

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

**CENTRE DE RECHERCHE ET
DE FORMATION
DOCTORALE EN SCIENCES
HUMAINES ET EDUCATIVES**

**UNITE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE EN
SCIENCES HUMAINES ET
SOCIALES**

**DEPARTEMENT DE
SOCIOLOGIE**



THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

**RESEARCH CENTER FOR
DOCTORAL FORMATION IN
HUMAN AND EDUCATIVE
SCIENCES**

**RESEARCH UNIT FOR DOCTORAL
FORMATION IN HUMAN AND
SOCIAL SCIENCES**

DEPARTMENT OF SOCIOLOGY

***REPRÉSENTATIONS SOCIALES DE LA
CONTRACEPTION CHEZ LES FEMMES DANS LE
SEPTIÈME ARRONDISSEMENT DE N'DJAMENA***

**Mémoire rédigé et présenté publiquement en vue de l'obtention du
diplôme de Master en sociologie
Option : Population et développement**

Par
Gédéon MBAITESSEM
Titulaire d'une Licence en sociologie
Matricule : 20A660



Jury

**Président : Yves Bertrand DJOUDA FEUDJIO, Professeur ;
Rapporteur : Armand LEKA ESSOMBA, Professeur ;
Examineur : Moïse TAMEKEM NGOUTSOP, chargé de Cours.**

Mai 2026

ATTENTION

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

Par ailleurs, le Centre de Recherche et de Formation Doctorale en Sciences Humaines, Sociales et Éducatives de l'Université de Yaoundé I n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans ce mémoire ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.

SOMMAIRE

SOMMAIRE	i
REMERCIEMENTS	iii
LISTE DES ILLUSTRATIONS	iv
SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....	v
RÉSUMÉ.....	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCTION GENERALE.....	1
PREMIÈRE PARTIE :ÉTAT DES LIEUX DE LA CONTRACEPTION AU TCHAD.....	34
CHAPITRE I :CADRE ACTUEL DE MISE EN ŒUVRE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE AU TCHAD	36
CHAPITRE 2 :LES LOGIQUES EXPLICATIVES ET PRATIQUES QUOTIDIENNES DE LA CONTRACEPTION CHEZ LES FEMMES DANS LE SEPTIEME ARRONDISSEMENT DE N'DJAMENA	61
DEUXIÈME PARTIE :REPRÉSENTATIONS SOCIALES DE LA CONTRACEPTION	85
CHAPITRE 3 :PROFILS SOCIAUX DES PRATIQUES CONTRACEPTIFS CHEZ LES FEMMES DANS LE SEPTIÈME ARRONDISSEMENT	86
CHAPITRE 4 :DÉTERMINANTS CULTURELS ET ATTITUDES ENVERS LA CONTRACEPTION.....	106
CONCLUSION GENERALE	129
BIBLIOGRAPHIE	138
ANNEXES	149
TABLE DES MATIÈRES	166

À

Toute la grande famille du feu MOULDJIDE Albert

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce mémoire n'aurait pu être possible sans l'appui et la contribution de nombreuses personnes et institutions, qu'il nous plaît de remercier ici avec sincérité et humilité.

Nous adressons en premier lieu nos remerciements les plus profonds à notre Directeur de mémoire, le **Professeur LEKA ESSOMBA Armand**, pour avoir accepté de superviser ce travail avec rigueur et bienveillance. Votre disponibilité, vos conseils éclairés et votre exigence méthodologique ont été essentiels tout au long de ce parcours.

Nous exprimons également notre gratitude à l'ensemble des enseignants du **Département de Sociologie de l'Université de Yaoundé I**. Leur rigueur scientifique, leur pédagogie et leur patience ont contribué à enrichir nos connaissances et à développer notre esprit critique. Nous espérons avoir honoré, à travers ce travail, l'enseignement exigeant et précieux que nous avons reçu au sein de ce département.

Nous adressons également nos remerciements aux informateurs clés rencontrés sur le terrain, qui ont accepté de partager, avec confiance et authenticité, leurs habitudes. Leurs contributions ont permis à ce travail de recherche la densité empirique qui en constitue la valeur.

Nos remerciements vont également au **Docteur KEPTCHUIME Leonel**, pour ses conseils avisés et sa disponibilité. Votre expertise et vos orientations ont permis d'apporter une dimension supplémentaire à notre réflexion et à la qualité de cette recherche.

Nous tenons à exprimer notre reconnaissance profonde à la famille de **MOUDJIDE Albert** pour son soutien indéfectible, qui a constitué un pilier moral tout au long de ce travail. À la famille du **Révérant pasteur MBAIGUEDEM Julien** et à nos frères, merci pour votre accompagnement spirituel et vos encouragements constants.

Enfin, nous adressons un remerciement particulier à notre épouse, **NODJIMADJI Élisabeth**, pour sa patience, son amour et ses sacrifices, sans lesquels ce mémoire n'aurait pu voir le jour. Nous n'oublions pas notre oncle **MBAISSISEM Betar** et son épouse, à mon frère **MBAILASSEM Joël**, à **madame NDOULAR Edith** ainsi que la famille **DJEGOLLAR Nathan**, pour leurs soutiens multiformes et précieux.

À toutes celles et tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce mémoire, nous exprimons notre gratitude la plus sincère. Ce travail est également le fruit de votre accompagnement et de votre générosité.

LISTE DES ILLUSTRATIONS

A. FIGURES

Figure 1: carte de localisation de la zone d'étude	29
Figure 2: Quelques images de jadelles	62
Figure 3: Quelques images de norplan sollicitées dans les espaces qui nous ont accueilli.....	64
Figure 4: Quelques images de dépôt contraceptive.....	65
Figure 5: Quelques images de différentes sortes de pilules contraceptives	67
Figure 6: Image du préservatif masculin.....	68
Figure 7: Image illustrative du préservatif féminin.....	69

B. TABLEAUX

Tableau 1: Répartition pour des personnes ressources, interviewées dans le septième arrondissement de N'Djamena.	23
Tableau 2: Répartition pour des enquêtés par quartiers	24
Tableau 3: Évolution de la Prévalence Contraceptive au Tchad (2004-2023) par Type de Méthode et Caractéristiques Démographiques.....	44

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AFD : Agence Française de Développement

BM : Banque Mondiale

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

UNFPA : United Nations Population Fund

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

USAID : United States Agency for International Development

ASTBEF : Association Tchadienne pour le Bien-Être Familial

CSAI : Conseil Supérieur des Affaires Islamiques

ETEMET : Entente des Églises et Missions Évangéliques du Tchad

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

SIDA : / Syndrome de l'Immunodéficience Acquise

MSP : Ministère de la Santé Publique (au Tchad)

INSEED : Institut National de la Statistique, des Études Économiques et Démographiques

DSR : Direction de la Santé de la Reproduction

VEDSTE : Volontaires pour l'Encadrement et le Développement Sanitaire, Technique et Éducatif (association locale)

FMSTP : Formation Médicale en Santé, Travail et Prévention

FPGFF/SMR : Fédération pour la Planification Familiale et la Santé Maternelle et Reproductive (section tchadienne)

MGF : Mutilations Génitales Féminines

MSF : Médecins Sans Frontières

MSIM : Marie Stopes International Mali (ou Marie Stopes International Movement, selon contexte)

ONG : Organisation Non Gouvernementale

PCMPF : Programme de Communication pour la Promotion de la Planification Familiale

RGPHT : Recensement Général de la Population et de l'Habitat au Tchad

URD : Urgence-Réhabilitation-Développement (ONG française active au Tchad)

VBG : Violences Basées sur le Genre

RÉSUMÉ

Cette étude s'intitule « *Représentations sociales de la contraception chez les femmes dans le septième arrondissement de N'Djamena au Tchad* ». Elle analyse la manière dont les perceptions, croyances et normes culturelles influencent l'usage des méthodes contraceptives dans ce contexte urbain. La question principale formulée est : quelles sont les représentations sociales de la contraception chez les femmes du septième arrondissement de N'Djamena ? Trois questions secondaires en découlent de cette question principale : Quelles significations, croyances et valeurs les femmes du septième arrondissement de N'Djamena associent-elles aux méthodes contraceptives modernes et traditionnelles ? Comment les facteurs socioéconomiques et éducatifs influencent-ils la construction et la différenciation des représentations sociales de la contraception chez ces femmes ? De quelle manière les discours familiaux, religieux et institutionnels contribuent-ils à la diffusion, au maintien ou à la transformation des représentations sociales de la contraception dans le septième arrondissement de N'Djamena ? L'étude repose sur l'hypothèse principale selon laquelle Les représentations sociales de la contraception chez les femmes du septième arrondissement de N'Djamena sont majoritairement marquées par des perceptions socialement construites à partir de normes culturelles, religieuses et socioéconomiques, ce qui contribue à une faible adhésion aux méthodes contraceptives modernes. L'objectif général est d'analyser les représentations sociales de la contraception chez les femmes du septième arrondissement de N'Djamena et comprendre les facteurs socioculturels, éducatifs et économiques qui influencent leur perception et leur utilisation des méthodes contraceptives. Sur le plan méthodologique, la recherche adopte une approche qualitative combinant entretiens semi-directifs, discussions de groupe et observations directe. Cette démarche a permis de recueillir des témoignages variés auprès de femmes, de prestataires de santé et de leaders religieux. Les données ont été traitées selon une analyse thématique, facilitant l'identification des croyances, normes et logiques sociales dominantes. L'analyse s'appuie sur deux théories majeures : la théorie des représentations sociales de Serge Moscovici et l'approche ethnométhodologique qui ont permis de relier les expériences individuelles aux structures sociales. Les résultats révèlent que la contraception demeure perçue à travers un prisme de méfiance et de stigmatisation, nourri par des discours religieux, des mythes sur la fertilité et la peur des effets secondaires. Les pratiques contraceptives restent donc limitées, bien que certaines femmes développent des stratégies personnelles de conciliation entre prescriptions religieuses et besoins de planification familiale. L'étude souligne la nécessité d'approches participatives et culturellement sensibles, centrées sur la sensibilisation, le dialogue communautaire et le respect de l'autonomie féminine.

Mots-clés : contraception, représentations sociales, croyances religieuses, genre, santé reproductive.

ABSTRACT

This study is entitled « Social representations of contraception among women in the Seventh District of N'Djamena/Chad ». It analyzes how perceptions, beliefs, and cultural norms influence the use of contraceptive methods in this urban context. The main question is: what are the social representations of contraception among women in the seventh district of N'Djamena? Three secondary questions arise from this main question: what meaning, beliefs and values do women in the seventh district of Ndjamenena associate with modern and traditional contraceptive methods? How do socio-economic and educational factors influence the construction and differentiation of social representations of contraception among these women? In what way do family, religious and institutional discourses contribute to the dissemination, maintenance or transformation of social representations of contraception in the seventh district of Ndjamenena? The study is based on the hypothesis that social representations of contraception, shaped by religious values, traditions and socio-economic constraints, constitute a major obstacle to its adoption. The general objective is to understand how these representations influence women's behavior and to propose courses of action adapted to the chadian context. Methodologically, the research adopts a qualitative approach combining semi-structured interviews, group discussions and field observations. This approach made it possible to collect varied testimonies from women, health providers and religious leaders. The data were processed according to a thematic analysis, facilitating the identification of beliefs, social norms and dominant logics. The analysis is based on three major theoretical frameworks: the theory of social representations of Serge Moscovici and the ethnomethodological approach which made it possible to link individual experiences to social structures. The results reveal that contraception remains perceived through a prism of mistrust and stigma, fueled by religious discourse, fertility myths, and fear of side effects. Contraceptive practices therefore remain limited, although some women develop personal strategies to reconcile religious prescriptions and the need for family planning. The study highlights the need for participatory and culturally sensitive approaches, focus on awareness-raising, community dialogue, and respect for women's autonomy.

Key words: Contraception, Social representations, religious beliefs, gender, reproductive health

INTRODUCTION GÉNÉRALE

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE RECHERCHE

Dans le septième arrondissement de N'Djaména, capitale du Tchad, une réalité frappante s'observe : moins de 20% des femmes en âge de procréer¹ utilisent des méthodes contraceptives, alors que le pays a officiellement levé l'interdiction des contraceptifs depuis trois décennies. Ce constat révèle un décalage saisissant entre les politiques nationales de santé reproductive et les pratiques quotidiennes des femmes dans cette zone urbaine. Dans les quartiers de Chagoua et Ambassatna, les consultations en planification familiale demeurent peu fréquentées malgré la présence d'infrastructures sanitaires, témoignant d'obstacles qui dépassent la simple question de l'accès matériel aux contraceptifs.

La planification familiale au Tchad a connu une évolution marquée par plusieurs étapes clés. Jusqu'en 1993, le pays était régi par une loi française de 1920 interdisant l'importation et la vente de contraceptifs, ainsi que la promotion de la contraception². Cette interdiction a été levée en 1993, ouvrant la voie à des initiatives en matière de santé reproductive. En juillet 1994, le gouvernement tchadien a adopté la Déclaration de la Politique de Population, affirmant son engagement envers la planification familiale.

L'année suivante, en septembre 1995, le projet de Marketing Social de Condom au Tchad a été lancé, visant à promouvoir l'utilisation du préservatif pour limiter la propagation des IST/VIH/SIDA. Malgré ces efforts, l'Enquête Démographique et de Santé de 1996-1997³ a révélé une prévalence contraceptive de seulement 4 %, avec des besoins non satisfaits en planification familiale estimés à 8 %. En 2017, une nouvelle stratégie nationale de planification familiale a été mise en place, visant à augmenter le taux de prévalence de la contraception moderne de 6,9 % en 2014 à 22 % en 2021⁴. Cependant, en 2023, le taux de prévalence contraceptive moderne reste faible, à 8,1 %⁵. Cette situation s'explique par divers facteurs culturels, religieux, politiques et socioéconomiques entravant l'accès et l'utilisation des services de planification familiale.

Dans le septième arrondissement de N'Djaména, le taux d'utilisation de la contraception est relativement bas par rapport aux normes internationales. Les quartiers de cet arrondissement, tels que Chagoua et Ambassatna, présentent des caractéristiques socio-

¹ ASTBEP, État de lieux sur la demande de contraception au Tchad, 2016, p.2

² République du Tchad, l'ordonnance française n° 008/PR/93, l'utilisation de la contraception au Tchad, p.2

³ ASTBEP, idem

⁴ EDS, Enquête Démographique et de Santé de 1996-1997, p.15

⁵ Le programme UNFPA SUPPLY dégage chaque année deux millions de dollars pour accélérer la planification au Tchad, 2024, p15.

économiques variées qui influencent la pratique contraceptive. Une étude récente menée par ASTBEP relève que moins de 20% des femmes en âge de procréer utilisent des méthodes contraceptives, souvent en raison de la stigmatisation, du manque d'information et d'un accès limité aux ressources.

La compréhension de la manière dont les femmes pratiquent la contraception dans le septième arrondissement de N'Djaména nécessite une analyse approfondie des facteurs culturels, économiques et politiques. Cette recherche vise à explorer ces dynamiques et à mettre en lumière les enjeux cruciaux qui affectent la santé reproductive des femmes au Tchad. Les résultats ont contribué à des politiques plus efficaces et adaptées aux besoins des femmes, tout en renforçant leur autonomie et leur bien-être. Cette étude s'inscrit dans une logique épistémologique et scientifique.

Le sujet s'inscrit dans un champ de recherche sociologique qui remet en cause l'hégémonie des indicateurs biomédicaux dans l'évaluation contraceptive. Comme le soulignent HIGGINS *et al*⁶, l'efficacité contraceptive est souvent présentée comme un idéal scientifique neutre, alors qu'elle occulte les désirs des femmes et leurs expériences des effets secondaires. En effet, notre recherche contribuera à élargir cet agenda critique en explorant comment les représentations sociales de la contraception dans un contexte urbain tchadien révèlent des tensions entre normes médicales et logiques locales. Toutefois, Le Guen *et al.* ont montré que le rejet des contraceptifs hormonaux en Occident s'appuie sur des raisons émotionnelles et sociales souvent délégitimées par la médecine⁷. Cette recherche a permis d'appliquer des grilles d'analyse similaires à un contexte africain, tout en enrichissant les théories interrogeant la pathologie du corps des femmes⁸.

Sur le plan opérationnel, cette recherche répond à un besoin crucial de connaissances locales pour améliorer les programmes de santé reproductive au Tchad. Les femmes de N'Djaména, notamment celles du septième arrondissement, font face à des contradictions entre modernisation urbaine et résistances culturelles, avec des taux de prévalence contraceptive parmi les plus bas d'Afrique centrale. Comprendre leurs représentations sociales (stigmatisation, croyances religieuses, peur des effets secondaires) permet de repenser les stratégies d'éducation sanitaire. Nathalie BAJOS et Michel FERRAND, ont démontré

⁶Jonathan HIGGINS & al., *Remise en cause de l'efficacité contraceptive comme marqueur scientifique neutre*, Paris, Presse Universitaire de France, 2020, p.56

⁷ Michel LE GUEN et al., *La contraception hormonale en Occident*, Éditions universitaires européennes, 2021, p. 21.

⁸Bernard FONQUERN, *Les catégories médicales et les inégalités reproductive*, Presses des Université de Paris, 2020, P 43.

que la pilule, perçue comme une technologie « *Occidentale* », suscite des résistances symboliques⁹, un constat applicable mutatis mutandis à N'Djaména. De plus, cette recherche a alimenté des débats sur la nécessité d'approches participatives, comme suggéré par Fonquerne dans son analyse des pratiques médicales discriminatoires envers les femmes marginalisées¹⁰, en intégrant des perspectives tchadiennes souvent absentes des politiques internationales. Enfin, elle a fournis des données contextuelles précieuses pour adapter les programmes de santé genre au Tchad, en lien avec les recommandations de Ventola sur l'importance des « *capacités contraceptives* »¹¹.

II. PROBLÈME DE RECHERCHE

La question de la contraception au Tchad est marquée par une évolution lente et complexe, influencée par des facteurs historiques, socioculturels et politiques. Depuis les premières initiatives de sensibilisation à la planification familiale dans les années 1980, la contraception est restée un sujet sensible en raison des représentations culturelles et religieuses dominantes qui assimilent souvent la limitation des naissances à une atteinte aux valeurs traditionnelles. En effet, en 2002, le Tchad dans son cadre a adopté une loi sur la santé reproductive visant à garantir un accès équitable aux services de planification familiale, mais son application demeure limitée, notamment dans les quartiers à forte densité de population où les besoins en contraception sont importants.

Les données récentes révèlent une faible prévalence contraceptive à l'échelle nationale, avec un taux d'utilisation des méthodes modernes oscillant autour de 5,4 % selon l'Enquête Démographique et de Santé. Le septième arrondissement de N'Djaména, qui constitue un cadre d'étude pertinent, se caractérise par une mixité sociale importante et une urbanisation croissante qui influence les comportements en matière de santé reproductive. Selon les études menées par Ngarmadjial¹², dans les quartiers où la prévalence contraceptive est plus élevée, les femmes sont généralement plus jeunes, plus éduquées et exercent une activité économique qui les pousse à espacer les naissances.

Le Tchad a progressivement élaboré un cadre juridique et institutionnel pour promouvoir l'accès à la contraception. D'abord, la Constitution tchadienne révisée en 2018 reconnaît implicitement en son article 17 le droit à la santé, incluant la santé reproductive.

⁹Nathalie BAJOS et Michel FERRAND, *Le pillage d'histories*, Éditions de la Découverte, 2002, P 35.

¹⁰Bernard FONQUERNE, *idem*.

¹¹ <https://syllaacademie.com/justification-du-choix-du-sujet-de-recherche/>, consulté le 06 Janvier 2025 à 12h.

¹² Anicet NGARDJIAL, *idem*.

Ensuite, la Loi N°006/PR/2002 relative à la promotion de la santé reproductive constitue le texte fondamental en la matière, garantissant officiellement aux femmes le droit d'accéder aux services de planification familiale. La Politique Nationale de Santé Reproductive adoptée en 2007 et révisée en 2014 fixe des objectifs ambitieux, dont l'augmentation du taux de prévalence contraceptive à 30% en 2025, alors qu'il n'était que de 5% en 2015. Le Plan National de Développement Sanitaire 2018-2023 prévoit l'extension des services de planification familiale dans tous les districts sanitaires et l'intégration de la contraception dans le paquet minimum d'activités des centres de santé. La Stratégie Nationale de Communication pour le Changement de Comportement en matière de Santé Reproductive 2016-2020 vise à transformer les attitudes et pratiques relatives à la contraception. Enfin, le gouvernement tchadien a créé en 2012 une Direction de la Santé de la Reproduction et de la Vaccination au sein du Ministère de la Santé Publique, démontrant l'importance accordée institutionnellement à cette question. Ce cadre juridique, bien qu'ambitieux sur le papier, se heurte à des défis considérables dans sa mise en œuvre effective, particulièrement dans des zones urbaines défavorisées comme le septième arrondissement de N'Djaména.

De ce fait, diverses stratégies ont été déployées afin d'encourager les femmes du septième arrondissement à adopter les méthodes contraceptives modernes ; des campagnes de sensibilisation utilisant différents canaux de communication radio communautaire, affiches, sessions d'éducation dans les centres de santé visent à diffuser des informations sur les avantages sanitaires et socioéconomiques de l'espacement des naissances. Le gouvernement, appuyé par des partenaires comme l'UNFPA et l'USAID, a progressivement étendu l'offre de services contraceptifs dans les structures sanitaires du septième arrondissement, notamment au Centre de Santé de Chagoua et à l'Hôpital de District de bouta-albagara. Des associations féminines locales comme l'Association Tchadienne pour le Bien-Être Familial ASTBEF organise des groupes de discussion entre femmes, valorisant les témoignages d'utilisatrices satisfaites pour créer un effet d'émulation. Enfin, des tentatives de collaboration avec les leaders religieux modérés ont été initiées pour légitimer la planification familiale en l'associant à la notion de "parenté responsable" compatible avec les valeurs religieuses. Ces stratégies multidimensionnelles témoignent d'une volonté institutionnelle d'ancrer durablement les pratiques contraceptives dans les mœurs.

La réticence des femmes du septième arrondissement de N'Djaména à l'égard des méthodes contraceptives modernes entretient un lien étroit avec la persistance élevée des infections sexuellement transmissibles (IST/MST) et des grossesses non désirées. En effet,

l'écart observé entre le niveau de connaissance des méthodes contraceptives (65 %) et leur utilisation effective (12 %), tel que révélé par l'Enquête Démographique et de Santé du Tchad (2019)¹³, traduit une adhésion limitée aux dispositifs de santé reproductive promus par les pouvoirs publics et les partenaires techniques et financiers.

Cette réticence s'explique en grande partie par la prégnance de normes socioculturelles qui valorisent les pratiques traditionnelles d'espacement des naissances, telles que l'abstinence post-partum prolongée et l'allaitement exclusif¹⁴. Bien que ces pratiques puissent contribuer, dans certains contextes, à un espacement relatif des naissances, elles ne garantissent ni une protection efficace contre les grossesses non désirées, ni une prévention des IST/MST¹⁵. Leur légitimité culturelle, perçue comme plus rassurante et moins risquée que les méthodes modernes, conduit ainsi à une sous-utilisation des contraceptifs médicaux, notamment des préservatifs, qui constituent pourtant un moyen essentiel de prévention des infections sexuellement transmissibles¹⁶.

Par ailleurs, la faible adoption des méthodes contraceptives modernes favorise l'exposition des femmes à des rapports sexuels non protégés, augmentant ainsi le risque de transmission des IST/MST¹⁷. Cette situation est d'autant plus préoccupante que certaines infections peuvent rester asymptomatiques chez les femmes, retardant le recours aux soins et aggravant les complications gynécologiques et obstétricales¹⁸. De plus, l'absence de recours à des méthodes contraceptives fiables accroît la probabilité de grossesses non planifiées, lesquelles peuvent engendrer des avortements à risque, une vulnérabilité socio-économique accrue et une détérioration de la santé maternelle¹⁹.

Ainsi, la réticence des femmes du septième arrondissement aux pratiques contraceptives modernes apparaît comme un facteur structurant de la persistance des MST/IST et des grossesses non désirées. Elle révèle non seulement les limites des politiques

¹³ Institut National de la Statistique, des Études Économiques et Démographiques (INSEED) et ICF. Enquête Démographique et de Santé du Tchad 2019. N'Djamena–Rockville, INSEED/ICF, 2020.

¹⁴ Bledsoe, C. "The politics of children, Fosterage and the social management of fertility among the Mende of Sierra Leone." *Man*, vol. 25, no 1, 1990, p. 70–88.

¹⁵ Caldwell, J. C., Caldwell, P., et Quiggin, P. "The social context of AIDS in sub-Saharan Africa." *Population and Development Review*, vol. 15, no 2, 1989, p. 185–234.

¹⁶ Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Prévention et prise en charge des infections sexuellement transmissibles. Genève, OMS, 2016.

¹⁷ ONUSIDA. Rapport mondial sur le VIH/sida. Genève, ONUSIDA, 2021.

¹⁸ WHO. Sexually transmitted infections (STIs) : Fact Sheet. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2022.

¹⁹ Sedgh, G., Singh, S., & Hussain, R. "Intended and unintended pregnancies worldwide." *Studies in Family Planning*, vol. 45, no 3, 2014, p. 301–314.

et programmes de planification familiale, mais aussi la nécessité d'une approche intégrée, sensible aux réalités socioculturelles locales²⁰.

III. PROBLEMATIQUE

Malgré les efforts soutenus du gouvernement tchadien et de ses partenaires techniques et financiers pour améliorer l'accès à la planification familiale et à la santé reproductive, l'usage des méthodes contraceptives modernes demeure particulièrement faible chez les femmes du septième arrondissement de N'Djamena, en dépit d'un niveau relativement élevé de connaissance de ces méthodes. Cette situation révèle l'existence de représentations sociales profondément ancrées, dans lesquelles la contraception moderne est souvent perçue comme étrangère aux normes culturelles, potentiellement nuisible à la santé, voire incompatible avec les valeurs religieuses et sociales dominantes, tandis que les pratiques traditionnelles d'espacement des naissances sont considérées comme plus légitimes, sûres et conformes à l'identité communautaire. Ces représentations sociales influencent fortement les attitudes, les comportements et les choix reproductifs des femmes, contribuant ainsi à leur réticence vis-à-vis des programmes de planification familiale. Dès lors, la problématique centrale de cette étude réside dans la compréhension des mécanismes sociaux, culturels et symboliques à travers lesquels les femmes du septième arrondissement de N'Djamena construisent et reproduisent leurs perceptions de la contraception, et dans l'analyse de la manière dont ces représentations façonnent le faible recours aux méthodes contraceptives modernes, avec pour conséquences la persistance des grossesses non désirées et des infections sexuellement transmissibles.

1. Fondements théoriques des représentations sociales appliqués à la contraception

Plusieurs études, à l'instar de celle de Serge Moscovici²¹, définissent les représentations sociales comme « des systèmes de valeurs, d'idées et de pratiques » permettant aux individus « de s'orienter dans leur monde matériel et social ». Cette conception théorique s'avère particulièrement pertinente pour analyser les perceptions de la contraception, dans la mesure où, comme le souligne l'auteur, « les représentations sociales sont à la fois générées et acquises », perdant ainsi le caractère de prédominance qu'elles

²⁰Chambers, R. Rural Développement : Putting the Last First. London, Longman, 1983.

²¹Serge MOSCOVICI, « La psychanalyse, son image et son public », Paris, Presses Universitaires de France, 2004, p.46.

revêtaient dans les approches classiques. Cette perspective dynamique permet de comprendre comment les femmes du septième arrondissement de N'Djamena construisent activement leurs représentations des méthodes contraceptives en interaction avec leur environnement socioculturel.

Cette approche se distingue partiellement de la vision constructiviste de Claude Lévi-STRAUSS²², pour qui certaines structures mentales fondamentales seraient universelles et selon laquelle « la pensée symbolique est inhérente à la vie humaine ». L'approche structuraliste laisse ainsi entrevoir que certaines représentations négatives de la contraception pourraient s'enraciner dans des structures symboliques profondes liées à la fécondité, à la maternité et à la continuité du groupe social. Toutefois, Pierre BOURDIEU²³ critique cette vision en affirmant que « ce qui apparaît comme éternel n'est que le produit d'un travail d'éternisation qui incombe à des institutions interconnectées ». Cette perspective invite à interroger le rôle des institutions sociales tchadiennes notamment la famille, la religion et le système de santé dans la production, la reproduction et la naturalisation de certaines représentations sociales de la contraception.

Dans la même dynamique, Denise JODELET²⁴ apporte une dimension complémentaire en définissant les représentations sociales comme « une forme de connaissance socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social ». Cette approche permet d'envisager les représentations de la contraception non comme de simples croyances individuelles, mais comme des savoirs collectifs, partagés et transmis au sein des communautés du septième arrondissement de N'Djamena. En outre, JODELET précise que « les représentations sociales circulent dans les discours, sont portées par les mots, véhiculées dans les messages et les images médiatiques », soulignant ainsi l'importance d'analyser les discours sociaux, familiaux et institutionnels relatifs à la contraception.

L'examen de la littérature consacrée aux représentations sociales montre enfin que celles-ci structurent les pratiques sociales et orientent les comportements. C'est dans cette perspective que notre positionnement théorique s'inscrit davantage dans la lignée de Jean-

²²Claude LÉVI-STRAUSS, « *La pensée sauvage* », Paris Plon, 1962, p.174.

²³ Pierre BOURDIEU, « *La domination masculine* », Paris, Seuil, 1998, p.83.

²⁴ Denise JODELET, *Les représentations sociales*, Paris, Presses Universitaire de France, 2003, p.46.

Claude ABRIC²⁵, selon lequel « toute représentation est organisée autour d'un noyau central, constitué d'un ou de quelques éléments qui donnent à la représentation sa signification ». Cette approche structurale nous paraît particulièrement féconde pour identifier le cœur des représentations sociales de la contraception chez les femmes de N'Djamena et pour comprendre les mécanismes de leur résistance au changement. Dès lors, nous considérons que les représentations sociales de la contraception doivent être appréhendées non comme des entités figées, mais comme des constructions dynamiques résultant d'interactions complexes entre facteurs individuels et collectifs, traditionnels et modernes, dans un contexte urbain tchadien en pleine mutation.

2. Influences religieuses et culturelles sur les représentations de la contraception

Dans le contexte africain, les défis liés aux religions sont multiples. Selon Jean-Marie MENSAH²⁶, « *les interprétations religieuses jouent un rôle prépondérant dans la formation des représentations sociales de la contraception* ». S'appuyant sur des liturgies des leaders religieux dans plusieurs pays africains et particulièrement au Tchad, il affirme que « *les textes sacrés sont souvent interprétés comme favorisant la procréation sans entrave, la contraception étant perçue comme une opposition à la volonté divine* ». Cette analyse semble particulièrement pertinente pour comprendre les résistances observées dans le septième arrondissement de N'Djaména, où coexistent diverses communautés religieuses. MENSAH précise que « les leaders religieux locaux exercent une influence considérable sur les représentations collectives de la contraception, souvent plus déterminante que les positions officielles des institutions religieuses ». À l'inverse, Fatou SOW²⁷, adopte une perspective plus critique, affirmant que « *la religion est souvent instrumentalisée pour maintenir le contrôle sur le corps des femmes et leur sexualité* ». Selon elle, « *les interprétations religieuses hostiles à la contraception reflètent davantage des structures patriarcales que des impératifs théologiques véritables* ». Cette analyse féministe suggère que les représentations religieuses défavorables à la contraception dans le septième arrondissement pourraient être davantage analysées sous l'angle des rapports de genre que sous celui de la spiritualité pure. Elle cite à l'appui plusieurs théologiennes africaines qui proposent des interprétations alternatives des textes sacrés, plus favorables à l'autonomie reproductive des femmes.

²⁵ Jean-Claude ABRIC., « *Pratiques sociales et représentations* », Paris, Presses Universitaires de France, 2011, p.16.

²⁶ Jean-Marie MENSAH, *Religion et contraception en Afrique subsaharienne*, Paris, Karthala, 2019, p.78.

²⁷ Fatou SOW, « *Corps des femmes et religions en Afrique* », Présence Africaine, 2018, p.124.

Ibrahim MOUSSA ²⁸ quant à lui, adopte une position médiane en soulignant que « *les systèmes culturels traditionnels africains comportaient déjà des mécanismes de régulation des naissances* ». Il démontre que « *contrairement aux idées reçues, de nombreuses sociétés tchadiennes précoloniales pratiquaient l'espacement des naissances à travers des méthodes traditionnelles et des tabous concernant les relations sexuelles post-partum* ». Cette perspective historique invite à nuancer l'idée selon laquelle les résistances à la contraception seraient simplement l'expression d'un attachement à la tradition. MOUSSA suggère plutôt que « *c'est la forme moderne et médicalisée de la contraception, plus que son principe même, qui suscite des représentations négatives* ».

Cependant, ces contributions s'alignent davantage avec celle de Marie-Thérèse MENGUE ²⁹, qui propose une lecture plus nuancée des influences religieuses. Selon elle, « *les représentations de la contraception chez les femmes urbaines africaines contemporaines résultent d'un processus complexe de négociation entre différentes sources normatives – religieuses, traditionnelles, biomédicales et médiatiques* ». Elle reconnaît la capacité d'agentivité des femmes qui « *ne sont pas de simples réceptrices passives des discours religieux, mais des actrices qui réinterprètent et reconfigurent ces discours en fonction de leurs réalités quotidiennes* ». Cette perspective pertinente pour comprendre comment les femmes du septième arrondissement naviguent entre différentes influences normatives pour construire leurs propres représentations de la contraception.

