

Perception Du Planning Familial Dans Le District De Sante De Mokolo/Région De L' Extrême-Nord Cameroun

Ganava Maurice, Ndom Ebène Christian david, Kidi Menta Marius, Wawoua Martine

Kesmonds International University, School of Health and Medical Sciences, Mokolo Health District, Far North Region Cameroon

Email address:

moganava@yahoo.fr, ndomebene@kesmondsuniversty.org, kidimenta@yahoo.fr, wawaouamartine@gmail.com

To cite this article:

Authors: Ganava Maurice, Ndom Ebène Christian david, Kidi Menta Marius, Wawoua Martine. Paper Title: Perception Du Planning Familial Dans Le District De Sante De Mokolo/Région De L' Extrême-Nord Cameroun
IQ Research Journal of IQ res. j. (2022)1(7): pp 01-32. Vol. 001, Issue 007, 07-2022, pp. 01559-01590

Received: 18 07, 2022; Accepted: 22 07, 2022; Published: 30 07, 2022

Keyword

Family planning,
Perception, Mokolo
Health District,
Cameroon

Received:

18 07, 2022

Accepted:

22 07, 2022

Published:

30 07, 2022

Abstract

Introduction: Cameroon is a country where maternal mortality continues to grow in recent decades from 511 ‰ live births in 1998 to 782 ‰ live births in 2011. Family planning can prevent at least 25 % of these deaths by training couples and individuals on how to space or limit births, avoid unwanted and high-risk pregnancies and abortions. However its utilization rate is low. If at the national level, 24 % of women of childbearing age use it, in the Far North, the most populous region of the country, 3.7 % of women use it. Objective: This study aimed to describe the perception of family planning by the people of the Mokolo Health District. Methodology: A KAP (Knowledge, Attitudes and Practices) and a mixed (quantitative and qualitative) descriptive and analytical study were conducted in Mokolo Health District located in the Far North region from October 2014 to April 2015. Quota sampling was done. Data were collected through questionnaire and interview. The analysis of quantitative data was performed using the software Epi-Info version 3.5.4 and Microsoft Office Excel 2007. Qualitative data were collected and systematically transcribed. The content analysis was carried out on the basis of the matrix of the dimensions and colour code. Verbal data from direct observation were returned per verbatim. Results: There were 240 subjects recruited aged between 15 and 49 years with an age average of 29.78 ± 8.63 years. More than half of the participants (62.60%) were couples (married and cohabiting). Most participants (77.10%) had more than five children and almost half (41.70%) of them had the desire to space out or limit births. The majority of subjects studied (80.42 %) were able to list at least one method of contraception, but they had insufficient or poor knowledge (71.20 %) on family planning. Their level of knowledge was illustrated for instance by the following verbatim: « le planning familial c'est, c'est contre les grossesses précoces » (Under educated woman). Although most of the respondents (86.30 %) believed that family planning was important, 13.70 % said the opposite. For them, family planning was a source of social discrimination (45.50 %), divorce / separation (36.40 %). The majority of the subjects considered family planning for married people and thought that: « si non tu es une fille, ou bien une fille chez ton papa, tu vas faire le planning familial avec qui? » (Educated women). Some interviewees felt that family planning promoted prostitution (8.30 %) and could be used for abortion (6.70 %). Also, half of the participants (52.90 %) stated that contraceptive methods impacted the health of the woman: « quand on avale un produit, de toutes les manières il a un effet sur l'organisme » (Educated man). Following religious values, 48.10 % of muslims wrongly declared that, Islam was against any method of contraception. Most traditional practices of contraception stated in the studied population were separated after delivery (57.60 %), traditional potions (26.10 %), « the reversal of the woman's belly » (12.10 %), and « the blacksmith hits the back of the woman » (7.90 %). The majority of the studied population (73.30%) did not practice family planning. The reasons given for this were fear of side effects (38.10%), religious (33.00%) and traditional (17.00%) beliefs, refusal of spouses (16.50%). % illustrated as follows « ils veulent beaucoup des héritiers, (...), au village surtout les enfants c'est une grande richesse, quand tu as beaucoup d'enfants, on te respecte au village » (Educated woman), « ils sont contre l'espacement, le planning familial, sinon ils ont beaucoup des femmes à la maison ; c'est pour pondre comme les poulets » (Educated woman), « ici chez nous, tant que tu as l'argent, il faut accoucher beaucoup d'enfants en pagaille, tu n'as pas tu t'abstiens, c'est ça le planning sauvage qui est appliqué ici » (Educated young man). In ¼ of cases among those who practiced family planning, man was the decision maker. For others « c'est d'abord la femme et puis elle s'entend avec son mari, s'il refuse tu prends en cachette » (Under educated woman). Conclusion: Despite the real need to space out and limit births, the population of the Mokolo Health District has a low level of skills in family planning. Approximate knowledge of modern contraceptive methods maintains wrong attitudes and promoting the use of traditional methods at the unproven efficacy

INTRODUCTION

Le planning familial (PF) est l'ensemble des moyens qui concourent au contrôle des naissances, dans le but de permettre aux femmes et donc aux familles de choisir d'avoir un enfant au moment voulu. La planification familiale permet de décider la taille et le moment désiré de la famille. Tous les hommes et les femmes peuvent contrôler si, et quand, ils souhaitent devenir parents. De plus, l'utilisation de la contraception permet d'éviter les grossesses non-désirées et de réduire des risques de santé et la mortalité maternelle. En 1994 au Caire, 179 pays se sont engagés lors de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) à mettre en place un programme d'action reconnaissant que le droit à la santé sexuelle et reproductive est essentiel pour réduire la pauvreté et promouvoir le développement. Depuis lors, les pays en développement, dont le Cameroun, ont généralisé l'accès à l'information en matière de santé sexuelle et reproductive, et à des services de planification familiale de bonne qualité. Pourtant, il est admis que tous les jours et à chaque minute qui s'écoule, une femme au moins meurt des complications de la grossesse ou l'accouchement. Sur 585 000 décès par an, 99 % se trouve dans le monde en développement et 1 % dans les pays industrialisés [1]. Au Cameroun, la mortalité maternelle n'a pas connu de baisse depuis la dernière décennie. Au contraire, elle est passée de 511 ‰ de naissances vivantes en 1998 à 782 ‰ naissances vivantes en 2011[2]. Pourtant, le PF permet de prévenir au moins 25 % des décès maternels en apprenant aux couples comment retarder la procréation, éviter les grossesses non souhaitées et les avortements à risque[1]. Tributaire d'une politique postcoloniale pro-nataliste (prestige, confort économique, soutien psychologique) la politique de planification des naissances a été accueillie avec beaucoup de réticence dans le pays[2]. En effet, l'Enquête Démographique et de Santé(EDS) 2011 révèle une faible utilisation des méthodes de contraception chez les camerounaises de 15-49 ans (24 %). Pourtant, autant chez les femmes que chez les

hommes, le niveau de connaissance d'au moins une méthode de contraception est satisfaisant (94,4 % pour la femme et 97,9 % pour l'homme). L'Extrême-Nord, région la plus peuplée du Cameroun, est la dernière en terme de couverture de planning familial, avec 3,7 % des femmes de 15-49 ans en union[2]. Alors que, l'offre des services de PF a été améliorée dans cette région.

Pour jouir des services offerts, les populations doivent posséder de bonnes compétences en matière de PF. Selon l'OMS, les compétences en matière de santé sont des aptitudes cognitives et sociales qui déterminent la motivation et la capacité des individus à obtenir, comprendre et utiliser des informations d'une façon qui favorise et maintienne une bonne santé. L'organisation indique que pour posséder des compétences en matière de santé, il faut atteindre un bon niveau de connaissances et posséder des attitudes justes auxquelles on a confiance, et qui permettent de prendre des mesures requises pour améliorer sa santé et celle de la communauté. Aussi la situation de la région de l'Extrême-Nord pourrait-elle se justifier par une faible compétence des populations en matière de PF, et donc de la non-adhésion socioculturelle aux objectifs et aux méthodes de la stratégie de planification des naissances.

En 2012, le rapport de l'UNFPA sur l'état de la population mondiale s'intitulait déjà « *Oui au choix, non au hasard : planification familiale, droits de la personne et développement* ». Il abordait l'accès au planning familial comme un droit humain fondamental, mais aussi comme un choix éclairé. Aussi le présent projet de recherche a-t-il questionné la perception des femmes et des hommes du district de santé de Mokolo, vis-à-vis du planning familial. De manière précise il s'est agit de décrire comment le niveau des connaissances des populations sur la planification des naissances influençait leur attitude vis-à-vis du PF et induisait leur pratiques de contraception.

METHODES :

Cadre de l'étude : Cette étude a été conduite dans les aires de santé de mokolo 1 et mokolo 2 du district de santé de mokolo, département du mayo-tsanaga, région de l'extrême nord.

Le type de l'étude : Une étude CAP (Connaissance, Attitude et Pratique) et mixte (quantitative et qualitative) ont été menés, à visée descriptive et analytique auprès des hommes et des femmes en âge de procréer dans les aires de santé de mokolo 1 et mokolo 2 du district de santé de mokolo, d'octobre 2014 à avril 2015.

La population d'étude : Un échantillonnage par quota a été fait dans chaque aire de santé en tenant compte des tranches d'âges des femmes et des hommes scolarisés et peu scolarisés. Les participants ont été recrutés, soit 240 personnes en recherche quantitative (à travers des interviews structurés et 5 personnes en recherche qualitative à travers des groupes de discussion sélectionnés durant la période d'étude.

- Interviews structurés

	Femme		Homme	
Tranche âge	[15- 30[	[30-50[	[15- 30[	[30-50[
Scolarisé (e)	30	30	30	30
Peu scolarisé(e)	30	30	30	30

Soit 240 personnes en recherche quantitative.

- Groupes de discussion (FGD)

	Fille	Garçon	Femme	Homme
Scolarisé (e)	8	8	6	7
Peu scolarisé(e)	7	8	6	6

Soit 56 personnes en recherche qualitative.

Echantillon de l'étude : La taille minimale de l'échantillon a été calculée d'après la formule suivante,

$$n = \frac{t^2 \times p \times (1-p)}{m^2}$$

Avec : **n** = taille d'échantillon requise

t = niveau de confiance à 95 % (valeur type de 1,96).

p = prévalence de la pratique du planning familial chez les femmes entre 15-49 ans (Valeur type de 0,037)

m = marge d'erreur à 5 % (valeur type de 0,05)

En considérant la prévalence de la pratique du planning familial chez les femmes entre 15-49 ans à l'Extrême-Nord (l'EDS 2011).

Calcul:

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.037 \times (1-0.037)}{(0.05)^2}$$

$$n = 55$$

Outils et procédure de collecte des données : La collecte des données a été menée à l'aide d'un questionnaire administré et d'un guide d'entretien.

Le questionnaire préétabli était constitué de cinq principales parties comportant 34 questions à réponses fermées et ouvertes. Les questions étaient réparties de la manière suivante : 9 questions exploraient la première partie à savoir les données sociodémographiques. En ce qui concerne les connaissances, les attitudes, les pratiques et recommandations nous avons respectivement : 4, 15, 3,3 questions. Le questionnaire avait été pré-testé auprès des hommes et femmes ayant entre 15-49 ans vivants au quartier Briqueterie à Yaoundé. Ceci a permis d'apporter des améliorations au questionnaire finalement retenu. La durée de remplissage du questionnaire était d'environ 25 minutes par participant.

Pour le *focus group discussion*, un guide d'entretien a été établi comportant essentiellement 4 parties constitué de 7 questions ouvertes

Méthodes d'analyse des données : Le traitement des données quantitatives a été réalisé grâce aux logiciels Epi-Info version 3.5.4 et Microsoft Office Excel 2007. Cette analyse s'est faite suivant deux procédés. Dans un premier temps, nous avons procédé à une analyse descriptive des résultats et dans un second temps à une analyse analytique grâce à l'Odd ratio. Une valeur de $P < 0,05$ a été considérée comme statistiquement significative. Les données qualitatives collectées ont été toutes systématiquement transcrites et sans tri. Toute l'information est conservée en corpus textuel en forme écrite. L'analyse du contenu s'est faite sur la base de la matrice des dimensions et de code couleur. Les données verbales d'observation directe ont été restituées *per verbatim*

Considération éthique : La recherche n'a procédé à aucune manipulation humaine, et la dignité humaine des personnes interviewées ont été protégée par l'anonymat des réponses. L'interview et le guide d'entretien n'ont concerné que les hommes et femmes dont le consentement éclairé a été recueilli. Par ailleurs, les fiches de questionnaire et les enregistrements ont été tenus secrets par les investigateurs pour le respect de la confidentialité des données recueillies au cours de l'étude. Conformément à l'éthique médicale, les différentes autorisations de recherche ont été obtenues avant le début du travail. Elles ont été adressées au comité

d'Éthique de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I, puis à la délégation régionale de la santé de l'Extrême-Nord, au service de district de santé de Mokolo et aux aires de santé choisies pour abriter l'étude.

RESULTATS

Au cours de l'étude sur la perception du planning familial dans le district de santé de Mokolo, 240 participants pour la partie quantitative et 56 participants pour la partie qualitative ont été interviewés.

CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION D'ETUDE

L'échantillon a été composé de 120 hommes et 120 femmes. La tranche d'âge la plus représentée était celle de [30-35 [ans soit 21,70 % de l'échantillon, avec un écart-type de 8,63. L'âge minimal était de 15 ans et l'âge maximal était de 49 ans. Les salariés étaient les plus représentés (29,20 %) au cours de l'étude. Concernant le niveau instruction, le niveau secondaire était majoritaire (35,00 %). Plus de la moitié (62,60 %) des participants était en couple (concubinage et marié). Le christianisme (catholique et protestant) était la confession religieuse dominante (47,10 %) suivie de l'islam (43,30 %). La majorité des participants avaient au plus cinq enfants (77,10 %) et que près de la moitié d'entre eux (41,70 %) avait le désir d'espacement ou de limitation des naissances au moment de l'étude. Ces résultats sont présentés dans le tableau 1 et le tableau 2 ci-contre.

