IV.1 : Répartition des personnes informées sur les méthodes contraceptives modernes selon leur groupe social et leur source principale d'approvisionnement en contraceptifs.

Lieu d'approvisionnement en moyens contraceptifs modernes	Mères de ménage n=181		Chefs de ménage n=225		Adolescent(e)s n=111		Total n=517	
	N	%	N	%	N	%	N	%
CSPS, CM, Hôpital	93	51,4	115	51,1	70	63,1	278	53,77
PSP,ASC	32	17,7	38	16,9	6	5,4	76	14,70
PPI-K	9	5,0	15	6,7	1	0,9	25	4,84
Pharmacie, Dépôt MEG	4	2,2	17	7,6	9	8,1	30	5,80
Boutique	2	1,1	10	4,4	12	10,8	24	4,64
Autres	-	-	-	-	1	0,9	1	0,19
NSP	41	22,7	30	13,3	12	10,8	83	16,05

CSPS : Centre de Santé et de Promotion Sociale

CM : Centre Médical

PSP : Poste de Santé Primaire

PPI-K : Plan de Parrainage International Kaya

MEG : Médicament Essentiel et Générique.

NSP : Ne Sait Pas

Les structures sanitaires constituaient la principale source d'approvisionnement des populations en contraceptifs modernes.

4.2 Sources futures d'approvisionnement en contraceptifs modernes.

Nous avons demandé aux personnes interrogées d'indiquer leur lieu de choix pour s'approvisionner en moyens contraceptifs modernes.

Le PSP apparaissait comme le lieu le plus approprié des populations pour leur approvisionnement en contraceptifs (tableau IV.2).

Tableau IV.2 : Répartition des personnes informées sur les méthodes contraceptives modernes selon leur groupe social et le lieu de choix pour leur approvisionnement en contraceptifs.

Lieux souhaités d'approvisionnement en contraceptifs modernes.	Mères de ménage n=209		Chefs de ménage n=225		Adolescent(e)s n=177		Total n=611	
	N	%	N	%	N	%	N	%
CSPS,CM, Hôpital	59	28,2	62	27,6	60	33,9	181	29,62
PSP	13 7	65,6	134	59,6	90	50,8	361	59,08
PPI-K	3	1,4	3	1,3	-	-	6	0,98
Pharmacie, Dépôt MEG	4	1,9	11	4,9	8	4,5	23	3,76
Boutique	-	-	4	1,8	7	4,0	11	1,80
Ami et Connaissance	5	2,4	8	3,6	4	2,3	17	2,78
Autres	-	-	2	0,9	3	1,7	5	0,82

Cette préférence des PSP est observée au sein des personnes de tous les niveaux d'instruction, de toutes les religions et quel que soit leur statut matrimonial.

Sept personnes (1,15 %) soit 1 mère (0,5 %), 1 père (0,4 %) et 5 adolescent (e) s n'ont pas fourni de réponse à la question.

5. Facteurs liés à l'utilisation de la planification familiale.

5.1. Taille idéale du ménage.

Nous avons demandé le nombre idéal d'enfants souhaités par participant à l'enquête.

Le nombre d'enfants médian était de 4,8 pour l'ensemble de l'échantillon. Le tableau V.1 présente les réponses des différents participants.

Tableau V.1: Nombre idéal d'enfants d'une femme et d'un homme selon la nature du répondant.

Nature du répondant	Nombre idéal d'enfants (médian) d'	
	Une femme	Un homme
Mères de ménage	$4 \pm 0,447 = (3,6-4,5)$	$1 \pm 0,403 = (0,6-1,4)$
Pères de ménage	$4 \pm 0,360 = (3,6-4,4)$	$4 \pm 0,720 = (3,3-4,7)$
Adolescents	$5 \pm 0,219 = (4,8-5,2)$	$7 \pm 0,553 = (6,4-7,6)$
Adolescents hommes	$5 \pm 0,268 = (4,7-5,3)$	$6 \pm 0,668 = (5,3-6,7)$
Adolescents femmes	$5 \pm 0,566 = (4,4-5,6)$	$8 \pm 0,79 = (7,2-8,8)$

Le nombre idéal d'enfants médian d'une femme était de 4 selon les mères et les pères de ménage et de 5 selon les adolescent(e)s (différence significative au risque de 5 %).

Celui d'un homme était respectivement de 1, 4 et 7 selon les mères, les hommes eux-mêmes et les adolescent(e)s (différence significative au risque de 5%).

Les adolescentes attribuaient à l'homme un nombre d'enfants significativement plus grand que celui attribué par les adolescents.

5.2 Intervalle intergénésiqne idéal.

Nous avons demandé aux enquêtés, d'indiquer l'intervalle le plus approprié selon eux entre deux naissances vivantes consécutives.

L'intervalle intergénésiqne médian était de 3,3 ans dans chaque groupe enquêté (tableau V.2), sans variation avec la religion, le niveau d'instruction et la tranche d'âge considérée.

Tableau V.2 : Répartition de l'échantillon selon l'intervalle intergénésiqne idéal.