3. Facteurs socioéconomiques et éducatifs dans la construction des représentations sociales de la contraception chez les femmes du septième arrondissement de N'Djamena

Les facteurs socioéconomiques jouent un rôle déterminant dans la construction des représentations sociales de la contraception chez les femmes du septième arrondissement de N'Djamena. En effet, le niveau de revenu, la stabilité professionnelle et les conditions de vie influencent non seulement l'accès matériel aux services de santé reproductive, mais aussi la manière dont la contraception est perçue et intégrée dans les pratiques quotidiennes. Dans les contextes de précarité, la maternité demeure souvent valorisée comme une ressource sociale et symbolique, renforçant des représentations positives de la fécondité et, corrélativement, des

²⁸Ibrahim MOUSSA., « *Traditions africaines et planification familiale* », Paris L'Harmattan, 2020, p.96.

²⁹Marie-Thérèse MENGUE, « *Syncretisme religieux et contraception en milieu urbain africain* », Éditions Universitaires Africaines, 2020, p.57.

perceptions négatives ou méfiantes à l'égard des méthodes contraceptives modernes. Comme le souligne Pierre BOURDIEU, les pratiques sociales, y compris celles liées à la reproduction, sont largement conditionnées par les structures sociales objectives, qui tendent à produire des dispositions durables orientant les choix individuels³⁰. Ainsi, la contraception peut être perçue comme étrangère aux réalités économiques locales, voire incompatible avec les stratégies de survie et de reconnaissance sociale des femmes.

La dimension éducative constitue un second facteur central dans l'élaboration des représentations sociales de la contraception. Le niveau d'instruction influe sur la capacité des femmes à comprendre les informations relatives à la santé reproductive, à évaluer les risques et bénéfices des différentes méthodes contraceptives et à remettre en question certaines croyances traditionnelles. Selon Serge MOSCOVICI, les représentations sociales se construisent à travers des processus de communication et d'appropriation du savoir, transformant des connaissances scientifiques en savoirs socialement partagés³¹. Toutefois, l'éducation formelle ne garantit pas mécaniquement une adhésion aux pratiques contraceptives modernes, dans la mesure où les savoirs scolaires coexistent avec des normes culturelles, religieuses et familiales fortement enracinées. Denise JODELET rappelle à cet effet que les représentations sociales sont avant tout des formes de connaissances pratiques, élaborées et partagées au sein des groupes sociaux, orientant les comportements plus que les connaissances abstraites³².

L'analyse conjointe des facteurs socioéconomiques et éducatifs montre que ces deux dimensions sont étroitement imbriquées dans la construction des représentations sociales de la contraception. Leur interaction contribue à structurer un système de significations dans lequel la contraception est interprétée tantôt comme un outil d'émancipation et de protection de la santé, tantôt comme une menace pour la fécondité, la stabilité conjugale ou l'ordre social. Dans cette perspective, l'approche structurale de Jean-Claude ABRIC permet de comprendre que ces représentations s'organisent autour d'un noyau central relativement stable, alimenté par les contraintes économiques et les cadres éducatifs, tandis que les éléments périphériques demeurent plus sensibles aux actions de sensibilisation et aux politiques publiques³³. Dès lors, la persistance de représentations réticentes à la contraception chez les femmes du septième

³⁰Pierre BOURDIEU, *Le sens pratique*. Paris, Éditions de Minuit, 1980.

³¹Serge MOSCOVICI, *La psychanalyse, son image et son public*. Paris, Presses Universitaires de France, 1961.

³²Denise JODELET, « Représentations sociales : phénomènes, concepts et théorie », in *Les représentations sociales*, Paris, PUF, 1989, p. 36–78.

³³Jean-Claude ABRIC, *Pratiques sociales et représentations*. Paris, Presses Universitaires de France, 1994.

arrondissement de N'Djamena s'explique par la convergence de conditions socioéconomiques fragiles et de parcours éducatifs inégalement intégrateurs des messages de santé reproductive.

4. Genre, pouvoir et autonomie reproductive dans les représentations de la contraception

La littérature de Sylvie BRUNEL³⁴, analyse les représentations de la contraception sous l'angle des rapports de pouvoir entre hommes et femmes. Elle affirme que « *les représentations négatives de la contraception sont souvent instrumentalisées pour maintenir le contrôle masculin sur la fécondité féminine* ». Selon ses analyses, dans de nombreux contextes urbains africains, la contraception est représentée comme une menace pour l'autorité masculine et une porte ouverte à l'infidélité féminine. Elle mentionne que « *ces représentations sont particulièrement prégnantes dans les milieux où l'identité masculine reste fortement associée à la capacité de procréation et au nombre d'enfants* ». Dans le contexte africain d'où des hommes expriment leur méfiance vis-à-vis des méthodes contraceptives modernes, les percevant comme des outils d'émancipation féminine susceptibles de perturber l'ordre familial traditionnel.

En contraste, Ahmed ZOURKALEINI³⁵, remet en question cette vision dichotomique des rapports de genre concernant la contraception. Il documente l'émergence de nouvelles représentations masculines de la contraception, où celle-ci est perçue comme une responsabilité partagée et un moyen d'assurer le bien-être familial. Selon ses investigations dans les villes sahéliennes, « *un nombre croissant d'hommes urbains, particulièrement parmi les jeunes générations, développent des représentations positives de la contraception associée à des idéaux de paternité responsable et de partenariat conjugal* ». Il souligne toutefois que ces représentations émergentes coexistent avec des modèles plus traditionnels et leur diffusion reste inégale selon les milieux sociaux. Catherine QUIMINAL³⁶, propose une lecture centrée sur l'agentivité des femmes. Elle avance que « *malgré les contraintes structurelles, les femmes africaines urbaines ne sont pas de simples victimes passives de représentations imposées, mais développent des stratégies diverses pour négocier leur autonomie reproductive* ». À partir d'une recherche ethnographique dans plusieurs quartiers populaires africains, elle démontre que les femmes élaborent des représentations hybrides de la

³⁴Sylvie BRUNEL, « *Genre et contraception en Afrique subsaharienne* », Paris Karthala, 2016, p.94.

³⁵Ahmed ZOURKALEINI, *Hommes alliés : nouvelles masculinités et planification familiale au Sahel*, UNFPA Publications, 2020, p.76.

³⁶Catherine QUIMINAL, *Corps féminins, autodétermination et représentations contraceptives*, Présence Africaine, 2018, p.118.

contraception, intégrant sélectivement éléments biomédicaux, traditionnels et religieux pour légitimer leurs choix reproductifs. Ces bricolages représentationnels permettent aux femmes de justifier l'utilisation de contraceptifs tout en préservant leur conformité apparente aux normes sociales dominantes.

Cette théorie s'appuie davantage avec celle de Touré MARIAM³⁷, qui suggère une approche dialectique des représentations genres de la contraception. Elle affirme, « *les représentations de la contraception constituent un terrain où se négocient et se reconfigurent les rapports de genre, plutôt qu'un simple reflet de structures de domination figées* ». Cette analyse permet de reconnaître à la fois les contraintes structurelles qui pèsent sur les femmes du septième arrondissement et leur capacité d'action. Les femmes ne se contentent pas d'intérioriser ou de rejeter les représentations dominantes, mais les transforment activement à travers des pratiques quotidiennes de résistance, d'adaptation et de détournement. Toutes ces approches sont essentielles pour comprendre les dynamiques des représentations sociales de la contraception dans notre contexte d'étude, en évitant tant l'écueil d'une vision déterministe que celui d'une survalorisation de l'autonomie individuelle.

5. Dimensions sanitaires et biomédicales des représentations de la contraception

En étudiant les processus sanitaire, Michel BOULANGER³⁸, analyse les représentations liées aux aspects sanitaires de la contraception. Il soutient que « *la crainte des effets secondaires constitue la principale barrière représentationnelle à l'adoption des méthodes contraceptives modernes* ». Selon ses études, les rumeurs concernant les conséquences néfastes des contraceptifs sur la santé des femmes circulent largement, particulièrement dans les milieux urbains défavorisés où l'accès à une information médicale fiable reste limité ». Pour lui, ces représentations négatives sont souvent amplifiées par des expériences individuelles défavorables qui, bien que minoritaires, acquièrent une force narrative considérable dans les réseaux communautaires. Il cite des entretiens où des femmes expriment leur conviction que les contraceptifs hormonaux causent cancer, infertilité permanente ou malformations congénitales, malgré l'absence de fondement scientifique pour

³⁷Touré MARIAM, Négociations intimes : femmes, contraception et pouvoir en contexte urbain tchadien, Éditions du Sahel, 2023, p.34.

³⁸Michel BOULANGER, Perceptions des effets secondaires contraceptifs en Afrique subsaharienne, Médecine d'Afrique Noire, 2019, p.204.

ces craintes. En opposition partielle, Traoré AMINATA ³⁹, critique l'approche biomédicale dominante qui « *tend à pathologiser les résistances aux méthodes contraceptives modernes en les réduisant à de simples 'rumeurs' ou 'idées fausses'* ». Les représentations négatives liées aux effets sanitaires des contraceptifs ne sont pas de simples malentendus, mais expriment des préoccupations légitimes concernant l'intégrité corporelle et la médicalisation de la reproduction. En effet, l'histoire des interventions biomédicales en Afrique, parfois marquée par l'expérimentation non éthique et l'imposition de normes occidentales, nourrit une méfiance compréhensible envers les technologies contraceptives modernes. Elle appelle à « prendre au sérieux ces représentations comme expressions de savoirs corporels et d'expériences vécues, plutôt que comme obstacles à surmonter ».

S'intéressant à la question biomédicale, Henri NGANTCHA ⁴⁰ propose une perspective plus nuancée en explorant « l'articulation complexe entre représentations biomédicales et traditionnelles de la régulation des naissances ». Il démontre que « *dans le contexte tchadien, les méthodes contraceptives modernes sont souvent évaluées à travers des grilles de lecture issues de la médecine traditionnelle, créant des représentations hybrides* ». Par exemple, les effets secondaires des contraceptifs hormonaux sont fréquemment interprétés en termes d'équilibre/déséquilibre des 'humeurs' corporelles selon des conceptions traditionnelles de la physiologie féminine. NGANTCHA parfait ses observations que les femmes tchadiennes issues du milieu urbain naviguent entre différents systèmes explicatifs, intégrant sélectivement éléments biomédicaux et traditionnels pour donner sens à leurs expériences contraceptives.

❖ Positionnement épistémologique

Tous ces travaux s'inscrivent dans une perspective interdisciplinaire qui rendent compte de la complexité des représentations sociales de la contraception chez les femmes du septième arrondissement de N'Djaména. En intégrant diverses approches théoriques et méthodologiques issues des disciplines telles que la sociologie, et d'autres disciplines, elle vise à fournir une compréhension globale du sujet. Les contributions critiques des auteurs analysés mettent en évidence l'importance des déterminants sociaux et culturels dans les pratiques contraceptives. Ils soulignent également la nécessité d'une approche contextualisée qui prend en compte les spécificités urbaines africaines et les enjeux contemporains liés à la

³⁹Traoré AMINATA, « *Communication sanitaire et représentations contraceptives* », Santé Publique Africaine, 2018, p.143.

⁴⁰Henri NGANTCHA, *Médecine traditionnelle et contraception moderne au Tchad*, Paris L'Harmattan, 2021, p.176.

santé reproductive. En ce sens, cette revue critique aspire à servir de base pour une recherche future qui explore plus en profondeur ces dynamiques complexes et leurs implications pour la santé des femmes à N'Djaména. Elle souligne non seulement l'importance d'une approche interdisciplinaire pour étudier les pratiques contraceptives, mais aussi le besoin urgent d'adapter les politiques et programmes de santé reproductive aux réalités locales afin d'améliorer l'accès et l'utilisation des services contraceptifs pour toutes les femmes.

En dépit des stratégies mises en place par les autorités compétentes et leurs partenaires et la contribution et l'investigation de différents auteurs, la pratique des méthodes contraceptives reste faible au Tchad. Cette réalité suscite des interrogations quant aux logiques de cette faible utilisation, notamment en ce qui concerne le rôle que peuvent jouer les facteurs socioculturels dans la réticence ou la résistance à adopter la planification familiale d'où les questions de cette analyse.

IV. QUESTIONS DE RECHERCHE

Pour explorer la réticence de la contraception chez les femmes du septième arrondissement de N'Djaména, cette recherche s'articule autour d'une question principale et de trois questions spécifiques.

1. Question de recherche principale :

- Quelles sont les représentations sociales de la contraception chez les femmes dans le septième arrondissement de N'Djaména ?

2. Questions de recherche spécifiques :

- Quelles significations, croyances et valeurs les femmes du septième arrondissement de N'Djaména associent-elles aux méthodes contraceptives modernes et traditionnelles ?
- Comment les facteurs socioéconomiques et éducatifs influencent-ils la construction et la différenciation des représentations sociales de la contraception chez ces femmes ?
- De quelle manière les discours familiaux, religieux et institutionnels contribuent-ils à la diffusion, au maintien ou à la transformation des représentations sociales de la contraception dans le septième arrondissement de N'Djaména ?

V. HYPOTHESES DE RECHERCHES

Pour répondre aux questions de recherche formulées précédemment, cette étude repose sur un ensemble d'hypothèses qui guideront l'analyse des données et permettront de tester les relations entre les variables étudiées. Ces hypothèses sont construites à partir des théories

existantes et des observations préliminaires issues de la littérature sur la contraception dans des contextes similaires.

1. Hypothèse principale

- Les représentations sociales de la contraception chez les femmes du septième arrondissement de N'Djamena sont majoritairement marquées par des perceptions socialement construites à partir de normes culturelles, religieuses et socioéconomiques, ce qui contribue à une faible adhésion aux méthodes contraceptives modernes.

2. Hypothèses spécifiques

- Les femmes disposant d'un faible niveau d'instruction développent des représentations sociales de la contraception davantage fondée sur des croyances traditionnelles et des perceptions de risque, que celles ayant un niveau d'instruction plus élevé.
- La précarité socioéconomique renforce des représentations sociales valorisant la fécondité et la maternité, au détriment de la contraception moderne, perçue comme incompatible avec les réalités et les stratégies de survie quotidiennes.
- Les discours familiaux, religieux et communautaires exercent une influence déterminante sur la diffusion et le maintien de représentations sociales défavorables à l'utilisation des méthodes contraceptives modernes chez les femmes du septième arrondissement de N'Djamena.

VI. OBJECTIFS DE RECHERCHE

Dans le cadre cette recherche, la présente section porte sur les objectifs et les intérêts de recherche.

1. Objectif général

- Analyser les représentations sociales de la contraception chez les femmes du septième arrondissement de N'Djamena et comprendre les facteurs socioculturels, éducatifs et économiques qui influencent leur perception et leur utilisation des méthodes contraceptives.

2. Objectifs spécifiques

- Identifier et décrire les significations, croyances et valeurs associées aux méthodes contraceptives modernes et traditionnelles chez les femmes du septième arrondissement.
- Examiner l'influence des facteurs socioéconomiques et éducatifs sur la construction des représentations sociales de la contraception.
- Analyser le rôle des discours familiaux, religieux et communautaires dans la diffusion, le maintien ou la transformation des représentations sociales de la contraception.

VII. INTÉRÊT DE L'ÉTUDE

Cette étude présente un double intérêt, à la fois scientifique et opérationnel, auquel s'ajoute une dimension personnelle.

1. Intérêt personnel

Sur le plan personnel, cette étude traduit la curiosité intellectuelle face à un phénomène en pleine mutation, et la détermination de comprendre les motivations, les usages et les défis rencontrés par les femmes utilisatrices des *Méthodes Contraceptives*. Il s'agit de souligner une étape considérable dans mon parcours d'investigation, m'initiant à une démarche scientifique absolue, enracinée dans les réalités sociales de mon environnement.

2. Intérêt opérationnel

Sur le plan socio-économique, les résultats de cette étude permettent de comprendre comment les *Représentations Sociales* donnent un sens aux pratiques des *Méthodes Contraceptives*, les échanges sociaux et les relations dans une ville en pleine expansion comme N'Djamena. L'étude a permis également de saisir le rôle des produits utilisés par les femmes et des hôpitaux dans l'autonomisation des services de planning familiale, ainsi que les tensions et défis liés à cette pratique (coûts et méfiance). En d'autres termes, cette recherche offre des éléments d'analyse aux décideurs publics, aux institutions et aux femmes, en leur permettant d'identifier les obstacles et leviers de l'inclusion des *Méthodes Contraceptive*.

3. Intérêt scientifique

Sur le plan scientifique, cette recherche sur les *Représentations Sociales* de la contraception dans le septième arrondissement de N'Djamena contribue à enrichir les travaux portant sur la planification familiale et sur les politiques de santé publique en Afrique subsaharienne. Elle s'inscrit dans le champ de la sociologie de santé et de la sociologie du genre. L'étude a permis de mieux comprendre les logiques socio-culturelles et économiques tout en mettant en lumière les rapports entre genre, et inégalités sociales. À travers cette étude nous avons montré que les *Méthodes Contraceptive*, plus loin de son aspect technique et méthode, s'inscrit dans un système de pratiques, de principe et de significations propres à la société urbaine tchadienne.

VII. CADRE THEORIQUE

Dans cette partie, nous ferons recours à deux théories pour l'analyse et la compréhension du problème soulevé : la théorie des représentations sociales et l'ethnométhodologie.

1. La théorie des représentations sociales

Le concept de représentation sociale fut apparu en sociologie dans les travaux d'Émile DURKHEIM. En parlant de « représentation collective », DURKHEIM fait apparaître l'idée de contrainte individuelle : la représentation impose à l'individu les manières de penser, de sentir et d'agir. C'est à Serge MOSCOVICI que l'on doit la reprise et le renouveau des acquis Durkheimien. Il ressort de ses travaux que, les représentations sont des formes de savoir naïf, destinées à organiser les conduites et orienter les communications. La théorie des représentations sociales est donc une théorie selon laquelle « *les croyances et les opinions qu'un individu a concernant un objet déterminé constituent une sorte de savoir qui contribue largement à la formation des attitudes et oriente sa conduite vis-à-vis de cet objet*⁴¹ ».

En effet, pour Claude FLAMENT⁴², les représentations sociales sont « *un ensemble organisé de cognitions relatives à un objet, partagées par les membres d'une population homogène par rapport à cet objet* ». De conception de Serge MOSCOVICI, tout comme bien d'autres auteurs qui ont produit dans le même sens, le sens de représentation sociale est constitué de trois éléments essentiels à savoir : les opinions, les attitudes et les stéréotypes. La

⁴¹Serge MOSCOVICI, « *La psychanalyse, son image et son publique* », Paris, Presses Universitaire France, 1961, p.151.

⁴²Claude FLAMENT, Représentation sociale consensus et corrélation, Université de Provence, Texte sur les représentations sociales, Vol 3(2), 1994, p. 37-58.

théorie des représentations sociales permet donc à partir du principe que, ces éléments constitutifs d'une représentation sociale, portent la capacité de déterminer d'agir des acteurs sociaux et d'orienter les communications qui sont elles-mêmes au fondement de formation des représentations.

Nous nous servirons de ce modèle théorique pour décrypter dans l'acceptation de la contraception des femmes et jeunes du septième arrondissement, ce qui permet de voir et d'entendre sur ce sujet. Car, nous porterons notre intérêt aussi bien sur les femmes que les hommes, les personnes âgées que les jeunes, pour déterminer dans l'élaboration de leurs discours, sur l'acceptation de la contraception fond commun qui fait office de représentation collectives ; et d'évaluer l'importance de celles-ci dans la détermination des actions des attitudes et des comportements des acteurs sociaux.

Le concept de représentation sociale occupe une place significative dans notre recherche, et il serait inapproprié de notre part de parler de représentation sociale sans mettre en évidence ou faire le lien avec son fixation théorique.

Le domaine de la planification familiale est fortement nourri de représentations collectives, c'est-à-dire d'un ensemble de normes, de caractéristiques, et de détails spécifiques qui permettront de donner de l'importance ou la valeur d'une chose, d'un individu, de dire le beau ou de son laideur. Ces éléments construits socialement détermineront par la suite le comportement ou l'attitude des individus, en fonction de cette grille sociale de lecture de la réalité. Cela se traduit encore par l'affirmation selon laquelle, « *La société fait passer chacun du statut d'animal humain à celui d'homme socialisé, et la sensibilité de chacun apparaît ainsi comme fonction de l'existence sensible de la société* »⁴³.

2. La théorie de l'ethnométhodologie

L'ethnométhodologie a été élaborée par Harold GARFINKEL dans les années 1950 et s'est développée dans les années 1960 aux États-Unis. Selon cette théorie, les acteurs sociaux sont habilités à donner le véritable sens et la signification des actions qui ont cours dans leur milieu social, celles auxquelles ils prennent part. Ils sont dotés d'une capacité de « racontabilité » qui doit être pris en compte dans l'explication. L'ethnométhodologie est une théorie qui se fonde sur la façon dont des participants d'une activité lui confère son intelligibilité propre. Pour cette théorie, le véritable sens de toute chose est rattaché à son contexte, et ce sont les acteurs qui peuvent donner l'interprétation qu'ils ont de la chose. Cette

⁴³Bruno DEMERS, La dimension esthétique de l'existence humaine : pour une sociologie générale de L'esthétique, in Horizons philosophiques, vol. 15, n° 1, 2000, p. 91-116.

théorie encore appelée méthodologie laïque, s'oppose à l'holisme durkheimien qui suppose exclure l'acteur. L'ethnométhodologie réfute le postulat d'idiot culturel, loin de cette théorie l'idée de prétendre que les individus sont soumis à des phénomènes dont ils n'ont pas du tout conscience.

La spécificité des sujets de recherches en sciences sociales réside dans le fait que ce sont des êtres dotés d'une réflexion, d'une capacité de communication. Cependant, l'ethnométhodologie postule que fort de cette particularité du sujet, il n'est pas question de cacher ses propres constructions, son discours sur la réalité sociale contextuelle. Car, quel que soit son comportement, l'individu est à mesure de produire un discours pour le justifier.

Il est essentiel à travers cette théorie de mettre les acteurs au centre du processus de construction de savoirs, l'ethnométhodologie traduit clairement le sens que nous voudrions donner à cette recherche. Les acteurs sociaux sont les plus à donner le véritable sens de leurs actions et de celles qui ont l'impact dans leur environnement à travers leurs discours et leurs actes. Dans la mesure où les acteurs ne sont pas étrangers ou ignorants de ce qui se passe dans leur milieu social, cette théorie nous permet d'interroger le point de vue de personnes diverses et non pas seulement celles qui s'adonnent à la pratique de la contraception lorsque la recherche portera sur la contraception. Ce modèle nous permettra d'interroger les connaissances, des acteurs de la contraception chez les femmes et jeunes de N'Djamena septième, pour ainsi dégager les motivations, les raisons, le sens que revêtent leurs actions sur la santé. Nous trouverons donc en ce modèle théorique la validité nécessaire, qui permettra de donner la parole aux différents membres de la société, du fait de leur capacité à avoir leurs points de vue sur les phénomènes qui se passent dans leur milieu, ainsi qu'aux acteurs qui participent directement ou indirectement à la pratique de la contraception pour avoir fidèlement d'eux des éléments nécessaires sur le phénomène. Autrement dit, cette théorie nous permettra d'avoir la description des mécanismes mobilisés et mis en œuvre dans la poursuite du projet de la contraception.

VIII. CADRE METHODOLOGIE

La recherche en sociologie fait face à de nombreuses controverses et la méthode est la manière d'aborder l'objet d'étude, le chemin à suivre par le chercheur pour décrire et élaborer des discours cohérents. C'est à travers une telle démarche que les erreurs peuvent être minimisées. Elle est dans ce sens, la ligne de conduite à tenir qui fournit les modèles théoriques et les outils de collecte de données afin de rendre compte, comprendre et analyser le phénomène de la contraception chez les femmes et jeunes du septième arrondissement de N'Djamena. De ce fait, une méthodologie spécifique est mise à contribution. Il s'est agi tout d'abord d'un cadre

théorique qui constituera de deux théories ; théorie de la représentations sociales ainsi que sur l’Ethnométhodologie qui sont, pour nous, comme le dit Jean-Marc ELA, *des modèles d’analyse qui servent de référence*⁴⁴ pour comprendre le phénomène de contraception au Tchad. Il s’est agi par la suite du cadre empirique pour la collecte.

1. Cadre empirique

Pour atteindre nos objectifs, cette analyse fait recours aux méthodes de recherches qualitatives qui « *sont des stratégies de recherche combinant diverses techniques de recueil et d’analyse qualitatives dans le but d’explicitier, en compréhension, un phénomène* »⁴⁵. Elles sont de la plus grande importance soit quand « *il s’agit d’analyser les expériences, perceptions et attitudes de la population, soit la logique des acteurs (...)* »⁴⁶. Ces méthodes s’inscrivent donc, comme le disent Laurence KOHN et Christian WENDY, dans « *la description grossière et la compréhension ancrée dans le terrain et en profondeur de l’objet d’enquête* »⁴⁷. Les techniques qui ont été mises à contribution dans cette étude sont la recherche documentaire, l’observation directe, l’entretien semi directif.

2. La recherche documentaire

La recherche des données à travers la documentation constitue une étape très cruciale étant donné que « *les données documentaires constituent le point de départ le plus sûr de l’enquête sociologique* »⁴⁸. Plusieurs ouvrages, articles scientifiques et de presse, rapports et autres sources d’information ayant abordé la question des représentations sociales de la contraception ont été mis en contribution pour accéder aux informations sur la planification familiale en Afrique subsaharienne et dans le septième arrondissement N’Djamena (Tchad). Ils sont très importants dans la construction de la revue de la littérature qui a rendue possible par les bibliothèques physiques et virtuelles. A la fin de la revue de la littérature, ce travail se distingue par son positionnement qui consiste à aborder les pratiques contraceptives comme un élément indispensable qui permet, aux femmes tchadiennes et du septième arrondissement de contrôler santé reproductive, déployer des stratégies sanitaires multidimensionnelles

⁴⁴Jean-Marc ELA, *Guide pédagogique de formation à la recherche pour le développement en Afrique*, Paris, l’Harmattan, 2001, p. 46

⁴⁵Alex MUCCHIELLI, *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines*, Armand colin, 2009, p. 310.

⁴⁶Honoré MIMCHÉ, *Collecte des données qualitatives en sociologie, Support de cours*, Université de Yaoundé1, 2022 – 2023.

⁴⁷Laurence KOHN et Christian WENDY, *Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances*, in *Reflets et perspectives de la vie économique*, Tome LIII, n° 4, 2014, pp 67-82

⁴⁸Hugues Morell MELIKI, « Dynamiques et innovations sociales en milieu rural sud-camerounais en contexte post-désengagement de l’Etat », thèse de doctorat, UY1, Sociologie, Juin 2016, pp. 101.

combinant des mécanismes de sensibilisation, d'éducation avec le recours à l'aide de l'Etat et ses partenaires, tout en étant influencées par les facteurs contextuels tels que l'environnement socio-politique, sanitaire et économique.

3. L'observation directe

L'observation directe est une technique de collecte des données en sciences sociales en général et en sociologie en particulier qui permet aux investigateurs d'entrer en contact avec son milieu d'étude. Elle est « *une constatation d'un fait à l'aide des moyens d'investigations appropriés* »⁴⁹. Il s'agit d'observer, les pratiques qui s'y déroulent sans pour autant les influencer ou les modifier. C'est une technique qui permet de collecter les données qui complètent les entretiens dans la mesure où elles peuvent souligner l'écart entre ce qui est dit et ce qui est observé sur le terrain.

L'observation directe est une technique qui consiste à observer les comportements des femmes utilisatrices des *Méthodes contraceptives*. En observant sans participer, nous avons pu recueillir des informations sur la manière dont les utilisatrices interagissent avec les agents sanitaires, les difficultés qu'elles rencontrent, et l'effet immédiat de ces produits contraceptifs. Cette technique de recueil d'information permet à l'enquêteur d'être témoin des pratiques ou encore d'affirmer ou d'infirmer certaines hypothèses. Cependant, il est préférable de prendre avec diligence les propos des enquêtés et de les utiliser

Par conséquent, il s'est agi de donner la parole aux utilisatrices à travers l'entretien semi-directif, tout en observant leurs comportements réels. Cette procédure a permis de mettre en exergue les logiques sociales et économiques qui structurent l'usage du *Méthodes contraceptives* en milieu urbain. L'observation a été conduite sur une période de trois mois, de juin à août 2025, ce qui a permis une compréhension approfondie des pratiques des méthodes développées par les femmes utilisatrices dans la planification familiale.

4. L'entretien semi-directif.

Connu aussi comme l'entretien semi-structuré, il est une « *technique qui vise à collecter les données en interrogeant les participants en face-à-face ou à distance par des techniques de conservation* »⁵⁰. Comme le précise LOUBET DEL BAYLE⁵¹, l'enquêteur est

⁴⁹ Gilles FERREOL et al., *Dictionnaire de Sociologie* (3e éd.), Paris, Armand Colin, 1995, p. 156.

⁵⁰ Laurence KOHN et Christian WENDY, Op.cit. p. 70

guidé par une liste de thèmes établie à l'avance au moment de la préparation de l'enquête. C'est le guide d'entretien. Toutefois, « *l'ordre et la formulation des questions et/ou thèmes peuvent varier d'un participant à un autre* »⁵². L'objectif de l'entretien individuel semi structuré est d'identifier les points de vue, les réflexions et les observations de personnes qui ont des connaissances particulières, statut particulier (*par exemple quand le sujet d'étude est sensible ou intime*)⁵³ ou qui disposent d'informations auxquelles l'enquêteur ne peut avoir accès par d'autres moyens.

Dans le cadre de cette recherche, les entretiens ont visé à explorer les stratégies mises en place pour aider les femmes réfractaires. Plus précisément, ils permettront de :

- Comprendre les réalités vécues par les femmes dans cet arrondissement, en termes d'accès aux produits contraceptifs, réticences, et relations avec les communautés et leurs partenaires.
- Identifier les mécanismes des réticences.
- Analyser l'impact des produits et identifier les opinions des femmes face à la contraception.
- Recueillir les perspectives des différents acteurs impliqués (autorités, chefs traditionnels, organisations humanitaires, et chefs de communautés).

Les entretiens ont été menés en face à face avec environ 30 personnes, réparties de manière équilibrée entre les quatre quartiers du septième arrondissement de N'Djamena, et prend en compte la diversité des profils et l'équilibre entre les femmes. Un guide d'entretien flexible et des enregistrements audio sont aussi utilisé avec le consentement des participants pour faciliter l'analyse. Toutefois, il convient de préciser que les premiers contacts avec les interviewés a eu lieu en juin 2025 lors d'un séjour d'un mois que nous avons passé dans cette zone.

Tableau 1: Répartition pour des personnes ressources, interviewées dans le septième arrondissement de N'Djamena.

AURORITES LOCAUX	CHEFS TRADITIONNELS	RESPONSABLES DES CENTRES DE SANTES ET HUMANITAIRES
Maire du septième arrondissement de	Chef de quartier d'Habena	Sage-femme ASTBEF

⁵¹Jean-Louis LOUBET Del Bayle., *Initiation aux méthodes des sciences sociales*, Paris, l'Harmattan. 2001, p. 23.

⁵²honoré MIMCHE, Op.cit., p. 42

⁵³Laurence KOHN et Christiaens Wendy, Op.cit., p. 71

N'Djamena		
	Chef de quartier Gassi chef de quartier Bouta- albagara.	Sage-femme de centre santé de Chagoua
	Chef de quartier d'Ambata Chef de quartier de Chagoua	Sage-femme de centre de santé de Bouta-albagara
TOTAL : 01	05	03

Source : Auteur 2025.

5. Technique d'échantillonnage.

Tableau 2: Répartition pour des enquêtes par quartiers

Types de s enquêtés	Ville	quartier.	Nombre des personnes ciblées.	Nombre des personnes Interviewées
La population	N'Djamena	Chagoua	07	07
		Habena	07	07
		Gassi	07	07
La population	Septième arrondissement	Ambata	07	07
		Bouta- albagara	07	07
TOTAL				35

Source : Auteur 2025

Dans le cadre de cette recherche, les entretiens sont déroulés dans plusieurs quartiers que compte le septième arrondissement de N'Djamena (capitale du Tchad). cette population constituait notre univers d'enquête. Toutefois, pour mieux atteindre nos objectifs, nous avons fait recours aux personnes ressources qui sont répartie en trois catégories :

- Les autorités locales ;
- Les chefs traditionnels ;
- Les femmes, les hommes ;

6. Echantillonnage à choix raisonné

L'échantillonnage à choix raisonné, également désigné sous les termes d'échantillonnage intentionnel ou théorique, repose sur le principe que le chercheur sélectionne délibérément ses enquêtes en raison de leur capacité à éclairer la problématique de

recherche, et non selon les règles du hasard statistique. FILLIEULE⁵⁴, définit cette technique comme une sélection de cas fondée sur leur pertinence théorique, l'objectif étant d'atteindre une saturation des données, c'est-à-dire ce point au-delà duquel de nouveaux entretiens n'apportent plus d'éléments inédits à la compréhension du phénomène étudié. QUINN PATTON⁵⁵ insiste sur le fait que cette technique est particulièrement adaptée aux recherches centrées sur la compréhension en profondeur d'un phénomène social, car elle permet au chercheur de cibler des participants dont les expériences, les positions sociales et les trajectoires de vie sont susceptibles de générer des données riches, variées et analytiquement fécondes.

Dans le cadre de cette analyse sur les représentations sociales de la contraception à N'Djamena, cette technique s'est avérée d'une pertinence indiscutable. La contraception est un objet social chargé de significations multiples et contradictoires dans le contexte tchadien : perçue tantôt comme une atteinte aux valeurs religieuses, tantôt comme un outil d'émancipation féminine, tantôt comme une menace pour la fertilité, elle cristallise des tensions entre modernité et tradition, entre autonomie individuelle et contrôle communautaire. Pour rendre compte de cette complexité, il était impératif de construire un échantillon capable de refléter la diversité des positions sociales, des trajectoires de vie et des systèmes de valeurs en présence dans l'arrondissement.

La sélection de nos enquêtés a été guidée par cinq critères de variation analytique, définis avant l'entrée sur le terrain et ajustés progressivement au fil des premiers entretiens.