Tableau 1 : Répartition en fonction du profil sociodémographique de la population d'étude

Variables	Effectifs	Pourcentage(%)
Age		
[15-20[	30	12.50
[20-25[	44	18.30
[25-30[	46	19.20
[30-35[	52	21.70
[35-40[	31	12.90
[40-45[	19	7.90
[45-50[	18	7.50
Total	240	100.00

Sexe		
Féminin	120	50.00
Masculin	120	50.00
Total	240	100.00
Profession		
Commerçant	22	9.20
Cultivateur	35	14.60
Employé de maison	14	5.80
Elève/Étudiant	41	17.10
Femme au foyer	<u>38</u>	<u>15.80</u>
Salarié	<u>70</u>	<u>29.20</u>
Sans emploi	3	1.30
Moto-taximan	16	6.70
Autres	1	0.30
Total	240	100.00
Niveau d'étude		
Sans	51	21.30
Primaire	71	29.60
Secondaire	84	35.00
Supérieur	34	14.10
Total	240	100.00
Statut matrimonial		
Célibataire	69	28.80
Concubinage	<u>51</u>	<u>21.30</u>
Divorce	11	4.50
Marié	<u>99</u>	<u>41.30</u>
Veuf	10	4.10
Total	240	100.00
Religion		
Animisme	13	5.40
Catholique	<u>47</u>	<u>19.60</u>
Protestant	<u>66</u>	<u>27.50</u>
Islam	<u>104</u>	<u>43.30</u>
Autres	10	4.20
Total	240	100.00

ESEARCH
O U R N A L

Tableau 2 : Répartition en fonction du nombre d'enfants et le désir d'enfant de la population d'étude.

Variables	Effectifs	Pourcentage(%)
Nombre d'enfants		
[0-6[	<u>185</u>	<u>77.10</u>
[6-15]	55	22.90
Total	240	100.00

Désir d'enfant		
Indécis(e)	58	24.20
Ne veut plus d'enfant	40	16.70
Veut un autre enfant à n'importe quel moment	<u>75</u>	<u>31.30</u>
Veut un autre enfant au cours de l'année	7	2.80
Veut un autre enfant après un an	60	25.00
Total	240	100.00

CONNAISSANCE SUR LE PLANNING FAMILIAL

Dans la population d'étude, près de la moitié (49,20 %) avait bien défini le planning familial, 33,70% l'avait approximativement défini. Le 17,10 % de la population d'étude restant avait mal défini le planning familial, pour une femme peu scolarisée : « *Le planning familial c'est, c'est contre les grossesses précoces* ».

Parmi les interviewés, la majorité (80,42 %) avaient cité au moins une méthode de contraception. Les méthodes modernes étaient les plus citées (79,20 %), avec en chef de file la pilule (58,40 %), ensuite les

injectables (58,40 %), le préservatif masculin (44,70 %), l'implant (30,00 %), le DIU (22,60 %). Pour les méthodes naturelles qui représentaient 24,20 % des méthodes de contraception citées, l'abstinence périodique (cycle et méthode de température) était la première (69,00 %). Pour certains, les vaccins étaient assimilés aux méthodes de contraception, « *il y a les vaccins, tu peux aller à l'hôpital, on vaccine soit ta femme, ou bien on dit souvent, on peut vacciner aussi l'homme non. Il y a les vaccins pour ça* » (Homme scolarisé). Le tableau 3 présente les différentes méthodes de contraception citées par la population d'étude.

Tableau 3 : Répartition en fonction des méthodes de contraception connues par la population d'étude.

Variables	Effectifs	Pourcentage(%)
Nombre d'enquêtés ayant cité au moins une méthode de contraception	193	80.42
Méthode moderne (N=190)	190	79.20
Pilule	<u>111</u>	<u>58.40</u>
Injectable	<u>92</u>	<u>48.40</u>
DIU	<u>43</u>	<u>22.60</u>
Implant	<u>57</u>	<u>30.00</u>
Préservatif masculin	<u>85</u>	<u>44.70</u>
Préservatif féminin	4	2.10
Mousse/gelée	0	0.00
MAMA	2	1.10
Diaphragme	5	2.60
Pilule de lendemain	2	1.10
Stérilisation masculine	2	1.10
Stérilisation féminine	11	5.80
Autre méthodes modernes	5	2.60

Méthodes naturelles (N=58)	<u>58</u>	<u>24.20</u>
Cycle	<u>36</u>	<u>62.10</u>
Retrait	11	19.00
Abstinence	17	29.30
Méthode de température	<u>4</u>	<u>6.90</u>

Les enquêtés avaient pour source d'informations première les discussions en famille ou entre amis (50,40 %), « on parle, on est dans les rues avec les amis, on se partage souvent les idées » (Homme peu scolarisé), « moi c'est ma mère » (Fille scolarisée). Puis les medias (46,70 %), les formations sanitaires occupaient la troisième place (43,30 %).

D'autres sources d'informations ont été évoquées en qualitatif :

- « j'ai eu plus des détails quand je faisais la Terminale D, mon prof de SVT mettait plus de temps sur... c'est à l'école. » (Femme scolarisée),
- « j'ai suivi un séminaire d'EVA : éducation à la vie, à l'amour. C'est beaucoup plus là que j'ai eu un peu des infos, il y avait des carrefours où on nous posait des questions, on sortait aussi sur le terrain » (Femme scolarisée).

Concernant les sources d'approvisionnement, les structures sanitaires étaient citées dans 83,80 % des cas, suivies des pharmacies (34,20 %) et les boutiques/marchés (33,80 %).

Ce constat a été réitéré au cours des entretiens,

- « On retrouve à l'hôpital, dans les pharmacies privées, mais aussi chez les personnes qui vendent les médicaments de la rue, ils nous proposent souvent les pilules et ils nous disent même que c'est très efficace » (Femme scolarisée).
- « Dans les boutiques, le préservatif se vend aujourd'hui n'importe où maintenant dans les boutiques, ou en business chez les amis et autres » (Homme scolarisé).

- « Les vendeurs de rues qui vendent les médicaments, je pense qu'ils ont aussi ça » (Homme scolarisé).

Le prix des méthodes de contraception était sujet à des fluctuations, en fonction de la disponibilité de ces produits dans les pharmacies.

- « Quand c'est à la pharmacie, le prix reste le même, dès que ça arrive dans les poches que ça soit des infirmiers eux-mêmes là, ils revendent à leur prix, à leur choix, surtout quand il y a pénurie, quand il y'en a pas en quantité, le prix augmente » (Femme scolarisée).
- « Il y a les infirmiers qui trompent, on me disait que c'était cher, mais à la fois que je passais, c'était mieux » (Femme peu scolarisée).
- « Le Depo avant c'était 300 francs, maintenant on nous vend à 1000 francs » (Femme scolarisée).
- « Le prix est un peu cher parce que ce n'est pas tout le monde qui peut avoir l'argent pour payer » (Homme peu scolarisé).

L'évaluation du niveau des connaissances a montré que 71,20 % des interrogés avait une connaissance insuffisante ou mauvaise sur le planning familial et 0,40 % avait une bonne connaissance. La figure 1 illustre le niveau des connaissances de la population d'étude.

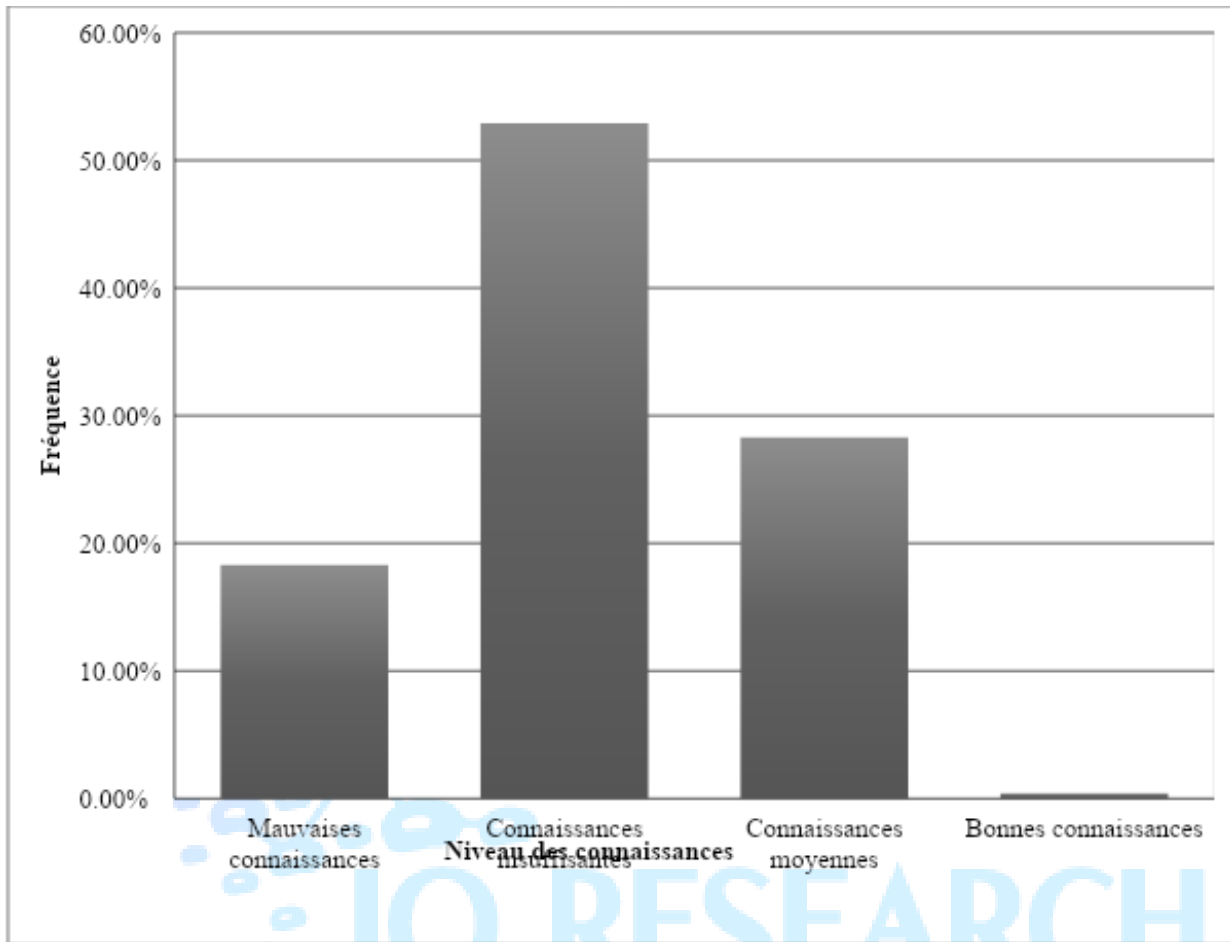


Figure 1 : Répartition en fonction du niveau des connaissances de la population d'étude

ATTITUDES VIS-A-VIS DU PLANNING FAMILIAL

La majorité de l'échantillon d'étude (86,30 %) pensaient que le planning familial était important et les raisons avancées étaient l'épanouissement familial (70,50 %), la prévention de la mortalité maternelle (51,20 %). Pour ceux qui disaient le contraire (13,70 %), ils affirmaient que le planning familial était source de discrimination sociale (45,50 %), de divorce/séparation (36,40 %), de problèmes sanitaires

(39,39 %). Egalement, pour certains, utilisé le planning familial pervertissait la conscience de la population, « quand ils savent qu'il y a le préservatif, ça les encourage à avoir des rapports n'importe comment avec la femme mais quand il n'a pas le préservatif, il s'abstient quand même parce qu'il a peur de tomber dans le ... grossesse et maladie et autres » (Homme scolarisé). Dans le tableau IV, il s'y trouve les avis de la population d'étude en fonction du sexe, sur l'importance du planning familial.

Tableau 4 : Répartition en fonction de l'importance du planning familial selon les interrogés.

Variables	Femme (N= 120)%	Homme (N= 120)%	Ensemble (N=240)%
Importance du planning familial			
Oui	<u>110(91.70%)</u>	<u>97(80.80%)</u>	<u>207(86.30%)</u>
Non		23(19.20%)	33(13.70%)

	10(8.30%)		
Si oui les raisons avancées			
Prévention mortalité maternelle	<u>62(56.40%)</u>	<u>44(45.40%)</u>	<u>106(51.20%)</u>
Epanouissement familial	<u>78(70.90%)</u>	<u>68(70.10%)</u>	<u>146(70.50%)</u>
Autre	3(2.70%)	7(7.20%)	10(4.80%)
Si non les raisons avancées			
Discrimination sociale	2(20.00%)	<u>13(56.50%)</u>	<u>15(45.50%)</u>
Divorce/séparation	4(40.00%)	<u>8(34.80%)</u>	<u>12(36.40%)</u>
Risque infertilité	4(40.00%)	2(8.70%)	6(18.18%)
Risque de maladie	3(30.00%)	4(17.40%)	7(21.21%)
Autre	3(30.00%)	0(0.00%)	3(9.09%)

Près de $\frac{3}{4}$ de l'échantillon (70,40 %) pensait que le planning familial était destiné aux hommes ou femmes mariés. «*Si non, tu es une fille ou bien une fille chez ton papa, tu vas faire le planning familial avec qui ?* » (Femme scolarisée). Une femme scolarisée

estimait que le planning familial c'était : «*pour nos sœurs qui sont hors mariage, c'est beaucoup plus la couche là qui peut pratiquer le planning familial* ». Pour autres encore, le planning familial était pour les prostitués (15,00 %). La figure 13 présente les cibles du planning familial d'après la population d'étude.