Intervalle intergénésiqne idéal en mois	Mères de ménage	Chefs de ménage	Adolescent(e)s	Total
11-23	2	2	4	8
24-35	33	32	27	92
36-47	274	271	187	732
Total	309	305	218	832

Trois mères (1,0 % des cas) et 12 adolescent (e)s (5,2 % des cas) déclaraient ne pas savoir la longueur de l'intervalle intergénésiqne idéal. Deux chefs de ménage (0,7 % des cas) avaient signalé qu'elle était fonction de la volonté divine.

5.3 Pratique des rapports sexuels avant la reprise du cycle menstruel.

5.3.1 Nous avons demandé aux mères d'enfants, si elles avaient eu des rapports sexuels avant la reprise de leurs règles.

Seulement 60 mères d'enfants sur les 289 avaient répondu par l'affirmative, soit 20,8 % des mères.

5.3.2 L'âge aux premiers rapports sexuels.

Nous avons demandé aux enquêtés de nous dire l'âge auquel ils avaient eu leur premier rapport sexuel.

Les adolescents et adolescentes, les mères de ménage ont eu leurs premiers rapports sexuels à un âge plus précoce que les pères de ménage. Par contre l'âge moyen des adolescents et adolescentes à leurs premiers rapports sexuels n'était pas significativement différent.

Ces différentes moyennes d'âge aux premiers rapports sexuels sont présentées par le tableau V.3.

Tableau V.3: Age moyen aux premiers rapports sexuels selon le groupe social.

Groupe social enquêté	Numéro d'ordre	Age moyen aux premiers rapports sexuels en année	Différence
Pères de ménage (n = 307)	A	21,1 ± 4,7	
Mères de ménage (n = 312)	B	17,1 ± 2,3	A-B = S
Adolescents (n = 81)	C	16,5 ± 3,9	A-C = S ; B-C = NS
Adolescentes (n = 9)	D	14,8 ± 1,9	A-D = S ; B-D = NS ; C-D = NS

Légende : S = différence significative, avec $p < 0,001$.

NS = différence non significative, avec $p > 0,05$.

5.4 Prévalence instantanée de la grossesse.

Nous avons également demandé à toutes les mères et aux adolescentes si elles étaient enceintes au moment de notre visite. A celles qui l'étaient, nous leur avons demandé si la grossesse était désirée ou non. Aux adolescents, nous avons demandé s'ils avaient déjà enceinté une fille.

Parmi les 397 mères de ménage et adolescentes, 49 étaient enceintes, soit 12,3 %. Il s'agissait de 48 mères (15,4 % des mères) et d'une adolescente (1,2 % des adolescentes).

La grossesse était non désirée par 26 mères enceintes soit 53,1 % des cas et par l'adolescente.

Par ailleurs 8 adolescents (5,5 % des cas) avaient déjà enceinté une fille : la grossesse n'avait pas été désirée.

5.5 Attitude à l'égard de la planification familiale.

Nous avons demandé aux enquêtés s'ils approuvaient la planification familiale.

Au total 784 personnes interrogées (soit 92,3 % de l'échantillon) approuvaient la planification familiale.

Le taux de réponse affirmative était similaire dans chaque groupe interrogé : 93,9 % des mères de ménage, 90,2 % des pères de ménage et 93,0 % des adolescents.

Aux personnes qui avaient répondu par la négative, nous avons demandé les raisons de leur désapprobation.

Les effets des méthodes contraceptives modernes sur la fécondité, constituaient la principale raison dans les 3 groupes de personnes interrogées (tableau V.4).

Tableau V.4: Répartition des personnes opposées à la planification familiale selon leur motifs.

Raison évoquée	Mères de ménage n=19		Chefs de ménage n=30		Adolescent(e)s n=16		Total n=65	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Infidélité	-	-	6	20,0	4	25,0	10	15,38
Stérilité secondaire	5	26,3	5	16,7	7	43,8	17	26,15
Religion	-	-	2	6,7	-	-	2	3,08
Autres	-	-	17	56,7	3	18,8	20	30,77
NSP	14	73,7	-	-	2	12,5	16	24,62

5.6 Profil de l'agent rural de planification familiale.

Nous avons voulu savoir si, un animateur local, agent de santé communautaire ou volontaire, était à même de distribuer les méthodes contraceptives modernes dans le village.

Globalement, 770 personnes interrogées (90,69 % de l'échantillon) approuvaient cette proposition; en particulier, 87,5 % des mères, 93,8 % des chefs de ménage, 90,9 % des adolescent (e) s étaient favorables à l'implication d'un ASC dans les activités de planification familiale ; 44 personnes interrogées (5,18 %) ne se sont pas prononcées.

Nous avons ensuite voulu savoir si les personnes interrogées avaient une préférence pour le genre (sexe) de l'animateur.

Le sexe de l'animateur importait peu pour 64,66 % de l'échantillon. (tableau V.5)

Tableau V.5 : Répartition de l'échantillon selon la préférence du sexe de l'agent de santé communautaire.