L'âge a constitué notre premier critère de diversification. Nous avons intentionnellement recruté des femmes appartenant à trois tranches d'âge distinctes : des jeunes femmes de 18 à 25 ans, récemment entrées dans la vie conjugale et dont la socialisation s'est effectuée dans un contexte d'urbanisation croissante et d'accès relatif à l'information ; des femmes de 26 à 40 ans, en plein âge de procréer, directement concernées par les enjeux de planification familiale et d'espacement des naissances ; et des femmes de plus de 40 ans, dont l'expérience reproductive longue et les représentations fortement enracinées dans les normes traditionnelles constituaient un précieux contrepoint aux discours des générations plus jeunes. Cette diversification générationnelle nous a permis d'observer comment les représentations de la contraception se transforment ou résistent à la transformation d'une génération à l'autre dans le contexte spécifique du 7^{ème} arrondissement.

Le niveau d'instruction a constitué notre deuxième critère. BAJOS⁵⁶ a démontré que le niveau d'éducation influe profondément sur la construction des représentations de la contraception, sans pour autant garantir mécaniquement une adhésion aux méthodes modernes. Nous avons donc veillé à inclure des femmes sans instruction formelle, dont les représentations de la contraception sont presque exclusivement façonnées par les discours familiaux, religieux et communautaires ; des femmes ayant atteint le niveau primaire ou

⁵⁴Olivier FILLIEULE, « *Sociologie de la mobilisation* », Presses de Sciences Po, Paris, 2010, pp. 85-86.

⁵⁵ Michael QUINN PATTON, « *Qualitative Research and Evaluation Methods* », 3^{ème} édition, Sage Publications, Thousand Oaks, Californie, 2002, pp. 230-246.

⁵⁶Nathalie BAJOS, « *Sociologie des parcours contraceptifs : genre, pouvoir et santé reproductive* », Paris, Éditions La Découverte, 2021, p. 83.

secondaire, exposées à certains messages de santé reproductive mais encore fortement ancrées dans les normes locales ; et des femmes instruites au niveau supérieur, chez qui la tension entre les savoirs biomédicaux acquis et les représentations culturelles héritées produit des configurations particulièrement révélatrices. Sur le terrain, cette diversification s'est avérée particulièrement féconde : plusieurs femmes instruites rencontrées à Chagoua et Habena nous ont confié d'utiliser la contraception en secret, par peur des réactions de leur mari et de leur belle-famille, illustrant concrètement le fait que le niveau d'instruction atténue mais ne dissout pas les contraintes normatives pesant sur les choix reproductifs féminins.

L'appartenance religieuse et communautaire a constitué notre troisième critère de sélection, le plus déterminant sur le plan analytique dans ce contexte précis. Le 7ème arrondissement de N'Djamena est un espace de forte mixité confessionnelle où coexistent des communautés musulmanes majoritaires et des communautés chrétiennes de différentes dénominations. FATIMATOU⁵⁷ a montré que les interprétations religieuses qu'elles soient islamiques ou chrétiennes constituent l'un des principaux vecteurs de construction des représentations négatives de la contraception en Afrique centrale. En incluant dans notre échantillon des femmes de différentes appartenances confessionnelles, nous avons pu observer des configurations représentationnelles distinctes : certaines femmes musulmanes rencontrées dans le quartier de Gassi justifiaient leur refus de la pilule par une interprétation coranique associant la limitation des naissances à une désobéissance à la volonté divine, tandis que certaines femmes chrétiennes évangéliques d'Ambata exprimaient une méfiance similaire, nourrie par les discours de leurs pasteurs assimilant la contraception à une ouverture à la « débauche ».

La trajectoire contraceptive a constitué notre quatrième critère, et sans doute le plus analytiquement fécond. Nous avons délibérément recruté des femmes aux expériences contraceptives contrastées. Des utilisatrices régulières de méthodes modernes notamment des femmes équipées de l'implant Jadelle au centre de santé de Chagoua ou au centre de Bouta-albagara nous ont permis de comprendre les conditions sociales et les stratégies personnelles qui rendent possible l'adoption durable de la contraception malgré les pressions normatives environnantes. Des utilisatrices occasionnelles ou discontinues, qui alternent entre méthodes modernes et méthodes traditionnelles selon les périodes de leur vie conjugale, ont mis en lumière la dimension processuelle et non linéaire des itinéraires contraceptifs, telle que la conceptualise BAJOS⁵⁸. Des non-utilisatrices par conviction religieuse, culturelle ou liée à la peur des effets secondaires nous ont permis d'accéder au noyau dur des représentations négatives de la contraception. Enfin, des femmes ayant vécu une grossesse non désirée constituaient des informatrices particulièrement précieuses, car leur expérience révèle les effets concrets et dramatiques du faible recours à la contraception, et leur discours sur cette expérience est révélateur des mécanismes de justification et de résistance à l'œuvre dans leurs représentations.

Le statut matrimonial et le genre ont constitué notre cinquième critère, qui nous a conduits à élargir l'échantillon au-delà des seules femmes. Des hommes mariés ont été inclus

⁵⁷Djibrine FATIMATOU, « *Santé maternelle et infantile* », Presses Universitaires Africaines, 2022, pp. 112-125.

⁵⁸Nathalie BAJOS, op. Cit., p. 83.

dans l'enquête, car les représentations masculines de la contraception exercent une influence décisive et souvent contraignante sur les pratiques féminines. MAHAMAT⁵⁹ documente comment l'autorité conjugale masculine constitue l'un des freins structurels les plus puissants à l'adoption des méthodes contraceptives par les femmes tchadiennes. Sur notre terrain, plusieurs femmes interrogées à Bouta-albagara et à Ambata nous ont confié que leur mari interprétait la contraception comme une invitation à l'infidélité, ou comme une manière de lui « voler » ses enfants. Ces représentations masculines, loin d'être périphériques, s'inscrivaient au cœur du processus de décision contraceptive féminine, justifiant pleinement leur inclusion dans notre dispositif d'enquête.

Notre échantillon a réuni trente-cinq personnes interrogées, réparties sur les cinq quartiers du 7ème arrondissement : sept personnes par quartier à Chagoua, Habena, Gassi, Ambata et Bouta-albagara. Cette répartition spatiale équilibrée n'est pas un simple artifice formel. Elle traduit la volonté de rendre compte de la diversité socio-économique interne de l'arrondissement, dont les quartiers présentent des profils contrastés. Chagoua, quartier relativement mieux équipé en infrastructures sanitaires, abrite une population davantage exposée aux discours biomédicaux sur la planification familiale. Bouta-albagara, marqué par une précarité économique plus prononcée, présente une concentration plus forte de femmes dont les représentations valorisent la maternité comme ressource sociale et symbolique, conformément à ce que BOURDIEU⁶⁰ décrit lorsqu'il montre que les pratiques sociales, y compris celles liées à la reproduction, sont profondément conditionnées par les structures objectives des conditions de vie.

L'échantillon a également intégré des personnes ressources institutionnelles réparties en trois catégories. Les autorités locales, dont le maire du 7ème arrondissement, ont fourni un éclairage sur les politiques publiques de planification familiale et les obstacles à leur mise en œuvre effective. Les chefs traditionnels des cinq quartiers gardiens des normes communautaires et figures d'autorité morale incontournables dans la vie quotidienne des habitants ont permis d'appréhender les cadres normatifs collectifs qui pèsent sur les choix reproductifs des femmes. Les responsables des centres de santé et acteurs humanitaires sages-femmes de l'ASTBEF, du centre de santé de Chagoua et du centre de Bouta-albagara occupaient une position d'interface entre les normes biomédicales et les résistances culturelles des femmes, leur discours étant révélateur des tensions quotidiennes entre logiques médicales et logiques sociales. LOUBET DEL BAYLE⁶¹ rappelle à ce sujet que le chercheur qualitatif est guidé par des thèmes et des profils d'enquêtes préalablement définis, qui lui servent de boussole sans l'enfermer dans des catégories rigides. C'est exactement la souplesse que nous avons maintenue tout au long de notre collecte de données.

L'échantillonnage à choix raisonné a été utilement complété par la technique de la boule de neige, procédé par lequel les premiers participants contactés nous ont progressivement orientés vers d'autres personnes susceptibles d'enrichir notre compréhension du phénomène. Cette technique s'est révélée indispensable pour accéder à un segment particulièrement précieux de notre population d'enquête : les femmes pratiquant la

⁵⁹Hassan MAHAMAT, « Démographie et santé au Tchad », Paris, Karthala, 2021, pp. 67-85.

⁶⁰Pierre Bourdieu, « *Le sens pratique* », Paris, Éditions de Minuit, 1980, pp. 91-92.

⁶¹Jean-Louis LOUBET DEL BAYLE, « *Initiation aux méthodes des sciences sociales* », Paris, L'Harmattan, 2001, p. 23.

contraception dans le secret, à l'insu de leur mari et de leur belle-famille. AMINATA⁶² a mis en évidence comment la stigmatisation sociale entourant la contraception dans les milieux urbains tchadiens pousse de nombreuses femmes à vivre leur pratique contraceptive dans la clandestinité, rendant ces femmes quasiment invisibles pour un chercheur utilisant des méthodes de recrutement classiques. En s'appuyant sur les réseaux de confiance préexistants dans les quartiers de l'arrondissement, la technique de la boule de neige nous a permis d'accéder à ces parcours dissimulés, révélateurs des stratégies de résistance et de contournement des normes que les femmes du 7ème arrondissement déploient pour concilier leurs besoins reproductifs avec les exigences de leur environnement social.

- les leaders communautaires, garants de la cohésion éthique;
- les chefs traditionnels et autorités locales des communautés hôtes ;
- les autorités sanitaires;
- les femmes mariées ;
- les hommes mariés.

Ce choix raisonné a permis d'obtenir une diversité d'expériences et de perceptions, essentielle pour analyser l'influence socio-culturelle. L'approche a ainsi contribué à une compréhension nuancée des représentations sociales, et de tension entre les partenaires.

IX. DELIMITATION DE LA ZONE D'ETUDE

La délimitation du champ d'étude est la partie la plus essentielle de l'exigence scientifique et relative à la délimitation du sujet. Dans cette partie, le but est de situer le lecteur sur les contours de l'étude et de le mettre à l'abri de toutes les spéculations. Délimiter une étude, c'est donc préciser le champ d'investigation.

1. Délimitation spatiale

Le Tchad est un pays d'Afrique centrale sans accès à la mer, frontalier de la Libye au Nord, du Niger à l'ouest, du Nigeria à l'Ouest-sud-ouest, du Cameroun au sud-sud-ouest, de la République centrafricaine au sud et du soudan à l'Est. Sa capitale est Ndjamena. Géographiquement et culturellement, le Tchad constitue un point de passage entre Afrique du Nord et l'Afrique subsaharienne. D'une superficie de 1284000 km², c'est le cinquième pays le plus vaste de l'Afrique (Commission Nationale d'Accueil et de Réinsertion des réfugiés et Rapatriés au Tchad)⁶³.

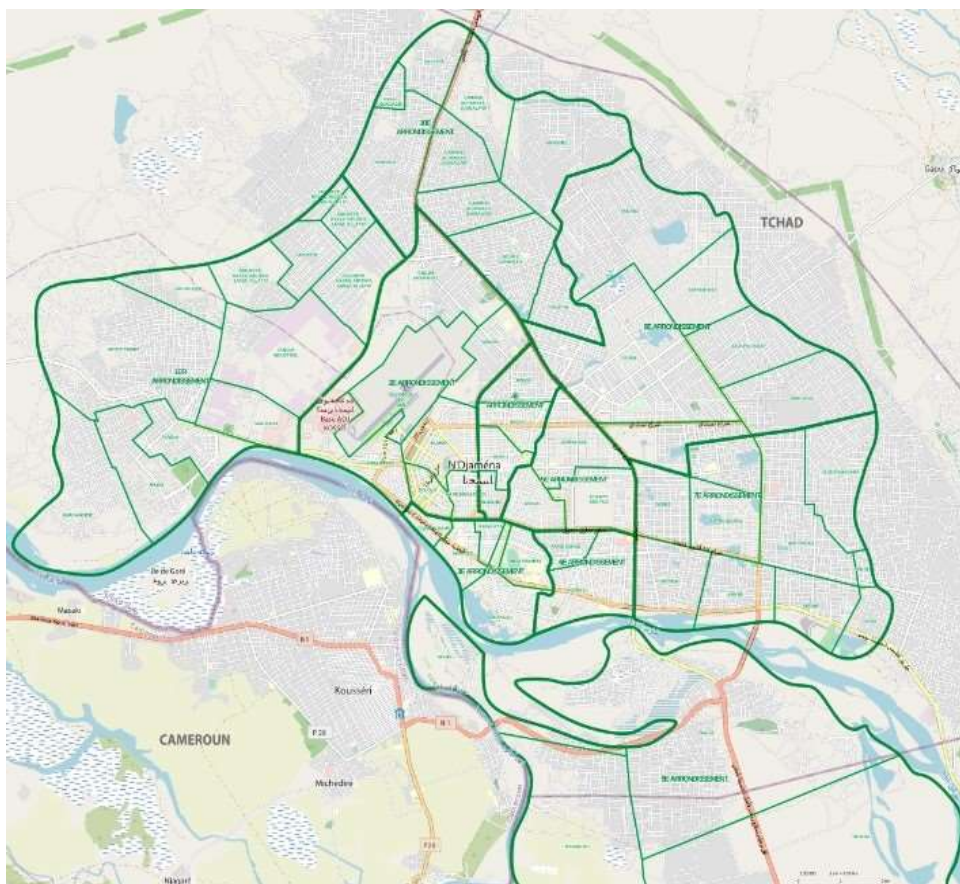
Le septième arrondissement de N'Djaména, la capitale du Tchad, est délimité par plusieurs axes routiers et quartiers environnants, occupant une superficie d'environ 30 km².

⁶²Tchadji AMINATA « *Culture et santé reproductive* », Paris, Karthala, 2022, pp. 142-170.

⁶³CNARRT Rapport annuel sur les déplacés, 2018, p 12

Cet arrondissement, qui est l'un des plus densément peuplés de la ville, abrite une population estimée à près de 100 000 habitants, caractérisée par une diversité culturelle et ethnique. Les infrastructures y sont en développement, avec des établissements scolaires et des centres de santé, bien que des défis demeurent en matière de services publics et d'aménagement urbain. Le septième arrondissement joue un rôle clé dans la dynamique socio-économique de N'Djaména, attirant de nombreux migrants en quête de meilleures opportunités.

Photo N° 1: carte de localisation de la zone d'étude



Source : EDS-MICS, 2015

Cette carte présente le découpage administratif du septième arrondissement de N'Djaména (capitale du Tchad).

2. Délimitation temporelle

Pour mieux comprendre cette analyse, il est important de le délimiter de façon temporelle. Cette étude se situe entre la période allant de 2014 à nos jours. Une période particulièrement significative car elle englobe à la fois l'amplification de la politique nationale de santé reproductive au Tchad, le lancement des programmes intensifiés de sensibilisation à la planification familiale, l'évolution des discours religieux et sociaux sur la

contraception, ainsi que les changements socioéconomiques et culturels observés dans cette zone urbaine en pleine mutation démographique, permettant ainsi d'analyser comment les perceptions, les pratiques et les résistances relatives aux méthodes contraceptives ont évolué au cours de cette décennie marquée par des transformations sociales importantes dans le contexte spécifique du septième arrondissement de la capitale tchadienne. C'est la raison pour laquelle nous avons opté de mener des investigations sur les questions des représentations sociales de la contraception dont les problématiques restent d'actualité.

XI. CLARIFICATION CONCEPTUELLE

Avant d'approfondir l'analyse des pratiques contraceptives chez les femmes du septième arrondissement de N'Djaména, il est essentiel de clarifier les concepts clés qui guident cette recherche. Cette clarification permettra d'établir une base commune pour la compréhension des termes utilisés et d'assurer une cohérence méthodologique dans l'étude.

1. Contraception

L'Organisation Mondiale de la Santé OMS, dans ses nombreuses publications et notamment dans sa fiche d'information sur la « *Planification familiale, méthodes de contraception* » mise à jour en 2023, définit la contraception comme « *l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de fécondation ou l'éviter* ». Cette définition met l'accent sur la diversité des moyens contraceptifs disponibles et sur leur finalité commune de prévenir la grossesse : à savoir les méthodes modernes (chimico-mécaniques pour la plupart) qui recourent à un adjuvant et les méthodes traditionnelles naturelles dans leur grande majorité. Les méthodes modernes regroupent : la pilule, le stérilet ou DIU, les injections, le condom, la stérilisation féminine, ainsi que les implants Norplant. D'une plus grande efficacité d'usage, l'utilisation de cette contraception moderne permet à la femme d'avoir un meilleur espacement entre les naissances. Quant aux méthodes traditionnelles, elles regroupent l'abstinence, la continence périodique, le retrait et les autres méthodes telles que les plantes médicinales⁶⁴, les amulettes, etc., dont l'efficacité et la valeur chimique reste à prouver. L'OMS souligne également l'importance de l'accès à des méthodes contraceptives sûres et efficaces comme un élément essentiel de la santé

⁶⁴Congo ZAKAI, *Les facteurs de la contraception au Burkina Faso : Analyse des données de l'enquête démographique et de santé de 1998/99*, 2018, p. 13

reproductive et des droits humains, contribuant à l'autonomisation des individus et au bien-être des familles.

2. Réticence

Selon le Dictionnaire de la sociologie dirigé par Raymond BOUDON et François BOURRICAUD, la réticence en sociologie désigne une hésitation, une réserve ou une opposition tacite ou exprimée avec prudence face à une proposition, une injonction ou un changement social.⁶⁵ Elle se manifeste souvent par un manque d'enthousiasme, une procrastination, des objections indirectes ou une adhésion superficielle. La réticence n'est pas nécessairement un refus catégorique, mais plutôt une forme de résistance passive ou une manifestation de doutes et d'inquiétudes face à ce qui est proposé. Elle peut être individuelle ou collective et découle de facteurs variés tels que la peur du changement, la défense d'intérêts établis, des valeurs culturelles ou religieuses, ou encore un manque d'information ou de confiance. En effet, Pierre BOURDIEU aborde la réticence à travers le prisme de l'habitus et des formes de résistance symbolique. Il ne définit pas directement la « *réticence* » comme un concept isolé, mais il décrit comment les individus, imprégnés de dispositions et de schèmes de perception et d'action spécifiques à leur milieu social, peuvent manifester une forme de résistance tacite ou inconsciente face à des propositions ou des changements qui menacent leur univers familier ou leurs intérêts symboliques⁶⁶. Cette réticence peut se traduire par des ajustements minimaux, des interprétations sélectives ou une inertie pratique, qui ne constituent pas un refus explicite mais témoignent d'une difficulté à intégrer ou à adopter de nouvelles pratiques ou de nouvelles représentations. Appliquée à notre thème sur les représentations sociales de la contraception à N'Djaména, la réticence des femmes se manifeste par des hésitations à adopter des méthodes contraceptives, des objections basées sur des croyances religieuses ou culturelles, une méfiance vis-à-vis des informations disponibles, ou une préférence pour des pratiques traditionnelles, reflétant ainsi des formes de résistance issues de leur habitus et de leurs représentations sociales préexistantes.

3. Itinéraire contraceptive

⁶⁵Raymond BOUDON et François BOURRICAUD, « *Dictionnaire de la sociologie* », Presse, Presses Universitaires de France, 2005, p. 478

⁶⁶Pierre BOURDIEU, « *Le sens pratique* », Éditions de Minuit, 1980, p. 91-92

L'itinéraire de la contraception se définit comme « *l'ensemble des trajectoires non-linéaires et socialement situées que les femmes empruntent dans leur appropriation des méthodes contraceptives, traversées par des moments de rupture, d'adhésion, de négociation et de résistance, qui s'inscrivent dans les rapports sociaux de sexe et les déterminants socio-économiques, culturels et religieux propres à leur environnement* »⁶⁷. Cette conceptualisation éclaire la dimension processuelle de l'adoption contraceptive, où s'entrelacent les logiques institutionnelles, les dynamiques relationnelles et les expériences corporelles vécues, constituant ainsi une biographie contraceptive singulière mais socialement façonnée. L'itinéraire contraceptif s'avère particulièrement heuristique, car elle permettra de saisir la complexité temporelle des rapports que les femmes entretiennent avec les diverses méthodes contraceptives. Au-delà d'une vision statique des représentations, ce concept nous invite à décrypter comment ces perceptions se transforment au gré des expériences personnelles, des influences familiales, des injonctions médicales et des contraintes économiques propres au contexte tchadien. La reconstruction narrative de ces itinéraires révélera les logiques d'action qui président aux choix contraceptifs, mettant en lumière l'agentivité des femmes dans un champ traversé par des enjeux de pouvoir, tout en mettant en lumière les obstacles structurels qui jalonnent leurs parcours contraceptifs dans cet espace urbain spécifique.

4. Habitus

Pour une définition synthétique, bien que le concept soit développé tout au long de l'ouvrage), Pierre BOURDIEU définit habitus comme un système de dispositions durables et transposables, structurées par les conditions objectives d'existence passées et présentes. Il s'agit d'un ensemble de schèmes de perception, de pensée et d'action incorporés par l'individu au cours de sa socialisation⁶⁸. L'habitus fonctionne comme une sorte de grammaire inconsciente qui oriente les pratiques sans être une détermination mécanique. Il est à la fois le produit de l'histoire individuelle et collective, et le principe générateur de pratiques historiquement situées. En d'autres termes, notre manière d'être, de sentir, de penser et d'agir est en grande partie façonnée par les structures sociales dans lesquelles nous avons évolué, et cet ensemble de dispositions intériorisées tend à se reproduire et à se transposer dans différents domaines de notre vie sociale. Ainsi, l'habitus n'est ni un pur déterminisme social ni une simple liberté individuelle. Il est cette médiation entre les structures sociales et l'action individuelle. Les conditions sociales objectives (classe sociale, origine géographique,

⁶⁷Nathalie BAJOS, « *Sociologie des parcours contraceptifs : genre, pouvoir et santé reproductive* », Éditions La Découverte, 2021, p. 83

⁶⁸Pierre BOURDIEU, Ibidem.

éducation, etc.) tendent à produire des habitus spécifiques, c'est-à-dire des manières de faire et de penser relativement homogènes au sein d'un même groupe social. Cependant, l'habitus n'est pas figé et peut évoluer au contact de nouvelles expériences et de trajectoires individuelles. Il est important de souligner que l'habitus opère le plus souvent de manière pratique et tacite, sans nécessiter une réflexion consciente. C'est un « sens pratique », une maîtrise du jeu social qui permet aux individus de s'orienter dans le monde et d'agir de manière relativement cohérente avec leur environnement social d'origine

XII. PLAN DE RECHERCHE

Cette recherche est composée de deux grandes parties essentielles. Une première partie intitulée l'état des lieux de la contraception au Tchad. Celle-ci présente le premier chapitre sur le cadre actuel de mise en œuvre de la planification familiale au Tchad. Le deuxième chapitre sur les logiques explicatives et pratique quotidiennes de la contraception chez les femmes dans le septième arrondissement de N'Djamena. La deuxième partie baptisée représentations sociales de la contraception féminine au Tchad ; analyse à partir de septième arrondissement. Elle Présente le chapitre trois profils et itinéraires sociaux des pratiques contraceptives chez les femmes dans le septième arrondissement. Le quatrième et dernier chapitre présente les déterminants culturels et attitudes envers la contraception.

PREMIÈRE PARTIE :
ÉTAT DES LIEUX DE LA CONTRACEPTION AU TCHAD

Cette partie propose un état de lieux de la contraception au Tchad et dans le septième arrondissement de N'Djaména. Elle est essentiellement construite autour de deux chapitres. Le premier chapitre se concentre sur la situation de la contraception au niveau national, en dressant un panorama du contexte sociodémographique et sanitaire du Tchad, qui inclut des indicateurs clés comme les taux de natalité et de fécondité, ainsi que la mortalité maternelle et infantile. Il explore également l'historique et l'évolution des politiques de planification familiale, le cadre légal et les stratégies nationales en place. Le chapitre aborde enfin la prévalence et l'accès aux méthodes contraceptives à l'échelle nationale, en examinant les taux de prévalence, la disponibilité des services, et les obstacles géographiques, économiques et logistiques rencontrés.

Dans la même lancée, le second chapitre se penche sur les déterminants culturels et les attitudes envers la contraception. Il examine les perceptions et les croyances religieuses, détaillant les positions des différentes confessions (Islam, Christianisme) et l'influence des leaders religieux. Il explore en outre les normes sociales, le rôle des genres dans la prise de décision, la pression sociale et la stigmatisation associée à la contraception. Enfin, il s'intéresse aux connaissances sur la contraception, aux ressources d'informations et à l'impact des rumeurs, mythes et idées fausses sur son acceptation.

CHAPITRE I :

CADRE ACTUEL DE MISE EN ŒUVRE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE AU TCHAD

La santé est au centre des politiques publiques des Etats et considérée comme un déterminant du développement socioéconomique. Une population nombreuse et mal encadrée représente un fardeau pour la société, moins encore si elle n'est pas maîtrisée : contrôle des nouvelles naissances. Dans un contexte marqué par le coût de la vie qui devient de plus en plus cher, il est impératif pour le pays de mener des actions concrètes pour limiter les conséquences que la croissance incontrôlée de la peut entraîner. En effet, le taux de la fécondité au Tchad est très élevé. Cependant, on relève l'insuffisance de la prise en charge causant une mortalité maternelle et infantile elle aussi élevée. Pour répondre à cette urgence sanitaire d'envergure, le Tchad, appuyé par ses partenaires met en place des mécanismes de gestion parmi lesquelles les méthodes contraceptives, objet de notre analyse. Ce champ d'action est aussi investi par les organisations de la société civile vu le caractère social et transversal que représente la pratique. Ce chapitre présente tout d'abord le contexte général et les enjeux de la santé au Tchad (I), les acteurs (II) et le poids de la précarité socioéconomique dans la pratique des méthodes contraceptives (III).

I. CONTEXTE GENERAL DU TCHAD ET ENJEUX DE SANTE REPRODUCTIVE

1. Présentation du Tchad

Le Tchad est un pays d'Afrique Centrale, entièrement enclavé, partageant ses frontières avec la Libye au Nord, la République Centrafricaine au Sud, le Soudan à l'Est, et le Cameroun, le Nigeria et le Niger à l'Ouest.⁶⁹ Cette position géographique, combinée à une vaste étendue territoriale, rend l'accès aux services essentiels particulièrement difficiles dans de nombreuses régions. La population tchadienne, estimée à 16 877 357 habitants en 2020, est caractérisée par une structure très jeune, avec près de la moitié 48,12 % des habitants ayant

⁶⁹stratégie de communications unfpa tchad, accessed june 17, 2025, <https://chad.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/strategiecommunicationsr2.docx>, consulté le 20 2025 à 09h.

moins de 15 ans en 2018 et un âge médian de seulement 15,8 ans.⁷⁰ Cette démographie juvénile représente à la fois un potentiel de développement futur et une charge de dépendance importante à court terme.

Les indicateurs de développement humain au Tchad sont parmi les plus bas au niveau mondial. En 2022, le pays se classait au 188^e rang sur 191 selon l'Indice de Développement Humain (IDH). La pauvreté reste un fléau majeur, avec un taux de pauvreté national estimé à 42,3 % en 2019. Le taux de chômage des personnes âgées de 18 ans et plus est évalué à 18,5 % au sens large.⁷¹ Ces réalités socio-économiques limitent considérablement la capacité du système de santé à fonctionner efficacement et celle des ménages à accéder aux soins. La situation sanitaire au Tchad est alarmante, marquée par une morbidité et une mortalité élevées. Les taux de mortalité maternelle, infantile et néonatale sont parmi les plus préoccupants d'Afrique subsaharienne. Le ratio de mortalité maternelle était de 860 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2020, le taux de mortalité infantile de 78 pour 1 000 naissances vivantes en 2019, et le taux de mortalité néonatale de 33 pour 1 000 naissances vivantes.⁷² Les principales causes de décès incluent des maladies transmissibles telles que le VIH (avec une prévalence de 3,3 % chez les jeunes de 15-49 ans en 2004, bien qu'elle ait diminué à 1,2 % en 2023⁷³, la gonorrhée et la syphilis. La malnutrition aiguë globale chez les enfants de moins de 5 ans atteignait 11,0 % en 2021.

Les inégalités de genre constituent un défi fondamental, la marginalisation des femmes, qui représentent 50,7 % de la population, étant une entrave majeure au développement. Le taux d'analphabétisme des femmes est de 78 % contre 46 % chez les hommes.⁷⁴ Les violences basées sur le genre sont endémiques : l'enquête MICS 2010 a révélé que 18 % des femmes avaient subi des violences sexuelles et 100 % des violences psychologiques.⁷⁵ Plus récemment, 29 % des femmes âgées de 15 à 49 ans ont déclaré avoir subi des violences physiques depuis l'âge de 15 ans, et 12 % ont été victimes de violences sexuelles.⁷⁶ Les mutilations génitales féminines touchent 38 % des femmes. La prévalence du

⁷⁰ démographie du tchad – wikipédia, accessed june 17, 2025, accessible via lien, <https://fr.wikipedia.org> , consulté le 10 avril 2025 à 20h.

⁷¹ Stratégie de Coopération de l'OMS avec le Tchad 2024-2027, accessed June 17, 2025, disponible via lien, <https://www.afro.who.int> consulté le 10 Avril à 20h.

⁷² Stratégie de Coopération de l'OMS avec le Tchad 2024-2027, accessed June 17, 2025, disponible via lien, <https://www.afro.who.int> consulté le 10 Avril à 20h.

⁷³ <https://chad.unfpa.org>, consulté le 20 Mai 2025 à 09h.

⁷⁴ <https://www.afro.who.int> , consulté le 10 Avril à 20h.

⁷⁵ Ibid

⁷⁶ Ibid

mariage d'enfants est parmi les plus élevées au monde, avec une femme sur quatre mariée avant l'âge de 15 ans.⁷⁷

La planification familiale est reconnue comme un levier stratégique pour le développement national. Elle contribue directement à la réduction de la mortalité maternelle et infantile, à l'autonomisation des femmes et à la capacité du pays à bénéficier d'un dividende démographique.⁷⁸ En 2023, l'utilisation de contraceptifs modernes a permis d'éviter 91 000 grossesses non planifiées, 24 000 avortements à risque et 780 décès maternels.⁷⁹ Ces chiffres illustrent l'impact vital de la PF comme intervention de santé publique. Cependant, la prévalence contraceptive reste très faible, et les actions en santé reproductive sont souvent dispersées, manquant d'une stratégie de communication globale et de coordination.⁸⁰

Les données récentes sur l'Indice de Développement Humain du PNUD révèlent une corrélation directe entre la pauvreté structurelle, un faible Indice de Développement Humain (IDH) et des indicateurs de santé reproductive alarmants. Le Tchad, l'un des pays les plus pauvres au monde, affiche simultanément des taux de mortalité maternelle, infantile et néonatale parmi les plus élevés.⁸¹ Cette configuration indique que la pauvreté et le sous-développement limitent non seulement l'accès aux services de santé de qualité, mais aussi l'information et les moyens financiers nécessaires à la planification familiale. Il en résulte un cycle où la mauvaise santé reproductive, notamment les grossesses précoces et les complications liées aux accouchements, contribue à la pauvreté des ménages en termes de coûts de santé et de perte de productivité, tandis que la pauvreté entrave toute amélioration significative de la santé. Les ressources insuffisantes du système de santé sont une conséquence directe de cette situation économique précaire.⁸²

Par ailleurs, le poids des normes socioculturelles exerce une influence déterminante sur la santé reproductive et le développement. Les inégalités de genre sont profondes, comme

⁷⁷<https://www.wathi.org/situation-sanitaire/contraintes-dacces-aux-soins-de-sante-reproductives-chez-les-adolescentes-au-tchad-groupe-urd-2023> _consulté le Mai 21 2025 à 18h.

⁷⁸ <https://wcaro.unfpa.org> _consulté le 25 Mai 2025.

⁷⁹<https://www.track20.org> _consulté le 25 Mai 2025.

⁸⁰ Ibid

⁸¹ <https://fr.wikipedia.org> , Consulté le 30 Mai 2025.

⁸²<https://www.coordinationsud.org/wp-content/uploads/15-Savoirs-Communs.pdf> , consulté le 01 Juin 2025 à 18h.

en témoignent les taux élevés d'analphabétisme chez les femmes, la prévalence des violences physiques et sexuelles, et les mariages d'enfants.⁸³

Le pro-natalisme est fortement valorisé, avec un idéal de neuf enfants pour les femmes et quatorze pour les hommes. La décision en matière de planification familiale est souvent soumise à l'autorité patriarcale, et la honte ou la peur régulent les comportements sexuels des jeunes femmes.⁸⁴ Ces normes ne sont pas de simples obstacles ; elles constituent des déterminants profonds qui freinent l'adoption de la contraception et contribuent aux mauvais indicateurs de santé reproductive. Elles érigent une barrière invisible mais puissante à l'autonomie des femmes et à l'accès effectif aux services, même lorsque ceux-ci sont théoriquement disponibles. Le fait que la majorité des femmes et des hommes justifient qu'un mari batte sa femme⁸⁵ illustre une acceptation de la violence qui entrave directement la capacité des femmes à prendre des décisions concernant leur propre corps et leur santé reproductive. Par conséquent, toute promotion de la planification familiale doit impérativement intégrer une dimension de changement social et de plaidoyer pour les droits des femmes, allant au-delà de la simple mise à disposition de services.