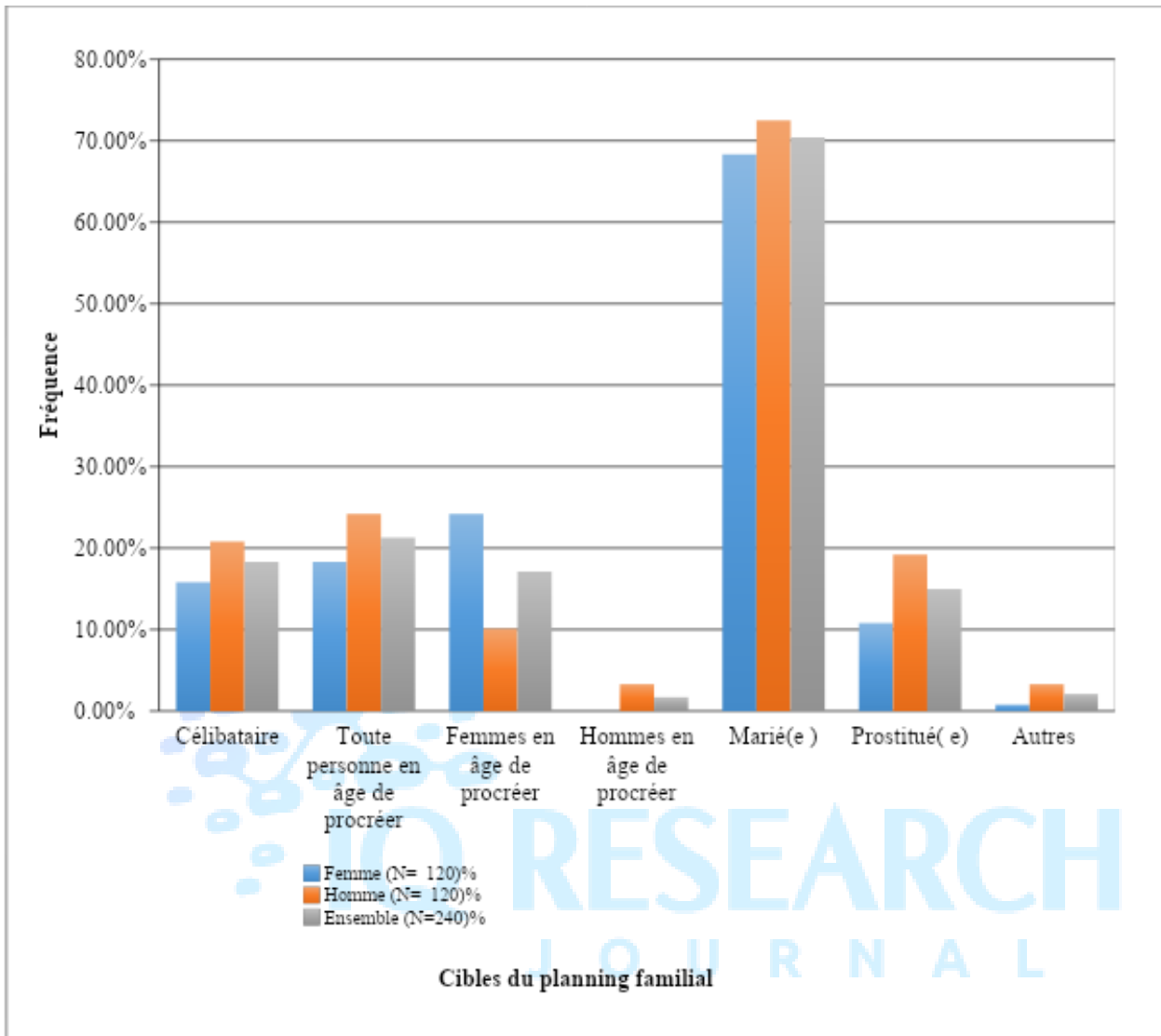


Figure 2 : Répartition en fonction du cible du planning familial selon les interrogés.

D'après l'échantillon, les buts des méthodes de contraception étaient de limiter les naissances (60,40 %), espacer les naissances (56,30 %), favoriser la prostitution (8,30 %), utiliser pour l'avortement (6,70 %), rendre stérile (24,60 %). « Mieux qu'elles fassent les enfants là chaque jour que de pratiquer ces

méthodes parce que ça rend les gens stériles» (Femme scolarisée). Le tableau V présente les avis de la population d'étude sur l'utilité du planning familial, mais également ceux de leurs partenaires ainsi que de leurs entourages.

Tableau 5 : Répartition en fonction des utilités des méthodes de contraception selon les interrogés

Variables	Femme (N= 120)%	Homme (N= 120)%	Ensemble (N=240)%
Avis de l'enquêté(e)			
Espacer les naissances	75(62.50%)	60(50.00%)	135(56.30%)
Favoriser la prostitution	<u>5(4.20%)</u>	<u>15(12.50%)</u>	<u>20(8.30%)</u>
Limiter les naissances	80(66.70%)	65(54.20%)	145(60.40%)
Utiliser pour l'avortement	<u>8(6.70%)</u>	<u>8(6.70%)</u>	<u>16(6.70%)</u>
Rendre Stérile	<u>20(16.70%)</u>	<u>39(32.50%)</u>	<u>59(24.60%)</u>
Autres	1(0.80%)	0(0.00%)	1(0.40%)
Avis du partenaire			
Espacer les naissances	69(70.40%)	67(71.30%)	136(70.80%)
Favoriser la prostitution	1(1.00%)	2(2.10%)	3(1.60%)
Limiter les naissances	62(63.30%)	63(67.00%)	125(65.10%)
Utiliser pour l'avortement	3(3.10%)	1(1.10%)	4(2.10%)
Rendre Stérile	13(13.30%)	10(10.60%)	23(12.00%)
Autres	1(1.00%)	0(0.00%)	1(0.50%)
Avis de l'entourage			
Espacer les naissances	65(63.10%)	50(52.10%)	115(57.80%)
Favoriser la prostitution	12(11.70%)	8(8.30%)	20(10.10%)
Limiter les naissances	68(66.00%)	69(71.90%)	137(68.80%)
Utiliser pour l'avortement	8(7.80%)	15(15.6%)	23(11.60%)
Rendre Stérile	19(18.40%)	32(33.30%)	51(25.60%)
Autres	0(0.00%)	1(1.00%)	1(0.50%)

Parmi les personnes interrogées, 88,33 % affirmait connaître la position de leur religion sur les méthodes de contraception. Pour les animistes, les méthodes traditionnelles étaient les plus acceptées (84,60 %) par leur doctrine. Alors que chez les chrétiens (protestant et catholique), les méthodes naturelles primaient soit 40,90 % et 42,60 % respectivement. Concernant les

(48,10 %) pensait que l'islam est contre les méthodes de contraception. Pour certains, « *les religions sont pratiquement les mêmes du moment où ils ont pris l'idée de l'enfant Jésus même, si Dieu lui-même a eu un fils, et il a dit multiplier vous, pourquoi nous devons donc limiter les naissances* » (Femme scolarisée). La figure 3 montre les points de vue des religions sur les méthodes de contraception d'après les interrogés.

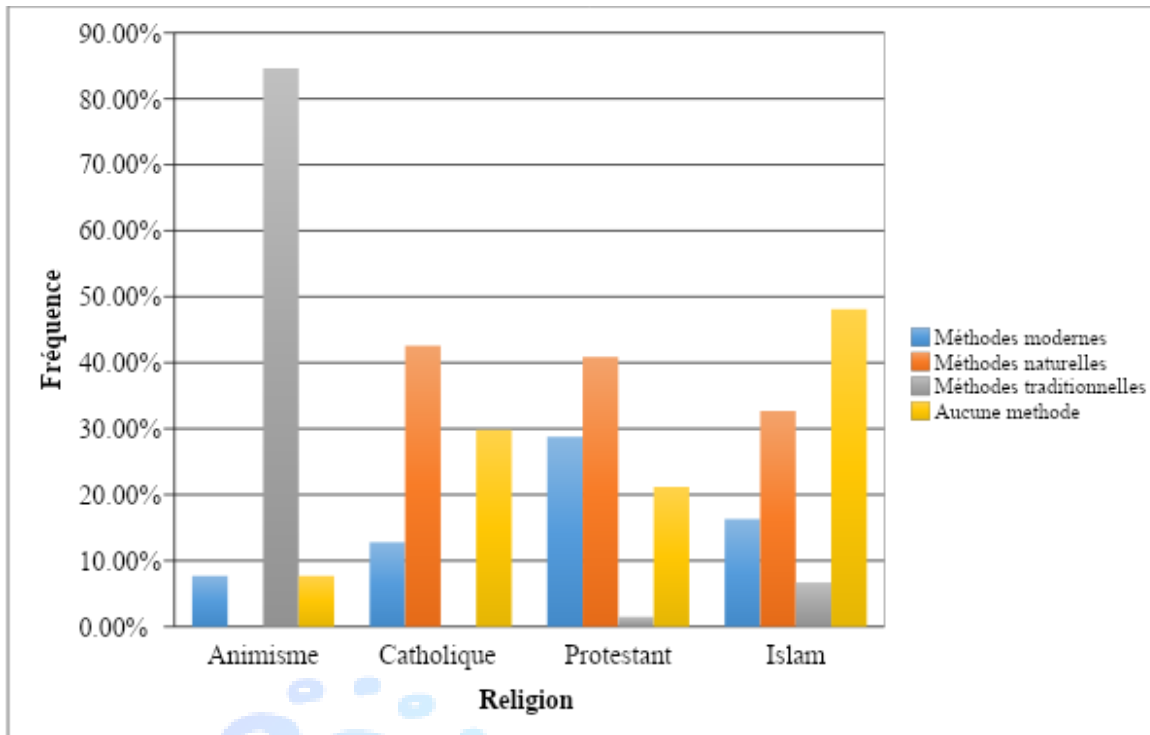


Figure 3: Répartition des méthodes de contraception acceptées en fonction de la religion

Dans la population d'étude, plus de la moitié de l'échantillon (68,75 %) connaissait les pratiques traditionnelles de la contraception. La séparation après accouchement était la méthode la plus citée (57,60 %).

« L'homme dort à part et la femme dort à part et la maman continue à allaiter le bébé normalement et comme ça, l'espacement est fait » (Femme scolarisée).

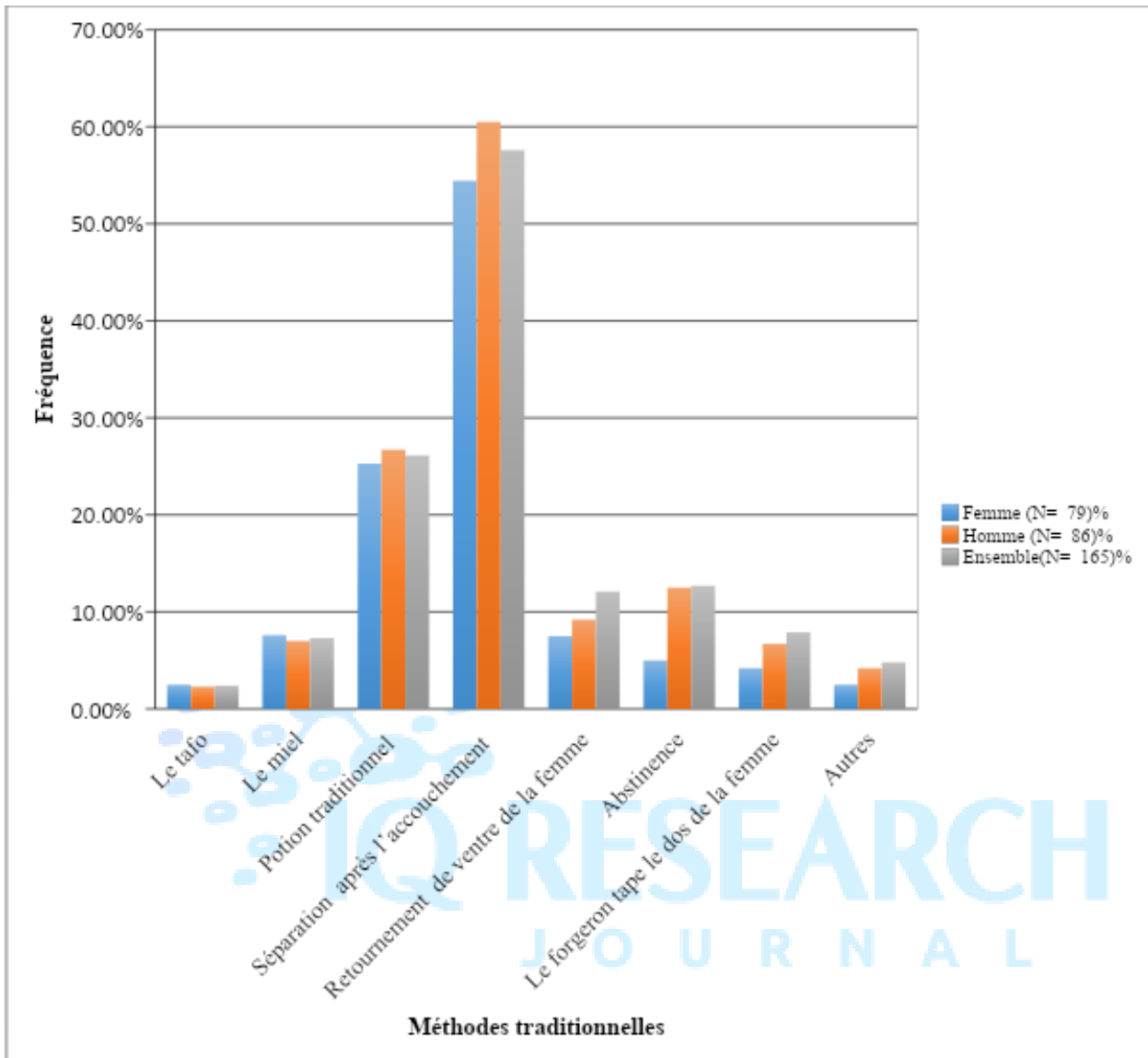
« Une maman doit allaiter l'enfant, l'enfant fait deux ans, la maman ne règle pas alors comment elle doit concevoir » (Femme scolarisée).

En suite, il y avait des potions traditionnelles (26,10 %), « Il y a des remèdes, il y a des féticheurs qui donnent souvent les remèdes pour ne pas tomber enceinte » (Homme peu scolarisé), l'abstinence (12,70 %), « le retournement du ventre de la femme par le

forgeron » (12,10 %), « le forgeron tape le dos de la femme » (7,90 %).