Sexe de l'animateur	Mères de ménage n=312		Chefs de ménage n=307		Adolescent(e)s n=230		Total n=849	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Féminin	79	25,3	42	13,7	52	22,6	173	20,4
Masculin	19	6,1	57	18,6	49	21,3	125	14,7
Pas d'importance	214	68,6	206	67,1	129	56,1	549	64,7
NSP	-	-	2	0,7	-	-	2	0,2

5.7 L'âge au premier mariage.

Nous avons demandé aux mères et aux chefs de ménage, l'âge qu'ils avaient à leur premier mariage.

Il en ressort que l'âge moyen des mères de ménage au premier mariage était de 17,25 ans (écart type=1,22) soit à l'âge du premier rapport sexuel et celui des chefs de ménage de 26,77 ans (écart type = 6,98) soit environ 5 ans après le premier rapport sexuel.

Cet âge au premier mariage était indépendant de la religion des mères et pères de ménage.

5.8 L'âge de la mère à la première grossesse.

Nous avons demandé aux femmes ayant déjà été enceintes une fois, l'âge qu'elles avaient à la première grossesse.

Nous avons établi que l'âge moyen des femmes à la première grossesse était de 18,66 ans, soit 1 an après les premiers rapports sexuels.

L'âge à la première grossesse était indépendant de la religion.

5.9 La connaissance de la période féconde de la femme.

Nous avons demandé aux enquêtés, d'indiquer la période du cycle menstruel au cours de laquelle une femme a plus de chance de tomber enceinte.

Le Tableau V.6 montre la répartition de l'échantillon selon la période féconde de la femme.

Tableau V.6 : Répartition des enquêtés selon la connaissance de la période féconde de la femme et par groupe social.

Période féconde de la femme	Mères de ménage n=258		Chefs de ménage n=274		Adolescent (e)s n=114		Total n=646	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Pendant les règles	7	2,71	16	5,84	6	5,26	29	4,49
Juste à la fin des règles	178	68,99	180	65,69	51	44,74	409	63,31
Au milieu du cycle	48	18,60	50	18,25	35	30,70	133	20,59
Juste avant le début de ses règles	7	2,71	6	2,19	6	5,26	19	2,94
Autres	-	-	-	-	4	3,51	4	0,62

Cent quatre vingt douze mères (61,54 % des cas), 202 chefs de ménage (65,80 % des cas) et 63 adolescent (e) s (27,39 % des cas) avaient donné une réponse erronée sur la position de la période féconde de la femme. La connaissance de la période féconde de la femme était associée au groupe social des enquêtés ($p = 0,002$).

Trente trois personnes interrogées ont déclaré ne pas pouvoir situer cette période (10 mères, 13 pères et 10 adolescent (e) s). Pour 19 autres personnes (8 mères, 9 pères et 2 adolescent (e) s), cette période féconde d'une femme dépendait de Dieu.

5.10 Communication en matière de fécondité.

5.10.1 Communication au sein des ménages.

Nous avons demandé aux chefs de ménage et aux mères de ménage, s'ils avaient déjà discuté avec leur conjoint (e) du nombre d'enfants qu'ils désiraient avoir.

Seulement 31 femmes (10,7 %) et 38 hommes (12,4 %) avaient discuté avec leur conjoint (e) du nombre d'enfants souhaité.

5.10.2 Communication au sein de la communauté.

Nous avons demandé aux enquêtés, s'ils avaient déjà discuté de l'espacement des naissances avec une de leur connaissance.

Le TableauV.7 montre la répartition de tous les sujets interrogés selon qu'ils avaient eu à discuter de l'espacement des naissances avec quelqu'un de leur milieu.

TableauV.7 : Répartition de l'échantillon selon la discussion de l'espacement des naissances avec quelqu'un de leur milieu et par groupe social.

Discussion de l'espacement des naissances avec quelqu'un du milieu	Mère de ménage n=312		Chefs de ménage n=307		Adolescent(e)s n=230	
	N	%	N	%	N	%
Non	240	76,9	208	67,8	200	87,0
Epoux, Conjoint (e), Co-épouse	36	11,5	24	7,8	-	-
Amis, Parents	11	3,5	54	17,6	28	12,2
Agent de santé	22	7,1	17	5,5	2	0,9
Autres	3	1,0	4	1,3	-	-

Il en ressortait que 76,9 % des mères, 67,8 des pères, 87,0 % des adolescents n'avaient jamais discuté de l'espacement des naissances avec qui que ce soit.

COMMENTAIRES

1. LIMITES DE L'ETUDE.

Notre étude comporte des limites.

Elle a eu l'avantage de porter sur un échantillon représentatif de la population de dix villages ruraux. Elle a principalement porté sur 3 groupes cibles importants de la planification familiale: les femmes et hommes mariés et les adolescent(e)s. Cependant, la période de l'enquête, située en début de saison pluvieuse, explique un taux de non réponse relativement important : 13 % des ménages et 21 % des personnes incluses dans l'échantillon.