1.1. Cadre légal et politique de la contraception au Tchad

Le Tchad a entrepris de structurer son approche en matière de population et de santé reproductive par l'élaboration de diverses politiques et stratégies nationales. Depuis 1993, le pays s'est doté d'une Politique Nationale de Population dont l'objectif est d'améliorer le niveau et la qualité de vie de la population dans le cadre d'un développement durable, en cherchant notamment à harmoniser la croissance démographique avec les ressources disponibles.⁸⁶ Cet engagement politique est également matérialisé par l'adhésion du Tchad aux objectifs de planification familiale internationaux, tels que FP2020 et FP2030, avec un objectif d'accroître la prévalence contraceptive de 8,1% à 20% d'ici 2030. Une plateforme nationale, la GFF/SMRMNIA-N, est chargée du suivi de ces engagements, témoignant d'une volonté de mesurer les progrès et d'adapter les stratégies.⁸⁷ Cependant, malgré ces efforts et la mise en place de cadres stratégiques, la tendance de la fécondité est restée à la hausse, ou du moins à des niveaux très élevés, contrairement à la plupart des pays d'Afrique subsaharienne

⁸³ <https://www.afro.who.int> , consulté le 01 Juin 2025 à 18h.

⁸⁴ <https://chad.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/STRATEGIECOMMUNICATIONSR2.docx>, consulté le 10 Mai 2025 à 19h.

⁸⁵ <https://www.wathi.org/situation-sanitaire/contraintes-dacces-aux-soins-de-sante-reproductives-chez-les-adolescentes-au-tchad-groupe-urd-2023/> consulté en Juin 2025 à 11h.

⁸⁶ <https://uaps2015.popconf.org/papers/151647>, consulté le 30 Juin 2025 à 10h.

⁸⁷ <https://www.fp2030.org> _ consulté le 30 Juin 2025 à 10h.

où une diminution est observée. Cette divergence soulève des interrogations quant à l'efficacité réelle de ces politiques face aux réalités du terrain.

Un jalon législatif majeur dans le domaine de la santé reproductive au Tchad est la Loi n°006/PR/2002 du 15 avril 2002 portant promotion de la santé de reproduction. Cette loi, émanant de la République du Tchad et publiée au Journal Officiel, constitue le fondement juridique des droits et services en matière de santé reproductive. Cette loi définit la santé de reproduction comme un état de complet bien-être physique, mental et social lié à l'appareil génital, dépassant la simple absence de maladies (Art. 1).⁸⁸ Elle précise que les services de santé de reproduction englobent l'ensemble des méthodes, techniques et services contribuant au bien-être procréatif et à l'amélioration de la qualité de vie (Art. 2). Les principes fondamentaux et les droits des individus et des couples sont clairement énoncés. L'Article 3 affirme l'égalité de tous en droit et dignité en matière de santé de reproduction, sans discrimination basée sur l'âge, le sexe, la fortune, la religion, l'ethnie ou la situation matrimoniale. L'Article 4 garantit le droit des couples et individus de décider librement et avec discernement du nombre et de l'espacement des naissances, ainsi que leur droit d'accéder à la meilleure santé de reproduction. De plus, l'Article 6 consacre le droit à l'information, à l'éducation et aux moyens nécessaires concernant les avantages, les risques et l'efficacité de toutes les méthodes de régulation des naissances.

En ce qui concerne les soins et services, l'Article 13 énumère explicitement les composantes de la santé de la reproduction, incluant l'orientation, l'information, l'éducation, la communication, la recherche, les moyens, les méthodes et tous les services de planification familiale.⁸⁹ La loi couvre également les soins prénatals et post-natals, la prévention et le traitement de la stérilité, la prévention de l'avortement et la prise en charge de ses complications, ainsi que la prévention et la gestion des infections sexuellement transmissibles (IST) et du VIH/SIDA.⁹⁰ Cependant, l'interruption thérapeutique de la grossesse (Art. 14) est strictement encadrée, n'étant autorisée que dans des cas spécifiques et sur prescription d'un groupe conseil de médecins après avis du juge, notamment lorsque la vie ou la santé de la femme est en danger, ou en cas d'affection grave diagnostiquée chez l'enfant à naître.

Malgré ce cadre légal apparemment progressiste, son impact est limité par les réalités socio-culturelles et les lacunes dans l'application. Le mariage d'enfants reste un problème

⁸⁸ <https://www.droit-afrique.com/upload/doc/tchad/Tchad-Loi-2002-06-promotion-sante-reproduction> , consulté le 20 Mai 2025 à 09h.

⁸⁹ Marie-Claire DIOP, *Droit et santé en Afrique*, Paris l'Harmattan, 2010, p.134-150.

⁹⁰ Marie-Claire DIOP, *idem*.

majeur, avec une femme sur quatre mariée avant 15 ans. Le Code pénal tchadien, même après sa révision en 2017, ne criminalise pas l'inceste, le viol conjugal ou le harcèlement sexuel, laissant des lacunes importantes dans la protection des droits des femmes⁹¹. La stricte réglementation de l'avortement médicalisé et la pénalisation de l'avortement illégal créent un décalage entre la loi et les besoins réels des femmes, poussant nombre d'entre elles vers des pratiques dangereuses.

L'analyse révèle un paradoxe : l'existence d'un cadre légal progressiste en matière de santé reproductive contraste fortement avec les pratiques socioculturelles persistantes et les lacunes dans son application. La Loi n°006/PR/2002 reconnaît des droits fondamentaux, y compris l'accès à l'information et aux méthodes de régulation des naissances.⁹² Pourtant, la prévalence contraceptive demeure très faible, la fécondité est en hausse, et des pratiques comme le mariage d'enfants et les violences basées sur le genre sont endémiques. L'avortement est légalement très restrictif. Ce décalage s'explique par les « *pesanteurs socioculturelles et la coexistence des droits coutumiers et modernes* »⁹³, qui créent un environnement où les dispositions légales sont souvent ignorées ou contredites par les normes traditionnelles et religieuses. Le défi n'est donc pas seulement d'ordre législatif, mais réside principalement dans la mise en œuvre, la sensibilisation et le changement des mentalités. L'État doit non seulement légiférer, mais aussi œuvrer activement à l'harmonisation des lois modernes avec les réalités culturelles et à l'éducation de la population et des acteurs de la justice pour garantir le respect de ces droits.

Un indicateur éloquent de l'échec de l'accès à la contraception et de l'autonomie reproductive est la persistance des avortements clandestins. Bien que la Loi n°006/PR/2002 mentionne la « *prévention de l'avortement et la prise en charge de ses complications* », l'avortement thérapeutique est très restrictif. En conséquence, les avortements clandestins sont courants, en particulier chez les adolescentes non mariées, en raison de la réprobation sociale de la contraception avant le mariage.⁹⁴ Ces avortements non sécurisés entraînent des risques graves pour la santé, tels que des hémorragies, des infections et des perforations utérines, contribuant ainsi de manière significative à la mortalité maternelle.⁹⁵

⁹¹<https://www.wathi.org/situation-sanitaire/contraintes-dacces-aux-soins-de-sante-reproductives-chez-les-adolescentes-au-tchad-groupe-urd-2023/>, consulté le 20 Mai 2025 à 09h.

⁹²<https://www.droit-afrique.com/upload/doc/tchad/Tchad-Loi-2002-06-promotion-sante-reproduction>, consulté le 15 Avril 2025 à 11h.

⁹³Abakar AICHA, Les droits des femmes au Tchad, Paris Karthala, 2018, p.45-60.

⁹⁴Djibrine FATIMATOU, Santé maternelle et infantile, Presses Universitaires Africaines, 2022, p.112-125.

⁹⁵Djibrine FATIMATOU, ibidem.

La prévalence de ces pratiques dangereuses, malgré leur illégalité et les risques encourus, est un symptôme direct du manque d'accès effectif à la contraception et de l'absence d'autonomie reproductive, en particulier pour les jeunes femmes. Cela met en lumière une contradiction fondamentale : si la loi vise à promouvoir la santé reproductive, elle ne parvient pas à prévenir les grossesses non désirées ni à offrir des alternatives sûres, poussant les femmes vers des pratiques à haut risque. Cela suggère que la politique doit évoluer au-delà de la simple interdiction pour aborder les causes profondes des grossesses non désirées et garantir un accès universel et sans stigmatisation à la planification familiale.

1.2. Prévalence Contraceptive : Tendances, Disparités et Facteurs Influent

La prévalence contraceptive au Tchad est historiquement et actuellement l'une des plus faibles au monde. En 2004, selon l'Enquête Démographique et de Santé (EDS II), la prévalence était de 3 % toutes méthodes confondues et de seulement 1,6 % pour les méthodes modernes.⁹⁶ Les données de l'EDS de 1996-97 indiquaient une prévalence de 4 % pour l'ensemble des femmes tchadiennes, avec 1,2 % pour les méthodes modernes. Plus récemment, le rapport MICS 2019 a enregistré une prévalence contraceptive de 8 % toutes méthodes confondues. Le rapport FP2030 de 2023 estime la prévalence contraceptive moderne (PCM) pour toutes les femmes à 5,8 %, marquant une augmentation constante depuis 3,0 % en 2012⁹⁷. Pour les femmes mariées, la PCM est passée de 2,9 % en 2012 à 6,9 % en 2023. Malgré cette progression, ces chiffres restent bien en deçà de la moyenne de la sous-région d'Afrique subsaharienne, estimée à 15 %.⁷

• Disparité des méthodes contraceptives

Des disparités significatives marquent l'utilisation des méthodes contraceptives selon plusieurs caractéristiques démographiques et socio-économiques. En 2004, la prévalence était de 10 % en milieu urbain contre 1 % en milieu rural. En 2014-15, la PCM était de 15 % en milieu urbain et de 6 % en milieu rural. À N'Djamena, la capitale, la prévalence atteignait 12 % en 2004, comparativement à 8 % dans les « Autres Villes » et seulement 3 % en milieu rural.⁹⁸ Cette différence s'explique en partie par une meilleure connaissance des méthodes en milieu urbain, avec 82 % des femmes à N'Djaména les connaissant, contre 66 % dans les autres villes et 39 % en milieu rural.

⁹⁶Tchad Enquête Démographique et de Santé 1996-1997 – Rapport de Synthèse – The DHS Program, accessed June 17, 2025, <https://dhsprogram.com>, consulté le 29 Juin 2025 à 12h.

⁹⁷Mahamat HASSAN, Démographie et santé au Tchad, Paris Karthala, 2021, p.67-80.

⁹⁸Tchad Enquête Démographique et de Santé 1996-1997 – Rapport de Synthèse – The DHS Program, accessed June 17, 2025, <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/SR64/SR64.pdf>, Consulté le 18 Juin 2025 à 14h.

Le niveau d’instruction est un déterminant crucial de l’adoption de la contraception.⁹⁹ En 2014-15, la PCM était de 25 % parmi les femmes ayant des études supérieures, mais chutait à 9 % pour celles ayant un niveau primaire et à 5 % pour celles sans instruction. Les femmes instruites sont 7,5 fois plus susceptibles d’utiliser des méthodes contraceptives. Pratiquement toutes les femmes ayant un niveau secondaire ou plus connaissent une méthode moderne (99 %).¹⁰⁰ L’âge influence également la connaissance et l’utilisation. La connaissance des méthodes est plus élevée chez les femmes de 20-39 ans (48 % connaissent une méthode, dont 45 % une méthode moderne), diminuant après 40 ans. Chez les hommes, les 15-19 ans sont ceux qui connaissent le plus fréquemment une méthode (81 %).¹⁰¹ Le statut matrimonial présente des dynamiques complexes. Les adolescentes mariées sont 66 % moins susceptibles d’utiliser des contraceptifs que les célibataires.

Paradoxalement, les adolescentes ayant deux enfants ou plus sont sept fois plus susceptibles d’en utiliser que celles sans enfant, suggérant une utilisation pour l’espacement des naissances une fois la famille établie.

- **Les facteurs déterminants de la planification familiale**

Plusieurs facteurs déterminent la pratique de la planification familiale. La connaissance des méthodes contraceptives est une condition préalable à leur utilisation. En 2004, moins de la moitié des femmes (45 %) connaissaient une méthode, contre 72 % des hommes. Malgré cette connaissance, l’utilisation reste faible.

Le nombre d’enfants souhaités est fortement influencé par un environnement culturel pronataliste. Les familles nombreuses sont perçues comme un signe de prestige et de richesse, et une sécurité pour la vieillesse. Le nombre « idéal » d’enfants est d’environ neuf pour les femmes et quatorze pour les hommes. Avoir beaucoup d’enfants est également une réponse à la forte mortalité infantile historique, une stratégie pour assurer la survie de la descendance.¹⁰²

⁹⁹Djibrine FATIMATOU, *ibidem*.

¹⁰⁰ Prevalence and factors associated with contraceptive use among sexually active adolescent girls in 25 sub-Saharan African countries, accessed June 17, 2025, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10901330/>, consulté le 25 Mai 2025 à 14h.

¹⁰¹ La planification familiale au Tchad : les déterminants de sa pratique ..., accessed June 17, 2025, <https://searchworks.stanford.edu/view/11369873> consulté le 25 Mai 2025 à 14h.

¹⁰²Djibrine FATIMATOU, *ibidem*.

1.3. Les raisons de refus de la contraception

Les raisons de refus d'utiliser la contraception sont diverses et profondes. Elles incluent les effets secondaires perçus des contraceptifs modernes, la question de leur gratuité ou achat, l'opposition du partenaire, et la méconnaissance des signes cliniques ou de la nécessité du suivi médical. La honte et la peur, notamment d'être jugée pour des relations sexuelles prémaritales, sont de puissants régulateurs des comportements sexuels chez les jeunes femmes. Ces raisons de refus d'utiliser la contraception sont diverses et profondes. Elles incluent les effets secondaires perçus des contraceptifs modernes, la question de leur gratuité ou achat, l'opposition du partenaire, et la méconnaissance des signes cliniques ou de la nécessité du suivi médical.

La honte et la peur, notamment d'être jugée pour des relations sexuelles prémaritales, sont de puissants régulateurs des comportements sexuels chez les jeunes femmes, les dissuadant de chercher des services contraceptifs. D'autres facteurs explicatifs incluent le statut social de la femme tchadienne, la religion, la profession, la durée du mariage et le niveau de vie de la famille¹⁰³. L'exposition aux médias, comme la radio et la télévision, est un facteur positif, augmentant l'utilisation de 2,9 à 4 fois.

Tableau 3: Évolution de la Prévalence Contraceptive au Tchad (2004-2023) par Type de Méthode et Caractéristiques Démographiques

Indicateur (Femmes en union, 15-45 ans)	2004 (EDSTII)1	2012 (FPET)10	2014-15 (EDS-MICS)8	2019 (MICS)7	2023 (FPET)10
Prévalence contraceptive (toutes méthodes)	3,0%	-	8,0% (pour toutes les femmes)8	8,0%	-
Prévalence contraceptive moderne (PCM)	1,6%	3,0% (pour toutes les femmes)	5,8% (toutes femmes)10	-	5,8% (pour toutes les femmes)
PCM (femmes mariées)	-	2,9%	8,0%8	-	6,9%
PCm (femmes non mariées)					3,0%
PCm en milieu urbain					-
PCm en milieu rural					-

¹⁰³Mahamat HASSAN, *Démographie et santé au Tchad*, Paris Karthala, 2021, p. 67-85.

PCm sans instruction					-
PCm (niveau primaire)					-
PCm (secondaire/supérieur)					-
Méthodes modernes spécifiques (2023)					
Injectables	-	-	-	-	58,8%
Implants	-	-	-	-	22,5%
Pilules	-	-	-	-	9,1%
Préservatifs (masculins)	-	-	-	-	3,9%
DIU	-	-	-	-	1,6%
Stérilisation féminines	-	-	-	-	2,6%
Stérilisation masculines	-	-	-	-	0,4%

Source : EDS-MICS, 2015

Ce tableau permet une visualisation claire des tendances et des disparités. Il montre une augmentation progressive mais lente de la prévalence contraceptive moderne sur près de deux décennies, ce qui souligne les efforts déployés mais aussi l'ampleur du chemin restant à parcourir. La comparaison entre les milieux urbain et rural, ainsi qu'entre les niveaux d'instruction, met en évidence des inégalités profondes dans l'accès et l'utilisation de la contraception. Ces informations sont cruciales pour cibler les interventions de manière plus efficace. En présentant les méthodes spécifiques, le tableau aide également à comprendre les préférences et les défis liés à l'offre de services, corroborant les discussions sur les raisons de refus et les besoins non satisfaits. Pour les décideurs, cette vue d'ensemble chiffrée offre une base solide pour évaluer l'efficacité des programmes passés et orienter les stratégies futures, notamment pour atteindre les objectifs de FP2030.

II. FECONDITE ET GROSSESSES PRECOCES : UN DEFI DEMOGRAPHIQUE ET SANITAIRE

Le Tchad, aux côtés du Niger, se distingue par l'un des niveaux de fécondité les plus élevés au monde.¹⁰⁴ L'indice synthétique de fécondité (ISF) a connu une augmentation, passant de 6,5 enfants par femme en 1993 (RGPH 1) à 7,1 enfants par femme en 2009 (RGPH 2). Bien que les enquêtes Démographique et de Santé (EDS) de 1996-97 (6,6 enfants) et 2004 (6,3 enfants) aient montré de légères fluctuations, la tendance générale est à une stagnation à

¹⁰⁴Tendances et déterminants de la fécondité au Tchad ... - uaps2015, accessed June 17, 2025, <https://uaps2015.popconf.org> , consulté le 28 Juin 2025 à 12h.

des niveaux très élevés.¹⁰⁵ En 2018, l'ISF était de 5,9 enfants par femme 2, et il se maintenait à 6,4 enfants par femme en 2023. Ces chiffres sont particulièrement élevés en milieu rural (6,8 enfants par femme) par rapport à N'Djaména (5,8 enfants).¹⁰⁶ Cette persistance d'une fécondité élevée, contrairement à la tendance observée dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, soulève des questions fondamentales sur l'efficacité des politiques de planification familiale mises en place depuis 1993.

1. Taux de fécondité au Tchad

La fécondité est également caractérisée par sa précocité alarmante. À 18,3 ans, la moitié des femmes tchadiennes ont déjà eu au moins un enfant. En 2004, 39 % des adolescentes (15-19 ans) avaient déjà eu un enfant ou étaient enceintes pour la première fois. En 2014-15, 35,9 % des adolescentes de 15-19 ans avaient déjà commencé leur vie reproductive.¹⁰⁷ Le taux de natalité chez les adolescentes (15-19 ans) était de 145,2 naissances pour 1 000 femmes en 2019 19 et de 138 en 2019. Cette fécondité précoce est fortement corrélée au niveau d'instruction : elle touche 40 % des femmes sans instruction, contre seulement 16 % de celles ayant un niveau secondaire ou plus.¹⁰⁸ Les grossesses précoces et non désirées sont un problème majeur, souvent liées aux mariages forcés et endogamiques. Elles entraînent des conséquences sanitaires graves, telles que des avortements provoqués, et des conséquences sociales et éducatives, notamment l'abandon scolaire et les rejets familiaux.¹⁰⁹ Les taux de mortalité maternelle et néonatale sont particulièrement élevés chez les jeunes et les adolescents, représentant 59 % du taux de mortalité maternelle pour le groupe d'âge inférieur à 18 ans.

Le comportement pro-nataliste est profondément enraciné dans le tissu socioculturel tchadien. Une descendance nombreuse est perçue comme un signe de prestige, de richesse et une forme de sécurité pour la vieillesse.¹¹⁰ L'enfant est considéré comme l'élément le plus précieux après le mariage, garantissant la succession et la multiplication des lignées. Cette mentalité sous-tend un comportement fortement nataliste. La faible autonomie décisionnelle

¹⁰⁵Tchad enquêtes Démographique et de Santé (EDS) de 1996-97

¹⁰⁶Tchad Enquête Démographique et de Santé 1996-1997 – Rapport de Synthèse – The DHS Program, accessed June 17, 2025, <https://dhsprogram.com>, consulté le 28 Juin 2025 à 12h.

¹⁰⁷Chad Contraception within the context of adolescents' sexual and reproductive lives – World Health Organization (WHO), accessed June 17, 2025, <https://apps.who.int>, consulté le 20 Juin 2025 à 11h.

¹⁰⁸ Tchad Enquête Démographique et de Santé 1996-1997 – Rapport de Synthèse – The DHS Program, accessed June 17, 2025, <https://dhsprogram.com>, consulté le 25 Mai 2025 à 14h.

¹⁰⁹Contraintes d'accès aux soins de santé reproductives chez les ..., accessed June 17, 2025, <https://www.wathi.org/situation-sanitaire/contraintes-dacces-aux-soins-de-sante-reproductives-chez-les-adolescentes-au-tchad-groupe-urd-2023/>, consulté le 18 Juin 2025 à 09h.

¹¹⁰CHAPITRE 4 PLANIFICATION FAMILIALE – The DHS Program, accessed June 17, 2025, <https://dhsprogram.com>, consulté le 22 Juin 2025 à 09h.

des femmes, y compris sur leur propre santé reproductive, est un facteur aggravant. Par exemple, la décision concernant le lieu de l'accouchement émane souvent du patriarche.¹¹¹ Historiquement, la forte mortalité infantile a également encouragé les familles à avoir plus d'enfants pour compenser les pertes et assurer la survie de la lignée. La pauvreté et le faible niveau d'instruction renforcent ces dynamiques, créant un cercle vicieux.

1.1. Besoins non satisfaits en planification familiale : ampleur et obstacles

Le besoin non satisfait en planification familiale est un indicateur crucial des lacunes dans l'accès et l'utilisation des services. En 1999, 8 % des femmes tchadiennes avaient des besoins non satisfaits en contraception.¹³ En 2014-15, ce chiffre était de 22,5 % pour les adolescentes de 15-19 ans, et montait à 69,5 % pour les adolescentes sexuellement actives non mariées.¹¹² Plus récemment, en 2023, le pourcentage de femmes « toutes » ayant un besoin non satisfait de méthodes modernes de contraception BNSM était estimé à 19,6 %. Pour les femmes mariées, ce chiffre atteignait 25,3 %.¹¹³ La demande potentielle totale en planification familiale pourrait atteindre 12 % si tous les besoins étaient satisfaits. Cependant, seulement 33 % de la demande en planification familiale est actuellement satisfaite, et cette demande est principalement orientée vers l'espacement des naissances 9 % pour espacer contre 3 % pour limiter.¹¹⁴

Plusieurs obstacles majeurs entravent la satisfaction de ces besoins. L'accessibilité géographique est un problème prégnant, surtout en milieu rural. En 1999, environ un quart 26 % des Tchadiennes vivaient à proximité d'un établissement offrant des services de PF, tandis que près de la moitié 47 % en étaient très éloignées, l'établissement étant situé à au moins 15 kilomètres de leur lieu de résidence.¹¹⁵ La distance médiane pour atteindre un service de PF était estimée à 15,9 kilomètres¹¹⁶. En milieu urbain, l'accès est nettement meilleur 75 % des femmes à moins de 5 km d'un service, mais en milieu rural, 17 % des services de PF n'ont

¹¹¹STRATEGIECOMMUNICATIONS... - UNFPA Tchad, accessed June 17, 2025, <https://chad.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/STRATEGIECOMMUNICATIONSR2.docx>, consulté le 20 Juin 2025 à 09h.

¹¹²Chad Contraception within the context of adolescents' sexual and reproductive lives – World Health Organization (WHO), accessed June 17, 2025, <https://apps.who.int>, consulté le 18 Juin 2025 à 09h.

¹¹³Aperçu des indicateurs de FP2030 : Rapport de mesure 2023, accessed June 17, 2025, <https://www.track20.org>, consulté le 28 Juin 2025 à 09h.

¹¹⁴L'utilisation actuelle des méthodes contraceptives par les femmes ..., accessed June 17, 2025, https://ireda.ceped.org/inventaire/ressources/tinro_1999, consulté le 21 Mai 2025 à 09h.

¹¹⁵L'utilisation actuelle des méthodes contraceptives par les femmes ..., accessed June 17, 2025, https://ireda.ceped.org/inventaire/ressources/tinro_1999, consulté le 21 Mai 2025 à 09h.

¹¹⁶Fatima Ngakoudou, Système de santé tchadien, Paris Karthala, 2017, p. 203-220.

pas pu être identifiés, et 56 % des femmes devaient parcourir 15 km ou plus.¹¹⁷ Le temps de trajet constitue également une barrière significative, avec près de la moitié des femmes déclarant un déplacement de deux heures ou plus pour accéder aux services.

1.2. L'influence des normes sociales et religieuses sur la contraception au Tchad

Les normes sociales et religieuses représentent des obstacles profonds. Les valeurs et coutumes traditionnelles, ainsi que l'opposition de certains groupes religieux, constituent des freins majeurs à l'adoption de la contraception.¹¹⁸ La honte et la peur d'être jugée, notamment pour des relations sexuelles prémaritales, dissuadent les jeunes femmes de recourir aux services de contraception. Le contrôle de la procréation est fortement influencé par l'autorité masculine, limitant l'autonomie décisionnelle des femmes.¹¹⁹ Le manque d'information et de services adaptés contribue également aux besoins non satisfaits. Moins de la moitié des femmes connaissent une méthode contraceptive¹²⁰, et seulement 14 % des femmes ont reçu des informations sur la planification familiale lors d'un contact avec un prestataire de services de santé. L'offre de contraceptifs aux adolescentes est souvent bannie ou limitée aux femmes mariées dans certains contextes, ce qui les exclut de facto des services.

L'opposition du partenaire est un facteur déterminant. Les hommes communiquent très peu sur la santé reproductive avec leurs femmes, et la décision concernant la planification familiale émane souvent du patriarcat.¹²¹ L'attitude de l'homme est cruciale dans le choix et la durée d'utilisation de la contraception. Seulement 77 % des femmes ont déclaré avoir décidé d'utiliser la PF seules ou conjointement avec leur mari/partenaire.¹²² Les conséquences de ces besoins non satisfaits sont graves pour la santé maternelle et infantile. Ils augmentent l'exposition aux risques liés aux complications des grossesses et des accouchements.¹ Ils conduisent à un nombre élevé de grossesses non désirées et à une multiplication des avortements clandestins ⁸, qui sont une cause majeure de morbidité et de mortalité

¹¹⁷Contraintes d'accès aux soins de santé reproductive chez les adolescent.e.s au Tchad, 2023 – Chad | ReliefWeb, accessed June 17, 2025, <https://reliefweb.int/report/chad/contraintes-daccès-aux-soins-de-santé-reproductive-chez-les-adolescentes-au-tchad-2023>, consulté le 23 Juin 2025 à 11h.

¹¹⁸Aminata Tchadji, Culture et santé reproductive, Paris Karthala, 2022, p.142-170.

¹¹⁹Bernard Kouassi, Pertinent santé et conflits en Afrique, Presses des sciences politiques, 2019, p.90-110.

¹²⁰Michel Tchadji, Politique publique et santé au Tchad, Paris l'Harmattan, 2013, p.115-130.

¹²¹STRATEGIECOMMUNICATIONS... - UNFPA Tchad, accessed June 17, 2025, <https://chad.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/STRATEGIECOMMUNICATIONSR2.docx>, consulté le 26 Mai 2025 à 16h.

¹²²Aperçu des indicateurs de FP2030 : Rapport de mesure 2023, accessed June 17, 2025, <https://www.track20.org> consulté le 26 Mai 2025 à 16h.

maternelle.¹²³ Le Tchad affiche un taux de natalité chez les adolescentes de 138 pour 1000 femmes de 15-19 ans, et 12 % des naissances sont non planifiées.

III. LE POIDS DE LA PRECARITE SOCIOECONOMIQUE SUR LA SANTE MATERNELLE ET INFANTILE

1. La prévalence de la mortalité maternelle et infantile au Tchad

Le Tchad est confronté à des taux de mortalité maternelle, infantile et néonatale parmi les plus élevés au monde. Le ratio de mortalité maternelle était de 860 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2020¹²⁴, tandis que le taux de mortalité infantile s'élevait à 78 pour 1 000 naissances vivantes en 2019. Le taux de mortalité néonatale était de 33 pour 1 000 naissances vivantes.¹²⁵ Ces chiffres sont significativement plus élevés que les moyennes régionales et mondiales.¹²⁶ L'accès aux soins qualifiés pendant la grossesse et l'accouchement reste limité : seulement 36,11 % des accouchements étaient assistés par un personnel qualifié en 2022, un chiffre qui était même de 28 % en 2019 selon le MICS. Le taux de couverture en CPN4 (au moins 4 visites prénatales) n'était que de 17,20 % en 2022.³

L'utilisation de la contraception moderne a un impact direct et mesurable sur la réduction de ces issues négatives. En 2023, l'utilisation de contraceptifs modernes a permis d'éviter 91 000 grossesses non planifiées, 24 000 avortements à risque et 780 décès maternels.¹²⁷ Ces données démontrent clairement l'efficacité de la planification familiale comme intervention de santé publique. Chaque année, environ 21 millions de filles de 15 à 19 ans tombent enceintes dans les pays en développement, et 49 % de ces grossesses non désirées aboutissent à des avortements non sécurisés. Au Tchad, où l'avortement est légalement très restrictif, la contraception peut réduire ces risques de manière significative en prévenant les grossesses non désirées et, par conséquent, le recours à des avortements clandestins dangereux.

D'autres indicateurs de santé reproductive sont étroitement interconnectés avec la planification familiale. Les violences basées sur le genre (VBG) sont un problème majeur :¹²⁸

¹²³ Djibrine Fatimatou, *ibidem*. 2022

¹²⁴ Démographie du Tchad – Wikipédia, accessed June 17, 2025, <https://fr.wikipedia.org>, consulté le 10 Avril 2025 à 20h.

¹²⁵ Mahamat HASSAN, *ibidem*.

¹²⁶ Chad – Home | Gender Data Portal, accessed June 17, 2025, <https://genderdata.worldbank.org/en/economies/chad>, consulté le Avril 2025 à 20h

¹²⁷ Aperçu des indicateurs de FP2030 : Rapport de mesure 2023, accessed June 17, 2025, <https://www.track20.org> consulté le 01 Juillet 2025 à 20h

¹²⁸ <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10901330/>, consulté le 04 Juillet 2025 à 20h.

% des femmes ont connu des violences sexuelles et 100 % des violences psychologiques selon l'enquête MICS 2010. En 2014-15, 9,1 % des filles de 15-19 ans ont rapporté des violences physiques et 2,8 % des violences sexuelles au cours des 12 derniers mois.¹²⁹ Une femme sur trois a été victime de violence physique au moins une fois depuis ses 15 ans. Ces violences constituent un obstacle majeur à l'accès et à l'utilisation de la contraception, car elles limitent l'autonomie décisionnelle des femmes et leur capacité à contrôler leur propre corps.¹³⁰

Les mutilations génitales féminines (MGF) affectent 38 % des femmes au Tchad. Parmi les filles de 15-19 ans, 31,8 % ont subi des MGF en 2014-15.¹³¹ Cette pratique néfaste est intrinsèquement liée aux problèmes de santé reproductive, entraînant des complications lors de l'accouchement et des conséquences à long terme sur la santé sexuelle et mentale des femmes. Enfin, la prévalence du VIH chez les 15-49 ans était de 3,3 % en 2004, bien qu'elle ait diminué à 1,2 % chez les adultes en 2023. Cependant, les taux de séropositivité sont toujours plus élevés chez les femmes que chez les hommes, surtout chez les adolescentes. La prévention des IST/VIH/SIDA est intrinsèquement liée aux services de planification familiale, notamment par la promotion et la disponibilité du préservatif comme méthode de double protection.

L'analyse des données révèle que la faible prévalence contraceptive au Tchad n'est pas seulement un problème d'accès aux services, mais aussi une question de demande non satisfaite et de qualité des services. Les données montrent une faible prévalence contraceptive moderne (5,8 % en 2023) et des besoins non satisfaits élevés (19,6 % en 2023).¹³¹ Les obstacles incluent certes la distance physique et le manque d'information, mais aussi des raisons plus complexes telles que l'opposition du partenaire et les normes sociales. Le taux d'abandon de la contraception est élevé 52,8 % toutes raisons confondues, et seulement 14 % des femmes reçoivent des informations sur la planification familiale lors d'un contact avec un prestataire de services de santé.¹³² Cette situation indique que le problème est multifactoriel, résultant d'une interaction complexe entre des barrières liées à l'offre (accessibilité, information, qualité des services) et des barrières liées à la demande (normes socioculturelles, pouvoir décisionnel des femmes, perception des méthodes, opposition masculine). Un taux

¹²⁹ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/339374/WHO-SRH-20.34-eng.pdf>, consulté le 04 Juillet 2025 à 20h,

¹³⁰ <https://www.wathi.org/situation-sanitaire/contraintes-dacces-aux-soins-de-sante-reproductives-chez-les-adolescentes-au-tchad-groupe-urd-2023/>, consulté le 06 Juillet 2025 à 20h.

¹³¹ Mahamat HASSAN, *Démographie et santé au Tchad*, Éditions Karthala, 2021, pp. 67-80.

¹³² Mahamat HASSAN, Ibidem.

d'abandon élevé suggère des problèmes de suivi, une gestion insuffisante des effets secondaires, ou des méthodes contraceptives non adaptées aux besoins individuels des femmes ¹³³ . Par conséquent, les interventions doivent être holistiques, combinant l'amélioration de l'offre de services avec des programmes de changement de comportement à l'échelle communautaire, en impliquant activement les hommes et les leaders d'opinion pour une adoption durable et efficace de la planification familiale.

De plus, il existe un lien causal direct entre la faible prévalence contraceptive, la fécondité adolescente et la mortalité maternelle, ce qui positionne la planification familiale comme un levier essentiel pour le développement. Le Tchad présente l'une des prévalences contraceptives les plus basses et une fécondité parmi les plus élevées au monde (ISF de 6,4 en 2023).¹³⁴ Cette fécondité est caractérisée par un taux de natalité adolescente très élevé 138 pour 1000 en 2019¹³⁵ et une forte prévalence des mariages d'enfants. Parallèlement, les taux de mortalité maternelle (860/100 000) et infantile sont alarmants. Les données démontrent que l'utilisation de la contraception moderne a permis d'éviter des dizaines de milliers de grossesses non planifiées, d'avortements à risque et des centaines de décès maternels.¹³⁶ Ces chiffres soulignent que la planification familiale n'est pas seulement une question de santé individuelle, mais un outil stratégique pour le développement national.