- « Elles partent souvent chez le forgeron là, on dit qu'on transfert ça par derrière ou quoi » (Femme peu scolarisée).
- « Une maman qui tombe enceinte pendant que le bébé est trop petit, il y a des moments, elles partent voir les matrones là, pour parfois enlever le fœtus, ou bien pour « tourner » l'enfant, on attend que le bébé a certain âge, en ce moment on peut ramener la grossesse » (Femme scolarisée).
- « Ces dernières utilisent un peu du mysticisme, c'est-à-dire la femme peut concevoir l'enfant, elles peuvent toucher le ventre de la femme là et renverser l'enfant au niveau du dos c'est-à-dire le cycle de l'enfant s'arrête. Si c'est un fœtus de deux mois ça n'évolue pas » (Homme scolarisé).
- « Il y a un bois qu'on tape le dos d'une femme avec et puis la femme ne tombe pas enceinte » (Femme peu scolarisée).

La figure 4 présente les pratiques traditionnelles de contraception selon le sexe des interrogés



***Le Tafo : cordelette avec des nœuds imprégnée d'incantations et attachée autour du bassin de la femme**

Figure 4: Répartition des pratiques traditionnelles de contraception

Les raisons de la non utilisation des méthodes de contraception étaient diverse, 45,80 % avait évoqué les difficultés financières, 27,90 % le manque de la discrétion/intimité.

- « Ça non, je le dis non parce que la confidentialité ici, dans nos hôpitaux franchement c'est du n'importe quoi. La confidentialité là ça n'existe pas » (Homme scolarisé).

- « Quand tu payes le préservatif à la pharmacie chez nous là, c'est presque ce sont les femmes et les femmes quand elles se retrouvent au quartier elles vont dire vraiment ton mari là, il utilise ça, il est venu payer ça » (Homme peu scolarisé).
- « Le secret est mieux gardé par les boutiquiers que par la pharmacienne » (Homme scolarisé).
- « Prendre un préservatif dans l'hôpital de Mokolo, c'est toute la ville de Mokolo qui saura que tel Monsieur à pris un paquet de condom. » (Homme scolarisé)

Mais certains n'étaient pas catégoriques, « d'une part quand même les autres là garde ces secrets, les autres aussi ne le font pas, ça dépend quand même du

médecin quoi » (Fille scolarisée). Pour 25,40 % des enquêtes, c'était le manque d'informations. Autres accusaient les occidentaux d'un complot contre l'Afrique, « *les occidentaux font tout pour nous empêcher de nous multiplier parce qu'ils savent avec une grande population, c'est aussi une grande*

puissance et c'est aussi une main d'œuvre donc il y a la consommation, il y a le développement tout ça » (Homme scolarisé).

Dans la figure 5, il est présenté ces différentes raisons du non utilisation de méthodes de contraception

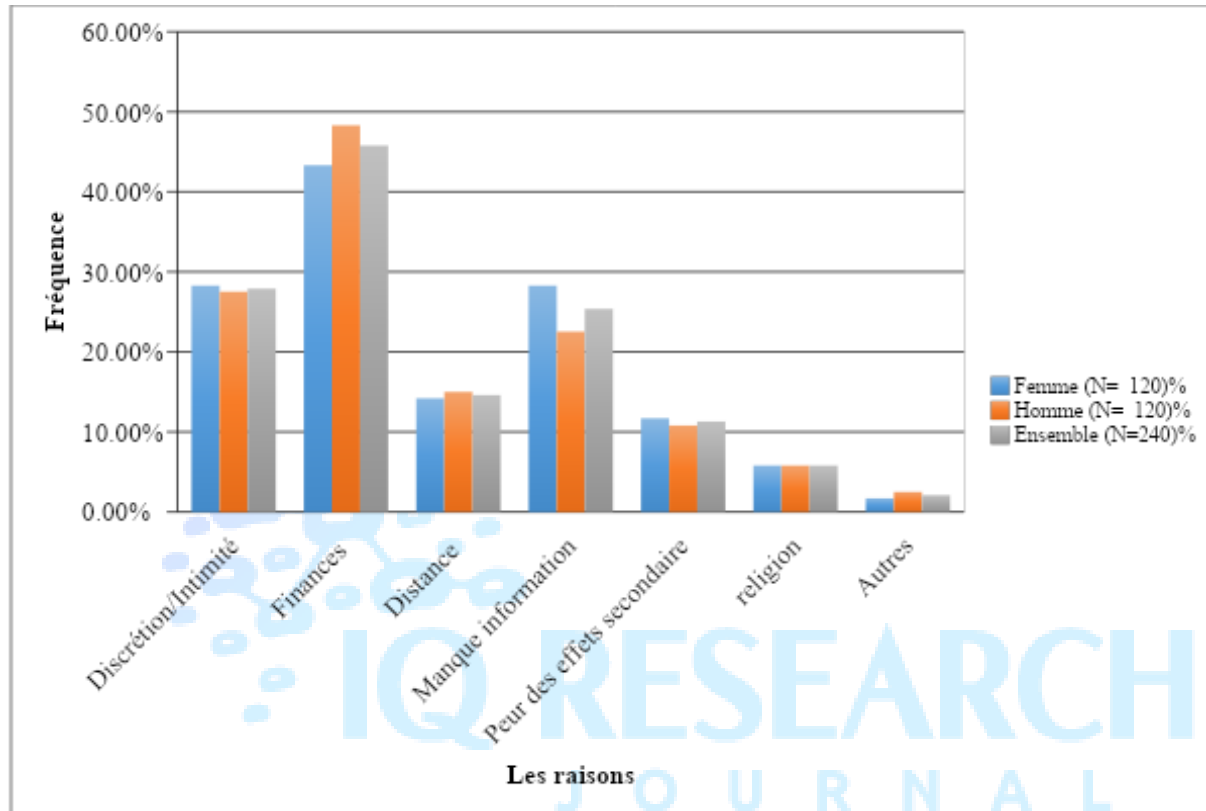


Figure 5 : Répartition en fonction des raisons de la non utilisation des méthodes de contraception

A la question de savoir si les méthodes de contraception pouvaient nuire à la santé, les participants avaient répondu oui à 52,90 % pour la santé de la femme. Oui à 12,50 % pour la santé de l'homme et oui à 26,70 % pour la procréation future.

- « *Quand on avale un produit de toutes les manières, il a un effet sur l'organisme* » (Homme scolarisé).
- « *Et selon le Norplant, il y a autres femmes qui prennent, qui mettent pour cinq ans là, dès qu'elles mettent même pour se déplacer, elles ne se déplacent pas. Elles prennent le poids on dirait que quoi, marcher elles ne peuvent pas* » (Femme scolarisée).

- « *Il y a d'autres femmes qui prennent les contraceptives, dès qu'elles prennent, surtout le dépo, elles saignent tout le mois* » (Femme scolarisée).
- « *ça entraine certains problèmes de santé, l'injection de trois mois là, ça dérange beaucoup des femmes, même moi quand je prends, j'ai souvent des douleurs au dos* » (Femme scolarisée).
- « *Le préservatif pour utiliser là, beaucoup ne savent pas l'utilisé, ça peut même caler dans le ventre d'une fille et une fille peut trouver sa mort comme ça.* » (Garçon scolarisé)
- « *La femme a mal pris et la femme conçoit et elle a des fortes chances d'accoucher un bébé malformé, il y a aussi ce risque-là* » (Femme scolarisée).

- « On apprend aussi qu'il y a des risques à long terme, de risque de cancer de col de l'utérus, on en parle, on entend ça aussi » (Femme scolarisée).

Le tableau 6 présente les problèmes de santé que pourraient engendrer les méthodes de contraception d'après la population d'étude.

Tableau 6 : Perception de l'impact des méthodes de contraception sur la santé

Variables	Femme (N= 120)%	Homme (N= 120)%	Ensemble (N=240)%
Le planning familial nuit à la santé de la femme			
Oui			
Non	68(56.70%)	59(49.20%)	127(52.90%)
Ne sait pas	33(27.50%)	31(25.80%)	64(26.70%)
	19(15.80%)	30(25.00%)	49(20.40%)
Si oui			
Favoriser la survenue des maladies	<u>27(39.70%)</u>	<u>26(44.10%)</u>	<u>53(41.70%)</u>
Favoriser les cancers	8(11.80%)	6(10.20%)	14(11.00%)
Prise du poids	51(75.00%)	36(61.00%)	87(68.50%)
Risque d'infertilité	<u>27(39.70%)</u>	<u>37(62.70%)</u>	<u>64(50.40%)</u>
Autres	5(7.40%)	7(11.90%)	12(9.40%)
Le planning familial nuit à la santé de l'homme			
Oui			
Non	14(11.70%)	16(13.30%)	30(12.50%)
Ne sait pas	77(64.20%)	71(59.20%)	148(61.70%)
	29(24.20%)	33(27.50%)	62(25.80%)
Si oui			
Favoriser la survenue des maladies	11(78.60%)	13(81.30%)	24(80.00%)
Favoriser les cancers	0(0.00%)	1(6.30%)	1(3.30%)
Prise du poids	2(14.30%)	1(6.30%)	3(10.00%)
Risque d'infertilité	4(28.60%)	7(43.80%)	11(36.70%)
Autres	0(0.00%)	0(0.00%)	0(0.00%)
Le planning familial nuit à la procréation future			
Oui	34(28.30%)	30(25.00%)	64(26.70%)
Non	45(37.50%)	38(31.70%)	83(34.60%)
Ne sait pas	41(34.20%)	52(43.30%)	93(38.80%)

L'évaluation des attitudes de la population d'étude envers le planning familial indiquait que 3,30 % avait une attitude néfaste, 21,70 % une attitude erronée, 48,30 % une attitude approximative et 26,70 % une

attitude juste. La figure 17 présente le niveau d'attitude de la population d'étude.

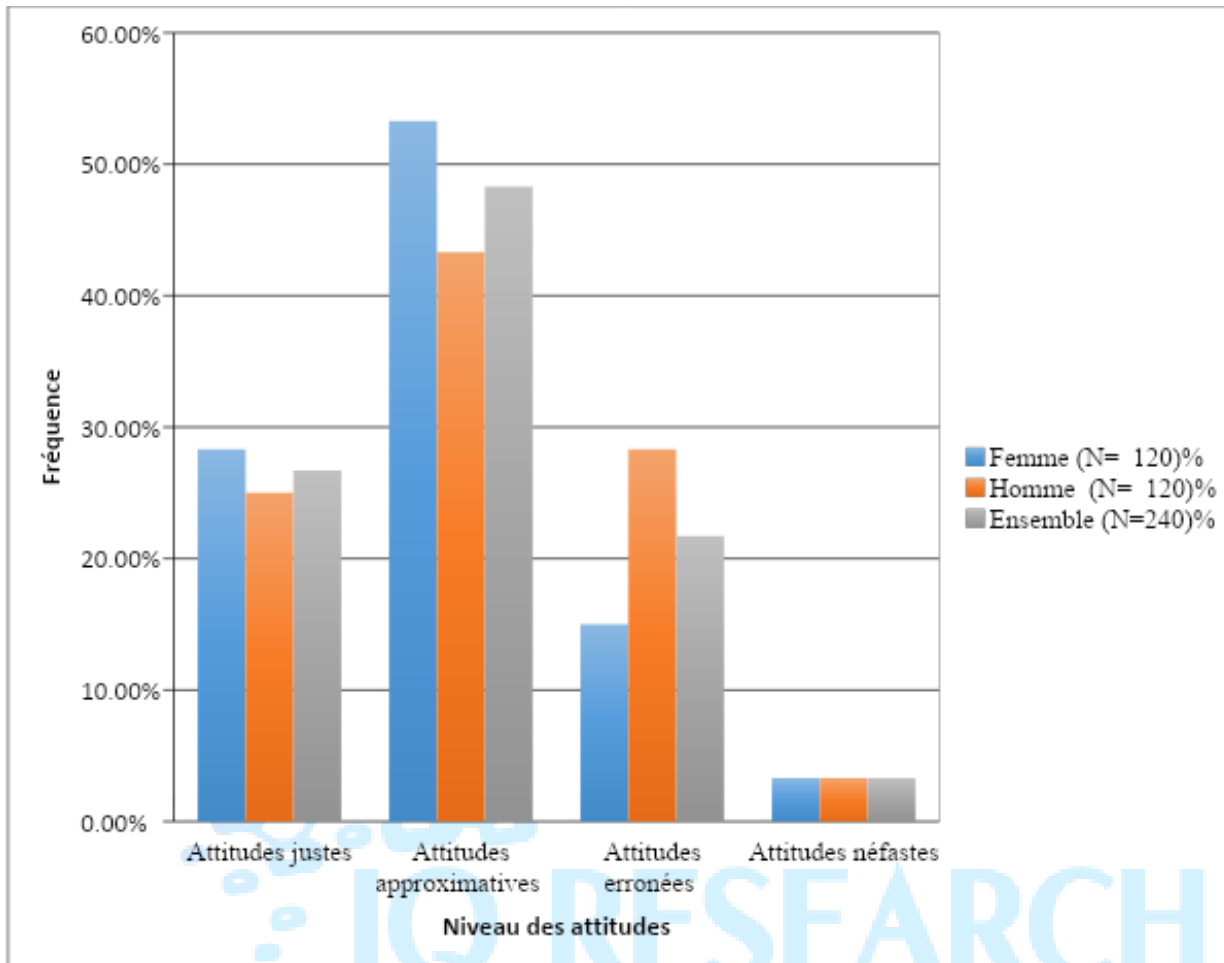


Figure 6: Répartition en fonction du niveau des attitudes de la population d'étude.

PRATIQUE DU PLANNING FAMILIAL

Un tiers des informateurs (26,70 %) a dit pratiquer le PF parce qu'il en avait une perception positive. « *Le planning familial est la bienvenue parce que ce qu'on voit ici dehors dix enfants dans une même chambre, ils n'ont pas à manger, ils ont quoi faire* » (Garçon scolarisé).