Le système de saisie des fiches, adopté par nos partenaires de l'enquête (Direction Régionale de la Santé de Kaya) n'a pas permis de rattacher à un même ménage, la mère, le père et l'adolescent (e) enquêtés.

En dépit de la mise en confiance des enquêtés avant le début de l'interrogatoire, quant à l'utilisation scientifique des données, nous avons observé de la retenue sur certaines questions sensibles. Ainsi seulement 90 adolescent (e) s (39,13 % de leur effectif) ont répondu à la question sur l'âge au premier rapport sexuel.

2. INFORMATION ET CONNAISSANCE SUR LES METHODES CONTRACEPTIVES MODERNES

Globalement 1 sujet sur 2 connaissait les méthodes contraceptives modernes.

La pilule reste la méthode contraceptive la plus connue. Les préservatifs se placent en deuxième position parmi les méthodes contraceptives les plus connues des personnes enquêtées. Cela est d'autant surprenant qu'une forte campagne est menée sur la promotion de ces préservatifs dans le cadre de la lutte contre le SIDA.

Les méthodes contraceptives les moins connues sont essentiellement le DIU, les spermicides et les méthodes chirurgicales en cours d'essai.

Des résultats similaires ont été observés au Burkina Faso (20 ; 26 ; 30). et dans la sous région (2 ; 3 ; 4 ; 6 ; 9 ; 18)

D'autres études faites au Burkina Faso (1 ; 55 ; 58) et dans la sous région (4 ; 41) ont trouvé des taux de connaissance des méthodes contraceptives modernes plus faible que dans notre cas, allant de 18 % dans un village gourmantché au Burkina, à 33,5 % dans 5 villages de Tanzanie.

Il y avait une association statistique entre le niveau d'information des personnes enquêtées et leur âge. En effet, la proportion la plus élevée des personnes informées sur les méthodes contraceptives se recrutait essentiellement parmi les mères âgées de 20-40 ans, les adolescents et les hommes de 30-50 ans.

Les femmes jeunes (les moins de 20 ans), chez lesquelles une grossesse a plus de chance d'avoir une complication, sont sous informées sur les méthodes contraceptives. On observe le même constat chez les hommes de moins de 30 ans particulièrement sexuellement actifs.

On doit également déplorer que les personnes plus âgées, c'est à dire au delà de 50 ans, généralement décideurs dans les sociétés traditionnelles, soient sous informés.

Des résultats similaires ont déjà été observés lors d'une étude faite à Ouagadougou par le Ministère de l'Action Sociale et de la Famille du Burkina (26).

La connaissance des méthodes contraceptives était également statistiquement associée à la religion.

Dans tous les groupes sociaux (mères, pères et adolescent (e) s) les musulmans avaient des connaissances sur les méthodes contraceptives dans une proportion de 60 à 70 %.

Par contre, excepté chez les adolescent (e) s, nous n'avons pas mis en évidence une association statistique entre le niveau d'instruction et la connaissance des méthodes contraceptives.

Des résultats similaires avaient été observés par Tankoano (58).

On pouvait s'attendre à ce que les ménages monogames s'intéressent d'avantage que les polygames, aux méthodes contraceptives modernes. Cela n'a pas été confirmé par notre étude qui a montré une proportion significativement plus importante de polygames connaissant les méthodes contraceptives.

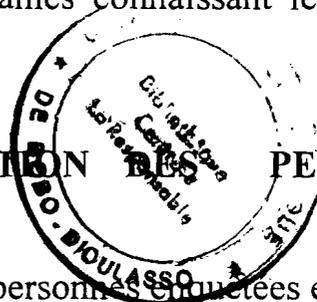
3. LES SOURCES D'INFORMATION DES PERSONNES INTERROGÉES.

La première source d'information des personnes enquêtées est la radiodiffusion. Cette observation avait été faite par BASHIN ME et BARROW B en Gambie, KONATE au Burkina, le Ministère de l'Action Sociale et de la Famille et FNUAP au Burkina (2 ; 22 ; 30).

La radio nationale, particulièrement la radio rurale, à travers plusieurs de ses émissions, diffuse des messages sur la santé, en particulier la planification familiale. Ces émissions comprennent entre autres, "Votre santé, Focus, Les dossiers de la rédaction, Priorité santé, Temps présent, Les merveilles de la science, pour la radio nationale, et Ménage en musique, Burkina variété, Débat dans les villages, Micros au dispensaire, Panier de la ménagère, pour la radio rurale" (5).

L'installation d'une section locale de la radio rurale à Kaya, a probablement mieux ciblé la population pour ses émissions.

D'autres études avaient montré l'intérêt des relations interpersonnelles dans la communication sur la planification familiale (4).



Les agents de santé communautaire, composés généralement d'une femme et d'un jeune, sont jugés plus proches des mères et des adolescents pour cette communication.

Il est remarquable de constater par contre que les chefs de ménage se confient plus aux personnels de santé qu'à ces agents de santé communautaire.