La faible utilisation de la contraception est une cause directe de la forte fécondité, de plus, il existe un lien causal direct entre la faible prévalence contraceptive, la fécondité adolescente et la mortalité maternelle, ce qui positionne la planification familiale comme un levier essentiel pour le développement. Le Tchad présente l'une des prévalences contraceptives les plus basses et une fécondité parmi les plus élevées au monde (ISF de 6,4 en 2023).¹³⁷ Cette fécondité est caractérisée par un taux de natalité adolescente très élevé 138 pour 1000 en 2019 et une forte prévalence des mariages d'enfants.¹³⁸ Parallèlement, les taux de mortalité maternelle 860/100 000 et infantile sont alarmants. Les données démontrent que l'utilisation de la contraception moderne a permis d'éviter des dizaines de milliers de grossesses non planifiées, d'avortements à risque et des centaines de décès maternels. Ces

¹³³ Jean-Pierre NGADJARA, Idem.

¹³⁴ Mahamat HASSAN, Idem.

¹³⁵ Aperçu des indicateurs de FP2030 : Rapport de mesure 2023, accessed June 17, 2025, <https://www.track20.org>, consulté le 06 Juillet 2025 à 08h.

¹³⁶ Djibrine FATIMATOU, Idem.

¹³⁷ ngagements-Tchad-FP2030-signes.pdf, accessed June 17, 2025, <https://www.fp2030.org/app/uploads/2023/08/Engagements-Tchad-FP2030-signes>, consulté le 06 Juillet 2025 à 08h.

¹³⁸ Enquête Démographique de la santé au Tchad., (EDS, 2015).

chiffres soulignent que la planification familiale n'est pas seulement une question de santé individuelle, mais un outil stratégique pour le développement national. La faible utilisation de la contraception est une cause directe de la forte fécondité, des grossesses précoces et, par conséquent, de la mortalité maternelle et infantile.¹³⁹ En investissant dans la planification familiale, le Tchad peut non seulement sauver des vies et améliorer la santé des femmes et des enfants, mais aussi potentiellement débloquent un dividende démographique en réduisant la charge de dépendance et en permettant aux femmes de participer davantage à l'éducation et à l'économie. La lutte contre le mariage des enfants est un prérequis essentiel pour améliorer la santé reproductive des adolescentes et maximiser l'impact positif de la planification familiale.

1.1. Configuration des acteurs institutionnels et associatifs intervenant dans le domaine contraceptif

- **Acteurs gouvernementaux : rôles et structures**

Le Ministère de la Santé Publique (MSP) est l'acteur gouvernemental central en matière de santé au Tchad. Son système sanitaire est organisé de manière pyramidale, avec un niveau central qui comprend une Administration Centrale et divers organismes sous tutelle. Au sein du MSP, la Direction de la Santé de la Reproduction et de la Vaccination (DSRV) joue un rôle clé. Dirigée par un Directeur, elle est structurée en plusieurs divisions, dont une Division du Bien-Être Familial, de la Santé de la Mère et de l'Enfant, et une Division de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant.¹⁴⁰

Les attributions de la DSRV sont vastes et couvrent plusieurs aspects de la santé reproductive. Elle contribue à l'élaboration des politiques et stratégies en matière de santé des adolescents, à la planification, coordination et évaluation des activités y afférentes. La DSRV assure également le suivi des associations et ONG œuvrant dans ce domaine, veille à la formation continue du personnel de santé, promeut la recherche opérationnelle et constitue une banque de données essentielles pour la prise de décision.¹⁴¹ Au-delà de la DSRV, le MSP est globalement responsable de la définition et de l'évaluation des politiques et stratégies de lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, de la coordination des programmes de santé, et de la mise en place d'un système de surveillance épidémiologique à l'échelle nationale. L'Institut National de la Statistique, des Études Économiques et

¹³⁹Djibrine FATIMATOU, Ibidem.

¹⁴⁰Arr. n° 07-100 2007-04-30 PR/PM/MSP – Vertic, accessed June 17, 2025, https://www.vertic.org/media/National%20Legislation/Chad/TD_Ministere_Sante_Publique.pdf, consulté le 31 Juin 2025 à 11h.

¹⁴¹Mahamat ABDEL KARIM, Idem.

Démographiques (INSEED) est un autre acteur gouvernemental essentiel¹⁴², rattaché au Ministère du Plan et de la Prospective. L'INSEED est l'agence principale responsable de la production de statistiques officielles au Tchad. Son rôle est crucial pour la collecte et la diffusion de données démographiques et de santé fiables, indispensables à l'élaboration et à l'évaluation des politiques publiques. L'INSEED a notamment été l'enquêteur principal et maître d'œuvre de l'

Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS) 2014-2015.²³ Cette enquête visait à collecter, analyser et diffuser des données sur la planification familiale et la fécondité, afin d'évaluer les progrès des objectifs de développement nationaux et internationaux.¹⁴³ Le rapport final de cette enquête a été publié en mai 2016. L'INSEED a également produit du Rapport des résultats de l'enquête MICS6-TCHAD, 2019, qui fournit des données sur la mortalité infantile et maternelle, bien que les détails spécifiques sur la contraception et la planification familiale ne soient pas toujours explicitement disponibles dans les extraits des documents.¹⁴⁴ La contribution de l'INSEED est fondamentale pour assurer la fiabilité et la comparabilité internationale des données statistiques du Tchad. D'autres entités gouvernementales sont également impliquées dans le domaine de la planification familiale. Le Ministère de l'Action sociale et des Affaires familiales, par exemple, apporte un soutien financier à des organisations comme l'Association Tchadienne pour le Bien-Être Familial (ASTBEF). Le Haut-Commissariat à la population et aux ressources humaines participe au Comité de soutien du programme national de santé reproductive.¹⁴⁵

Malgré cette structure institutionnelle, le système de santé tchadien est confronté à des défis structurels et financiers importants. Il souffre de dysfonctionnements majeurs, manquant de moyens techniques, humains et financiers suffisants pour faire face à l'ampleur des besoins. Une évaluation des finances publiques de la santé a révélé une centralisation excessive des ressources : le niveau central du ministère exécute 80 % du budget (hors salaires) des délégations sanitaires régionales sous forme d'achats centralisés, et les DSR

¹⁴²Institut National de la Statistique, des Études Économiques et Démographiques., (INSEED, 2015).

¹⁴³Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples., (EDS-MICS, 2014-2015).

¹⁴⁴Rapport biennal 2022 | 2023, accessed June 17, 2025, <https://www.afro.who.int>, consulté le 30 Juin 2025 à 12h.

¹⁴⁵Association Tchadienne pour le Bien-Etre Familial | IPPF Africa, accessed June 17, 2025, <https://africa.ippf.org/fr/about-us/member-associations/association-tchadienne-pour-le-bien-etre-familial>, consulté le 30 Juin 2025 à 12h.

reçoivent moins de 6,5 % de la valeur.¹⁴⁶ Ce manque de décentralisation et de ressources au niveau local entrave considérablement la capacité des structures de proximité à offrir des soins de qualité et à répondre efficacement aux besoins de la population.

1.2. Organisations internationales et partenaires au développement : soutien et initiatives

Les organisations internationales et les partenaires au développement jouent un rôle crucial dans le soutien aux efforts du Tchad en matière de santé reproductive et de planification familiale, apportant une expertise technique et un financement substantiel. Le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) est un acteur majeur, fortement engagé dans la promotion de la planification familiale au Tchad. L'UNFPA a été un cofinanceur essentiel de l'Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS) 2014-2015 ²³, soulignant son engagement à fournir des données fiables pour orienter les politiques. Son programme UNFPA SUPPLY alloue annuellement deux millions de dollars pour accélérer la planification familiale au Tchad.¹⁴⁷ L'UNFPA est également un donateur clé de l'Association Tchadienne pour le Bien-Être Familial (ASTBEF).¹⁴⁸ L'organisation met un accent particulier sur l'accès aux produits de santé reproductive jusqu'au « dernier kilomètre », considérant la planification familiale comme essentielle pour garantir une maternité sans risque, des familles saines et des populations résilientes et prospères. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) collabore étroitement avec le Tchad pour améliorer les indicateurs de santé.¹⁴⁹ Elle a contribué aux estimations de mortalité maternelle et a formulé des recommandations pour l'optimisation des services de santé, notamment en suggérant de limiter les prestations gratuites à quatre au niveau des hôpitaux, dont les accouchements.

Le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) est un autre cofinanceur de l'EDS-MICS 2014-2015 et un donateur de l'ASTBEF. L'UNICEF apporte un soutien technique précieux aux enquêtes MICS, contribuant à la collecte de données comparables et

¹⁴⁶ Rapport d'évaluation des programmes de planification familiale au Tchad., N'Djamena, (CRD, 2021), p. 60-70.

¹⁴⁷ Le programme UNFPA SUPPLY dégage chaque année deux millions de dollars pour accélérer la planification familiale au Tchad, accessed June 17, 2025, <https://wcaro.unfpa.org/fr/news/le-programme-unfpa-supply-d%C3%A9gage-chaque-ann%C3%A9e-deux-millions-de-dollars-pour-acc%C3%A9l%C3%A9rer-la-0>, consulté le 30 Juin 2025 à 12h.

¹⁴⁸ Association Tchadienne pour le Bien-Etre Familial | IPPF Africa, accessed June 17, 2025, <https://africa.ippf.org/fr/about-us/member-associations/association-tchadienne-pour-le-bien-etre-familial>, consulté le 30 Juin 2025 à 12h.

¹⁴⁹ Stratégie de Coopération de l'OMS avec le Tchad 2024-2027, accessed June 17, 2025, <https://www.afro.who.int>, consulté le 29 Juin 2025 à 15h.

statistiquement fiables sur les enfants et les femmes.¹⁵⁰ Le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) a également cofinancé l'EDS-MICS 2014-2015 et soutient financièrement l'ASTBEF.¹⁵¹ Parmi les partenaires bilatéraux et multilatéraux, l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID), l'Agence Française de Développement (AFD), la Banque Mondiale (BM), la Confédération Suisse (CS) et le Fonds Mondial (FMSTP) ont tous cofinancé l'EDS-MICS 2014-2015. L'AFD est un acteur clé dans les discussions sur la santé des femmes au Tchad¹⁵², et le Fonds Mondial a contribué à la formation de membres de la communauté pour renforcer la fonctionnalité des comités de santé locaux. La coordination et la collaboration entre ces acteurs internationaux et les autorités nationales se manifestent à travers plusieurs mécanismes. Le cofinancement des enquêtes démographiques, qui sont des opérations nationales menées par l'INSEED, est un exemple concret de cette collaboration.¹⁵³ Le Partenariat de Ouagadougou (PO), lancé en 2011, joue un rôle de catalyseur en favorisant la collaboration entre les pays, les partenaires de mise en œuvre et la société civile pour augmenter l'utilisation des méthodes contraceptives modernes.¹⁵⁴ Les engagements du Tchad dans le cadre de FP2030 sont également le fruit d'une évaluation collective des progrès accomplis et sont basés sur des référentiels nationaux, avec un cadre de performance dédié au suivi des indicateurs. Ces initiatives témoignent d'une volonté d'harmoniser les efforts et d'assurer une meilleure synergie entre les différents intervenants.

- **Organisations non gouvernementales (ONG) nationales et internationales : services et plaidoyer**

Les Organisations Non Gouvernementales (ONG), qu'elles soient nationales ou internationales, constituent un maillon essentiel dans la prestation de services et le plaidoyer en faveur de la planification familiale et de la santé reproductive au Tchad.

L'Association Tchadienne pour le Bien-Être Familial (ASTBEF) est une ONG nationale majeure, fondée en 1991 et membre de l'International Planned Parenthood

¹⁵⁰ Association Tchadienne pour le Bien-Etre Familial | IPPF Africa, accessed June 17, 2025, <https://africa.ippf.org/fr/about-us/member-associations/association-tchadienne-pour-le-bien-etre-familial> consulté le 29 Juin 2025 à 15h.

¹⁵¹ Association Tchadienne pour le Bien-Etre Familial | IPPF Africa, accessed June 17, 2025, <https://africa.ippf.org/fr/about-us/member-associations/association-tchadienne-pour-le-bien-etre-familial> consulté le 29 Juin 2025 à 15h.

¹⁵² La santé des femmes au Tchad, entre urgence et développement – Coordination SUD, accessed June 17, 2025, <https://www.coordinationsud.org/wp-content/uploads/15-Savoirs-Communs.pdf>, consulté le 27 Juin 2025 à 18h.

¹⁵³ Chad : DHS, 2014-15 – Final Report (French) – The DHS Program, accessed June 17, 2025, <https://dhsprogram.com/publications/publication-fr317-dhs-final-reports.cfm>, consulté le 22 Juin 2025 à 18h.

¹⁵⁴ Recommandations clés pour maintenir l'accès continu aux services de planification familiale à, accessed June 17, 2025, <https://www.womensrefugeecommission.org/wp-content/uploads/2024/05/Services-de-planification-familiale-au-Partenariat-de-Ouagadougou.pdf>, consulté le 17 Juin 2025 à 19h.

Federation (IPPF) au Tchad.¹⁵⁵ L'ASTBEF opère à travers des cliniques fixes et des opérations mobiles, offrant une gamme diversifiée de services essentiels. Ceux-ci incluent le conseil et le dépistage volontaire du VIH, les soins post-avortement, les soins prénataux et post-nataux, le traitement de l'infertilité masculine et féminine, et les conseils prénuptiaux. Au-delà des services cliniques, l'ASTBEF mène des actions de sensibilisation importantes sur les pratiques culturelles néfastes, telles que les mutilations génitales féminines et la violence fondée sur le genre. Elle informe également les hommes et les femmes sur la santé familiale et la planification familiale, et fournit aux jeunes des informations sur la santé sexuelle et reproductive et l'éducation à la vie familiale.¹⁵⁶ L'ASTBEF joue un rôle de plaidoyer actif, encourageant le gouvernement à définir une politique officielle de planification familiale.¹⁵⁷ Son travail est soutenu par une équipe dévouée d'employés, plus de 1 000 bénévoles et des pairs éducateurs.

Marie Stopes International (MSI), désormais connue sous le nom de MSI Reproductive Choices, est une organisation mondiale de premier plan qui fournit des soins de santé reproductive, y compris la contraception et l'avortement sécurisé.¹⁵⁸ Bien que les informations spécifiques sur ses activités au Tchad ne soient pas détaillées dans les extraits, sa présence et son impact sont significatifs dans la région du Sahel. MSI vise à doubler son impact en matière de santé grâce à la contraception et aux services d'avortement sécurisé. Des initiatives comme « *La Famille Idéale* », pilotée au Burkina Faso, démontrent l'approche de MSI pour engager les maris et les communautés afin d'améliorer l'accès des adolescents aux services.¹⁵⁹ D'autres ONG internationales contribuent également. Médecins du Monde est un donateur soutenant l'ASTBEF.²⁷ Le Groupe URD et Care Tchad ont collaboré avec l'Agence Française de Développement (AFD) pour publier un rapport en 2023 sur les contraintes d'accès aux soins de santé reproductive chez les adolescent(es) au Tchad. Médecins Sans Frontières (MSF), bien que non spécifiquement axée sur la planification familiale au Tchad dans les documents fournis, est active dans la réponse aux urgences sanitaires et à la

¹⁵⁵ Association Tchadienne pour le Bien-Etre Familial | IPPF Africa, accessed June 17, 2025, <https://africa.ippf.org/fr/about-us/member-associations/association-tchadienne-pour-le-bien-etre-familial> consulté le 17 Juin 2025 à 19h.

¹⁵⁶ Mahamat KARIM, *Gestion sanitaire et politiques publiques*, Éditions Karthala, 2018, pp. 73-88.

¹⁵⁷ ANNUAL REPORT AND FINANCIAL STATEMENTS – MSI Reproductive Choices, accessed June 17, 2025, <http://www.msi.org>. Consulté le 25 Juin 2025 à 16h.

¹⁵⁸ Issa FATIMA, *Partenariats internationaux en santé*, Presses Universitaires de N'Djamena, 2020, pp. 33-50.

¹⁵⁹ Hassan BRAHIM, *Les acteurs de la santé reproductive au Tchad : enjeux et collaborations*, N'Djamena : Al-Mouna Éditions, 2019, p. 98-105.

malnutrition dans la région du Sahel, des domaines qui ont des répercussions indirectes sur la santé reproductive.¹⁶⁰

Les types de services offerts par ces ONG sont variés et complémentaires. Ils incluent des services directs via des cliniques (fixes et mobiles), des campagnes de sensibilisation communautaire, des formations pour le personnel de santé, et des activités de plaidoyer auprès des autorités nationales et internationales. L'ASTBEF, par exemple, collabore avec des partenaires gouvernementaux (comme le Conseil national de coordination du Fonds mondial), d'autres ONG (comme le Comité d'information et de liaison), et des partenaires du secteur privé.¹⁶¹ Les ONG opèrent souvent dans des contextes complexes, incluant des situations politiques défavorables et des crises humanitaires. La pandémie de COVID-19, par exemple, a entraîné des perturbations dans les services, bien qu'elle ait également catalysé des innovations comme le développement de la télémédecine pour maintenir l'accès aux soins. Ces défis soulignent la résilience et l'adaptabilité nécessaires à l'action des ONG dans un environnement tchadien exigeant.

1.3. Influence des acteurs traditionnels et religieux : un facteur clé

L'influence des autorités traditionnelles et religieuses est un facteur prépondérant qui façonne les perceptions, les attitudes et les pratiques contraceptives au sein des communautés tchadiennes. Ces leaders d'opinion exercent une autorité morale et sociale considérable.¹⁶² Certaines religions s'opposent ouvertement à la contraception moderne, ce qui crée des barrières significatives à son adoption. L'incidence des fondements du christianisme/protestantisme sur la santé reproductive est analysée, avec des discussions sur la sexualité et la foi chrétienne, et la compatibilité des méthodes modernes.¹⁶³ L'Église, par exemple, est souvent partisane de la planification familiale naturelle plutôt que des contraceptifs artificiels. L'avortement est largement considéré comme une violation des préceptes religieux et une négation du droit à la vie humaine par les autorités religieuses.¹⁶⁴ Dans la religion chrétienne, une femme accusée d'avortement (hors raisons légales) peut être

¹⁶⁰Hassan BRAHIM., Idem.

¹⁶¹<https://www.globalhand.org/en/organisations/26227>, consulté le 04 Juillet 2025 à 10h.

¹⁶²<https://searchworks.stanford.edu/view/11369873>, consulté le 04 Juillet 2025 à 10h.

¹⁶³https://ireda.ceped.org/inventaire/ressources/tinro_1999, consulté le 06 Juillet 2025 à 12h.

¹⁶⁴Emmanuel NDOUBNADJI, *Gouvernance locale et politique sanitaire au Tchad*, Presses Universitaire d'Afrique, 2020, p. 198.

excommuniée jusqu'à ce que la situation soit « *régularisée* » par le paiement de la dot ou le mariage, avec une période de repentance pouvant durer des années.¹⁶⁵

Face à cette influence, des initiatives sont mises en place pour engager ces acteurs dans la promotion de la planification familiale. L'UNFPA, par exemple, s'efforce d'établir des partenariats formels avec les instances des autorités traditionnelles et religieuses (telles que le CET, le CSAI, l'EEMET).¹⁶⁶ L'objectif est d'intensifier la sensibilisation des couples et des familles à l'utilisation des services de planification familiale. Des discussions communautaires sur la PF sont organisées, et il a été observé que certains pasteurs reconnaissent l'importance économique de la planification familiale pour les familles.¹⁶⁷ Cependant, ces efforts se heurtent à des « *pesanteurs socioculturelles* » et à la « *coexistence des droits coutumiers et modernes* », qui ne sont pas toujours favorables à la mise en œuvre des activités de population. Le pro-natalisme, profondément ancré, et la valorisation des familles nombreuses comme source de prestige et de sécurité pour la vieillesse, sont des croyances difficiles à modifier.

La nécessité d'intégrer les approches traditionnelles et modernes pour une meilleure acceptation de la contraception est un point crucial. Les documents soulignent l'importance de cette intégration.¹⁶⁸ Il est impératif que les agents de santé et les promoteurs de la planification familiale aient une connaissance approfondie de la culture locale pour adapter leurs messages et leurs interventions. L'approche de « *La Famille Idéale* » de MSI, qui travaille avec les jeunes femmes et les « *influenceurs clés* » comme les maris et les beaux-parents, est un exemple de tentative d'intégration des dynamiques sociales pour améliorer l'accès et l'acceptation.¹⁶⁹ Cette approche reconnaît que la planification familiale ne peut être efficace si elle est perçue comme allant à l'encontre des valeurs communautaires.

L'analyse de la configuration des acteurs révèle que la fragmentation des efforts et la centralisation des ressources limitent considérablement l'efficacité des interventions en planification familiale. Malgré la présence d'une multitude d'acteurs, incluant des entités

¹⁶⁵Samake BAKARY Samake., *Religions et santé reproductive en Afrique sahélienne*, CNRS Edition, 2022, p.289.

¹⁶⁶Ibrahim AISHA, *Influences transnationales et politique de population en Afrique francophone*, Edition Karthala, 2019, p.267.

¹⁶⁷Fatou NDIAYE, *Parcours contraceptifs et expériences institutionnelles des femmes tchadiennes*, Edition l'Harmattan, 2022, p.213.

¹⁶⁸Pierre NGARTEL BAYE, *Conjugalités contemporaines au Tchad : entre tradition et modernités*, Paris Karthala, 2019, p.187.

¹⁶⁹Hélène NDJÉKÉRY, *Âges de la vie et autorité sociale au Tchad méridional*, Paris l'Harmattan, 2021, p.213

gouvernementales, de nombreuses organisations internationales et des ONG, les documents indiquent des « *actions dispersées* » et une « *absence de stratégie de communication d'ensemble sur la santé reproductive et d'une coordination* ». ¹⁷⁰ De plus, le fait que le Ministère de la Santé Publique centralise 80 % du budget des délégations sanitaires régionales, laissant peu de ressources aux niveaux locaux, entrave la capacité des services de proximité à fonctionner pleinement. Cette situation, malgré des financements externes significatifs (comme les deux millions de dollars annuels du programme UNFPA SUPPLY ou les engagements FP2030), conduit à des services insuffisants ou inexistantes dans les zones rurales ¹⁷¹ et limite la capacité d'adapter les interventions aux besoins spécifiques des communautés. Une meilleure coordination inter-acteurs et une décentralisation effective des budgets et des pouvoirs de décision sont donc cruciales pour optimiser l'impact des programmes de planification familiale et assurer une couverture plus équitable des services.

De plus, l'engagement des acteurs traditionnels et religieux est un impératif stratégique pour surmonter les barrières socioculturelles à la planification familiale, mais cette démarche est complexe et nécessite une approche nuancée. Les normes religieuses et coutumières sont des obstacles majeurs à l'adoption de la contraception et à l'autonomie des femmes. ¹⁷² Cependant, des initiatives comme celles de l'UNFPA tentent d'établir des partenariats avec ces autorités, et certains pasteurs reconnaissent les avantages économiques de la planification familiale. ¹⁷³ Cette situation met en évidence que la simple mise à disposition de services de planification familiale ne suffit pas si les leaders d'opinion locaux s'y opposent ou si les normes sociales stigmatisent leur utilisation. Les acteurs traditionnels et religieux détiennent une influence considérable sur les comportements reproductifs. Leur engagement n'est pas une option mais une nécessité stratégique pour le succès des programmes de planification familiale. Cela implique des dialogues respectueux, la recherche de points de convergence (par exemple, la santé maternelle, le bien-être familial, l'espacement des naissances) et la promotion d'une planification familiale « *compatible avec la foi* ». ¹⁷⁴ Cependant, cela demeure un défi complexe, car certaines positions sont profondément ancrées et peuvent être contradictoires avec les droits reproductifs modernes (par exemple,

¹⁷⁰ <https://chad.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/STRATEGIECOMMUNICATIONSR2.docx>, consulté le 09 Juillet 2025 à 10h/

¹⁷¹ Issa FATIMA, *Partenariats internationaux en santé*, Presses Universitaire de N'Djamena, 2020, p. 33-50.

¹⁷² <https://www.wathi.org/situation-sanitaire/contraintes-dacces-aux-soins-de-sante-reproductives-chez-les-adolescentes-au-tchad-groupe-urd-2023/> consulté le 11 Juillet 2025 à 12 h/

¹⁷³ <https://wcaro.unfpa.org>, consulté le 14 Juillet 2025 à 15 h

¹⁷⁴ <https://searchworks> , consulté le 13 Juillet 2025 à 13 h

l'opposition à l'avortement ou la promotion exclusive de la planification familiale naturelle). L'approche doit être nuancée, reconnaissant la diversité des points de vue au sein de ces groupes et ciblant les leaders les plus ouverts au dialogue et au changement.

CHAPITRE 2 :

LES LOGIQUES EXPLICATIVES ET PRATIQUES QUOTIDIENNES DE LA CONTRACEPTION CHEZ LES FEMMES DANS LE SEPTIEME ARRONDISSEMENT DE N'DJAMENA

Depuis plusieurs décennies, la question de la contraception s'impose au cœur des politiques de santé reproductive au Tchad, mobilisant à la fois les institutions publiques, les partenaires techniques et financiers, ainsi que les acteurs communautaires. Si l'accès aux méthodes modernes s'est progressivement élargi grâce aux efforts conjoints de l'État et des organisations non gouvernementales, leur usage effectif reste tributaire de logiques sociales, économiques et culturelles profondément ancrées. Ces logiques, qui façonnent les représentations, les motivations et les comportements quotidiens, s'articulent autour d'un ensemble de déterminants parfois complémentaires, parfois contradictoires qui influencent les trajectoires contraceptives des femmes. Nous examinons successivement la présentation des différentes méthodes contraceptives, l'analyse des perceptions et leurs effets (I.), l'association entre contraception et stérilité ou autres problèmes de santé (II), qualité de la relation avec le personnel de santé (III).

I. PRÉSENTATION DES DIFFÉRENTES MÉTHODES CONTRACEPTIVES ET ANALYSE DES PERCEPTIONS ET DE LEURS EFFETS

Il s'agit ici de présenter succinctement les différentes méthodes, l'analyse des perceptions des différentes catégories des enquêtés et leurs effets au quotidien des femmes utilisatrices (2.1.1), la gestion des pratiques contraceptives au quotidien (4.2) et la communication avec les prestataires de service et besoins non satisfaits (4.3).

1. Présentation des différentes méthodes contraceptives

L'observation de terrain montre plusieurs méthodes contraceptives parmi lesquelles nous retiendrons quelques-unes pour notre analyse. Il s'agit entre autres de : le Jadelle, le

Norplan, le dépôt contraceptif, le Dispositif Intra Utérin, la pilule contraceptive et les préservatifs masculins et féminins.

- **Le Jadelle**

L'observation de terrain révèle que la disponibilité du Jadelle varie sensiblement selon les structures sanitaires. Les centres publics comme le CSI Gassi affichent une disponibilité régulière grâce à des partenariats avec des ONG, tandis que d'autres, comme le CSI Moursal ou le CSI Chagoua, connaissent des ruptures fréquentes. Cette inégalité crée des disparités dans l'accès, obligeant certaines femmes à reporter ou abandonner leur projet contraceptif. Dans une perspective bourdieusienne, cette situation illustre l'effet du capital spatial et du capital économique sur les pratiques de santé : celles qui habitent près d'un centre bien approvisionné bénéficient d'un accès facilité, contrairement aux autres.

Les données montrent une variation importante des tarifs : de la gratuité (lors des campagnes ou via les ONG) à 5 000 FCFA dans les cliniques privées. Or, dans un contexte où le revenu moyen journalier dans certains quartiers ne dépasse pas 1 500 FCFA, le coût constitue un facteur déterminant. Les entretiens révèlent que pour beaucoup de femmes, le choix de la méthode contraceptive n'est pas uniquement basé sur la préférence personnelle, mais sur l'accessibilité économique.

Photo N° 2: Quelques images de jadelle



Source :
Auteur

2025.

- **Le Norplan**

Le Norplant est un implant contraceptif hormonal de longue durée (jusqu'à 5 ans) composé de six petits bâtonnets souples insérés sous la peau de l'avant-bras. Dans le septième

arrondissement de N'Djaména, son usage est moins fréquent que celui du Jadelles, principalement pour trois raisons :

1. La méconnaissance : beaucoup de femmes connaissent le Jadelles (deux bâtonnets) mais ignorent l'existence du Norplant ou le confondent avec celui-ci.
2. La peur des effets secondaires : certaines femmes affirment que le Norplant « *provoque plus de troubles menstruels* » que le Jadelles.
3. La disponibilité irrégulière : les centres de santé communautaires rapportent que les stocks sont souvent épuisés, contrairement au Jadelles qui est mieux fourni grâce aux dons d'ONG.

Disponibilité en tant que produit contraceptif ; dans les structures publiques (comme le Centre de Santé de Bouta-albagara, Ambata et de Gassi), le Norplant n'est pas toujours disponible en continu. Les prestataires expliquent que cela est dû au coût plus élevé d'importation et au fait que les programmes partenaires privilégient le Jadelles dans les dons. Certaines ONG partenaires, comme Marie Stopes International, en proposent lors de campagnes ciblées, mais uniquement pour des groupes spécifiques de femmes (souvent dans un cadre de sensibilisation).

L'enquête rapide auprès des structures montre des variations significatives : Centre de Santé de Chagoua : environ 6 000 à 7 000 FCFA (hors campagne gratuite). Centre de Santé d'Habena : 5 000 FCFA lors des ventes subventionnées par le district.

Clinique privée à Moursal : jusqu'à 9 000 FCFA en raison de l'absence de subventions.

Campagnes d'ONG : gratuité complète, mais rarement disponibles plus d'une ou deux fois par an.

Photo N° 3: Quelques images de Norplan sollicitées dans les espaces qui nous ont accueilli



Sources : Auteur 2025.

- **Le dépôt contraceptif : usage, perceptions et accessibilité**

Le dépôt contraceptif, communément appelé injection hormonale, est une méthode de planification familiale administrée par voie intramusculaire tous les trois mois. Son action repose sur la libération d'un progestatif qui bloque l'ovulation, épaissit la glaire cervicale et modifie la muqueuse utérine, empêchant ainsi la grossesse. Dans le septième arrondissement de N'Djaména, cette méthode est largement utilisée, notamment en raison de sa discrétion et de sa simplicité d'utilisation, des caractéristiques particulièrement appréciées dans un contexte où les discussions autour de la contraception restent parfois taboues.

Les observations de terrain révèlent que le dépôt contraceptif est perçu comme une solution pratique par de nombreuses femmes, notamment les commerçantes et les mères de familles nombreuses. Dans les quartiers comme Habena et Ambatta, des utilisatrices témoignent qu'elles apprécient de ne pas avoir à penser à une prise quotidienne, comme pour la pilule.

La disponibilité du dépôt contraceptif est assurée dans les centres de santé publics, les cliniques privées et lors de campagnes organisées par des ONG comme Marie Stopes International ou l'UNFPA. Le prix varie de 500 à 1 500 FCFA dans les structures publiques (*souvent grâce à des subventions*) et de 2 000 à 5 000 FCFA dans les cliniques privées. Dans certaines campagnes communautaires, il est proposé gratuitement ou contre une participation symbolique. Cette variation tarifaire influence l'accessibilité pour les femmes à faibles

revenus, montrant que le coût, combiné aux perceptions culturelles et aux effets secondaires redoutés, demeure un facteur déterminant dans l'adoption ou l'abandon du dépôt contraceptif.

Photo N° 4: Quelques images de dépôt contraceptif.



Source : Auteur 2025.

Le Dispositif Intra-Utérin (DIU) : usage, perceptions et accessibilité

Le DIU, également appelé stérilet, est un petit dispositif en plastique ou en cuivre insérer dans l'utérus par un professionnel de santé, qui empêche la fécondation en modifiant l'environnement intra-utérin. Il peut offrir une protection contraceptive de 5 à 10 ans, selon le modèle, ce qui en fait l'une des méthodes les plus durables et efficaces. Dans le septième arrondissement de N'Djaména, il est surtout recommandé aux femmes ayant déjà eu plusieurs enfants et qui souhaitent espacer ou limiter définitivement les naissances, notamment dans un contexte économique difficile.

Les observations de terrain montrent que le DIU est apprécié pour son efficacité à long terme, mais qu'il suscite aussi de fortes réticences. Certaines femmes craignent que le dispositif « *se déplace* » dans le corps ou cause des douleurs pendant les rapports sexuels. Une enquêtée raconte : « On m'a dit que le cuivre brûle le ventre, donc j'ai peur » (*Mariam, 38 ans, mère de six enfants*). Ces croyances, souvent issues du bouche-à-oreille, coexistent avec des témoignages positifs de femmes qui l'utilisent depuis plusieurs années sans effets secondaires notables. Les prestataires notent également que cette méthode nécessite un suivi médical initial et une pause en conditions stériles, ce qui peut limiter son adoption.

La disponibilité du DIU varie selon les structures. Dans les centres de santé publics, il est souvent proposé à un coût symbolique allant de 1 000 à 3 000 FCFA grâce à des subventions, tandis que dans les cliniques privées, le prix peut atteindre 10 000 FCFA incluant la consultation et la pose. Des ONG telles que Marie Stopes International organise parfois des journées de pose gratuite, ce qui contribue à en augmenter l'accessibilité. Cependant, la faible

demande liée aux représentations négatives et à la peur de la procédure limite encore sa diffusion, malgré son efficacité et son faible coût à long terme.

Photo N° 5: Image illustrative du Dispositif Intra-Utérin.



Source : Auteur 2025.