Les méthodes modernes étaient les plus utilisées (51,60 %) et les injectables (48,50 %) étaient la première méthode utilisée. Après les méthodes modernes, les méthodes naturelles étaient en deuxième position (35,90 %), « *s'il y a entente entre les couples, c'est mieux les méthodes naturelles* » (Femme scolarisée), puis les méthodes traditionnelles (12,50 %). Le tableau IX présente les méthodes de contraception utilisées par la population d'étude.

Tableau 7 : Répartition des méthodes de contraception utilisées par la population d'étude

Méthodes de contraception utilisées	Effectifs	Pourcentage(%)
Méthodes modernes	33	51.60
Méthodes naturelles	23	35.90
Méthodes traditionnelles	8	12.50
Total	64	100.00

Différentes méthodes modernes		
Pilule	6	18.20
Injectable	16	48.50
DIU	1	3.00
Implant	2	6.10
Préservatif masculin	7	21.20
Préservatif féminin	0	0.00
Mousse/gelée	0	0.00
MAMA	0	0.00
Diaphragme	0	0.00
Pilule du lendemain	1	3.00
Stérilisation masculine	0	0.00
Stérilisation féminine	0	0.00
Autre méthodes modernes	0	0.00
Total	33	100.00
Différentes méthodes naturelles		
Cycle	18	78.30
Retrait	1	4.30
Abstinence	4	17.40
Autre méthodes naturelles	0	0.00
Total	23	100.00
Différentes méthodes traditionnelles		
Le tafo	0	0.00
La toile d'araignée	0	0.00
Le miel	0	0.00
Le jus de citron	0	0.00
Potion traditionnel	1	12.50
Séparation du couple après l'accouchement	1	12.50
Retourne le ventre de la femme	6	75.00
Autres	0	0.00
Total	8	100.00

Parmi ceux qui avaient adopté le planning familial, 48,40 % la pratiquait de manière régulière et 51,60 % de manière intermittente. Les motifs d'utilisation des méthodes de contraception étaient multiples : espacer les naissances (48,40 %), limiter les naissances (37,50 %), imposé par le conjoint (12,50 %).

La prise des décisions

La prise des décisions était généralement en couple (53,10 %), mais l'homme prenait seul la décision dans 25,00 % des cas et la femme, dans 21, 90 % des cas. L'avis sur ce point était divergent dans la population d'étude.

- « En 1^{er} lieu c'est d'abord la femme et puis elle s'entend avec son mari, s'il refuse tu prends en cachette » (Femme peu scolarisée).
- « C'est un peu difficile que l'homme décide de prendre, c'est toujours la femme qui commence. Il y a des femmes qui partent sans avis de leur mari parce qu'il y a des maris qui refusent prendre les comprimés ou les injections, donc il y a des femmes qui prennent en cachette, c'est normal parce que c'est toi qui es en conséquence » (Femme peu scolarisée)
- « C'est qui est sûr est que les femmes aujourd'hui, même si le mari n'est pas d'accord prend son

chemin et va et si je ne me trompe pas les textes aussi le prévoient » (Femme scolarisée).

- *« La plupart des temps, c'est la femme compte tenu que c'est elle qui porte la grossesse, c'est elle qui subit les conséquences de tout ça, c'est la femme qui prend souvent le devant » (Femme scolarisée).*
- *« A mon avis c'est plus les femmes, il y a des femmes même qui partent à l'hôpital pour essayer de voir un médecin, pour voir dans quelle possibilité elle peut faire pour stopper avec les naissances » (Homme scolarisé).*
- *« D'une manière générale, je dirais que c'est l'homme parce qu'à la tête d'une famille c'est d'abord l'homme » (Homme peu scolarisé).*
- *« Si l'homme dit que moi là, je n'utilise pas le planning familial, je crois que la femme peut passer par A+B, elle ne va pas utiliser » (Garçon scolarisé).*
- *« Moi je pense que c'est la personne scolarisé dans le couple qui doit prendre la décision de pratiquer le planning familial » (Garçon peu scolarisé).*
- *« De fois, quand tu accouches trop à l'hôpital, l'infirmier te défend de ne pas répéter carrément » (Femme peu scolarisée).*

Ceux qui n'avait pas recours au planning familial (73,30 %) avaient comme arguments la peur d'effets secondaires (38,10 %), *« je pense toujours que s'il y a certains couples qui n'utilisent pas... c'est parce que il y a les inconvénients » (Fille peu scolarisée).*

Egalement, la conviction religieuse (33,00 %), la conviction traditionnelle (17,00 %). *« L'Eglise catholique est contre les méthodes contraceptives artificielles » (Femme scolarisée).*

« Il n'y a pas seulement l'Eglise, il y a aussi la tradition qui ne veut pas » (Femme scolarisée).

Le refus du conjoint était un obstacle au planning familial (16,50 %),

- *« Ils veulent beaucoup des héritiers, beaucoup d'enfants, au village surtout les enfants c'est une grande richesse, quand tu as beaucoup d'enfants on te respecte au village » (Femme scolarisée).*
- *« Les hommes autres fois, pour eux, les enfants c'est pour les aider dans les travaux champêtres » (Homme peu scolarisé).*
- *« S'ils n'acceptent pas parce qu'ils n'en savent rien de cette matière » (Femme scolarisée)*
- *« Les hommes n'acceptent pas souvent le planning familial et quelque fois même si le couple accepte, la belle famille est contre cela » (Femme scolarisée).*
- *« Si peut être la femme accouche seulement des filles ou qu'elle a plus des filles alors, la famille, la grande famille même, veut même, si tu accouches vingt enfants, ils veulent pour avoir des garçons » (Femme scolarisée).*
- *« Ils sont contre l'espacement, le planning familial, si non ils ont beaucoup des femmes à la maison c'est pour pondre comme des poulets » (Femme scolarisée).*
- *« Certains ne veulent pas utiliser le planning familial parce qu'ils ne connaissent pas de quoi s'agit-il parce qu'ils n'ont pas eu des problèmes, d'autres même ne mettent pas leurs enfants à l'école, ils ne s'intéressent pas à la vie de leurs enfants » (Femme peu scolarisée).*

La figure 7 présente les raisons du non utilisation du planning familial parmi ceux qui ne l'utilisent pas.

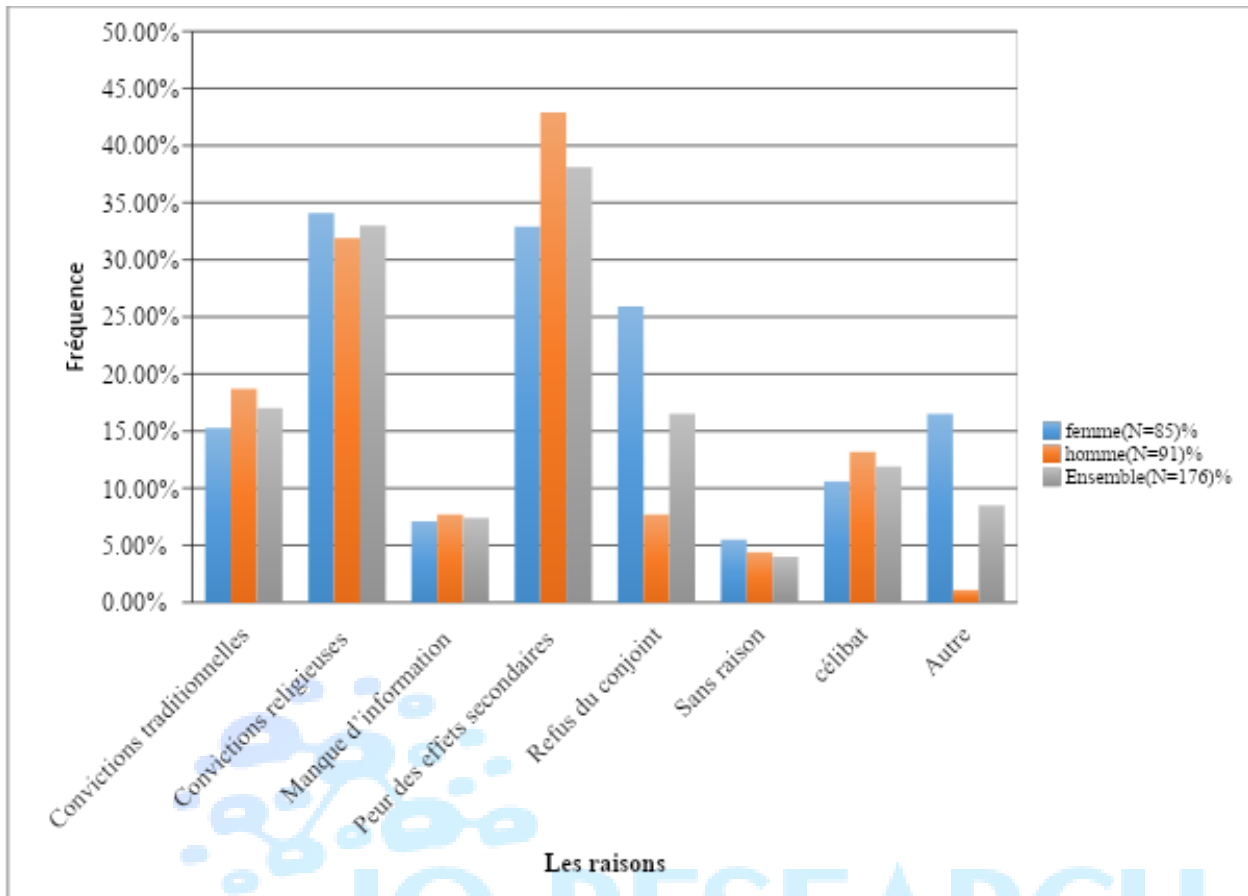


Figure 7 :Raisons de la non utilisation du planning familial par la population d'étude

Parmi les interviewés, 72,50 % avait déjà discuté du planning familial avec leurs conjoints, mais à des degrés différents. Pour 16,70 %, ils avaient eu plus de deux discussions l'année dernière, pour 30,50 % deux discussions et 52,90 % une fois l'an passé.

Parmi ceux qui utilisaient le planning familial bien que 4,70 % avait des pratiques néfastes que 12,50 % avait des pratiques inadéquates, la majorité des sujets (82,80 %) avaient des pratiques adéquates.

Verbatim : « Ici chez nous, tant que tu as l'argent, il faut accoucher beaucoup d'enfants en pagaille, tu n'as pas tu t'abstiens, c'est ça le planning sauvage qui est appliqué ici » (Garçon scolarisé).

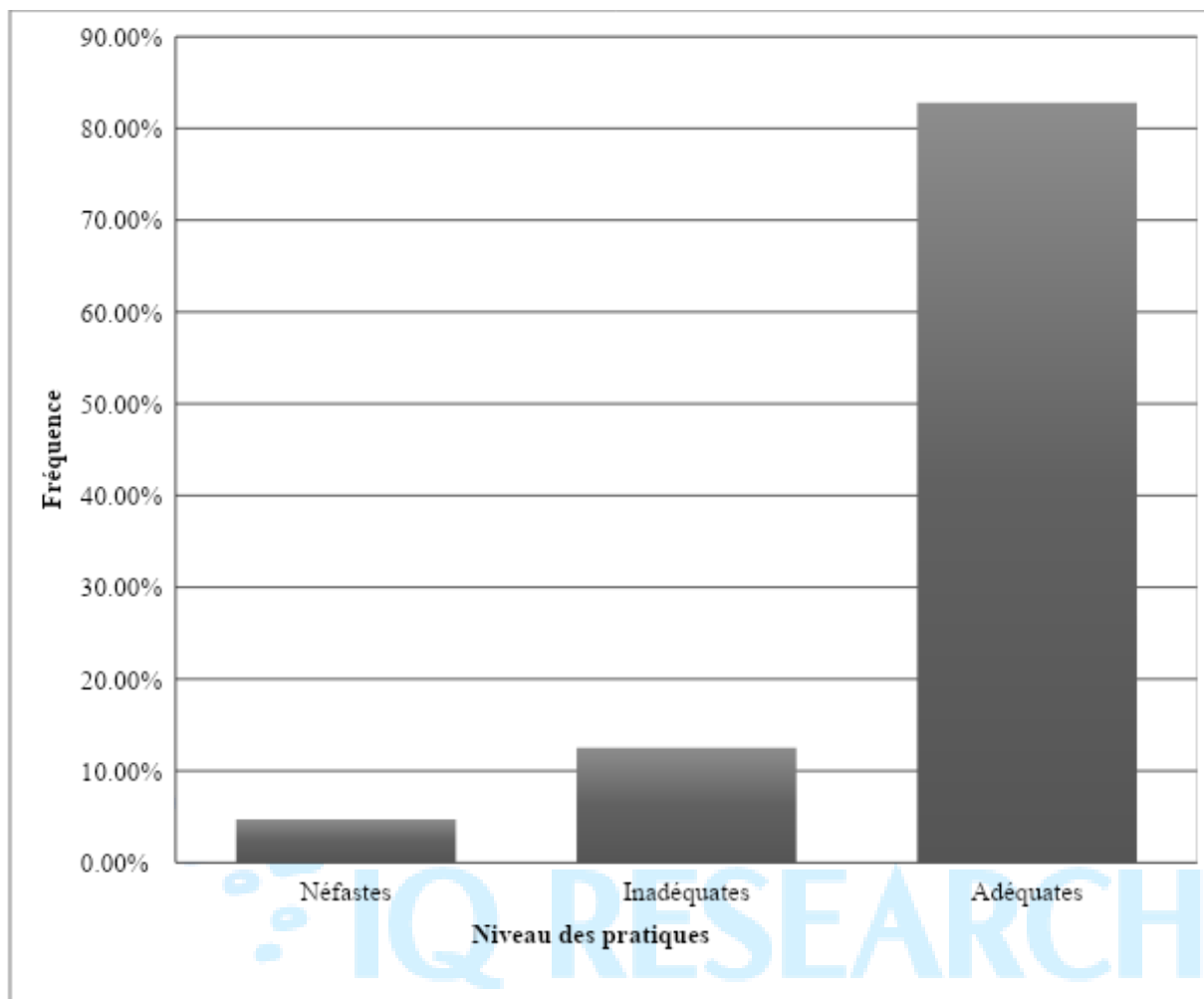


Figure 8 :Répartition en fonction du niveau des pratiques de la population d'étude

ATTENTES DE LA POPULATION

La population de l'étude avait de multiples doléances adressées à plusieurs niveaux : au gouvernement de

réduire le prix des méthodes de contraception (63,30 %), aux formations sanitaires d'assurer le secret médical (39,60 %) et aux conjoints d'avoir plus de discussions à ce sujet (63,30 %). Ces attentes de la population sont présentées dans le tableau 7.