4. L'UTILISATION DES METHODES DE CONTRACEPTION

4.1 Utilisation actuelle.

L'utilisation des méthodes contraceptives est faible (8,4 % de l'échantillon). Cette faiblesse de l'utilisation n'était pas liée au niveau d'information des populations, puisque au moins 1 personne sur 2 était informée sur les méthodes contraceptives, soit par la radiodiffusion, soit par les agents de santé communautaire, ou par les structures de santé essentiellement.

Elle est particulièrement faible chez les mères de ménage (3,5 %) et quasi identique chez les pères de ménage et les adolescents respectivement 10,1 % et 12,2 %.

De nombreuses études réalisées au Burkina (1 ; 20 ; 25 ; 26 ; 35 ; 55 ; 58) et dans la sous région (3 ; 4 ; 6 ; 15 ; 40 ; 41 ; 42) ont fait le même constat.

Toutefois, une utilisation plus forte que dans notre cas, a été noté au Burkina en milieu scolaire (22) et dans la sous région (2 ; 16 ; 42 ; 54).

Cependant, l'information ne semble pas être en défaut, puisque au moins 1 personne sur 2 était informée. Seulement, elle ne paraît pas déterminante dans le choix des méthodes contraceptives, puisque, seulement 15,5 % de ceux qui en étaient informés avaient utilisé une méthode contraceptive.

La SCF avait obtenu des résultats similaires en Gambie (54).

La durée d'utilisation est également extrêmement variable: 50 % des utilisateurs continuent les méthodes contraceptives à 1 an. Ce taux diminue de 85,7 % à 2 ans, puis cette diminution régresse progressivement passant de 68,6 % à 3ans à 45,7 % à 4 ans.

4.2 Utilisation future.

On est cependant réconforté par le taux plus élevé (71,97 %) des personnes ayant l'intention d'utiliser à l'avenir une méthode contraceptive moderne.

Cette observation a été faite également par la plus part des auteurs au Burkina comme SAWADOGO et collaborateurs, KONATE, TANKOANO et le Ministère de la Santé, de l'Action Sociale et de la Famille (22 ; 33 ; 55 ; 58).

Cette intention d'utiliser les méthodes contraceptives modernes était associée statiquement à la religion, au niveau d'instruction, à l'âge des personnes interrogées, mais pas à leur statut matrimonial. Aussi, les adolescents plus que les adolescentes étaient plus nombreux à avoir cette intention.

5. Méthodes contraceptives modernes d'avenir

Le tableau d'utilisation des méthodes contraceptives s'est modifié considérablement par rapport à celui d'utilisation actuelle. La pilule reste la méthode de choix, suivie du préservatif ou condom. Par contre, l'acceptation de l'abstinence sexuelle périodique diminue au profit des méthodes injectables, tant chez les pères que chez les mères.

Contrairement à notre cas, SAWADOGO et collaborateurs, ont noté dans une étude faite au Namentenga (au Burkina), que les populations préféraient l'abstinence sexuelle périodique (55).

La religion a peu d'influence sur le choix des méthodes contraceptives à l'avenir.

6. METHODES TRADITIONNELLES.

Les méthodes traditionnelles classiques sont employées par les personnes enquêtées: l'allaitement maternel par la totalité des mères ayant accouché d'au moins un enfant vivant et l'abstinence sexuelle par 8,5 % de l'échantillon.

Par contre HUNTINGTON dans une étude faite au Niger a noté que l'abstinence sexuelle était plus utilisée que les autres méthodes (18).

En fait, l'allaitement maternel était plus utilisé pour l'alimentation du nourrisson que pour une visée contraceptive.

Sa durée moyenne, bien que de 33,2 mois, supérieure au 20 mois observés par le Ministère de la Santé Publique du Sénégal à Diourbel (40) et au 23,5 mois observés par le Ministère de la Santé du Burkina à Ouagadougou (35), n'était pas associée à l'âge des mères.

La durée moyenne de l'abstinence sexuelle du post partum, observée dans notre étude est quadruple de celle observée par le Ministère de la Santé Publique du Sénégal à Diourbel (40).

7. SOURCES D'APPROVISIONNEMENT

Les principales sources d'approvisionnement des populations en contraceptifs modernes, sont constituées essentiellement, des structures de santé, des PSP et des agents de santé communautaire, ainsi que des dépôts de distribution du Plan de Parrainage de Kaya.

Dans l'avenir, la population désire privilégier les PSP dans la distribution des contraceptifs. Cette préférence des PSP est exprimée par toutes les catégories des personnes enquêtées, indépendamment de leur niveau d'instruction, de la religion et de leur statut matrimonial.

8. LES FACTEURS LIÉS A L'UTILISATION DE LA PLANIFICATION FAMILIALE.

Il existe dans les villages enquêtés, de nombreux facteurs favorables au développement de la planification familiale, qui constituent en même temps une expression de la demande de planification familiale. Il s'agit essentiellement des suivants :

8.1. La petite taille du ménage :

Le nombre d'enfants médian est de 4,8 par ménage.

Nos résultats sont comparables à ceux trouvés par le Ministère de l'Action Sociale et de la Famille, FNUAP dans une étude réalisée dans 4 Provinces du Burkina (29).