La pilule contraceptive est une méthode hormonale à prise quotidienne qui agit en empêchant l'ovulation et en modifiant la muqueuse utérine pour rendre la nidation improbable. Son efficacité est proche de 99 % lorsqu'elle est prise correctement, ce qui en fait l'une des méthodes les plus fiables. Dans le septième arrondissement de N'Djaména, elle est principalement utilisée par les jeunes femmes et les femmes mariées souhaitant espacer les naissances de manière temporaire, notamment celles qui préfèrent éviter les méthodes invasives comme l'implant ou le DIU. Elle est disponible en version combinée (œstrogène + progestatif) ou en pilule progestative seule, adaptée à l'allaitement.

Les observations de terrain révèlent cependant que la pilule souffre d'une image ambivalente. Si certaines femmes la considèrent comme une solution discrète et maîtrisable, d'autres expriment des inquiétudes concernant ses effets secondaires, notamment la prise de poids, les maux de tête ou les irrégularités menstruelles. De plus, la contrainte d'une prise quotidienne à heure fixe est citée comme un facteur d'abandon, surtout dans des contextes de vie marqués par des obligations domestiques intenses ou par un faible accès à des rappels réguliers de la part des prestataires de santé.

En matière de disponibilité, la pilule contraceptive est accessible dans la plupart des pharmacies et centres de santé du septième arrondissement, à des prix variant de 500 à 1 500 FCFA par plaquette selon la marque et le point de vente. Les centres publics et certaines ONG partenaires proposent parfois des cycles gratuits ou subventionnés, notamment lors de campagnes de planification familiale. Toutefois, des ruptures de stock ponctuelles peuvent survenir, obligeant certaines utilisatrices à interrompre leur méthode ou à changer de marque,

ce qui alimente la perception négative de ses effets sur la santé. Malgré ces obstacles, la pilule reste une méthode populaire grâce à sa facilité d'accès et à sa capacité à offrir un contrôle flexible sur la fécondité.

Photo N° 6: Quelques images de différentes sortes de pilules contraceptives



Source : Auteur 2025.

- **Le préservatif masculin : protection double et accessibilité**

Le préservatif masculin est une méthode de contraception mécanique en latex ou polyuréthane, placée sur le pénis en érection afin d'empêcher le passage des spermatozoïdes dans le vagin. Outre son efficacité contraceptive estimée à 98 % en usage correct, il constitue la seule méthode permettant une double protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH/Sida. Dans le septième arrondissement de N'Djaména, son usage est davantage rapporté chez les jeunes célibataires et dans des contextes extraconjugaux, ce qui contribue à sa perception comme une méthode associée à la « *débauche* » dans certaines représentations sociales.

Les observations de terrain indiquent que le préservatif masculin est largement distribué dans les structures sanitaires publiques, les pharmacies, ainsi que par les ONG actives dans la santé reproductive. Des campagnes gratuites, souvent accompagnées de séances d'éducation à la sexualité, facilitent son accès, mais les taux d'utilisation régulière restent faibles dans le cadre conjugal.

Sur le plan économique, le prix varie de 50 à 200 FCFA l'unité, et de 500 à 1 500 FCFA pour une boîte de 12, selon la marque et le lieu de vente. Dans les structures partenaires d'ONG, il est souvent distribué gratuitement. Cependant, la gêne à demander ou acheter un préservatif en public, surtout pour les femmes, demeure un obstacle majeur, renforcé par le stigmate moral qui entoure son utilisation dans un contexte matrimonial.

Photo N° 7: Image du préservatif masculin



Source : Auteur 2025.

- **Le préservatif féminin : autonomie et obstacles d'adoption**

Le préservatif féminin est un dispositif souple en nitrile ou polyuréthane, muni d'un anneau à chaque extrémité, inséré dans le vagin avant le rapport sexuel. Comme son équivalent masculin, il offre une double protection contre la grossesse et les IST. Il présente l'avantage majeur de donner aux femmes un contrôle direct sur leur protection, indépendamment de la coopération masculine. Dans le septième arrondissement, son usage est encore marginal, souvent limité aux femmes sensibilisées par des ONG ou ayant bénéficié de démonstrations pratiques lors de séances communautaires.

Les observations montrent que malgré ses avantages, plusieurs femmes expriment des réticences liées à la manipulation perçue comme complexe, au bruit que peut produire le matériau pendant les rapports, ainsi qu'au manque d'habitude.

En termes de coût, le préservatif féminin est sensiblement plus cher, avec des prix allant de 300 à 700 FCFA l'unité, et rarement disponible en boîte. Cette différence tarifaire, combinée à la faible visibilité du produit, limite son adoption. Néanmoins, certaines campagnes ciblées, notamment à destination des travailleuses du sexe et des jeunes femmes urbaines, montrent que l'usage peut augmenter lorsque les barrières pratiques et économiques sont levées.

Photo N° 8: Image illustrative du préservatif féminin



Source : Auteur 2025.

1.1. L'analyse des perceptions sur les méthodes contraceptives au Tchad

La perception des méthodes contraceptives dans le septième arrondissement de N'Djamena est profondément marquée par un entrelacement de savoirs biomédicaux, de croyances locales et d'expériences vécues.

Pour mieux appréhender notre unité d'analyse, nous procédons tout d'abord par la catégorisation des acteurs. Bien que la contraception est considérée comme un sujet tabou, intime, elle met en action plusieurs acteurs en commençant par le noyau familial et s'élargir à la société et pour des questions liées au développement socioéconomique les autorités publiques (Etat). Des enquêtes de terrain que nous avons effectué, il en ressort les catégories suivantes avec des perceptions différentes sur le sujet. Il s'agit entre autres des leaders religieux, les chefs communautaires, les femmes mariées et les hommes mariés.

L'utilisation des méthodes contraceptives est diversement appréciée. Certains enquêtés établissent un rapport entre la procréation et les méthodes contraceptives.

« Les médecins mêmes conseillent que si on n'a pas eu d'enfants en général, ce ne soit pas la peine de faire de la contraception. Il faut avoir ces enfants avant de faire la contraception mais celles qui prennent en dehors du mariage ou les femmes mariées qui prennent

*sans le consentement de leurs maris là, c'est juste pour mener une vie de débauche. »*¹⁷⁵

Le prêtre s'appuie sur une autorité médicale externe (« *les médecins mêmes conseillent* ») pour légitimer une prescription morale : avoir des enfants avant toute contraception. Ici, l'objectivation (Moscovici ¹⁷⁶) passe par la validation d'un savoir scientifique pour renforcer une norme sociale et religieuse. En parallèle, il condamne moralement la contraception hors mariage ou sans consentement conjugal, renforçant la dimension patriarcale de la régulation reproductive Bourdieu, 1998¹⁷⁷. L'usage de termes comme « débauche » illustre un mécanisme de stigmatisation sociale. En outre ce discours combine savoir médical, valeurs religieuses et contrôle social, montrant comment les représentations négatives de la contraception se construisent à la croisée de plusieurs registres de légitimité.

*« La contraception moderne pour moi est une mauvaise pratique parce que ça peut mettre la vie de la femme en danger, et aussi il y a un âge pour pouvoir faire un enfant. C'est à leur risques et péril parce que tout médicament a un effet secondaire, car ça peut les rendre stériles. »*¹⁷⁸

*« Les femmes et les filles qui utilisent la contraception, beaucoup sont les filles de joie... Elles utilisent beaucoup les pilules pour ne pas avoir une grossesse, escroquer les gens... La contraception emmène les filles à la débauche. Ce n'est pas bon, moi, si j'étais président du pays, j'allais interdire ça dans mon pays. »*¹⁷⁹

Ils expriment une représentation de la contraception construite autour du risque médical et de la crainte de la stérilité. Les représentations sociales que dit Moscovici traduisent des réalités nouvelles dans un langage compréhensible par le groupe, souvent en les associant à des risques connus ou redoutés. Ici, la contraception est objectivée comme un « *médicament* » dont les effets secondaires seraient inéluctables, ce qui produit un ancrage négatif dans l'imaginaire collectif. Ce type de perception rejoint les observations de Jodelet Denise appelle le rôle des croyances populaires dans la résistance aux innovations médicales.

¹⁷⁵Entretien avec l'enquête Prêtre Sébastien de la paroisse d'Habena 2025.

¹⁷⁶ Moscovici, op cite.

¹⁷⁷ Bourdieu, op ci.

¹⁷⁸Entretien avec l'enquête Roger MBAIGOLMEM à Dembé 2025.

¹⁷⁹Entretien avec l'enquête Osée NDJERABE à Gassi 2025.

Un faible niveau d'éducation sanitaire favorise les perceptions négatives. Elle montre aussi que la médicalisation du discours parler de « *médicament* » et « effets secondaires » ne suffit pas à produire une acceptation, surtout lorsque le savoir médical est filtré par des croyances partagées.

La stigmatisation sociale de la contraception, assimilée à une incitation à la promiscuité et à la « débauche ». Serge Moscovici montre que les représentations sociales procèdent souvent par réduction symbolique : un outil médical est réduit à une image morale négative (ici, la sexualité hors mariage). Pour Kaufmann Jean-Claude, ce processus permet à la communauté de réguler les comportements féminins par le contrôle des discours et des images associées à leur corps¹⁸⁰. Les croyances morales et le manque d'information scientifique favorisent la diabolisation de la contraception. Elle illustre aussi comment une représentation négative peut se traduire en volonté d'interdiction politique. « *La contraception moderne est nocive à la longue pour la femme parce qu'elle peut entraîner des maladies et aussi la femme ne pourra plus faire des enfants.* », « *Pour moi, la contraception est pour la santé de la femme et aussi de l'enfant ; la vie est chère... si tu as beaucoup d'enfants tu ne peux pas normalement t'occuper d'eux.* »¹⁸¹

L'argument de la nocivité à long terme est central. Cette croyance rejoint ce que Moscovici appelle l'ancrage médicalisé négatif : on relie un objet inconnu à une pathologie redoutée (stérilité, maladies). Comme le souligne Douglas Mary que le corps féminin est souvent perçu comme particulièrement vulnérable aux interventions extérieures, renforçant les résistances culturelles aux technologies médicales¹⁸². Le rejet ne découle pas d'un savoir médical vérifié, mais d'un système de représentations partagées où la contraception est une menace pour la fertilité future, valeur centrale dans le contexte socioculturel.

On constate une démarcation par une vision positive et utilitariste de la contraception. L'interlocuteur la perçoit comme un outil de protection sanitaire et de gestion économique familiale. Ce type de discours traduit une représentation pragmatique de Jodelet où il met en évidence l'objet (*la contraception*) est évaluée à travers ses effets bénéfiques concrets, et non uniquement par des valeurs morales ou religieuses. Il illustre ce que Bourdieu qualifierait d'habitus adapté à un contexte socio-économique marqué par la rareté des ressources.

¹⁸⁰Jean-Claude KAUFMANN, *Corps de femmes, regards d'hommes*, Pocket, Paris, 2001, p. 102.

¹⁸¹Entretien avec l'enquêté Nestor NDJEDANEM d'Ambata 2025.

¹⁸²Mary DOUGLAS, *De la souillure*, Paris La Découverte, 2001, p. 54.

1.2. Les effets des méthodes contraceptives

Les effets sont ressentis chez les femmes, utilisatrices de ces méthodes contraceptives. Notre enquête de terrain présente un état suivant. « *On disait que Jadelle pouvait se perdre dans le bras ou rendre stérile. Mais après avoir parlé avec l'infirmière, j'ai compris que ce n'était pas vrai.* »¹⁸³

Ici, la déstigmatisation passe par la médiation d'un professionnel de santé. Ce processus relève de la réobjectivation Moscovici en soulignant que ce sont des croyances erronées (« *Jadelle se perd dans le bras* ») est remplacée par une explication scientifique, modifiant la représentation initiale. Les agents de santé jouent un rôle clé dans la réduction des résistances par la transmission d'informations fiables. Un renforcement de l'éducation sanitaire peut corriger les croyances négatives et favoriser l'adhésion. Facteurs culturels et préférences liées au jadelle, est perçu comme une méthode discrète et efficace, convenant particulièrement aux femmes qui souhaitent éviter les discussions ou l'opposition du conjoint. Plusieurs utilisatrices évoquent qu'avec le Jadelle, « il n'y a rien à montrer », contrairement à la pilule qui implique une prise quotidienne visible. Cette préférence rejoint l'analyse de Michel Foucault sur les technologies du corps qui permettent aux individus, et en particulier aux femmes, de négocier avec les rapports de pouvoir tout en préservant leur autonomie corporelle¹⁸⁴. « *J'avais peur au début à cause des six bâtons. Mais ma voisine m'a rassurée, elle l'utilisait depuis quatre ans. J'ai payé 5 000 FCFA. C'est discret et je n'ai pas eu de problème.* »¹⁸⁵

Le changement d'attitude passe par la validation par les pairs. L'expérience positive d'un proche est un levier puissant de diffusion d'innovations. La dimension de discrétion évoquée renvoie à la nécessité d'éviter la stigmatisation sociale. Les barrières initiales sont surmontées grâce à l'influence sociale positive, mais l'accès reste lié à la capacité de paiement. « *Avec l'injection, je viens seulement une fois tous les trois mois, et personne ne sait que je prends quelque chose.* »¹⁸⁶

L'avantage de l'invisibilité de certaines méthodes. Cela traduit une stratégie d'adaptation aux normes sociales : rester conforme extérieurement tout en poursuivant ses choix personnels. Bourdieu parlerait ici de « *tactiques de résistance discrète* ».

¹⁸³Entretien avec l'enquêtée Martha MADJEGOTO, coiffeuse Adeneo 2025.

¹⁸⁴Michel Foucault, *Histoire de la sexualité*, Paris, Gallimard, 1976, p. 139.

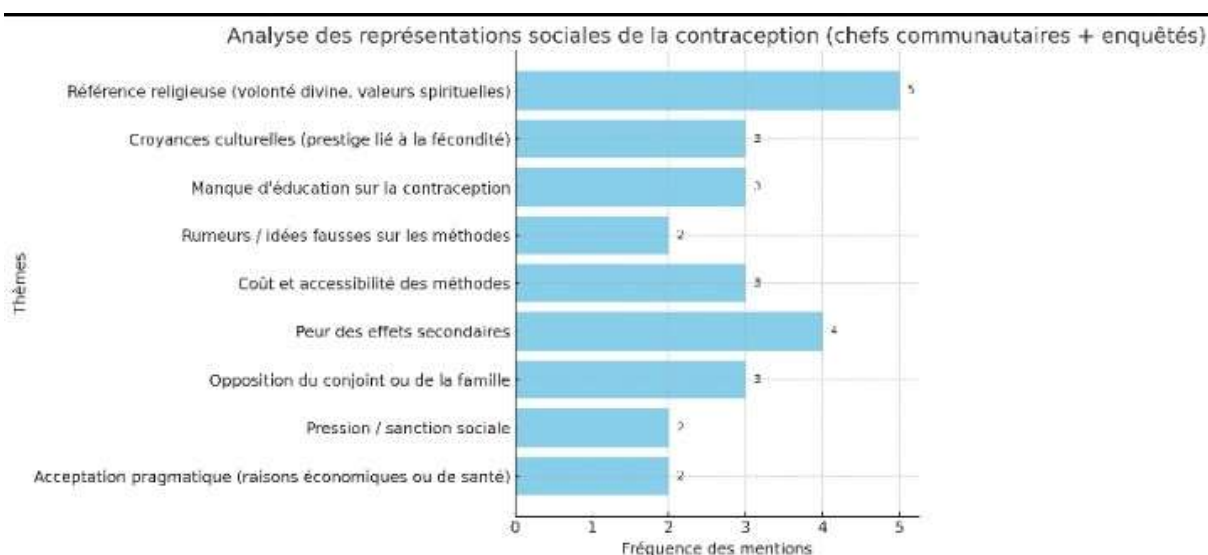
¹⁸⁵Entretien avec l'enquêtée Clarisse MODJIMADJI, 36 ans, commerçante à Atrone 2025.

¹⁸⁶Entretien avec l'enquêtée Hadja FATIMÉ, 32 ans, vendeuse à Habena 2025.

« J'ai mis le Norplant parce que l'infirmière a dit que ça dure longtemps. Mais après un an, j'ai eu des maux de tête et des saignements. J'ai demandé à l'enlever, mais il fallait payer. J'ai attendu trois mois pour qu'une campagne gratuite vienne. »¹⁸⁷

Ce témoignage met en évidence l'expérience corporelle négative comme contrainte à la poursuite des méthodes contraceptives. Le coup du retrait agit comme barrière supplémentaire, renforçant l'inégalité d'accès. En effet l'inégalité d'accès aux soins renforce les vulnérabilités sanitaires.

Photo N° 9: Diagramme illustratif des principaux défis en matière de la contraception.



Source : Auteur 2025.

Ce diagramme met en évidence la structure des représentations sociales de la contraception telles qu'elles ressortent des propos combinés des chefs communautaires et des femmes enquêtées. Il apparaît que les croyances religieuses et traditionnelles constituent le noyau central de ces représentations : pour beaucoup, l'usage des méthodes modernes est perçu comme un acte contraire à la volonté divine ou aux normes culturelles qui valorisent la procréation abondante. Cette perception est renforcée par un système de significations collectives où la fécondité est associée à l'honneur, au prestige et à la stabilité du couple. Dans ce cadre, les discours des leaders religieux et communautaires fonctionnent comme des relais puissants de ces représentations, renforçant l'idée que la contraception moderne peut mener à la débauche, à la perte de moralité ou à la stérilité.

¹⁸⁷Entretien avec l'enquêtée Sidonie AÏSSATOU, 29 ans, coiffeuse à Gassi 2025.

Parallèlement, le diagramme montre que d'autres facteurs, plus périphériques mais non moins importants, participent à modeler les attitudes face à la contraception. Les craintes liées aux effets secondaires (dérèglement hormonal, perte de fertilité, douleurs) coexistent avec des contraintes économiques (*prix élevé de certaines méthodes, dépendance aux campagnes gratuites*) et des peurs sociales (*stigmatisation, rejet familial*). Cependant, on observe aussi une zone d'ouverture : certaines femmes reconnaissent les avantages pratiques des méthodes modernes, notamment pour espacer les naissances, préserver leur santé et gérer les charges économiques du ménage. Dans la logique de la théorie des représentations sociales de Serge Moscovici, ces avantages constituent un point d'ancrage potentiel permettant d'introduire progressivement de nouvelles significations positives, à condition que l'accès soit facilité et que les messages soient portés par des acteurs de confiance au sein de la communauté.

1.3. Croyances sur les effets secondaires et les risques pour la santé

Les croyances relatives aux effets secondaires des méthodes contraceptives constituent un déterminant majeur de leur adoption ou de leur rejet dans le septième arrondissement de N'Djamena. De nombreuses femmes associent l'utilisation des contraceptifs hormonaux à des risques graves pour leur santé reproductive. Par exemple, la pilule et les injections sont fréquemment perçues comme entraînant une stérilité définitive après quelques années d'usage. Cette représentation trouve écho dans les observations du Guttmacher Institute¹⁸⁸, « *la peur d'une infertilité irréversible est l'un des principaux motifs d'abandon des méthodes modernes dans les zones urbaines africaines, en particulier lorsque les grossesses sont perçues comme un signe de vitalité sociale et biologique* ».

À ces craintes s'ajoutent des perceptions selon lesquelles la contraception hormonale entraînerait des déséquilibres corporels, comme la prise ou la perte de poids, la disparition des menstruations, ou encore des troubles de l'humeur. Dans les entretiens menés à Chagoua et Habena, certaines femmes utilisatrices ont affirmé que « *l'injection rend le sang mauvais* » ou que « *la pilule bloque le corps* ». Ces formulations traduisent une interprétation biomédicale mêlée de représentations locales du corps, telles que décrites par David Le Breton, qui montre comment les sociétés attribuent aux fluides corporels des significations morales et vitales¹⁸⁹.

Les méthodes comme le DIU ou l'implant suscitent également des inquiétudes spécifiques liées à la santé physique. Le DIU est parfois soupçonné de provoquer des

¹⁸⁸Institute GUTTMACHE, idem.

¹⁸⁹David BRETON, *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, Presses Universitaire de France, 2013, p. 211.

infections chroniques ou des perforations de l'utérus, tandis que l'implant est accusé de « *circular* » dans le corps et de se loger dans le cœur ou le cerveau. Ces rumeurs, bien que dénuées de fondement scientifique, se propagent rapidement dans un contexte où les échanges entre patientes jouent un rôle central dans la diffusion des savoirs. Comme l'a si bien mentionné Fainzang Sylvie, « *les récits d'expériences personnelles ou rapportées s'imposent comme des vérités, car ils s'ancrent dans un tissu relationnel de confiance* »¹⁹⁰.

En outre, les perceptions des risques pour la santé ne concernent pas uniquement les utilisatrices mais aussi leurs partenaires et leur entourage. Certains hommes interrogés à Chagoua ont exprimé la crainte que la contraception « *épuise* » la santé des femmes ou « *détruise* » leur fertilité, ce qui aurait un impact sur la lignée familiale. Comme le rappelait l'analyse De Segonzac Marie-Laure, que dans les sociétés à forte orientation patriarcale, la santé reproductive des femmes est envisagée comme un capital familial dont l'altération est perçue comme une perte collective¹⁹¹.

II. CONTRACEPTION ET STERILITE LIEES AU PROBLEMES DE SANTE

Dans le septième arrondissement de N'Djamena, l'une des représentations les plus persistantes autour de la contraception moderne est son association avec la stérilité. Cette croyance repose sur l'idée que l'usage prolongé de méthodes hormonales en particulier les injectables comme Depo-Provera ou les implants type Jadelle « *fatigue* » ou « *assèche* » l'utérus, rendant ainsi impossible toute grossesse future. Selon une enquête qualitative menée dans les quartiers de Bouta-albagara et Kamnda en 2023, les femmes affirment que « *plus on utilise la contraception, plus on bloque la vie dans le ventre* ». Comme pouvait le dire dans l'analyse du Guttmacher Institute, « *dans de nombreuses villes africaines*¹⁹², *la crainte d'une infertilité définitive est un obstacle majeur à l'adoption des méthodes modernes* ».

Outre la stérilité, certaines croyances associent la contraception à d'autres pathologies graves, telles que le cancer du col de l'utérus, des fibromes ou des infections chroniques. Ces représentations sont souvent alimentées par des récits d'expériences personnelles ou rapportées, amplifiés par le bouche-à-oreille. Comme l'explique Fainzang Sylvie, « *le savoir médical profane se constitue en grande partie à partir des histoires vécues ou entendues, auxquelles on accorde une force de preuve supérieure aux données scientifiques* »¹⁹³. Ainsi,

¹⁹⁰Sylvie FAINZANG, Ibidem.

¹⁹¹Marie-Laure DE SEGONZAC, *Famille, fécondité et islam au Maghreb*, Paris, Karthala, 2012, p. 178.

¹⁹²Institute GUTTMACHER, idem.

¹⁹³Sylvie FAINZANG, ibidem.

un cas isolé d'infection après la pose d'un DIU peut suffire à ancrer dans la mémoire collective l'idée que cette méthode est intrinsèquement dangereuse. Une femme utilisatrice déclare :

*« On disait que Jadelles pouvait se perdre dans le bras ou rendre stérile. Mais après avoir parlé avec l'infirmière, j'ai compris que ce n'était pas vrai. C'était juste des récits inventés par les leaders communautaires pour dissimuler leurs refus des méthodes modernes de contraception. »*¹⁹⁴

Dans certains récits recueillis auprès des femmes, les effets secondaires bénins mais visibles, comme les irrégularités menstruelles, sont perçus comme des signes avant-coureurs d'une pathologie plus grave. Par exemple, plusieurs utilisatrices du quartier Chagoua ont affirmé avoir abandonné la pilule ou les injectables après des saignements prolongés, convaincues que ces symptômes annonçaient une stérilité imminente. Cette interprétation renchérit les analyses de David Le Breton, selon lesquelles les modifications corporelles liées à un traitement médical sont souvent interprétées à travers des grilles de lecture symboliques et culturelles qui amplifient les peurs¹⁹⁵.

Enfin, il convient de noter que la peur de la stérilité est également liée à des enjeux sociaux et matrimoniaux. Dans une société où la fécondité demeure un indicateur central de la valeur sociale d'une femme, l'infertilité réelle ou supposée est une source potentielle de stigmatisation, de marginalisation, voire de répudiation. Marie-Laure de Segonzac, souligne que, dans les contextes patriarcaux, *« la capacité d'enfanter ne relève pas uniquement du choix individuel mais constitue un devoir social et religieux, garant de la continuité familiale »*¹⁹⁶. Ainsi, dans le septième arrondissement de N'Djamena, le lien entre contraception et stérilité, qu'il soit réel ou imaginé, freine considérablement l'adhésion aux méthodes modernes.

1.1. Modalités d'accès aux services et produits contraceptifs

L'accès aux services et produits contraceptifs dans le septième arrondissement de N'Djamena demeure marqué par une forte hétérogénéité, tant en termes de disponibilité que de qualité de l'offre. Les structures publiques, telles que le Centre de Santé d'Habena ou celui de Chagoua, assurent la distribution gratuite ou à faible coût de certaines méthodes *« pilules,*

¹⁹⁴Entretien avec l'enquêtée Martha MADJEGOTO, coiffeuse Adeneo 2025.

¹⁹⁵David LE BRETON, *ibidem*.

¹⁹⁶Marie-Laure DE SEGONZAC, *Famille, fécondité et islam au Maghreb*, Paris, Karthala, 2012, p. 176.

injectables, préservatifs ». Toutefois, la rupture de stock est fréquente, contraignant les femmes à recourir aux pharmacies privées ou aux circuits informels, où les prix peuvent être prohibitifs. Cette situation illustre ce que Jean-Pierre Olivier de Sardan décrit à savoir que « l'accès aux soins dans les pays en développement est souvent tributaire de la capacité des systèmes à garantir la continuité et la régularité de l'offre »¹⁹⁷.

Les distances géographiques constituent également un frein important. Dans les quartiers périphériques comme Kouliti, Adeneo, les femmes doivent parfois parcourir plusieurs kilomètres pour atteindre un centre de santé offrant des services de planification familiale. Certaines, faute de moyens de transport, renoncent à se rendre à ces structures, préférant attendre le passage d'ONG mobiles ou des campagnes ponctuelles. Cette contrainte d'accessibilité rejoint l'analyse de WHO « OMS », selon laquelle « *l'éloignement physique des services est un facteur majeur de non-recours à la contraception, en particulier dans les zones urbaines défavorisées* »¹⁹⁸.

Les horaires d'ouverture et la disponibilité du personnel jouent également un rôle déterminant. Certaines femmes interrogées à Bouta-albagara et Kamnda affirment que les horaires limités des centres de santé « *souvent uniquement en matinée* » sont incompatibles avec leurs contraintes domestiques ou professionnelles. De plus, l'absence ponctuelle des prestataires, liée à des formations ou à des affectations temporaires, peut décourager une consultation prévue. Comme l'a affirmé Verdié Marie-Hélène, « *l'accessibilité ne se limite pas à l'existence d'un service, mais englobe aussi la possibilité concrète pour les usagers de le mobiliser en fonction de leurs contraintes sociales et temporelles* »¹⁹⁹.

Toutefois, l'accès aux méthodes contraceptives est souvent conditionné par la discrétion recherchée par certaines femmes, notamment les jeunes filles non mariées ou les épouses souhaitant éviter le désaccord de leur conjoint. Ces dernières privilégient parfois les pharmacies privées ou les structures éloignées, où elles pensent pouvoir préserver leur anonymat. Ce phénomène a été observé dans les récits de vie collectés à Habena et Atrone, où plusieurs femmes expliquent qu'elles préfèrent « *aller loin pour que personne ne sache* ». Ce comportement illustre les propos de Erving Goffman²⁰⁰ sur la gestion de l'information personnelle afin d'éviter la stigmatisation sociale.

¹⁹⁷Jean-Pierre Olivier DE SARDAN, *Anthropologie de la santé*, Paris, Karthala, 1999, p. 223.

¹⁹⁸WHO., *Family Planning: A Global Handbook for Providers*, Genève, OMS, 2018, p. 47.

¹⁹⁹Marie-Hélène VERDIÉ, *Santé et inégalités sociales en Afrique*, Paris, L'Harmattan, 2015, p. 141.

²⁰⁰Erving GOFFMAN., *Stigmate*, Paris, Éditions de Minuit, 1975 p. 32.

1.2. Adhésion et persistance dans l'utilisation des méthodes

L'adhésion à une méthode contraceptive, ainsi que la persistance dans son utilisation, sont le fruit d'un équilibre complexe entre motivations personnelles, contraintes sociales et expériences vécues. Dans le septième arrondissement de N'Djamena, les témoignages recueillis montrent que de nombreuses femmes commencent par adopter une méthode moderne (jabelle, injectables, pilule), mais ne poursuivent pas toujours son usage sur le long terme. Ruth Simmons Ruth, « *l'initiation à une méthode ne garantit pas sa continuation ; l'expérience personnelle et la perception des bénéfices influencent fortement la persistance* ²⁰¹ ».

Les facteurs favorisant l'adhésion initiale incluent la disponibilité gratuite des méthodes lors des campagnes de santé, la recommandation par des amies ou parentes, et parfois la prescription par un professionnel de santé après un accouchement. Ainsi, dans le quartier de Chagoua, plusieurs jeunes mères ont expliqué qu'elles avaient accepté l'implant contraceptif immédiatement après la naissance, sur les conseils de la sage-femme, afin d'espacer les grossesses. Ce type de décision a été analysé par Bongaarts et Bruce, selon lesquelles l'encadrement médical postnatal est un moment stratégique pour initier la contraception²⁰². Cependant, la persistance dans l'utilisation est souvent entravée par des effets secondaires réels ou perçus.

Les douleurs, saignements prolongés et variations de poids sont régulièrement cités comme raisons d'abandon. Une femme rencontrée à Chagoua racontait ainsi avoir retiré son implant après un an, estimant que celui-ci lui causait des vertiges et des règles abondantes. Ce constat est observé par World Health Organization, selon laquelle « la gestion inadéquate des effets secondaires est l'un des principaux motifs d'arrêt prématuré de la contraception »²⁰³.

De ce fait, l'adhésion durable dépend également de l'acceptabilité sociale et familiale de la méthode choisie. Dans plusieurs cas, les femmes rapportent que la désapprobation du conjoint ou de la belle-famille les a poussées à abandonner la contraception, même en l'absence de problèmes médicaux. Dans ce contexte, la persistance devient un acte de négociation permanente, voire de résistance discrète, comme l'a théorisé Pierre Bourdieu, «

²⁰¹Ruth SIMMONS, *Contraceptive Use Dynamics*, New York, Population Council, 1999, p. 12.

²⁰²BONGAARTS et BRUCE., *The Causes of Unmet Need for Contraception and the Social Content of Services*, New York, Population Council, 1995, p. 18.

²⁰³World Health Organization., *Family Planning : A Global Handbook for Providers*, Genève, OMS, 2018, p. 112.

*les stratégies des dominés peuvent consister en des ajustements invisibles aux yeux des dominants, permettant de concilier les attentes imposées et les aspirations propres »*²⁰⁴

1.3. Stratégies de gestion des effets secondaires et des imprévus

La survenue d'effets secondaires constitue l'un des défis majeurs dans la continuité d'une méthode contraceptive, et les femmes du septième arrondissement de N'Djamena développent diverses stratégies, formelles et informelles, pour y faire face. Selon World Health Organization, « *la prise en charge proactive des effets secondaires augmente la satisfaction et réduit les abandons* »²⁰⁵. Dans la pratique, certaines femmes choisissent de consulter rapidement un agent de santé afin d'ajuster la méthode ou de recevoir un traitement symptomatique, tandis que d'autres préfèrent attendre, espérant que le corps « s'habitue » à la méthode.

Une stratégie courante observée sur le terrain est la migration vers une autre méthode jugée plus tolérable. Par exemple, une utilisatrice de jodelle dans le quartier de Bouta-albagara rapportait avoir basculé vers les injectables après avoir souffert de saignements irréguliers pendant six mois. Cette approche adaptative rejoint les conclusions de Blanc et Tsui qui montrent que l'interchangeabilité des méthodes²⁰⁶, lorsqu'elle est bien accompagnée par les prestataires, permet de maintenir la protection contraceptive malgré les désagréments.

D'autres femmes adoptent des pratiques d'automédication ou de recours aux remèdes traditionnels pour limiter les effets secondaires, en particulier les saignements prolongés. Dans le quartier de Gassi, certaines rapportent l'usage de décoctions à base de plantes locales censées « *purifier le sang* » ou « *rééquilibrer le corps* ». Cette tendance illustre l'analyse de David Le Breton, « les individus combinent savoir biomédical et savoir traditionnel pour répondre à leurs besoins de santé, créant ainsi des formes hybrides de prise en charge »²⁰⁷. Car, en cas d'imprévus tels que la perte ou la rupture d'un préservatif, ou l'oubli répété de la pilule, certaines femmes recourent à la contraception d'urgence, souvent obtenue auprès de pharmacies locales. Toutefois, cette option reste limitée par un manque d'information et par des barrières morales. Comme le rappelle Sedgh et Hussain, « la capacité des femmes à gérer

²⁰⁴Pierre BOURDIEU, *La domination masculine*, Paris, Seuil, 1998, p. 84.

²⁰⁵World Health Organization., Ibid.

²⁰⁶Blanc TSUI., *The Dilemma of Continuation : Contraceptive Use Dynamics in Sub-Saharan Africa*, Studies in Family Planning, 2005, p. 71.

²⁰⁷David BRETON, ibidem.

ces situations dépend directement de l'accessibilité, de la confidentialité et de la rapidité de l'offre contraceptive »²⁰⁸.