Tableau 7: Répartition en fonction des attentes de la population d'étude

Variables	Effectifs (N=240)	Pourcentage(%)
Attente envers le gouvernement		
Intensifier la promotion du planning familial	173	72.10
Réduire le prix de certaines méthodes de contraception	152	63.30
Autres	0	0.00

Attente envers l'hôpital		
Intensifier les IEC dans les hôpitaux	195	81.30
Assurer le secret professionnel	95	39.60
Autres	4	1.70
Recommandations à soi-même		
Discussion dans les associations sur le planning familial	107	44.60
Discussion avec l'entourage	182	75.80
Discussion avec le conjoint	152	63.30
Autres	1	0.40

RECHERCHE DE FACTEURS D'EXPOSITIONS OU DE PROTECTIONS A LA MAUVAISE CONNAISSANCE

Un lien significatif n'a pas été retrouvé entre le statut matrimonial, la religion, le nombre d'enfants, le désir d'enfant et les mauvaises connaissances.

La tranche d'âge de [15-20[ans exposait 4,13(1,2-14,1) fois à la mauvaise connaissance. Le sexe féminin était un facteur protecteur 0,59 (0,30-1,00) des mauvaises connaissances alors que le sexe masculin était un facteur d'exposition. Le niveau d'étude supérieur est un facteur protecteur 0,39 (0,20-0,80) des mauvaises connaissances. Etre cultivateur exposait 2,72 fois à des mauvaises connaissances.

RECHERCHE DE FACTEURS D'EXPOSITIONS OU DE PROTECTIONS DES ATTITUDES ERRONEES

Un lien significatif n'a pas été retrouvé entre le sexe, le statut matrimonial, la religion et les attitudes erronées.

La tranche d'âge [15-20[ans exposait 3,68 (1,10-12,6) fois à des attitudes erronées. Les cultivateurs avaient 4,52(1,30-15,30) fois plus de chance avoir des attitudes erronées. Le niveau d'instruction supérieur était un facteur protecteur des attitudes erronées alors que être analphabète exposait à des attitudes erronées.

Tableau 8: Association entre le niveau d'étude et les attitudes erronées

ATTITUDES					
Variables	Erronées	Justes	Total	OR (IC 95%)	P value
	n(%)	n(%)	n(%)		
Niveau d'instruction					
Sans					
Oui	44(86.3)	7(13.7)	51(21.3)	2.71 (1.20-6.40)	0.01193089
Non	132(69.8)	57(30.2)	189(78.8)		
Primaire					
Oui	56(78.9)	15(21.1)	71(29.6)	1.52 (0.80-2.90)	0.13556151
Non	120(71)	49(29)	169(70.4)		
Secondaire					
Oui	57(67.9)	27(32.1)	84(35)	0.66 (0.40-1.20)	0.10539357
Non	119(76.3)	37(23.7)	156(65)		
Supérieur					
Oui	19(55.9)	15(44.1)	34(14.2)	0.40 (0.20-0.80)	0.01374456
Non	157(76.2)	49(23.8)	206(85.8)		

Avoir plus de 5 enfants exposait à des attitudes erronées.

Tableau 9 : Association entre le nombre d'enfants et les attitudes erronées

ATTITUDES					
Variables	Erronées	Justes	Total	OR (IC 95%)	P value
	n(%)	n(%)	n(%)		
Nombre d'enfants					
[0-6]					
Oui	114(69.1)	51(30.9)	165(68.8)	0.47 (0.20-0.90)	0.01850788
Non	62(82.7)	13(17.3)	75(31.3)		
[6-15]					
Oui	62(82.7)	13(17.3)	75(31.3)	2.13 (1.10-4.20)	0.01850788
Non	114(69.1)	51(30.9)	165(68.8)		

Les interrogés qui désiraient espacer d'au moins un an les naissances avaient des attitudes favorables 0,47 (0,3-0,9) vis-à-vis du planning familial.

RECHERCHE DE FACTEURS D'EXPOSITIONS OU DE PROTECTIONS DES PRATIQUES INADEQUATES

Au cours du travail, un lien significatif n'a pas été mis en évidence entre l'âge, le sexe, le statut matrimonial,

la religion, le nombre d'enfants et les pratiques inadéquates.

La profession salariée est un facteur protecteur 0,378 (0,20-0,70) des pratiques inadéquates. Plus les enquêtés étaient scolarisés, plus les pratiques étaient adéquates.

Tableau 10 : Association entre le niveau d'étude et les pratiques inadéquates

PRATIQUES					
Variables	Inadéquates	Adéquates	Total	OR (IC 95%)	P value
	n(%)	n(%)	n(%)		
Niveau d'instruction					
Sans					
Oui	47(92.2)	4(7.8)	51(21.3)	4.00 (1.40-11.70)	0.00371305
Non	141(74.6)	48(25.4)	189(78.8)		
Primaire					
Oui	61(85.9)	10(14.1)	71(29.6)	2.02 (1.00-4.30)	0.04391542
Non	127(75.1)	42(24.9)	169(70.4)		
Secondaire					
Oui	59(70.2)	25(29.8)	84(35)	0.49 (0.30-0.90)	0.02031355
Non	129(82.7)	27(17.3)	156(65)		
Supérieur					
Oui	21(61.8)	13(38.2)	34(14.2)	0.38 (0.20-0.80)	0.01346673
Non	167(81.1)	39(18.9)	206(85.8)		

Le désir de la conception au cours de l'année était un facteur de bonne pratique du planning familial, 0,19 (0,00-0,90)

Les mauvaises connaissances exposaient plus de 4 fois aux attitudes erronées.

Tableau 11 : Association entre les connaissances et les attitudes

ATTITUDES	CONNAISSANCES			OR (IC à 95%)	P value
	Mauvaises	Bonnes	Total		
	n(%)	n(%)	n(%)		
Erronées	140(79.5)	36(20.5)	176(73.3)	4.14 (2.25-7.63)	0.0000047418
Justes	31(48.4)	33(51.6)	64(26.7)		

Il n'a pas été mis en évidence un lien significatif entre les mauvaises connaissances et les pratiques

inadéquates. Aussi entre les attitudes erronées et les pratiques inadéquates.

DISCUSSION

L'objectif de la recherche était d'apprécier la perception, l'attitude de la population de Mokolo, une ville de la région de l'Extrême-Nord, envers le planning familial, à l'utilisation des méthodes de contraception.

PROFIL SOCIODEMOGRAPHIQUE

Il a été recruté 240 sujets. L'âge moyen était de 29,78 ±8,63 ans avec des extrêmes de 15 ans et 49 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle de [30-35[ans. Les tranches d'âge de [25-30[ans et [30-35[ans représentaient près de la moitié (40,90 %) de la population d'étude, les âges où le taux de fécondité est élevé. Les salariés, qui incluaient toutes personnes ayant un revenu mensuel stable, étaient majoritaires (29,20%). Toutefois, la proportion des femmes au foyer était de 15,80 %. Elles seraient généralement dépendantes de leurs conjoints sur plusieurs plans dont seraient limitées dans la prise de décisions familiales. Pourtant, le troisième Objectif du Millénaire pour le Développement est de "promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes"[12]. La région de l'Extrême-Nord est une région où l'activité agricole tient une place

importante[13], raison pour laquelle dans l'échantillon 14,60 % était des cultivateurs.

Le taux d'alphabétisation des femmes s'est amélioré dans l'ensemble du pays. Le niveau reste cependant faible dans la région de l'Extrême-Nord (17,4 %) d'après l'Institut National de la Statistique en 2012[12]. Globalement 21,30 % des participants étaient sans instruction. Ce taux s'élevait à 22,50 % chez les femmes. Ces données ne refléteraient pas la réalité car d'après l'EDS en 2011, plus de la moitié des femmes (62,60 %) en âge de procréer entre 15 ans et 49 ans dans la région de l'Extrême-Nord étaient analphabètes. Dans cette étude, 10,80 % des femmes avait le niveau supérieur, alors que l'EDS en 2011 donnait un chiffre de 0,5 % dans la région de l'Extrême-Nord[2]. L'explication serait due à un échantillonnage par quotas.

Mokolo est dans l'aire culturelle sahéenne où la responsabilité et le respect s'acquièrent lorsque l'homme ou la femme en âge de procréer est en couple. De ce fait, les hommes et les femmes se marient tôt selon Tassi Bela V. (2012) [9]. Mais avec l'avènement de la mondialisation, les jeunes ont tendance à poursuivre les études au détriment de l'engagement en couple pour s'assurer un avenir meilleur. Ainsi, dans l'étude, 65 % des femmes et 60 %

des hommes étaient en couple. Ces chiffres sont similaires aux données nationales qui sont de 63,50 % des femmes et 45,80 % des hommes en 2011 d'après l'EDS[2].

La Constitution camerounaise garantit la liberté de religion. Au plan national, les chrétiens représentent 69 % de la population, contre 14 % pour les musulmans et 16 % pour les animistes selon J. Molle et F. Baessler en 2008[14]. Dans l'étude, 43,30 % de la population était musulmane. Ceci est lié à l'histoire, à la colonisation de la région septentrionale par les missionnaires du Proche-Orient faisant ainsi du septentrion les zones les plus islamisées du pays[14].

Dans la population d'étude, 77,10 % avait au plus 5 enfants. Alors que la région de l'Extrême-Nord est la région où le taux de fécondité est le plus élevé au Cameroun avec un Indice Synthétique de Fécondité à 6,8 enfants par femme en âge de procréer entre 15 ans et 49 ans[2]. Le quart des participants (25,00 %) désiraient concevoir au moins après un an, 16,70 % ne voulait plus enfant. Ceci traduit le fait que le besoin de planification familiale était important dans cet échantillon. Constat fait également par Van Lith *et al* en 2014 qui montre une hausse de besoin d'espacement ou de limitation des naissances en Afrique Subsaharienne. Cependant ces besoins ne sont pas toujours satisfaits[15]. En outre, dans cette population, 31,30 % avait un désir de concevoir à tout moment, ce qui constitue un frein à la pratique du planning familial. La question est maintenant de savoir si cette population avait une connaissance suffisante en matière du planning familial.

CONNAISSANCE SUR LE PLANNING FAMILIAL

Concernant la définition du planning familial, près de la moitié (49,20 %) avait une bonne réponse, 33,80 % avait une réponse approximative et 17,10 % une mauvaise réponse. « *Le planning familial c'est, c'est contre les grossesses précoces* » (Femme peu scolarisée). Ce chiffre de 49,20 % de bonne réponse serait dû au fait que la moitié de la population de l'échantillon était scolarisé, c'est-à-dire qu'elle avait au moins le niveau secondaire.

Au cours du travail, 80,42 % avait cité au moins une méthode de contraception, soit 91,67 % de femmes

et 69,17 % d'hommes. Cette différence du genre pourrait s'expliquer par le fait que la femme est plus en contact avec le personnel de santé et plus encore de la sage-femme ou du gynécologue. Elle participe plus aux causeries éducatives[16]. L'EDS 2011 parle quant à elle de 82,30 % chez les femmes et 95,50 % chez les hommes à l'Extrême-Nord.[2] Dans cette étude, parmi les méthodes de contraception connues les méthodes modernes tenaient la première position (79,20 %), avec en chef de file la pilule (58,40 %), ensuite les injectables (58,40 %), le préservatif masculin (44,70 %), l'implant (30%), le DIU (22,60 %). Mais les vaccins étaient également considérés comme méthodes de contraception « *on vaccine soit ta femme, ou bien, on dit souvent on peut vacciner aussi l'homme non* » (Homme scolarisé). Ceci confirme le manque d'information chez les hommes. Toutes ces méthodes modernes sont disponibles à l'hôpital de district et dans 12 centres de santé sur les 16 centres de santé que compte le district de santé de Mokolo. Les quatre centres restants sont des établissements confessionnels. Les méthodes naturelles représentaient 24,20 % des méthodes de contraception citées. L'abstinence périodique (cycle et méthode de température) était la plus connue 69 %.

Du fait de l'organisation de la société et de la culture sahélienne, la transmission des valeurs, des informations se veut tout d'abord au sein de la famille, structure essentielle au développement de l'être. La principale source d'information de l'échantillon était justement la famille et les amis (50,40 %). « *C'est ma mère* » dit une fille scolarisée. En 2009, Dissak-Delon a également trouvé que les amis étaient la principale source d'informations des femmes avortées à l'Hôpital Central de Yaoundé[17]. Mais il se pose un problème de la véracité de l'information transmise sur le planning familial puisque les parents, l'entourage ne sont pas des spécialistes du domaine. Avec l'électrification des villages et la création de la radio communautaire de Mokolo en 2009, les médias gagnent du terrain dans la transmission de l'information à la population. Ainsi 46,70 % des sujets interrogés tiraient leur information des médias. Le Ministère de la santé publique, dans l'optique de réduire la mortalité maternelle qui est en constante croissance depuis une dizaine d'années, et d'atteindre

l'objectif 5 des OMD met d'avantage l'accent sur la planification familiale, les IEC sont intensifiées dans les hôpitaux et les centres de santé. C'est un constat général que l'Institute For Reproductive Health Georgetown University a fait en Afrique subsaharienne depuis 2014. Des ressources considérables ont été affectées aux programmes de planification familiale avec des activités allant de l'amélioration des services aux plaidoyers stratégiques, de la réalisation de campagnes médiatiques à des sessions d'éducation par des pairs, du renforcement des chaînes d'approvisionnement en contraceptifs à la diversification des choix de contraception. Raison pour laquelle, 43,30 % des interviewés avaient cité les formations sanitaires comme source information.