Par contre, DONOVAN P au Nigeria et MPANGILE GS en Tanzanie ont observé un nombre d'enfants plus élevé que dans notre cas (13 ; 42). Les réponses sont homogènes entre les femmes, les hommes et les adolescentes quand au nombre d'enfants idéal d'une femme (3,6 à 5,6 enfants). Seuls les adolescents dans leur ensemble, portent se nombre de 4,8 à 5,2 ($p < 0,05$).

Les réponses sont également contrastées entre les 3 groupes de répondants (femmes, hommes et adolescents) pour le nombre idéal d'enfants d'un homme : 0,6 à 1,4 enfant selon les femmes, 3,5 à 4,7 enfants selon les hommes et 6,4 à 7,6 enfants selon les adolescents.

Il est significatif d'observer que le nombre idéal d'enfants attribué à l'homme par les jeunes filles est plus grand que celui proposé par les garçons.

Ces résultats d'une part, traduisent une prise de conscience des populations rurales adultes, de réduire la taille de leur ménage. De l'autre, ils traduisent peut-être l'idéalisme des adolescents qui rêvent des grandes familles de leurs parents. En outre, les femmes souhaitent que l'homme ait moins d'enfants que par le passé (0,6 à 1,4 enfant) alors que les hommes souhaitent à la femme 3 à 4 fois plus d'enfants qu'elles le souhaitent pour eux (3,6 à 4,4 enfants).

8.2. L'allongement de l'intervalle intergénéral

Le désir de maintenir l'intervalle intergénéral long, anime les populations enquêtées :

Il était de 3,4 ans aussi bien pour les mères, les pères de ménage que les adolescents et ceci indépendamment de leurs caractéristiques démographiques et socio-culturelles.

Nos résultats sont comparables à ceux observés par TANKOANO et le Ministère de la Santé du Burkina (35 ; 58).

Par contre SAWADOGO et collaborateurs au Burkina et le Ministère de la Santé Publique du Sénégal avaient trouvé un intervalle intergénéral idéal de 2 ans et 31 mois donc plus court que dans notre cas (40 ; 55).

En raison du déclin de l'abstinence sexuelle du post partum et de la régression de la pratique de l'abandon du domicile conjugal par la femme nourrice, cet intervalle intergénéral ne pourrait se maintenir efficacement que par l'usage des méthodes contraceptives modernes.

8.3. La prévalence élevée de grossesses non désirées

Dans la population enquêtée, au moins une mère sur deux portait une grossesse non désirée (53,1 % des mères en grossesse).

Nos résultats sont similaires à ceux de la littérature (29 ; 35). Cette situation résulte soit d'un «accident» par suite de la reprise des rapports sexuels par les mères dans le post partum (1 mère sur 5), soit de l'ignorance de la période féconde de la femme (8 femmes ou hommes sur 10), soit de l'absence de la communication au sein des ménages, un des problèmes de la planification familiale (respectivement 9 femmes sur 10 et 12 hommes sur 100), soit de l'ensemble de ces facteurs.

Parmi les adolescents, 9 grossesses recensées n'étaient désirées ni par les porteurs de la grossesse, ni par les auteurs (soit environ 4 adolescents sur 100).

8.4. L'abaissement de l'âge aux premiers rapports sexuels

On observe une précocité des premiers rapports sexuels non seulement des femmes adultes relativement aux hommes adultes, mais aussi des adolescents et adolescentes relativement aux hommes adultes. Ceci traduit une tendance à la baisse de l'âge aux premiers rapports sexuels des adolescents par rapport à celui des adultes.

Cette observation a été également retrouvée dans la littérature (44).

Cette tendance n'est cependant pas observée entre les femmes adultes et les adolescent(e)s.

La prévention efficace des grossesses non désirées passera par l'utilisation des méthodes contraceptives modernes.

8.5. Diversification des agents de promotion de la planification familiale

Les agents de santé communautaire sont appelés à devenir des auxiliaires importants des professionnels de la planification familiale pour l'extension des activités de celle-ci. Ils sont approuvés par au moins 9 personnes interrogées sur 10 membres de la communauté. Ils pourront également faciliter l'information et communication des populations sur les problèmes de santé de manière générale et les problèmes de la planification familiale en particulier.

CONCLUSION

Au terme de notre étude, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

- 1) Soixante et un pour-cent de l'échantillon total avaient entendu parler d'au moins un type de contraceptifs modernes, la pilule étant la plus connue.
- 2) Huit virgule quatre pour-cent de l'échantillon utilisaient les méthodes modernes de contraception.

L'allaitement maternel et l'abstinence sexuelle du post partum constituaient les méthodes traditionnelles d'espacement des naissances des populations interrogées.

- 3) Les structures sanitaires constituaient la principale source d'approvisionnement des populations en contraceptifs modernes. Elles acceptent volontiers, les services des agents communautaires.
- 4) A partir des facteurs suivants, l'espoir est permis quant à la promotion de la planification familiale. Ce sont :
 - Le désir des personnes interrogées d'avoir des ménages de petite taille.
 - Le souhait d'espacer les naissances de 3 ans.
 - Le rejet des grossesses non désirées.
 - L'approbation de la planification familiale.
 - La précocité de l'âge aux premiers rapports sexuelles.