III. RELATION ENTRE LES UTILISATRICES ET LES PERSONNELS DE SANTÉ

La qualité de la relation entre les femmes et le personnel de santé constitue un facteur déterminant dans l'adoption et la continuité des méthodes contraceptives. Une communication claire, empathique et respectueuse favorise la confiance et encourage l'expression des besoins réels des utilisatrices. Selon Judith BRUCE, « *la qualité de la prestation ne se mesure pas seulement par l'efficacité technique, mais aussi par la capacité à créer une relation humaine qui valorise la dignité et le choix de la cliente* »²⁰⁹. Dans cet arrondissement, les femmes affirment que la considération reçue lors de la première consultation influence directement leur décision de poursuivre ou d'abandonner la méthode choisie.

Toutefois, les témoignages recueillis auprès des femmes dans cet arrondissement, montrent que cette relation est parfois entachée par des attitudes autoritaires et moralisatrices. Une utilisatrice de pilule, rencontrée au centre de santé d'Habena, rapporte qu'elle s'est sentie « *jugée* » par l'infirmière en raison de son jeune âge et de son statut de mère-célibataire, ce qui l'a dissuadée de revenir pour un suivi. Cette situation corrobore l'étude de Houle et al, qui souligne que les jugements moraux émis par les soignants constituent un obstacle majeur à l'accès équitable aux services²¹⁰.

À l'inverse, des expériences positives témoignent de l'impact bénéfique d'une approche centrée sur la patiente. Une femme de Kamnda raconte qu'après avoir exprimé ses inquiétudes concernant les effets secondaires de l'implant, la sage-femme lui a proposé un changement vers les injectables, tout en expliquant clairement le fonctionnement et les avantages de cette alternative. Ce type d'accompagnement personnalisé rejoint les recommandations de World Health Organization, qui insistait sur l'importance d'un conseil adapté et d'une écoute active pour améliorer la satisfaction et réduire l'abandon²¹¹. En effet, le manque de formation continue et de ressources pédagogiques limite la capacité des prestataires à répondre efficacement aux besoins des femmes. Dans certains cas observés, le

²⁰⁸ SEDGH et HUSSAIN., *Reasons for Contraceptive Nonuse Among Women Having Unmet Need for Contraception in Developing Countries* (Studies in Family Planning, 2014, p. 155.

²⁰⁹ Jud BRUCE, *Fundamental Elements of the Quality of Care : A Simple Framework*, Studies in Family Planning, 1990, p. 64.

²¹⁰ HOULE et al., *Attitudes of Health Care Providers Towards Adolescent Sexual and Reproductive Health in Sub-Saharan Africa*, African Journal of Reproductive Health, 2015, p. 23.

²¹¹ World Health Organization., idem.

personnel de santé ne dispose pas de supports visuels ou de démonstrateurs pour expliquer le fonctionnement des méthodes, ce qui entraîne des incompréhensions. Comme le note Judith SENDEROWITZ, « *la qualité de la relation repose aussi sur la compétence technique et la disponibilité des outils pédagogiques*²¹², *car une information claire et concrète est la base d'un choix contraceptif éclairé* ».

1. Information et conseils reçus sur la contraception

L'information et les conseils prodigués aux femmes constituent l'un des piliers fondamentaux de la planification familiale, car ils conditionnent la compréhension, l'acceptation et la bonne utilisation des méthodes contraceptives. Pour Bruce Judith, « *un service de qualité doit fournir une information complète, exacte et compréhensible, permettant à la cliente de prendre une décision libre et éclairée* »²¹³. Dans cet arrondissement, la plupart des femmes interrogées affirment que les conseils reçus lors des séances d'information influencent directement leur choix, notamment entre méthodes hormonales et non hormonales. Cependant, les données de terrain révèlent que l'accès à une information exhaustive reste inégal. Dans certains centres de santé, le conseil se limite à une présentation rapide des méthodes disponibles, sans explication approfondie sur leurs mécanismes d'action, leurs avantages et leurs éventuels effets secondaires. Une utilisatrice de DIU de Chagoua témoigne : « *On m'a juste dit que ça protège longtemps, mais je ne savais pas que ça pouvait causer des douleurs au début* ». Ce type de lacune décrit par Cleland et al, qui affirmaient que l'absence d'explication claire sur les effets attendus est une cause récurrente d'abandon précoce²¹⁴.

À l'opposé, certains établissements du septième arrondissement, notamment ceux bénéficiant du soutien d'ONG partenaires, mettent en œuvre des séances collectives et individuelles où l'information est illustrée à l'aide de supports visuels et de témoignages d'utilisatrices. Une enquêtée ayant adopté l'implant jadelle à Habena explique que « *voir une autre femme qui l'utilisait déjà et qui n'avait pas eu de problème* » l'a rassurée dans sa décision. Cette approche participative, recommandée par l'OMS, favorise la confiance et la perception positive de la méthode choisie²¹⁵. La qualité des conseils dépend aussi de la capacité du personnel à adapter son langage et son contenu au profil socioculturel de chaque

²¹²Judith SENDEROWITZ, *Making Reproductive Health Services Youth Friendly*, Pathfinder International, 1999, p. 19.

²¹³Judith BRUCE, idem.

²¹⁴CLELAND et al., idem.

²¹⁵OMS., *Ensuring Human Rights in the Provision of Contraceptive Information and Services*, Genève, OMS, 2014, p. 38.

femme. Dans la communauté où le niveau d'instruction reste faible, l'usage de termes techniques non expliqués crée une barrière à la compréhension. C'est dans le sens que Judith SENDEROWITZ, « *un message efficace doit être formulé dans un langage simple*²¹⁶, *contextualisé et sensible aux croyances locales, afin de réduire la méfiance et de prévenir la circulation de rumeurs ou de mythes* ».

1.1. Besoins non satisfaits en matière de contraception et attentes des femmes

Les besoins non satisfaits en matière de contraception se définissent comme l'écart entre le désir d'éviter ou d'espacer les naissances et l'utilisation effective d'une méthode contraceptive. Selon Charles WESTOFF, cette situation résulte souvent d'une combinaison de facteurs liés à l'offre « *disponibilité, accessibilité* »²¹⁷ et à la demande « *acceptabilité culturelle, perception des risques* ». L'Enquête Démographique et de Santé EDST III, 2014-2015, montre qu'un nombre significatif de femmes en union souhaitent éviter une grossesse²¹⁸, mais n'utilisent pas de méthode moderne, principalement par manque d'information, peur des effets secondaires ou opposition du conjoint.

Sur le terrain, les témoignages révèlent que l'indisponibilité de certaines méthodes préférées joue un rôle majeur. Une utilisatrice potentielle de Boutal-albagara rapporte : « *Je voulais l'implant, mais au centre, il n'y avait que les injectables. Comme je craignais les effets, j'ai préféré ne rien prendre* ». Ce constat révèle qu'affirmaient Cleland et al, « *que l'absence de diversité dans l'offre contraceptive conduit de nombreuses femmes à renoncer, augmentant ainsi le risque de grossesses non planifiées* »²¹⁹. Les attentes exprimées par les femmes portent également sur la qualité de la relation avec le personnel de santé et la confidentialité des services. La majorité des femmes interrogées dans ces quartiers précités estiment que la crainte d'être vues ou reconnues par des membres de la communauté constitue un frein majeur à la fréquentation des centres. Comme le note Judith Bruce, « *le respect de la vie privée et la confidentialité sont essentiels pour garantir la confiance et encourager l'utilisation durable des méthodes contraceptives*²²⁰ ».

²¹⁶Judith SENDEROWITZ, *Making Reproductive Health Services Youth Friendly*, Pathfinder International, 1999, p. 22.

²¹⁷Charles WESTOFF, *Unmet Need for Modern Contraceptive Methods*, DHS Analytical Studies No. 28, ICF International, 2012, p. 5.

²¹⁸Enquête Démographique et de Santé, EDST III, 2014-2015, p. 102.

²¹⁹CLELAND et al., *ibidem*.

²²⁰Judith BRUCE, *ibidem*.

Toutefois, les femmes expriment le souhait que les programmes de planification familiale soient plus adaptés à leurs réalités quotidiennes. Cela inclut des horaires de service flexibles, des consultations mobiles dans les quartiers éloignés et un suivi régulier pour prévenir l'abandon. L'OMS²²¹ recommande, à cet égard, une approche de proximité et la mise en place de systèmes de rappel ou de visites à domicile pour renforcer l'adhésion. Ces attentes traduisent la nécessité d'une offre de services intégrée, centrée sur les besoins spécifiques des femmes, et capable de concilier contraintes socio-économiques et respect des choix individuels.

²²¹L'OMS, *Family Planning: A Global Handbook for Providers*, 2018, p. 412.

Au terme de cette première partie, il ressort que la situation de la contraception au Tchad, et particulièrement dans le septième arrondissement de N'Djamena, demeure marquée par de profondes disparités. Malgré les efforts consentis par l'État et les partenaires internationaux à travers la mise en place de politiques de planification familiale, les progrès enregistrés restent limités. Les données montrent que l'accès, la disponibilité et l'acceptation des méthodes contraceptives sont influencés par une combinaison de facteurs culturels, religieux, économiques et structurels. Les croyances et représentations sociales continuent de peser sur les comportements reproductifs, rendant l'adoption durable des méthodes contraceptives encore difficile. L'analyse du cadre institutionnel, du contexte démographique et des pratiques observées a permis de mieux comprendre les défis persistants qui entravent l'efficacité des programmes de santé reproductive. Ainsi, cette première partie a posé les bases nécessaires à une compréhension globale du phénomène, en révélant les tensions entre les discours officiels de santé publique et les réalités vécues par les femmes dans leur quotidien.

DEUXIÈME PARTIE :

**REPRÉSENTATIONS SOCIALES DE LA CONTRACEPTION
FÉMININE AU TCHAD : ANALYSE À PARTIR DE SEPTIÈME
ARRONDISSEMENT**

Ces constats invitent à approfondir l'analyse au-delà des simples indicateurs statistiques pour saisir les logiques sociales et culturelles qui orientent les choix et les attitudes des femmes. C'est dans cette perspective que s'inscrit la deuxième partie, consacrée à l'examen multidimensionnel des représentations sociales de la contraception dans le septième arrondissement de N'Djamena.

CHAPITRE 3 :

PROFILS SOCIAUX DES PRATIQUES CONTRACEPTIFS CHEZ LES FEMMES DANS LE SEPTIÈME ARRONDISSEMENT

Depuis plus de dix ans, le Tchad a fait sienne les composantes de la santé de reproduction. L'une des initiatives phares est l'atelier national d'appropriation du concept qu'il a organisé en 1999, cette thématique était au centre des préoccupations des autorités. Plusieurs textes, de lois et plans d'actions en la matière ont été adoptés par gouvernement. De même dans le budget du gouvernement, une ligne a été affectée pour l'achat de produits et les principaux services de santé sexuelles reproductive notamment, l'accès aux méthodes de contraception modernes, à la consultation pré et post-natale, au césariennes et aux soins aux enfants de moins de 5 ans ont été rendus gratuits. Pendant que l'Etat, appuyé par ses partenaires au développement assurent la disponibilité et l'accessibilité aux services, les organisations non gouvernementales (ONG) et les associations travaillent à augmenter la demande de ces services pour les femmes qui en ont besoins et améliorer leur utilisation effective²²². Ce chapitre examine les caractéristiques sociodémographiques des femmes enquêtées (I), les expériences passées et actuelles avec la contraception (II) ainsi que les motivations ; freins et l'influences de l'entourage (III).

I. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES FEMMES ENQUÊTÉES

Il s'agit de présenter successivement l'âge, le niveau d'éducation, le statut matrimonial et profession (1.1) ; la parité et nombre d'enfants désiré, existants (1.2) et le niveau de revenus et condition de vie (1.3).

1. Âge, niveau d'éducation, statut matrimonial et profession

L'âge est un facteur important dans l'utilisation de la contraception moderne chez les femmes tchadiennes. Une tranche d'âge comprise entre 15 – 49 a recours à l'utilisation de la

²²²Ministère de la Santé publique (2015), *Evaluations des indicateurs pour le suivi du programme de sécurisation des produits de santé de la reproduction au pour l'année (2015)*.

contraception.²²³ Les femmes qui ont un niveau de connaissance élevé avaient la chance d'utiliser les méthodes contraceptives. Il convient de noter que les femmes en union conjugale ainsi que les célibataires sexuellement actives utilisent les méthodes contraceptives. Les occupations telles que les entreprises publiques, la fonction publique et les entreprises privées prédisposent les femmes à cet usage.²²⁴

En outre, l'analyse des caractéristiques d'âge des femmes non actives enquêtées révèle une forte concentration dans cette tranche d'âge, correspondant à la période de pleine fécondité et d'intense activité reproductive. Dans le septième arrondissement, cette concentration s'explique par la structure démographique jeune de la population tchadienne, où plus de 65 % des habitants ont moins de 25 ans.²²⁵ Sur le terrain, les enquêtées ont confié que c'est précisément à partir de 25 ans que la pression sociale pour « *donner plusieurs enfants* » devient plus marquée, ce qui influence directement leurs choix contraceptifs. Ainsi le rappelle Bourdieu Pierre, « *les trajectoires reproductives s'inscrivent dans un habitus socialement hérité qui définit des seuils attendus d'âge et de fécondité* ». ²²⁶

Le niveau d'éducation constitue un facteur déterminant. Les données recueillies montrent une nette différence de recours à la contraception entre les femmes ayant atteint au moins le secondaire et celles sans instruction formelle. Cette disparité corrobore les travaux de Caldwell Jean-Claude qui montrait que « *l'éducation, notamment féminine, agit comme un levier de transition démographique en favorisant la connaissance et l'acceptabilité des méthodes modernes* ». ²²⁷ Ainsi, dans les récits de terrain, certaines femmes alphabétisées évoquent la contraception comme un « *moyen d'investir dans la qualité plutôt que dans la quantité* » d'enfants, alors que d'autres, moins instruites, expriment des doutes et des craintes liées à des rumeurs.

Concernant le statut matrimonial, la majorité des femmes enquêtées sont mariées ou en union libre, situation qui reflète les normes dominantes de l'arrondissement. La condition conjugale joue un rôle ambivalent : pour certaines, la stabilité matrimoniale favorise un

²²³ Abdel Mahamoud ALI et al., (2017), « *Utilisation de la contraception moderne par les femmes, étude mixte mubicentrique au Tchad* », Revue d'Epistémologie et de Santé publique.

²²⁴ M. C. MARUNGULU et al., « *Facteurs associés à l'utilisation des méthodes contraceptives à longue durée d'action et permanentes dans la ville de Lubumbashi, RD Congo* », Médecine d'Afrique Noire, vol. 64, 2017, n.3.

²²⁵ INSEED, *Annuaire statistique du Tchad*, 2023, p. 45. Institut National de la statistique et des Etudes Economiques et Démographiques.

²²⁶ Pierre Bourdieu, « *Esquisse d'une théorie de la pratique* », Paris, Droz, 1972, p. 186.

²²⁷ Jean-Claude CALDWELL, *Theory of Fertility Decline*, London, Academic Press, 1980, p. 125.

dialogue sur la planification familiale, alors que pour d'autres, elle constitue un espace de contrôle accru du partenaire sur la fécondité, limitant ainsi la liberté de choix. Cette dynamique est analysée par le sociologue américain Goode Josiah selon laquelle « *la famille est à la fois un lieu de soutien et de contrainte dans la gestion de la reproduction* »²²⁸.

1.1. Parité et nombre d'enfants désirés/existants

Dans de nombreux pays, la planification familiale malgré son discours humaine (protection de la santé de mère et de l'enfant) n'a pas rencontré l'audience escomptée auprès des populations, en dépit des efforts consentis. Elle s'est entre autre heurtée à la résistance religieuse, l'organisation de la famille, les coutumes sociales, les milieux économiques et social. En Afrique, la famille doit être comprise au sens large. La procréation se réalise au sein de ce noyau socio-culturel, il est d'autant plus raisonnable de dire que la famille a joué un rôle prépondérant sur le comportement de procréation.²²⁹ Au Tchad, la croissance de la population est estimée à 3,5% par an ; conséquence d'une fécondité élevée (huit enfants par femmes) et d'une faible utilisation de contraceptifs.²³⁰

*« Dans notre culture, avoir beaucoup d'enfants, c'est une richesse. Plus une femme a d'enfants, plus on la respecte. Ma maman nous a accouché 10, six garçons et quatre filles et elle a été respectée par sa belle-famille ; alors moi aussi je vais accoucher comme ma mère pour avoir la même réputation de ma belle-famille. »*²³¹

M. Rondouba Caleb met en lumière l'objectivation des représentations sociales, où l'enfant est assimilé à une richesse et à un capital symbolique. Dans une logique traditionnelle, la fécondité n'est pas seulement biologique, mais elle constitue un indicateur de statut social et de prestige familial. Cette valorisation sociale des familles nombreuses contribue à marginaliser la contraception, qui est perçue comme une menace à l'ordre culturel. L'analyse montre que les représentations sociales sont un système cohérent de valeurs et d'attitudes collectives. Sociologiquement, cela révèle un décalage entre les impératifs de santé publique (*contrôle des naissances*) et les logiques symboliques locales (*valorisation de la descendance*).

²²⁸Josiah GOODE, *World Revolution and Family Patterns*, New York, Free Press, 1963, p. 210.

²²⁹Sala Diakanda, M. Dackam, N. et Mfoulou R, *Population et santé familiale en Afrique centrale*, IEE F London, 1990.

²³⁰Abdel Mahamoud ALI et al., Ibid.

²³¹ Entretien avec le chef du quartier NDJERO Jonathan 2025.

L'examen des données enquêtées prouvent que la majorité des femmes ont au moins entre trois et six enfants, ce qui traduit la persistance d'un modèle familial à fécondité élevée. Ce modèle est étroitement lié aux normes sociales tchadiennes qui valorisent la descendance nombreuse comme symbole de prestige et de sécurité. Selon le rapport de l'UNFPA, « *dans de nombreuses sociétés africaines, la fécondité élevée demeure associée à un capital social et à la pérennité des lignées* »²³². Dans le septième arrondissement, certaines enquêtées déclarent que « *plus une femme donne d'enfants, plus elle gagne le respect de la belle-famille* », confirmant ainsi l'ancrage des représentations pro-natalistes. Cependant, on observe une divergence entre le nombre d'enfants désirés et celui effectivement mis au monde. L'Enquête Démographique et de Santé du Tchad (INSEED) révèle que l'indice synthétique de fécondité est de 6,4 enfants par femme, alors que le nombre idéal déclaré se situe autour de 4,9 enfants²³³. Cet écart, souvent dû à l'absence ou à l'abandon de méthodes contraceptives, montre que les grossesses non planifiées restent fréquentes. Cette situation corrobore les conclusions de Bongaarts et Hardee que « *le décalage entre la fécondité réelle et la fécondité désirée est un indicateur direct des besoins non satisfaits en planification familiale* ».²³⁴

« *Dans notre culture, avoir beaucoup d'enfants c'est une richesse. Une femme qui refuse d'accoucher est mal vue, même si elle utilise des médicaments pour éviter les grossesses. pour ne avoir de problème dans mon couple, je préfère les gestes et coutumes ainsi que l'ordre de mon mari et souhait de la belle-famille, car c'est la tradition qui exige.* »²³⁵

Ce propos illustre la valeur accordée à la descendance nombreuse, qui constitue un capital symbolique et social. Dans les sociétés africaines rurales et urbaines, la famille nombreuse est perçue comme une ressource économique et une garantie de prestige. Refuser d'accoucher revient à s'exclure de cette logique de capital social, ce qui entraîne des jugements négatifs. L'analyse sociologique révèle ici une incompatibilité entre les objectifs contemporains de santé reproductive (*espacement des naissances*) et les logiques traditionnelles de reproduction sociale et symbolique.

« *Dans notre famille, on pense qu'empêcher les enfants, c'est aller contre la volonté de Dieu. Mais moi, j'étais fatiguée, et j'avais peur*

²³²UNFPA (2023), *Rapport sur l'état de la population mondiale*, p. 64.

²³³L'Enquête Démographique et de Santé du Tchad (INSEED), 2021, p. 78.

²³⁴BONGAARTS et HARDEE, *Population and Development Review*, 45(2), 2019, p. 231-254.

²³⁵Entretien avec l'enquêtée Honorine NODJIGODO à Kamnda 2025.

pour ma santé et peur d'aller à l'encontre de la parole de dieu ; car dans notre famille, nous tous des chrétiens et même la famille de mon mari et je ne veux pas aussi désobéir à mon mari. »²³⁶

Ces discours illustrent un conflit intrapsychique entre croyances religieuses familiales et nécessité de préserver sa santé. Selon Moscovici, c'est un processus de réancrage : la contraception, initialement perçue comme sacrilège, est revalorisée comme protection sanitaire. C'est dans ce sens Douglas Mary note que la transgression d'une norme peut être justifiée par des impératifs vitaux²³⁷.

Les récits de vie collectés confirment également que la parité influence la perception de la contraception. Les femmes ayant déjà atteint ou dépassé le nombre d'enfants qu'elles estiment « *suffisant* » sont plus enclines à utiliser des méthodes modernes. A contrario, celles en début de vie reproductive, notamment les jeunes mariées, tendent à éviter la contraception, la jugeant prématurée et contraire aux attentes familiales. Ce constat rejoint l'analyse de Cleland et al qui souligne que l'adoption des méthodes contraceptives augmente avec l'avancement dans le cycle de vie reproductive²³⁸. Il est important de noter que la parité est également influencée par des facteurs économiques et éducatifs. Dans les ménages aux ressources limitées, certaines femmes adoptent la contraception après deux ou trois enfants pour éviter une surcharge financière. En revanche, dans les foyers plus aisés, la poursuite des grossesses est parfois encouragée pour maintenir un statut social élevé. Selon le rapport de la Banque Mondiale montre que, « la rationalité reproductive est modulée par l'interaction entre contraintes économiques et normes culturelles »²³⁹.

1.2. Niveau de revenu et conditions de vie

Les femmes sous contraceptif au Tchad rencontrent divers défis liés à leur niveau de revenu et à leurs conditions de vie. « *Je sais qu'en octobre, il y aura la campagne, alors j'attends pour ne pas payer car j'attends est très cher.* »²⁴⁰ Ce témoignage illustre une représentation économique de l'accès à la contraception. La décision d'attendre la campagne gratuite révèle que le coût est un facteur déterminant dans l'adoption des méthodes modernes. Dans la perspective de Moscovici, cette attitude traduit un ancrage dans une logique utilitariste : la contraception n'est pas rejetée pour des raisons culturelles ou religieuses, mais

²³⁶Entretien avec l'enquêtée Halima ALI, 40 ans, commerçante, quartier Ambata 2025.

²³⁷Mary Douglas, « *De la souillure* », Maspero, 1971, p. 44.

²³⁸CLELAND et al., Ibid.

²³⁹BANQUE MONDIALE., *Fertility and Economic Development in Sub-Saharan Africa*, 2022, p. 37.

²⁴⁰Entretien avec l'enquêtée Chanceline NEMADJILEM, couturière de Chagoua 2025

conditionnée par la capacité financière. Ce type de discours rejoint également l'analyse de Becker. G sur l'arbitrage économique dans les décisions familiales²⁴¹. Ce témoignage met en lumière la contrainte structurelle qui fait que l'accès à la contraception reste tributaire de la solvabilité immédiate. Les ONG comme Marie Stopes International ou les antennes mobiles locales jouent un rôle crucial dans l'adoption du Jadelle. Leurs interventions gratuites dans les marchés et quartiers périphériques réduisent les barrières financières et logistiques. Cependant, cette dépendance aux campagnes a un effet paradoxal : certaines femmes reportent volontairement la pause en attendant les journées gratuites, ce qui augmente les risques de grossesses non planifiées.

La participation à la force de travail permet de trouver des femmes susceptibles d'utiliser les méthodes contraceptives selon étude sur la demande de contraception au Tchad. Cependant, le taux de chômage élevé chez les femmes (12,2%) peut limiter leur accès aux méthodes contraceptives. Les femmes des revenus plus élevés sont plus susceptibles d'utiliser des méthodes contraceptives. Les conditions de vie des femmes sous contraceptif au Tchad varient en fonction de leur lieu de résidence, leur niveau d'instruction et leur statut socio-économique. Les femmes en milieu rural ont moins accès aux méthodes contraceptives que celles en milieu urbain.²⁴² En effet, selon les données issues de l'enquête de terrain montre que le revenu des ménages du septième arrondissement reste globalement faible, avec une majorité de femmes enquêtées appartenant aux catégories socio-économiques défavorisées. Cette précarité influence directement la pratique contraceptive, tant dans le choix de la méthode que dans la régularité de son utilisation. Toutefois, selon l'INSEED, près de 68 % des ménages urbains de N'Djamena vivent avec un revenu mensuel inférieur au seuil de pauvreté nationale.²⁴³ Cette contrainte financière amène souvent les femmes à privilégier des méthodes gratuites ou subventionnées, comme l'implant Jadelle distribué dans certains centres publics, plutôt que des options payantes ou nécessitant un suivi médical régulier.

*« Je vendais mes beignets quand les dames sont venues expliquer.
J'avais déjà eu un enfant chaque année, je voulais souffler un peu.
Comme c'était gratuit et que ça dure cinq ans, j'ai accepté mais je
crains mon mari, ma belle-famille ainsi que les voisins. »²⁴⁴*

²⁴¹BECKER G., *A Treatise on the Family*, Harvard University Press, 1991, p. 125.

²⁴²AZOUKALNÉ MAOUKENET et Espoir BERAM NGARSAIM., « *Etat de lieu sur la demande de contraception au Tchad* », CROSET – Tchad 2016,

²⁴³INSEED, *Enquête Harmonisée sur les Conditions de Vie des Ménages*, 2022, p. 54.

²⁴⁴Entretien avec l'enquêtée Ahmat MARIAM, 32 ans, vendeuse de beignets, quartier Gassi 2025.

Le témoignage de Mariam traduit un conflit entre rationalité reproductive et contraintes sociales. Le choix de la contraception résulte d'un besoin physiologique de repos maternel, mais la crainte des réactions familiales montre que l'acceptabilité sociale est fragile. Cela explique aussi que ces tensions naissent lorsque la représentation dominante du groupe (valorisation de la fécondité) entre en conflit avec l'expérience individuelle.

Le lien entre revenu et adoption de la contraception est confirmé par l'UNFPA qui indique que « *la pauvreté accroît la vulnérabilité des femmes aux grossesses non désirées, faute d'accès régulier à des méthodes efficaces* »²⁴⁵. Les témoignages recueillis auprès des enquêtées, expliquent qu'elles souhaiteraient « *espacer les naissances* » mais qu'elles renoncent à certaines méthodes en raison du coût des consultations de suivi et de la nécessité d'acheter les produits en pharmacie lorsque les stocks publics sont épuisés.

Ce constat est soulevé par Sedgh et Hussain qui soutiennent que les inégalités économiques constituent l'un des déterminants majeurs des besoins non satisfaits en planification familiale²⁴⁶. Par ailleurs, les conditions de vie en particulier la taille du logement, l'accès à l'eau potable et à l'électricité influencent indirectement les décisions en matière de fécondité. Dans les quartiers les plus défavorisés du septième arrondissement comme Gigo, Kouliti, Bouta-albagara⁴, l'exiguïté des habitations et la promiscuité intergénérationnelle renforcent la volonté de certaines femmes de limiter le nombre d'enfants pour améliorer les conditions de vie du foyer.

À l'inverse, dans les ménages disposant de meilleures conditions matérielles, l'espace et la sécurité économique peuvent favoriser une vision plus tolérante de la grande famille, en cohérence avec les représentations pro-natalistes traditionnelles. « *Comme je travaille au marché, je préfère ne pas utiliser ces méthodes, si ça me rend malade, qui va nourrir mes enfants ?* »²⁴⁷. Ce témoignage met en évidence la tension entre santé reproductive et survie économique. La crainte des effets secondaires n'est pas uniquement liée à des représentations culturelles, mais aussi à la peur de perdre sa capacité à subvenir aux besoins quotidiens de la famille. Les choix de santé dans les milieux défavorisés sont toujours conditionnés par des déterminants économiques : une femme hésite à utiliser une méthode contraceptive si elle estime que son bien-être physique pourrait compromettre sa survie et celle de ses enfants.

²⁴⁵UNFPA, *State of World Population*, 2023, p. 72.

²⁴⁶SEDGH et HUSSAIN., *Contraceptive use and unmet need in low-income countries*, Studies in Family Planning, 50(3), 2019, p. 245-262.

²⁴⁷Entretien avec l'enquêtée Eugénie NERAMBAYE commerçante, âgée de 36 à Atrone 2025.

Dans cette perspective, la contraception moderne est interprétée comme un risque, non comme une opportunité, renforçant l'idée que la pauvreté structure profondément les représentations sociales de la santé.

De ce fait, la corrélation entre niveau de revenu et recours à la contraception ne doit pas être interprétée uniquement sous l'angle économique. Pour Cleland et al, « *l'accès à la contraception n'est pas seulement fonction des ressources financières, mais aussi de la capacité à mobiliser des réseaux sociaux et des services de santé adaptés* »²⁴⁸. Dans le contexte du septième arrondissement, cela signifie que les femmes à revenu modeste mais bien insérées dans des réseaux associatifs et religieux ouverts à la planification familiale peuvent avoir un meilleur accès à l'information et aux services que d'autres, même plus aisées, mais isolées socialement.

II. DYNAMIQUES ET TRAJECTOIRES DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES

Pour mieux comprendre les tenants et les aboutissements de l'utilisation des méthodes contraceptives au Tchad, la connaissance de son historique (3.2.1), les raisons qui sous-tendent le choix de ces méthodes (3.2.2.) et une analyse de satisfaction et l'insatisfaction vis-à-vis de ces méthodes est plus que nécessaire.

1. Historique d'utilisation des méthodes contraceptives

Considérée comme porte d'accès au dividende démographique, l'utilisation des méthodes contraceptives peut être perçue comme la résultante des changements dans la structure d'âge d'une population, suite à une baisse de natalité et de mortalité. L'étude de Jonas GW et al 1997 a révélé que de façon approximative, la moitié des réductions de la fécondité enregistrée dans les pays en voie de développement entre 1960 et 1980 peut être attribuée aux efforts de planning familial. Au Tchad, la loi n°006/PR/2002 portant promotion de la santé de reproduction dans son article 4 le droit des couples et des individus au libre choix en matière d'espacement des naissances et de la taille de leurs familles.

Pour ce qui est des statistiques relatives à la santé reproduction, plusieurs enquêtes (EDS, MICS etc.) ont été réalisées. Au Tchad, la demande en planification familiale est l'une des plus faibles au monde 28,6% des femmes en unions dont 23,2% pour espacer les

²⁴⁸CLELAND et al., Ibid.

naissances et 5,4 pour limiter les naissances, EDS – MICS 2014 – 2015 malgré un taux de fécondité élevé 179,4 naissances pour 1000 femmes.²⁴⁹

Cette historicité d'utilisation des méthodes contraceptives au Tchad et particulièrement chez les femmes du septième arrondissement est une trajectoire marquée par des expériences discontinues, souvent influencées par des contraintes économiques, culturelles et relationnelles. D'après les enquêtes de (2024), près de 57 % des femmes utilisent au moins une méthode contraceptive moderne au cours de leur vie, mais seules 34 % poursuivent leur utilisation de façon continue. Cette disparité est observée par l'OMS, dans les pays d'Afrique subsaharienne, « *le passage d'une méthode à une autre ou l'abandon complet est fréquent, souvent en lien avec des effets secondaires ou des pressions sociales* »²⁵⁰.

Les récits de vie recueillis illustrent cette réalité. F., âgée de 32 ans et mère de quatre enfants, raconte : « *J'avais commencé avec la pilule après mon deuxième enfant, mais quand mon mari a vu la boîte à la maison, il s'est fâché et j'ai arrêté. Plus tard, j'ai essayé le Jadelle parce que c'était discret* ». Ce témoignage montre comment l'évolution des choix contraceptifs n'est pas uniquement guidée par des considérations médicales, mais aussi par des stratégies d'adaptation au contexte conjugal et social. S'inscrit dans le cadre de Bongaarts et Hardée, la dynamique contraceptive dans les zones urbaines africaines se caractérise par une « *navigation entre contraintes sociales et opportunités technologiques* ».²⁵¹

Historiquement, certaines méthodes connaissent une adoption plus précoce que d'autres. La pilule, introduite massivement dans les centres urbains tchadiens à la fin des années 1990, a été la première méthode moderne accessible à bas coût. Cependant, la progression des implants (Jadelle, Norplant) à partir des années 2010 a modifié le paysage contraceptif local, en raison de leur efficacité prolongée et de leur discrétion, qualités appréciées dans un contexte où la planification familiale est parfois stigmatisée. Le rapport de l'UNFPA précise que « *l'implant est désormais la méthode la plus utilisée chez les femmes urbaines de 25 à 39 ans, notamment pour éviter la dépendance à une prise quotidienne* »²⁵².

L'évolution des habitudes contraceptives reflète aussi des influences extérieures. Les campagnes menées par des ONG comme Marie Stopes Tchad et l'Association Tchadienne pour le Bien-Être Familial (ATBEF) ont permis une meilleure diversification des méthodes

²⁴⁹AZOUKALNÉ., Ibid.

²⁵⁰OMS, *World Contraceptive Use*, 2023, p. 38.

²⁵¹BONGAARTS et Hardée., Ibid.