A la question de savoir les sources d'approvisionnement en méthodes de contraception, 83,80 % de l'échantillon avait cité les formations sanitaires. Mais à cause de la contrebande des médicaments venant des autres régions du pays et surtout du Nigeria voisin favorisée par notre frontière poreuse avec ce pays, nous assistons à la multiplication des points de vente des méthodes de contraception aussi bien dans les marchés que dans les quartiers. C'est pourquoi, 33,80 % des participants avaient nommé les boutiques/marchés comme source d'approvisionnement. *«Les personnes qui vendent les médicaments de la rue, ils nous proposent souvent les pilules et ils nous disent même que c'est très efficace »* (Femme scolarisée).

De par la définition du planning familial, les méthodes de contraception connues et la source d'approvisionnement en méthodes de contraception, une grille d'évaluation de connaissances a été établie pour apprécier le niveau des connaissances de l'échantillon étude. Sur les 240 sujets interrogés, seul 0,40 % avait une bonne connaissance du planning familial. La majorité (52,90 %) avait une connaissance insuffisante. C'est dire que, même si 80,42 % de cette population d'étude avait cité au moins une méthode de contraception, peu avait une connaissance complète sur ce sujet. Il était alors intéressant de rechercher les facteurs liés à la mauvaise connaissance.

Les plus jeunes 15-19 ans avaient 4,13(1,20-14,10) plus de chance d'avoir une mauvaise connaissance. C'est une tranche d'âge de l'adolescence, en proie à des activités sexuelles, mais qui évolue dans une société où la notion de sexualité est taboue de même que les éléments qui l'entourent tel le planning familial. Selon Biddlecom A *et al*, (2010) ces jeunes ont une mauvaise santé sexuelle avec toutes les conséquences qui peuvent survenir : avortement, IST, viols[18].

Bien que ce ne fût pas un facteur significatif, l'homme avait 1,71(1,00-3,00) de chances d'avoir une mauvaise connaissance. Ce constat a également été fait par Suzanne Philippe(2014) en France, elle a montré que les hommes avaient une mauvaise connaissance sur le planning familial[19]. L'homme africain et particulièrement l'homme du septentrion est incontestablement le chef de famille, c'est lui qui a le dernier mot sur les décisions liées à la famille. *«D'une manière générale, c'est l'homme parce qu'à la tête d'une famille, c'est d'abord l'homme »* (Garçon scolarisé). Pourtant mal informé sur les notions du planning du fait que la plupart du temps il n'assiste pas à la consultation prénatale, à la vaccination des enfants. Ce sont les moments privilégiés de counselling sur le planning familial. Même si, le sexe féminin était un facteur protecteur 0,59 (0,30-1,00) non significatif dans cette étude, ces femmes n'ont généralement pas le poids dans les décisions familiales. *« Si l'homme dit que moi là, je n'utilise pas le planning familial, je crois que la femme peut passer par A+B, elle ne va pas utiliser »* (Garçon scolarisé). Le système éducatif est le maillon fort du développement de la société, de l'information des individus pour leur épanouissement. Les personnes interrogées du niveau supérieur avaient une bonne connaissance sur le planning familial ; l'Odd ratio pour l'étude était de 0,39 (0,20-0,80). Au cours de l'étude, un lien non significatif a été établi entre le niveau de connaissance et le nombre enfant par personne interviewée. Les sujets qui avaient plus de cinq enfants avaient 1,57(0,80-3,00) fois plus de chance d'avoir une mauvaise connaissance. Les salariés, avec un niveau socioéconomique confortable, étaient un facteur protecteur 0,33(0,20-0,60) de mauvaise connaissance. D'après Noubissi A., dans son étude sur « La femme camerounaise face aux méthodes

contraceptives modernes », il y a un lien entre la pauvreté et le niveau de connaissance[20]. La connaissance à elle seule ne peut pas bâtir la perception d'un individu sur le planning familial. L'individu est influencé par la tradition, la religion, l'environnement dans lesquels il évolue et ses propres expériences.

ATTITUDES VIS-A-VIS DU PLANNING FAMILIAL

La perception du planning familial est une notion dynamique qui se construit dans le temps et dans l'espace. La majorité de la population d'étude (86,30 %) pensait que le planning familial était important, mais 13,70 % de cette population n'était pas de cet avis. Ces derniers pensaient que le planning familial était source de discrimination sociale (45,50 %) car il va à l'encontre de la culture africaine qui est pro nataliste. « *Ils veulent beaucoup des héritiers, beaucoup d'enfants, au village surtout les enfants c'est une grande richesse, quand tu as beaucoup d'enfants, on te respecte au village* » (Femme scolarisée), « *les hommes autres fois pour eux, les enfants, c'est pour les aider dans les travaux champêtres* » (Homme peu scolarisé). Ainsi, assurer une descendance nombreuse est source de prestige et de main d'œuvre dans les activités agricoles[16]. D'ailleurs V. Tassi Bela déclarait que dans la partie septentrionale en général, et à l'Extrême-Nord en particulier, dans la conscience des communautés, la place et le rôle de la femme se situent principalement dans la procréation[09]. Pour certains, utiliser le planning familial, c'est être à la marge de la tradition, créant des tensions dans les familles qui pourraient aboutir à des divorces /séparation (36,40 %).

Pour 70,40 % de l'échantillon le planning familial était destiné aux mariés. Il fallait être en couple pour utiliser les moyens d'espacements ou de limitations des naissances. « *Si non tu es une fille ou bien une fille chez ton papa, tu vas faire le planning familial avec qui ?* » (Femme scolarisée). Par contre, pour 18,30 % de l'échantillon croyait plutôt que le planning familial était destiné aux célibataires sexuellement actifs mais qui ne désiraient pas la conception, 15,00 % estimait que le planning familial est réservé à un groupe particulier d'individus notamment les prostitués qui dans leurs

activités quotidiennes doivent se préserver de la grossesse.

La population de l'étude n'était pas unanime sur l'utilité des méthodes de contraception. Si 56,30 % pensait qu'elles avaient pour but d'espacer les naissances et que 60,40 % pour limiter les naissances, c'est-à-dire de décider le moment de conception et la taille de la famille. D'autres, par contre croyaient que le planning familial à travers les méthodes de contraception favorisait l'expansion des fléaux dans la société. Ils disaient que les méthodes de contraception étaient utilisées pour l'avortement (6,70 %), qu'elles favoriseraient la prostitution (8,30 %). Dans une étude qualitative réalisée au Mali en 2006, certaines populations maliennes étaient de l'avis selon lequel le planning familial avait pour objectif de favoriser l'adultère, la prostitution, d'avoir la possibilité d'avorter en cours de grossesses, mais également de faire la volonté des blancs de vouloir ralentir la croissance démographique des populations africaines, de stériliser et d'augmenter des cas d'interventions chirurgicales chez les femmes utilisatrices de ces méthodes[8]. « *Les occidentaux font tout pour nous empêcher de nous multiplier parce qu'ils savent avec une grande population, c'est aussi une grande puissance et c'est aussi une main d'œuvre donc il y a la consommation, il y a le développement tout ça* » (Homme scolarisé).

La religion, comme dans tout aspect de la vie humaine, a sa conception de la famille, la manière de la construire et les méthodes d'espacement des naissances. Roudi-Fahimi (2005) dans son ouvrage intitulé *l'islam et la planification familiale* a présenté le point de vue de cette religion. Bien qu'une minorité des ulémas ne soit pas d'accord, l'islam est en faveur de l'utilisation des méthodes modernes d'espacement des naissances mais pas des méthodes irréversibles[4]. Le Conseil des imams et ulémas (intellectuels en islam) qui est une division de l'association culturelle islamique du Cameroun(ACIC), a organisé à Yaoundé du 16 au 19 janvier 2014 son assemblée générale ordinaire au cours de laquelle il a réitéré cette position. Dans le travail, seul 16,30% des musulmans interviewés croyait que l'islam était en faveur des méthodes modernes de la contraception. Près de la moitié de ces musulmans (48,10%) pensaient que l'islam était contre toute méthode de

contraception. Ce qui constitue ainsi un frein à l'utilisation du planning familial. *«Les religions sont pratiquement les mêmes, du moment ils ont pris l'idée de l'enfant Jésus même, si Dieu lui-même a eu un fils, et il a dit multiplier vous, pourquoi nous devons donc limiter les naissances ».*

Les enquêtés catholiques n'étaient pas loin de la position officielle du Vatican. L'encyclique *Humanae Vitae* de Paul VI condamne l'utilisation de toute contraception artificielle et prône le contrôle des naissances par les méthodes de planification familiale naturelle[5]. Pour 42,60 % des catholiques de l'échantillon, il était de cet avis, tandis que 12,80 % croyait que cette religion était pour les méthodes modernes. L'animisme, croyance selon laquelle toute chose possède une âme. Les partisans n'ont pas une position universelle sur les méthodes de contraception. Tout dépend de la culture. Dans l'étude, la majorité qui avait adopté cette religion (84,60 %) pensaient que l'animisme était en faveur des méthodes traditionnelles d'espacement des naissances.

Les pratiques traditionnelles de contraception s'inscrivent dans la culture de chaque peuple. Dans le district de santé de Mokolo abritant une diversité d'ethnies mais dominé par les Mafa[11], il ressortait plusieurs pratiques traditionnelles d'espacement ou de limitation des naissances dans l'étude dont la séparation des couple après l'accouchement (57,60 %) ou même juste avant. La femme devrait se rendre dans sa belle-famille ou sa famille pour des raisons multiples parmi lesquelles l'espacement de naissance d'une part, mais également la gestion du post partum et du nouveau-né assuré par la grand-mère. Le forgeron, gardien des savoirs mystico-religieux et médicaux, est au centre de la contraception. C'est lui qui élabore les potions traditionnelles de la contraception (26,10 %) aux recettes bien gardées secrètes. Le forgeron peut procéder par le *« retournement du ventre »* (12,10 %) de manière mystique, empêchant ainsi toute conception probable mais réversible si la femme ou le couple le désire. *« Le forgeron là, on dit qu'on transfère ça par derrière ou quoi »* (Femme peu scolarisée). *«Une maman qui tombe enceinte pendant que le bébé est trop petit, il y a des moments, elles partent voir les matrones là, pour parfois pour « tourner » l'enfant, on attend que*

le bébé a certain âge, en ce moment on peut ramener la grossesse » (Femme scolarisée).

Le forgeron possède également un bâton spécial avec lequel il *« tape le dos de la femme »* (7,90%) ce qui permet de la rendre stérile. Dans la perception de la population, les *« œufs »* de la femme se trouvent au niveau des lombes. Le fait de taper à ce niveau écrase ces derniers. D'autres encore considèrent que le fait de boire régulièrement du miel (7,30 %) est un moyen d'espacement des naissances. Le tafo (2,40 %), cordelette avec des nœuds contenant d'incantations et attachée autour du bassin de la femme était également considéré comme méthode de contraception.

La région de l'Extrême-Nord est la région la plus pauvre du pays d'après ECAM III[11], 45,80 % de la population d'étude évoquait le problème financier comme raison de la non utilisation des méthodes de contraception dans la localité de Mokolo. *« Le prix est un peu cher parce que ce n'est pas tout le monde qui peut avoir l'argent pour payer »* (Hommes peu scolarisés). Pourtant, le gouvernement a fait des efforts considérables pour rendre accessible le prix de la contraception moderne, l'explication : *« quand c'est à la pharmacie, le prix reste le même, dès que ça arrive dans les poches que ça soit des infirmiers eux même là, ils revendent à leur prix, à leur choix, surtout quand il y a pénurie, quand il y'en a pas en quantité, le prix augmente »* (Femme scolarisée). La discrétion et l'intimité (27,90 %) étaient évoquées comme deuxième obstacle à la contraception. *« Ça non, je le dis non parce que la confidentialité ici, dans nos hôpitaux, franchement c'est du n'importe quoi. La confidentialité là ça n'existe pas »* (Homme scolarisé). D'autres pensaient plutôt à un manque ou une insuffisance d'informations (25,40 %) sur le planning familial en général. *« S'ils n'acceptent pas parce qu'ils n'en savent rien de cette matière »* (Femme scolarisée).

D'après l'OMS, la santé est un état de bien-être physique, mental, social et n'est pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité. L'homme a toujours le souci de préserver cette santé. La moitié des participants (52,90 %) pensaient que les méthodes de contraception pourraient nuire à la santé de la femme. *«Quand on avale un produit de*

toutes les manières il a un effet sur l'organisme » (Homme scolarisé). Le premier problème soulevé était la prise du poids (68,50 %). Il est suivi du risque d'infertilité (50,40 %), un élément important lorsqu'on sait que la femme du septentrion est respectée à travers ses enfants[16]. Certaines maladies sont rattachées à l'utilisation des méthodes de contraception. Ainsi, 41,70% des participants avait évoqués un lien entre les méthodes de contraception et la survenue de certaines maladies. D'après cette étude, la santé de l'homme n'était pas épargnée par l'utilisation des méthodes de contraception. 12,50 % des enquêtés pensaient que les méthodes de contraception pourrait nuire à la santé de l'homme. Un chiffre inférieur à celle de la femme, car la majorité de ces méthodes sont destinées aux femmes. Pour l'homme, la complication redoutée était la survenue des maladies (80,00 %) ; le risque d'infertilité (36,70 %). Les méthodes de contraception pourraient aussi entraîner des complications à la procréation future, c'était l'avis de 26,70 % des sujets interviewés.

A la lumière de ces avis sur le planning familial, les méthodes de contraception, la position de la religion et de la tradition sur les moyens d'espacement ou de limitation des naissances, nous avons évalué la perception de notre population d'étude. Si 48,30 % avait une attitude approximative, 3,30 % avait une attitude néfaste. Seul 26,70 % avait une attitude juste. Ces chiffres ne pourraient prédire une adhésion massive de cette population à l'utilisation du planning familial.