Toutefois, on peut relever l'existence de quelques obstacles à la planification de la famille. Il s'agit de :

- L'insuffisance de communication au sein de la population en matière de fécondité.
- Les préjugés sur les effets secondaires des contraceptifs.

La planification familiale a - t - elle un avenir dans la région ?

Avec ces résultats, nous pensons que les planificateurs des services de santé disposent d'informations utiles pour promouvoir la planification familiale en milieu rural.

RECOMMENDATIONS.

Aux autorités sanitaires du Burkina Faso

1. Continuer les campagnes de sensibilisation, plus particulièrement à l'intention des populations du milieu rural, en rassurant ces populations des biens faits de la planification familiale, tout en levant les préjugés qui entourent l'utilisation des contraceptifs modernes.

2. Associer les agents communautaires préalablement formés, à la distribution des contraceptifs modernes.

3. Suivre et évaluer les activités préconisées en matière de planification familiale.

RESUME

Nous avons procédé à l'étude des connaissances, des attitudes et des pratiques des populations de dix (10) villages du Sanmatenga dans le but de promouvoir la planification familiale. Une enquête transversale à passage unique avait été réalisée dans ces villages du 03 au 14 Juin 1996.

Informée surtout par la radiodiffusion, 61,01 % de la population ont entendu parler d'au moins un contraceptif moderne.

Les chefs de ménage étaient plus nombreux à connaître les contraceptifs modernes. Il en était de même pour les pères, les mères et les adolescent (e)s, respectivement de 30-39 ans, 20-29 ans et 10-19 ans.

L'utilisation de la contraception moderne était très faible (9,4 % et 8,4 % de l'échantillon respectivement avant et au moment de l'enquête). Le taux le plus bas a été observé chez les mères (3,4 %). Cette utilisation était récente chez la moitié des utilisateurs (moins d'un an).

Les méthodes contraceptives traditionnelles classiques sont utilisées par ces populations.

On est cependant consolé par le taux plus élevé (71,97 %) des personnes désirant à l'avenir utiliser une méthode contraceptive moderne.

Cette intention variait avec la religion, le niveau d'instruction et l'âge. Les adolescents étaient plus nombreux que les adolescentes à l'avoir.

La contraception orale était la méthode de choix dans l'avenir, quelque soit la religion des populations.

Les structures sanitaires constituaient la principale source d'approvisionnement des populations en contraceptifs modernes. Mais le PSP était le lieu le plus approprié.

En dépit de l'insuffisance de communication en matière de fécondité et des préjugés sur les effets secondaires des contraceptifs, l'espoir est permis quant à la promotion de la planification familiale. En effet :

Quatre vingt douze virgule trente quatre pour-cent de la population enquêtée approuvaient la planification familiale. Elle acceptait volontiers l'implication d'un des leurs dans la diffusion de l'information sur la planification familiale.

La moitié des grossesses qui étaient en cours au moment de l'enquête n'était pas désirée.

Ces populations souhaitaient des ménages de petite taille avec des naissances espacées de 3,3 ans.

REFERENCES

1. BASHIN M, ALLEN HA JR, JATO M. Enquête initiale sur les connaissances, les attitudes, et les pratiques liées à la planification familiale dans deux provinces du Burkina Faso. Ouagadougou: Direction de la santé de la Famille, 1989:43.
2. BASHIN ME, BARROW B. Setting the stage for Fakube Jarra. A baseline survey of family planning Knowledge, attitudes and practice in rural Gambia. Gambia : Gambia Family Planning Association, 1991 : 60 .
3. BOUZIDI M, FISHER C. Les services de planification familiale à base communautaire en Afrique, La perspective du gestionnaire de programme. Londres: IPPF, GTZ, 1991: 107.
4. BOUZIDI M, GÖRGEN A, TURKSON R. Approche de planification familiale en Afrique. Bilan et perspective. Londres: IPPF, GTZ, 1992 : 123.
5. BRANDRUP, DIETZG, LUCANOW A. Santé maternelle et planification familiale en Afrique. Londres : WHO, GTZ, 1993 : 131.
6. CDC. Planification familiale: méthodes et pratiques pour l'Afrique. Atlanta: La division de la santé reproductive, 1985 : 334.
7. CENTRE D'ETUDE ET DE RECHERCHE SUR LA POPULATION ET LE DEVELOPPEMENT(CERPOD). Population et développement dans le sahel: planification familiale, santé familiale et développement. Bamako: CERPOD,1990 : 16.
8. CHEIKH MB. Contraception: les francophones en retard. Dans: USED, eds. Pop sahel. N° 4. Bamako: USED, 1987 : 35-41.
9. COMMUNAUTE BAPTISTE DU ZAÏRE OUEST, TULANE UNIVERSITY, FAMILY PLANNING OPERATIONS RESEARCH PROJECT. Increasing the availability and acceptability of contraceptives through community-based outreach in Bas Zaïre Programme d'Education Familiale Original. Dans : Population Council, eds. Opérations research family planning database project summaries. New York: Population council, 1993 : ZAI-01.
10. CONFÉRENCE D'ALMA ATA. Déclaration d'Alma Ata Septembre 1978. Dans: Monekosso GL, eds. Accélérer l'instauration de la santé pour tous les africains. Brazzaville : OMS, 1989 : 49-52.

11. DALY P, AZEFOR M, NABAH B. La maternité à moindre risque en Afrique francophone: des progrès certes mais pas assez. Rapport de la réunion du groupe de soutien et d'appui de la maternité à moindre risque de l'Afrique francophone. Bujumbura: centre national de formation et de recherche en santé familiale, 1993 : 27.
12. DIA T. Planification familiale au Burkina Faso. Etude préliminaire. Ouagadougou: Ambassade des Pays Bas, 1990 : 27.
13. DONOVAN P. In Nigeria, tradition of male dominance favor large families, but some men report having fewer children. International Family Planning Perspectives. 1995 ; 21 : 39-40.
14. FNUAP. Etat de la population mondiale 1994. New York: FNUAP, 1994 : 76.
15. FNUAP. Etat de la population mondiale 1997. New York: FNUAP, 1997: 76.
16. FNUAP. Les problèmes démographiques. 3è édition. New York: FNUAP, 1992 : 21.
17. FNUAP. Rapport 1992 du FNUAP. New York: FNUAP, 1992 : 71.
18. HUNTINGTON D. Male and femal knowledge, attitudes and practices in Niger. Baltimore : Johns Hopkins University, 1988 : 72.
19. IMPACT. Le planning familial sauve des vies. Washington : IMPACT, 1986 : 23.
20. I.N.S.D. Enquête démographique et de la santé 1993, rapport de synthèse. Ouagadougou : I.N.S.D, 1994 : 20.
21. KOJIMA H. The effects of mass media on contraception and fertility in african countries. Montreal : International Union for the Scientific Study of Population, 1993 : 44.
22. KONATE M. B. Connaissances, attitudes et pratiques des jeunes en milieu scolaire de la ville de Ouagadougou en matière de planification familiale après introduction d'un programme d'éducation sexuelle. Thèse n°1, Ouagadougou: 1991 : 81.
23. LUISE L et Col. Rapport d'expertise: volet planification familiale. Ouagadougou: GTZ, 1993 : 45.

TITRE DE LA THESE : CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES EN MATIERE
DE PLANIFICATION FAMILIALE EN MILIEU RURAL :
ETUDES DANS DES VILLAGES DE SANMATENGA-BURKINA FASO

MOTS CLES :

- Planification familiale-Femmes-Hommes-Adolescents
- Contraceptifs- rural-Sanmatenga-Burkina Faso.
- Connaissances-attitudes-pratiques.

RESUME

Nous avons procédé à l'étude des connaissances, des attitudes et des pratiques des populations de dix (10) villages du Sanmatenga dans le but de promouvoir la planification familiale. Une enquête transversale à passage unique avait été réalisée dans ces villages du 03 au 14 Juin 1996.

Informée surtout par la radiodiffusion, 61,01 % de la population ont entendu parler d'au moins un contraceptif moderne.

Les chefs de ménage étaient plus nombreux à connaître les contraceptifs modernes. Il en était de même pour les pères, les mères et les adolescent (e) s, respectivement de 30-39 ans et 10-19 ans.

L'utilisation de la contraception moderne était très faible (9,4 % et 8,4 % de l'échantillon respectivement avant et au moment de l'enquête). Le taux le plus bas a été observé chez les mères (3,4 %). Cette utilisation était récente chez la moitié des utilisateurs (moins d'un an).

Les méthodes contraceptives traditionnelles classiques sont utilisées par ces populations.

On est cependant consolé par le taux plus élevé (71,97 %) des personnes désirant à l'avenir utiliser une méthode contraceptive moderne.

Cette intention variait avec la religion, le niveau d'instruction et l'âge. Les adolescents étaient plus nombreux que les adolescentes à l'avoir.

La contraception orale était la méthode de choix dans l'avenir, quelque soit la religion de populations.

Les structures sanitaires constituaient la principale source d'approvisionnement des populations en contraceptifs modernes. Mais le PSP était le lieu le plus approprié.

En dépit de l'insuffisance de communication en matière de fécondité et des préjugés sur les effets secondaires des contraceptifs, l'espoir est permis quant à la promotion de la planification familiale.

En effet :

Quatre vingt douze virgule trente quatre pour cent de la population enquêtée approuvaient la planification familiale. Elle acceptait volontiers l'implication d'un des leurs dans la diffusion de l'information sur la planification familiale.

La moitié des grossesses qui étaient en cours au moment de l'enquête n'était pas désirée.

Ces populations souhaitaient des ménages de petite taille avec des naissances espacées de 3,3 ans.