La recherche des facteurs protecteurs ou d'expositions à une attitude néfaste de la population avait permis d'évoquer certains éléments. La tranche d'âge 15-19 ans qui était en proie à des mauvaises connaissances a 3,68 (1,10-12,60) plus de chance d'avoir une attitude néfaste. Pourtant, la tranche de 20-24 ans est un facteur protecteur 0,44 (0,20-0,90). L'explication peut être le fait que c'est à cet âge que la population se marie, qu'elle est de plus en plus en contact avec le gynécologue et la sage-femme. D'ailleurs, le planning familial est destiné aux couples d'après l'échantillon. L'homme a une perception négative du planning familial d'après Daouda (2010) dans son mémoire sur *les facteurs explicatifs de la non-utilisation de la contraception moderne chez les femmes au Mali* [7]. Au cours de la recherche nous

avons mis en évidence que le sexe masculin avait 1,19 (0,70-2,10) fois plus de chance d'avoir des attitudes néfastes. Pourtant, l'homme est un acteur au centre de toutes les décisions familiales. Du fait que la terre est hostile à une agriculture prospère dans le district de santé de Mokolo, les cultivateurs de cette localité se recrutent parmi les plus pauvres, les moins scolarisés. Ils auraient 4,52 (1,30-15,30) fois plus de chance d'avoir des mauvaises connaissances. Il existe un lien significatif entre le niveau d'instruction et la perception de la population d'étude. Si les sujets sans instruction avaient 2,71 (1,20-6,40) fois plus de chance d'avoir des attitudes néfastes, les sujets ayant atteint le niveau d'enseignement supérieur étaient épargnés par cette attitude 0,40 (0,20-0,80). La population de confession chrétienne (catholique, protestant) avait une attitude favorable concernant le planning familial alors que les musulmans et les animistes avaient une attitude contraire 1,26 (0,60-2,50), 2,10 (0,40-10,00) respectivement. Plus les enquêtés avaient d'enfant, plus leur perception du planning familial était négative. Les sujets ayant au plus cinq enfants avaient 0,47 (0,20-0,90) de chance d'avoir des attitudes néfastes alors que ceux avec plus de cinq enfants étaient de 2,13(1,10-4,20). Les participants, qui avaient le désir d'espacer d'au moins un an le moment de conception, avaient en général une bonne attitude face au planning familial 0,47(0,30-0,90).

PRATIQUES DU PLANNING FAMILIAL

Le planning familial est un processus, un moyen d'espacement ou de limitation des naissances et donc de permettre aux individus, aux couples de décider de la taille de la famille et du moment voulu de la conception. Cela implique une certaine connaissance sur les méthodes de contraception et une attitude favorable pour une pratique satisfaisante. Dans la population d'étude 64 personnes sur les 240 pratiquaient le planning familial soit 35 femmes et 29 hommes. Ce qui faisait un pourcentage de 26,70 % de la population générale soit 29,20 % des femmes et 24,20 % des hommes. C'était un pourcentage largement supérieur aux données de l'EDS 2011 qui estimait un taux d'utilisation à 3,70 % des femmes en couple à l'Extrême-Nord[2]. Cette hausse du nombre d'utilisation ne refléterait pas forcément la réalité car l'échantillon pourrait ne pas être représentatif de la population générale du

district de santé de Mokolo. Dans une étude réalisée en 2011 à partir des données de l'enquête démographique et sanitaire menée dans 13 pays d'Afrique subsaharienne, Andreea *et al*, faisait un constat plus global que le taux d'utilisation dans ces pays était en deçà de la valeur moyenne mondiale qui est de 55 % [5].

La population faisait plus recours aux méthodes modernes (51,60 %). Alors que chez les Gabonaises c'est plus les méthodes naturelles selon Chiesa-Moutandou S. *et al* [21]. Bien que la pilule soit la méthode de contraception la plus connue, les injectables (48,50 %) étaient la plus utilisée à cause de sa disponibilité permanente, de son coût relativement bas, et sa non traçabilité. Certaines femmes l'utilisaient à l'insu de leur mari. Mossi Makembé H. (2007) a retrouvé les mêmes résultats à Yaoundé [40]. En France, c'est plutôt les pilules qui sont les plus utilisées selon Suzanne Philipe (2014) [19]. Ensuite, le préservatif masculin avec 21,20 % apparaît comme la méthode de contraception la plus médiatisée en plus de protéger contre les IST. Quant à la pratique traditionnelle de contraception, le « *retournement du ventre de la femme* » était la plus utilisée (75,00 %) alors que la « *séparation des couple après l'accouchement* » était la plus citée. Avec la situation économique de plus en plus déplorable, l'hébergement des étrangers au sein de la famille paraît difficile.

Les hommes et femmes utilisateurs du planning familial, le pratiquait de façon intermittente (51,60 %), ainsi l'efficacité des méthodes de contraception n'était pas toujours garantie. Les raisons d'utilisation des méthodes de contraception étaient l'espacement des naissances (48,40 %), la limitation des naissances (37,50 %). Pour 12,50 % de l'échantillon, c'était imposé par le conjoint. Ceci n'est pas en accord avec le principe du planning familial qui veut que ce soit une affaire de couple. La décision devrait être prise de manière conjointe entre l'homme et la femme. C'était le cas de 53,10 % des sujets qui avaient adopté le planning familial. Mais pour 25,00 % l'homme seul en était l'instigateur et 21,90 % la femme seule. Ainsi l'auteur de la prise de décision était à controverse dans la population d'étude. « *En 1^{er} lieu c'est d'abord la femme et puis elle s'entend avec son mari, s'il refuse tu prends en cachette* » (Femme peu

scolarisée). « *D'une manière générale je dirais que c'est l'homme parce qu'à la tête d'une famille c'est d'abord l'homme* » (Homme peu scolarisé). « *Si l'homme dit que moi là, je n'utilise pas le planning familial, je crois que la femme peut passer par A+B, elle ne va pas utiliser* » (Garçon scolarisé). Ces réflexions ne sont pas en droite ligne avec les principes du planning familial qui veulent que le choix soit pris de manière conjointe entre l'homme et la femme.

Pour les 73,30 % de la population d'étude qui ne pratiquait pas le planning familial, les principaux arguments évoqués étaient la peur des effets secondaires (38,10%), la conviction religieuse (33,00 %), la conviction traditionnelle (17,00 %), le refus du conjoint (16,50 %). « *Ils sont contre l'espacement, le planning familial, sinon ils ont beaucoup des femmes à la maison ; c'est pour pondre comme les poulets* » (Femme scolarisée). Déjà en 2009 en Ethiopie, Mekonnen et Worku avaient fait mention de certains de ces obstacles tels que l'opposition des hommes, les considérations culturelles et religieuses, les effets indésirables des produits, les contraintes financières et la difficulté pour rencontrer un fournisseur [6].

La majorité (72,50 %) avait discuté sur le planning familial avec leur conjoint au cours de l'année passée et seul 16,70 % avait eu plus de deux discussions. Pourtant, le devenir de la famille est au centre de tout projet de vie en couple. Pour une femme scolarisée la discussion sur le planning familial est un tabou. « *Pas qu'on n'accepte pas, on n'en parle même pas.* » Zra (2008) a montré que le premier obstacle à la contraception moderne était l'absence de discussion avec le conjoint [10]. L'EDS 2011 a mis en évidence un lien positif entre le nombre de discussion en couple et la pratique du planning familial [2].

Utiliser une méthode de contraception ne suffit pas à faire une bonne pratique du planning familial. Il y a d'autres paramètres qui entrent en enjeux tel que le motif d'utilisation, le décideur, la discussion au sein de la famille. A la fin de notre étude nous avons apprécié le niveau de pratique de la population utilisatrice du planning familial. Il en ressort que 82,80 % avait une pratique adéquate, 12,50 % une pratique inadéquate et 4,70 % une pratique néfaste.

La recherche des éléments influençant la mauvaise pratique du planning familial avait montré que le niveau d'instruction était important. Si les analphabètes avaient 4 fois plus de chance et les personnes du niveau primaire avaient 2 fois plus de chance avoir une mauvaise pratique, les sujets du niveau secondaire avaient quant à eux 0,49(0,3-0,9) fois plus de chance avoir une mauvaise pratique.

ATTENTES DE LA POPULATION

Pour la population d'étude, la promotion du planning familial et l'adhésion de la population du district de santé de Mokolo à l'utilisation des méthodes de contraception devrait passer par la réduction des prix des méthodes de contraception(63,30 %) bien que le gouvernement camerounais ait fait beaucoup d'effort dans ce domaine. Aussi, il faut le respect du secret médical par les professionnels de santé (39,60 %) et trouver des voies et moyens pour promouvoir la discussion au sein des couples sur le planning familial (63,30 %).

CONCLUSION :

Au terme de cette étude qui avait pour objectif de décrire la perception du planning familial par la population du district de santé de Mokolo, il ressort que :

Cette population d'étude avait des connaissances insuffisantes ou mauvaises sur le planning familial,

illustrées par le verbatim suivant : « *le planning familial c'est, c'est contre les grossesses précoces* ». Les facteurs d'exposition à ces mauvaises connaissances étaient liés à la tranche d'âge de 15 à 19 ans, au sexe masculin et à la profession de cultivateur.

Pour la majorité des participants, le planning familial était destiné aux personnes mariées. Mais d'après eux, à cause de son utilisation pour l'avortement et pour l'expansion de la prostitution, le planning familial était source de discrimination sociale et de divorce/séparation. Aussi, la moitié de cet échantillon d'étude affirmait que les méthodes de contraception nuiraient à la santé de la femme. Concernant les valeurs religieuses, près de la moitié des musulmans ont affirmé à tort que l'islam était contre toute méthode de contraception. Ces attitudes erronées étaient associées à la tranche d'âge de 15 à 19 ans, la profession de cultivateur, les non instruits et les participants ayant plus de cinq enfants.

Ainsi, la majorité de l'échantillon ne pratiquait pas le planning familial. Les raisons avancées étaient la peur des effets secondaires, le refus du conjoint, les convictions religieuses et traditionnelles. Les participants peu scolarisés avaient des pratiques inadéquates du planning familial.

Conflits d'intérêt : les auteurs ne déclarent aucuns conflits d'intérêt.

Les auteurs :Ganava Maurice,Ndom Ebene christian david,Kidi Menta marius

REFERENCES

1. Shane B. Le planning familial sauve des vies. 3^e édition. Washington DC: Dever Designs; 1997. 1-3 p.
2. Institut National de la Statistique, Fédération International de Coaching. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Cameroun 2011. Maryland: Calverton; 2012.119-233 p.
3. Serfaty D, Audebert A, Belaisch J, Bénos P, Bohbot J-M, Bonfil S, et al. Contraception. 4^e édition. Paris: Elsevier Masson; 2011. 5-260 p.
4. Farzaneh R-F. L'islam et la planification familiale [Internet]. Washington, DC: Eriksen Translations; 2005 [cité 10 nov. 2014]. Disponible sur: http://www.prb.org/pdf06/IslamFamilyPlanning_FR.pdf. 2-8 p.

5. Creanga AA, Gillespie D, Karklinsa S, Tsui AO. Low use of contraception among poor women in Africa: an equity issue. *Bull World Health Organ.* janv 2011;89:258-66.
6. Mekonnen W, Worku A. Determinants of low family planning use and high unmet need in Butajira District, South Central Ethiopia. *Reprod Health.* 2011;8-37.
7. Daouda. Facteurs explicatifs de la non-utilisation de la contraception moderne chez les femmes au Mali [Memoire]. [Cameroun]: Université de Yaoundé II; 2010.
8. Centre d'Appui à la Recherche et à la Formation. Etude qualitative sur les effets de la campagne nationale en faveur de la planification familiale de 2006 et les obstacles liés à la planification familiale au Mali. Mali; 2007. 20-5p.
9. Tassi Bela V. Analyses de la situation socio économique et culturelle des filles et femmes au Nord Cameroun. 1er édition. Allemagne: Brot für die welt; 2012. 25-31 p.
10. Zra I. Facteurs associés à la non-utilisation de la contraception moderne chez les femmes en union dans la partie septentrionale du Cameroun [Memoire]. [Cameroun]: Université de Yaoundé II; 2008.
11. Institut National de la Statistique. 3 ème Enquête Camerounaise auprès des ménages. Cameroun; 2007.
12. Institut National de la Statistique. Femmes et Hommes au Cameroun en 2012. Cameroun; 2012 mars. 1-41p.
13. Ben Yahmed D, Houstin N, Seignobos C. Atlas du Cameroun. 1re edition. Paris: Editions J.A.; 2006. 80-89 p.
14. Molle J, Baessler F. Traditions et religions au Cameroun. 2008. 1-14 p.
15. Van Lith LM, Yahner M, Bakamjian L. Le désir croissant des femmes d'Afrique subsaharienne de limiter le nombre de grossesses : relever le défi. *Popul Ref Bur.* févr 2014;1-12.
16. Morija. Etre mère en Afrique subsaharienne... [Internet]. Février [cité 6 avr 2015] p. 1-8. Report No.: 260. Disponible sur: <http://www.morija.org>
17. Dissak-Delon FJNC. Connaissances, attitudes et pratiques des méthodes de contraception moderne chez la femme avortée, reçue à HCY [Thèse]. [Cameroun]: Université de Yaoundé I; 2009.
18. Biddlecom A, Awusabo-Asare K, Bankole A. Rôle des parents dans l'activité sexuelle et la pratique contraceptive des adolescents, dans quatre pays d'Afrique. 2010;1-10.
19. Philippe S. La contraception, une affaire de couple ? [Mémoire]. [France]: Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines; 2014.
20. Bailleux R, Becker C, Charbit Y, Cosio-Zavala ME, Delaunay D, Delaunay V, et al. Maîtrise de la fécondité et planification familiale au Sud. Institut de Recherche pour le Développement. Paris: Marc Pilon - Agnes Guillaume; 2000. 177-192 p.
21. Chiesa-Moutandou S, Tiemeni Wantou G. Le comportement contraceptif des Gabonaises les méthodes modernes : faible taux d'utilisation et déficit d'information. *Médecine D'Afrique Noire.* 2001;48(5):1-8