²⁵²UNFPA, *Family Planning in West and Central Africa*, 2022, p. 59.

disponibles dans les centres du septième arrondissement. Toutefois, comme l'indique Bankole et al, la transition vers un usage continu et autonome reste freinée par « *la faible implication masculine, la persistance des croyances négatives et les ruptures d'approvisionnement* ». ²⁵³

1.1. Raisons du choix ou de l'abandon de certaines méthodes

Les raisons du choix ou de l'abandon de certaines méthodes contraceptives au Tchad sont diverses et complexes. Selon une étude similaire menée dans une région voisine (RD Congo), plusieurs facteurs influencent l'utilisation des méthodes contraceptives au rang desquels on note en bonne place les facteurs socio-culturels qui renferment la position de la religion qui considère planification familiale comme un péché influençant ainsi la non-utilisation des méthodes contraceptives. Le partenaire peut également influencer l'utilisation des méthodes contraceptives. « *Selon notre tradition, ces choses sont abominables et vont à l'encontre gestes et coutumes.* » ²⁵⁴. Cette déclaration traduit une vision normative forte : la contraception est perçue comme un acte « *abominable* » qui transgresse les fondements coutumiers. Les pratiques sociales sont structurées par l'habitus, ensemble de dispositions intériorisées qui orientent les actions et jugements des individus. Ici, l'habitus culturel rejette la contraception comme étrangère et déstabilisatrice de l'ordre social. Cette perception nourrit la stigmatisation des femmes qui osent recourir à ces pratiques, car elles sont vues comme dérogeant aux coutumes établies. « *Une femme qui utilise la contraception sans l'accord de la communauté risque d'être rejetée par sa famille et ses voisins.* » ²⁵⁵

Kaleb souligne la dimension normative et coercitive des représentations sociales. Ici, la contraception n'est pas seulement un choix individuel, mais un acte qui engage le rapport de la femme à son groupe social. Le rejet ou la stigmatisation fonctionnent comme des sanctions symboliques visant à maintenir la cohésion collective. Comme le mentionne Durkheim Emile, les représentations collectives s'imposent aux individus avec une force contraignante. Au-delà des obstacles économiques, les coûts sociaux (*perte de soutien familial, marginalisation*) constituent un frein majeur à l'adoption de la contraception. Dans ce contexte, les décisions individuelles sont indissociables de la régulation sociale ²⁵⁶.

²⁵³BANKOLE et al., *Barriers to sustained contraceptive use in sub-Saharan Africa*, Guttmacher Institute, 2019, p. 12.

²⁵⁴Entretien avec l'enquêtée Agatha NDJENOMGODO âgée de 29 à Ambata 2025.

²⁵⁵Entretien avec le chef du quartier Kaleb RONDOUBA 2025.

²⁵⁶Emile Durkheim, *Les formes élémentaires de la vie religieuse*, Paris, Presses Universitaire de France, coll. quadriga, 1991 (1^{er} éd. 1912), p. 15 – 20.

Aussi, les coutumes et traditions locales peuvent jouer un rôle significatif dans la décision d'utiliser ou non les méthodes contraceptives. Comme facteurs sanitaires on peut évoquer les effets secondaires pouvant dissuader femmes à abandonner certaines méthodes contraceptives en raison d'effets secondaires tels que la prise de poids. La qualité de service de santé reproductive influence elle aussi l'utilisation de ces méthodes, En outre, les facteurs économiques sont déterminants. Le niveau de vie des femmes est susceptible d'affecter leur capacité à accéder aux méthodes contraceptives. Celui-ci est complété par le coût des méthodes contraceptives. Sur le plan politique, le manque de sensibilisation et d'information sur les méthodes peut contribuer à leur non-utilisation. L'absence de loi ou de politique claire sur la planification entrave son utilisation. Le Tchad a répondu à cette exigence par l'adoption de loi de 2002 sur la contraception même si celle a besoin d'être complétée.²⁵⁷

Le choix ou l'abandon d'une méthode contraceptive chez les femmes au Tchad (septième arrondissement) se construit au croisement de facteurs sanitaires, économiques, relationnels et culturels. Les motivations à opter pour une méthode donnée sont souvent liées à la recherche d'efficacité, de discrétion et de compatibilité avec le mode de vie, tandis que les raisons d'abandon renvoient fréquemment aux effets secondaires, aux contraintes financières et à la pression sociale.

Selon l'OMS, « *l'adhésion à une méthode contraceptive est plus stable lorsque les utilisatrices sont bien informées sur son fonctionnement et bénéficient d'un suivi adapté* »²⁵⁸. Les témoignages du terrain révèlent la diversité de ces déterminants. Pour M., 28 ans, explique : « *J'avais choisi le dépôt contraceptif parce qu'il ne se voit pas et dure trois mois, mais j'ai arrêté à cause des saignements prolongés. Mon mari disait que ce n'était pas normal* ». Cette expérience rejoint les observations de Polis et al, qui notent que les effets secondaires, notamment les saignements irréguliers et les maux de tête, constituent la première cause d'arrêt dans les contextes urbains africains.²⁵⁹

D'autres femmes mettent en avant la question de la discrétion comme critère central de choix. Les implants comme le Jadelle sont souvent préférés parce qu'ils évitent la prise quotidienne d'un médicament et restent invisibles pour le partenaire ou la belle-famille. A., 35 ans, mère de cinq enfants, confie : « *Avec le Jadelle, je suis tranquille cinq ans, personne ne*

²⁵⁷Salumu MBAIBIKA., « *Facteurs de faible utilisation des méthodes contraceptives des femmes enge de procréation dans la commune de Karisimbi/ Goma* » ; Université Biologie médicales, 2018.

²⁵⁸OMS, *Family Planning : A Global Handbook for Providers*, 2022, p. 64.

²⁵⁹POLIS et al., *Contraceptive discontinuation and switching among women in low- and middle-income countries*, Lancet Global Health, 6(8), 2018, p. e912–e922.

sait que je l'ai ». Ce type de motivation est cohérent avec les analyses de Sedgh et Hussain qui soulignent que la discrétion et la longévité de la méthode sont des atouts majeurs dans les environnements à forte pression pro-nataliste²⁶⁰.

Sur le plan économique, le coût initial et la disponibilité influencent également les décisions. Bien que certaines méthodes soient gratuites dans les centres publics soutenus par l'UNFPA et l'ATBEF, des ruptures d'approvisionnement obligent parfois les femmes à se tourner vers des structures privées, où les prix varient. Cela entraîne des abandons pour raisons financières, comme l'a constaté Cleland et al. Dans ce contexte, le choix d'une méthode durable peut aussi résulter d'un calcul économique visant à limiter les coûts liés aux consultations répétées.²⁶¹ Ainsi, l'histoire contraceptive des femmes du septième arrondissement est marquée par un équilibre fragile entre aspirations individuelles et contraintes contextuelles. Le choix d'une méthode, tout comme son abandon, se nourrit d'expériences personnelles, de récits partagés et de rapports de pouvoir au sein du couple et de la communauté. Cette dynamique illustre bien la tension entre les besoins de santé reproductive et les normes socioculturelles qui continuent de régir la fécondité.

1.2. Satisfaction et insatisfaction vis-à-vis des méthodes utilisées

Les femmes au Tchad et plus précisément dans le septième arrondissement ont des sentiments mitigés sur les méthodes contraceptives. Selon une étude sur la demande de contraception au Tchad, la satisfaction sur les méthodes modernes se décline comme suit : injectables 1,8% ; implants 0,9% ; Condom masculin 0,7%. Les femmes qui utilisent les méthodes contraceptives sont généralement satisfaites, surtout celles qui ont un niveau d'instruction élevé et qui vivent en milieu urbain. L'insatisfaction provient des effets secondaires, les ruptures de stock, les dessous de table et la qualité des services dans les structures sanitaires qui découragent l'utilisation des méthodes contraceptives. On constate aussi l'accès limité aux structures sanitaires qui fournissent des méthodes contraceptives. Les besoins non-satisfaits en planification familiale sont élevés, avec 22,9% des femmes en union ayant des besoins non-satisfaits en matière de planification familiale.²⁶² Les femmes ayant le besoin non-satisfait en matière de contraception sont celles qui n'utilisent pas une méthode anticonceptionnelle et en veulent plus d'enfant ou veulent retarder la prochaine naissance. Elles comprennent les femmes enceintes ou en aménorrhée, les modes de régulation de la

²⁶⁰SEDGH et HUSSAIN, Ibid.

²⁶¹CLELAND et al., *Contraceptive use, discontinuation, and failure rates in low- and middle-income countries*, Population Studies, 74(2), 2020, p. 219–235.

²⁶²AZOUKALNÉ MAOUKENET et Espoir BERAM NGARSAIM, Ibid.

reproduction humaine-Acte du Colloque de Delphes, Octobre 1992, Association internationale des démographes de langue française.

L'évaluation que les femmes font de leur expérience contraceptive est déterminante pour la continuité ou l'abandon d'une méthode. Car, la satisfaction découle souvent de l'adéquation entre la méthode choisie et les attentes initiales, qu'elles soient liées à l'efficacité, à la tolérance physique ou à la discrétion sociale. À l'inverse, l'insatisfaction se nourrit de problèmes de santé perçus, de désagréments quotidiens et de pressions externes. Toutefois, selon le rapport de l'OMS, « *l'adhésion est fortement influencée par la perception subjective des bénéfices et des risques, plus que par les données médicales objectives* »²⁶³. En effet, selon les enquêtes de terrain, certaines femmes expriment un fort degré de satisfaction lorsque la méthode répond à leur besoin d'espacement des naissances sans perturber leur santé ni leur vie conjugale. Par exemple, Nadine., 32 ans, explique : « *Avec l'implant, je n'ai pas eu de problème, et depuis quatre ans je n'ai pas eu de grossesse non désirée* ». Ce type de témoignage reflète les conclusions de Staveteig *et al*, qui montrent que les utilisatrices d'implants et de dispositif intra utérin (DIU) présentent des niveaux de satisfaction supérieurs à celles utilisant des méthodes à courte durée²⁶⁴.

Cependant, l'insatisfaction n'est pas rare et se manifeste principalement en cas d'effets secondaires perçus comme invalidants. Plusieurs femmes rapportent des saignements prolongés, des migraines ou une prise de poids, ce qui les conduit à abandonner la méthode. « *Après deux injections, j'ai commencé à avoir des vertiges et mon mari a insisté pour que j'arrête* ». ²⁶⁵ Ce vécu rejoint les constats de Polis *et al*, selon lesquels « *les effets secondaires représentent la première cause d'arrêt prématuré, bien avant les considérations économiques ou logistiques* »²⁶⁶. La dimension relationnelle joue également un rôle dans la satisfaction. Même lorsqu'une méthode est médicalement adaptée, le manque de soutien du partenaire ou de la belle-famille peut générer une tension telle que la femme préfère y renoncer. Dans une société où la maternité est encore perçue comme un attribut central de la valeur féminine, l'utilisation d'une contraception peut être interprétée comme une remise en question du rôle maternel. Ainsi, la satisfaction ne dépend pas uniquement de la méthode elle-même, mais aussi du climat social dans lequel elle est utilisée. Cleland *et al*, insistent sur ce point,

²⁶³OMS, *Contraception: Evidence-Based Recommendations for Practice*, 2021, p. 48.

²⁶⁴STAVETEIG *et al.*, *Continuity and satisfaction in contraceptive use in sub-Saharan Africa*, *Studies in Family Planning*, 49(3), 2018, p. 253-272.

²⁶⁵ Entretien avec l'enquêtée FALMATA, 2025

²⁶⁶POLIS *et al.*, *Lancet Global Health*, 6(8),2018, p. e912–e922.

soulignant que « *la satisfaction contraceptive est une construction sociale autant qu'un indicateur de performance médicale* »²⁶⁷.

Certaines femmes parviennent à surmonter les effets secondaires ou les résistances sociales grâce à un suivi médical attentif et à l'accès à une information complète. Dans ces cas, la satisfaction s'installe progressivement, comme le note l'UNFPA, qui recommande un accompagnement personnalisé pour améliorer la persistance contraceptive²⁶⁸. Cette réalité souligne l'importance d'un système de santé capable non seulement de fournir les produits, mais aussi d'assurer un conseil adapté et un suivi régulier

III. MOTIVATIONS PERSONNELLE ET L'INFLUENCE DE L'ENTOURAGE COMME FREINS À L'UTILISATION DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES

Cette partie met en évidence système complexe et multi-acteur qui façonnent l'attitude des femmes à l'adoption des méthodes contraceptives modernes : les motivations personnelles à utiliser la contraception (1), les freins perçus à l'utilisation (1.1.) et le rôle et influence du partenaire, de la famille et amis sur les décisions contraceptives (1.2.).

1. Les motivations personnelles à utiliser la contraception

Les motivations personnelles à utiliser la contraception varient considérablement d'une femme à une autre, d'un couple à un autre et d'une société à une autre. On peut énumérer de manière non exhaustive le contrôle de la taille de la famille pour des raisons économiques ou sociales. Les femmes qui souhaitent espacer les naissances pour améliorer leur santé reproductive et celle de leur enfant peuvent recourir aux méthodes contraceptives. On peut énoncer la prévention des grossesses non désirées et concerne le plus les célibataires sexuellement actives. Il y'a aussi ce qu'on appelle l'autonomie et l'empowerment qui consiste pour les femmes de prendre le contrôle de leur santé et leur vie tout en gardant à l'esprit le facteur de développement économique et la stabilité financière. Les femmes peuvent utiliser la contraception pour poursuivre leurs études ou leurs carrières sans interruption²⁶⁹.

Les motivations qui poussent les femmes du septième arrondissement de N'Djamena à recourir à la contraception s'inscrivent dans un contexte où se croisent considérations de santé, impératifs économiques et aspirations individuelles à un meilleur contrôle de la vie reproductive. L'usage n'est pas seulement dicté par une volonté médicale d'espacement des

²⁶⁷CLELAND et al., Population Studies, 74(2), 2020, p. 219–235.

²⁶⁸UNFPA, State of World Population, 2022, p. 77.

²⁶⁹M. C. MARUNGULU et al., Ibid.

naissances, mais aussi par des stratégies d'adaptation aux transformations sociales et aux contraintes matérielles.

Cleland et al laissent entendre que, « *la décision contraceptive est le fruit d'un calcul complexe où la santé, le bien-être économique et les normes sociales sont étroitement imbriqués* ». ²⁷⁰ L'un des motifs les plus fréquemment évoqués par les enquêtées est la préservation de la santé maternelle. Dans un contexte où les grossesses rapprochées augmentent le risque de complications obstétricales, de nombreuses femmes choisissent d'espacer les naissances pour se rétablir physiquement et assurer un allaitement complet.

« Après mon deuxième enfant, j'étais très faible, le médecin m'a conseillé d'attendre au moins deux ans avant une autre grossesse, et j'ai suivi ce conseil grâce à l'implant mais le problème ce sont les préjugés, je ne veux détruire mon nom et image au quartier, si les voisins apprennent que j'utilise les méthodes ; je serais stigmatisé ». ²⁷¹

Ce type de récit rejoint le constat de l'OMS qui établit que l'espacement optimal des naissances (24 à 36 mois) réduit significativement la morbidité maternelle et infantile ²⁷².

Les motivations économiques constituent également un moteur puissant. Dans un contexte marqué par l'instabilité de l'emploi et la cherté de la vie, certaines femmes optent pour la contraception afin de mieux gérer le budget familial. Lucie., 34 ans, confie : « *Nous vivons avec un seul salaire. Si j'ai trop d'enfants rapprochés, je ne pourrai pas payer leur école ni leur nourriture* ». Cette logique est analysée de Bongaarts et Hardee, qui démontrent que la maîtrise de la fécondité contribue à améliorer la résilience économique des ménages en Afrique subsaharienne ²⁷³.

« L'infirmière m'a dit d'attendre la campagne gratuite. J'ai attendu trois mois, mais entre-temps je suis tombée enceinte, si c'était gratuit toute l'année, beaucoup de femmes n'auraient pas d'enfants rapprochés, pas seulement ça mais rareté qui pose vraiment de

²⁷⁰CLELAND et al., *Family Planning : The unfinished agenda*, Oxford University Press, 2019, p. 14.

²⁷¹Entretien avec l'enquêtée Alphonsine NERAMBAYE, quartier d'atrone 2025.

²⁷²OMS, *Family Planning and Maternal Health*, 2021, p. 36.

²⁷³BONGAARTS et HARDEE, *The Role of Family Planning in Poverty Reduction*, 2017, p. 11.

*problème aux femmes qui désirent l'avoir ou espacer les naissances. »*²⁷⁴

On ressent l'effet direct des politiques publiques sur les trajectoires reproductives. L'attente d'un accès gratuit, faute de ressources, a entraîné une grossesse non planifiée. L'importance de la disponibilité continue des services pour garantir la liberté réelle de choix. Les contraintes économiques et la discontinuité de l'offre limitent l'efficacité des programmes de contraception.

Un autre facteur de motivation réside dans la volonté d'assurer une éducation de qualité aux enfants. Plusieurs femmes expriment le souhait de limiter le nombre de naissances pour mieux investir dans la scolarité et le suivi éducatif. M., enseignante de 36 ans, déclare : « Je préfère avoir trois enfants bien instruits que six enfants que je ne peux pas suivre ». Ce raisonnement trouve écho dans les travaux de De Segonzac Marie-Laure, qui soutenait que la capacité d'assurer une éducation complète est perçue, dans certaines cultures, comme un impératif moral et religieux²⁷⁵. Ces motivations relèvent d'aspirations personnelles à l'autonomie et à l'épanouissement. La contraception peut être envisagée comme un moyen de préserver du temps pour développer une activité professionnelle, poursuivre des études comme nous avons mentionné ci-haut ou participer à la vie associative. Hadjé., 25 ans, explique : « *J'ai mis un implant parce que je veux d'abord finir ma formation de couture avant d'avoir un autre enfant* ». Cette dynamique rejoint est le résultat de l'analyse de Campbell et al, pour qui la planification familiale constitue un levier central de l'autonomie féminine et de l'égalité des genres²⁷⁶.

1.1. Freins perçus à l'utilisation des méthodes contraceptives

De notre recherche sur le terrain, il en ressort trois grands groupes de freins à l'utilisation de la contraception à savoir : les freins socio-culturelles, les freins liés à la qualité, les freins économiques et ceux liés à l'information et à la sensibilisation. Les freins socio-culturels renvoient à l'opposition religieuse, les normes sociales et culturelles qui influencent des partenaires sont soulevées par la plupart des études comme entrave aux méthodes contraceptives.

²⁷⁴Entretien avec l'enquêtée Pauline ZOULKANE, 25 ans, couturière, quartier Bouta-Albagara 2025.

²⁷⁵Marie-Laure DE SEGONZAC, Ibid.

²⁷⁶CAMPBELL et al., *Contraception and Women's Empowerment in Africa*, Routledge, 2020, p. 58.

Accéder à des méthodes contraceptives est une chose, mais la qualité en est autre. En dehors de l'accès limité aux services de santé, leur qualité pose problème, amenant certaines femmes à y renoncer. Pour celles qui espèrent suivre ce traitement, elles sont confrontées à des ruptures de stock compliquant ainsi le respect des échéances fixées. En plus de cela, s'associe les freins les plus cités qui sont la crainte des effets secondaires. Plusieurs enquêtées évoquent des maux de tête, des irrégularités menstruelles, des saignements prolongés ou une prise de poids après la pose d'un implant ou l'utilisation d'injectables. « *J'ai enlevé l'implant après un an parce que mes règles ne s'arrêtaient plus et je me sentais toujours fatiguée* »²⁷⁷.

La peur ou l'expérience d'effets indésirables est l'une des principales causes d'abandon en Afrique subsaharienne. Ces normes socioculturelles et religieuses alimentent la stigmatisation. L'usage de la contraception est parfois associé à la promiscuité sexuelle, à l'infidélité ou à un rejet des valeurs traditionnelles. Certaines enquêtées rapportent avoir été critiquées ou soupçonnées par des voisines après avoir opté pour un moyen moderne. Nadège., 35 ans, témoigne : « *Quand elles ont su que j'avais mis un implant, elles ont commencé à dire que je voulais tromper mon mari sans risque* ». Ce climat de méfiance sociale est analysé par Shattuck et al, qui identifient la stigmatisation comme un frein psychologique puissant.²⁷⁸ « *Selon notre tradition, ces choses sont abominables et vont à l'encontre gestes et coutumes.* »²⁷⁹

Cette déclaration traduit une vision normative forte : la contraception est perçue comme un acte « *abominable* » qui transgresse les fondements coutumiers. Les pratiques sociales sont structurées par l'habitus, ensemble de dispositions intériorisées qui orientent les actions et jugements des individus. Ici, l'habitus culturel rejette la contraception comme étrangère et déstabilisatrice de l'ordre social. Cette perception nourrit la stigmatisation des femmes qui osent recourir à ces pratiques, car elles sont vues comme dérogeant aux coutumes établies.

L'opposition du partenaire constitue également un frein récurrent. Dans un contexte patriarcal, le mari est souvent le décideur ultime en matière de reproduction, et certaines femmes préfèrent éviter un conflit conjugal en renonçant à la contraception. Fatimé., 28 ans, confie : « *Mon mari dit que la planification familiale est contre la volonté de Dieu. Si je*

²⁷⁷ Entretien avec l'enquêtée Adeline NOTAR âgée de 31 à Ambata.

²⁷⁸ SHATTUCK et al., *Cultural Barriers to Contraceptive Use in Sub-Saharan Africa*, Johns Hopkins University Press, 2016, p. 51.

²⁷⁹ Entretien avec l'enquêtée Agatha NDJENOMGODO âgée de 29 à Ambata 2025.

commence sans lui dire et qu'il découvre, ce sera un problème ». Cette dynamique de pouvoir est décrite par Blanc Robert, qui montre comment les inégalités de genre influencent négativement l'autonomie reproductive des femmes.²⁸⁰

Sur le plan économique au contraire, le coût élevé des méthodes de contraception complique l'accès aux personnes qui vivent dans la pauvreté. Le manque de ressources financières limite l'accès, notamment pour les personnes qui n'ont pas les moyens de payer pour les services de santé reproductive. Bien que certaines méthodes soient subventionnées, leur coût reste prohibitif pour les ménages à faibles revenus. Dans certains centres de santé, le prix du DIU ou de l'implant peut varier entre 2 500 et 5 000 FCFA, un montant jugé élevé par des familles vivant au jour le jour. Romaine., vendeuse de légumes, explique : « *On m'a demandé 3 000 francs pour l'implant. C'est presque la moitié de ce que je gagne en une semaine* », le coût direct et indirect des services contraceptifs demeure un obstacle majeur à l'accès universel.

Enfin, le manque de l'information sur les méthodes contraceptives et leurs avantages peut limiter leurs utilisations. Une étude menée à Lubumbashi en RD Congo énonce dans ses résultats que les femmes disposent d'un poste de radio et d'une télévision sont susceptibles d'utiliser les méthodes contraceptives de longue durée. La sensibilisation insuffisante sur les questions de santé reproductive et de planification familiale peut également limiter l'utilisation de la contraception. Cependant, on peut sortir avec une note de satisfaction du fait que les TIC représente un espace d'information et de sensibilisation au service des pouvoirs publics et atteindre une cible plus large²⁸¹.

1.2. Rôle et influence du partenaire, de la famille et des amis sur les décisions contraceptives

La fécondité en Afrique noire est généralement qualifiée de naturelle, c'est-à-dire qu'elle se manifeste généralement dans le mariage et en absence de contraception et d'avortement provoqué. Dans une enquête sur les connaissances, attitudes, pratiques en matière de planification CAP réalisées en Afrique au Sud du Sahara, les femmes sont très embarrassées quand on leur pose des questions sur l'utilisations des méthodes contraceptives ou sur la taille idéale de leur famille, très souvent les réponses se réfèrent à « la volonté de

²⁸⁰Robert BLANC, *Power in Sexual Relationships*, Population Council, 2019, p. 102.

²⁸¹MATUNGULU M.C et al ; Abdel-Mahamoud et al ; Mbaihogoum TINRO., (1999), « *L'utilisation actuelle des méthodes contraceptives par les femmes au Tchad* », Université de Yaoundé II – Institut de Formation et de Recherche Démographique (IFORD).

Dieu » ; « je ne connais pas ». Pour parler de l'influence du conjoint, l'harmonie au sein du couple est cruciale créant ainsi un climat de confiance et la contraception vient renforcer la famille pour le besoin du bien-être. Dans la plupart des cas, les conjoints s'opposent à des méthodes contraceptives.²⁸²

La reconnaissance de l'autorité suprême au patriarche dans les sociétés patrilinéaires renforce la cohésion de la famille. Dans les sociétés traditionnelles à économie de subsistance, les enfants représentent une véritable source de richesse. Leur rapport sur le plan économique constitue un puissant facteur de motivation de la fécondité.²⁸³ Au Mali, les enfants sont considérés comme une richesse sociale. Cette vision est partagée au Tchad où l'enfant au-delà de la lignée parentale appartient à la société.²⁸⁴ La famille peut transmettre des valeurs et des croyances culturelles et sociales qui influencent les décisions contraceptives. Les amis et voisins eux aussi influencent sur les décisions contraceptives, notamment en partageant leur expériences et opinions sur les méthodes contraceptives. Car, leur dynamique constitue une autre source d'influence, agissant parfois comme un relais d'informations ou de rumeurs. Certaines femmes découvrent des méthodes contraceptives par l'expérience d'une amie, tandis que d'autres sont découragées par des récits négatifs. « *Ma voisine m'a dit que l'implant peut rendre stérile. J'ai eu peur et j'ai arrêté après seulement six mois* ».

Ce phénomène des réseaux sociaux informels peuvent être tout aussi influents que les professionnels de santé. Ensuite, l'influence du partenaire est particulièrement déterminante. Dans plusieurs entretiens, les femmes expliquent que l'acceptation ou le refus de leur mari conditionne l'accès aux méthodes contraceptives.

Quant à un enquêté Mariam ZENABOU, elle nous confie respectivement :

*« Je voulais espacer mes grossesses, mais mon mari disait que c'est Dieu qui décide. Finalement, j'ai dû attendre qu'il change d'avis après la naissance du troisième enfant et en attendant cela, je suis encore tombée enceinte du quatrième enfant ; vraiment il faut que l'état prenne de précaution à cette situation ».*²⁸⁵

²⁸²MATUNGULU M.C et al ; Abdel-Mahamoud et al ;

²⁸³MLOUP., (1987) cité par Tokindang., (1987).

²⁸⁴Mbahogoum TINRO., Ibid.

²⁸⁵Entretien avec l'enquêtée Mariam ZENABOU, quartier habena 2025.

Dans les contextes patriarcaux, l'autonomie reproductive des femmes reste restreinte par la hiérarchie conjugale. La famille élargie, notamment la belle-mère, joue également un rôle non négligeable. Certaines belles-mères encouragent la fécondité continue afin d'assurer la pérennité du lignage ou d'augmenter le prestige familial. Honorine âgée. 33 ans : « *Ma belle-mère dit toujours qu'une femme qui a beaucoup d'enfants est respectée dans la famille. Quand elle a appris que je prenais la pilule, elle a dit que je voulais couper la bénédiction de Dieu* ». Cette pression familiale est également observée par Duteil-Mouroux qui disait « *la reproduction est souvent envisagée comme un devoir collectif et non comme un choix privé* ». ²⁸⁶

Enfin, dans certains cas, l'influence peut être positive, notamment lorsque des partenaires, des amis ou des membres de la famille soutiennent la décision d'utiliser la contraception. Plusieurs enquêtées rapportent que l'encouragement du mari ou de sœurs aînées a facilité l'adoption d'une méthode. Blandine., 35 ans, explique : « *Mon mari a assisté à une séance d'information au centre de santé. Après, il m'a dit que c'était mieux pour nous deux de limiter les naissances* ».

Cette dynamique rejoint les observations de Williamson et al, qui expliquaient que « *le dialogue conjugal et le soutien mutuel augmentent considérablement la probabilité d'adoption et de maintien des méthodes modernes* » ²⁸⁷.

²⁸⁶Mouroux.DUTEIL, *Conjugalité et parentalité dans l'Afrique contemporaine*, Paris, Presses Universitaire de France, 2018, p. 142.

²⁸⁷WILLIAMSON et al., *Couple Communication and Contraceptive Use*, 2021, p. 113, Reproductive Health Journal.

CHAPITRE 4 :

DÉTERMINANTS CULTURELS ET ATTITUDES ENVERS LA CONTRACEPTION

La question de la contraception au Tchad s'inscrit dans un environnement où les pratiques de santé reproductive sont étroitement imbriquées aux croyances, aux traditions et aux rapports sociaux qui structurent la vie communautaire. Dans un contexte de diversité ethnique, linguistique et religieuse, les perceptions et les usages liés aux méthodes contraceptives se construisent à la croisée des influences culturelles, des prescriptions religieuses et des dynamiques socio-économiques. Depuis les premières campagnes nationales de sensibilisation à la planification familiale dans les années 1990, jusqu'aux initiatives contemporaines soutenues par l'État et ses partenaires, la diffusion de la contraception moderne a été confrontée à une double réalité : d'une part, la volonté institutionnelle de promouvoir l'espacement des naissances pour améliorer la santé maternelle et infantile ; d'autre part, la persistance de normes traditionnelles valorisant la fécondité élevée comme marque de statut social, de bénédiction divine et de sécurité économique. Ce chapitre analyse les perceptions et croyances religieuses face à la contraception (I), les normes sociales, genres et pouvoirs de décision (II), connaissances, sources d'informations et rumeurs (III).

I. PERCEPTIONS ET CROYANCES RELIGIEUSES FACE À LA CONTRACEPTION

La dimension religieuse occupe une place prépondérante dans les représentations de la reproduction au Tchad. Les principales confessions présentes islam, christianisme et religions traditionnelles ne se limitent pas à encadrer la vie spirituelle ; elles structurent également les normes sociales et familiales qui orientent les comportements reproductifs. Dans ce contexte, la fécondité est souvent considérée comme une bénédiction divine, et toute intervention visant à limiter volontairement les naissances peut être perçue comme une transgression de l'ordre sacré établi.

1. Positions des différentes confessions religieuses (Islam, Christianisme, religions traditionnelles)

Le contexte tchadien, où l'islam et le christianisme coexistent avec des religions traditionnelles animistes, la question de la contraception se trouve étroitement liée aux référentiels spirituels qui structurent la vie sociale. L'islam, majoritaire dans le pays, n'interdit pas formellement la régulation des naissances, mais encourage plutôt l'espacement des grossesses pour préserver la santé maternelle et infantile, à condition que cela ne compromette pas la procréation²⁸⁸. Cependant, cette flexibilité doctrinale est souvent réinterprétée localement en faveur d'une vision pro-nataliste, selon laquelle toute limitation volontaire de la fécondité serait contraire à la volonté divine. Le christianisme, quant à lui, présente une diversité d'approches selon les confessions. L'Église catholique, en s'appuyant notamment sur l'encyclique *Humanae Vitae* promulguée par Paul VI en 1968, rejette les méthodes artificielles et recommande les méthodes naturelles de régulation des naissances, fondées sur l'observation du cycle féminin par les femmes d'Abena dans notre champ d'étude.²⁸⁹ Les Églises protestantes, en revanche, adoptent des positions plus souples, considérant que l'usage de la contraception relève de la conscience individuelle des couples, pourvu qu'il serve la stabilité familiale et le bien-être des enfants. Toutefois, dans la pratique tchadienne, ces nuances doctrinales sont peu connues des fidèles et la tendance dominante reste une valorisation de la descendance nombreuse.

*« Selon ma foi chrétienne, ces choses ne reflètent pas l'image du Christ. », « Tout chrétien ou chrétienne est une lettre de recommandation comme l'apôtre Paul a mentionné. Pour moi, il faut que femmes apprennent à bien calculer leurs menstrues et c'est la plus meilleure solution d'éviter ces conflits familiaux au quotidiens et de vivre en harmonie dans foyer avec leurs maris »*²⁹⁰

Ces propos expriment une résistance religieuse à la contraception moderne, interprétée comme une contradiction avec les enseignements chrétiens. Une partie des courants chrétiens conçoit la fécondité comme une bénédiction divine indissociable du mariage, ce qui rend suspecte toute pratique contraceptive. Le recours à l'apôtre Paul (« lettres de recommandation », cf. 2 Corinthiens 3 :2-3) traduit une sacralisation de la fidélité conjugale, perçue comme

²⁸⁸Hocine.BENKHEIRA MOHAMED, *L'islam et la naissance : régulation et interdits*, Paris, L'Harmattan, 1997, p. 112.

²⁸⁹JEAN-PAUL II., *La théologie du corps*, Éditions du Cerf, Paris, 1984, p. 87.

²⁹⁰Entretien avec l'enquêtée Solange MEMLELEM à Gassi 2025.

incompatible avec la contraception, souvent assimilée à une porte ouverte à l'infidélité ou à la déviance morale. Sociologiquement, cela confirme que la religion structure fortement les représentations sociales en liant la contraception non seulement à la santé, mais aussi à une identité morale et spirituelle.

Ces citations montrent que la contraception, loin d'être seulement une question de santé publique, s'inscrit dans des représentations sociales complexes, construites autour de la fécondité, de la religion, de la tradition et de l'économie. La théorie de Moscovici Serge permet d'éclairer ce phénomène : la contraception est « *ancrée* » dans des systèmes de pensée préexistants (religion, coutume, économie) et « *objectivée* » à travers des images (bénédictions des ancêtres, richesse par les enfants, infidélité, maladie)²⁹¹. Ces représentations orientent les attitudes et comportements des femmes, et expliquent les résistances observées dans le septième arrondissement de N'Djamena.

« Il faut d'emblée dire qu'une femme qui n'a pas d'enfant, ça dépend, bon, je veux dire que ce n'est pas recommandé d'utiliser parce que les méthodes contraceptives, c'est des produits qui peuvent avoir des conséquences. Mais dans tous les cas, si c'est une femme qui est dans une situation, elle est bien obligée d'utiliser, mais qu'est-ce que Genèse dit par rapport à la procréation ? Les gens vont à l'encontre de la parole de Dieu. »²⁹²

L'enquête met en tension deux logiques : la logique religieuse (la référence à la Genèse²⁹³ comme norme divine prescrivant la procréation) et la logique pragmatique (admettre l'usage dans certaines « *situations* »). Selon Moscovici, ce type de discours illustre le réancrage : on adapte une norme traditionnelle (procréer) à des circonstances nouvelles (santé, contexte économique). La contraception est néanmoins perçue comme un compromis, non comme un droit, ce qui maintient une hiérarchie morale entre « procréation » et « limitation des naissances ». Car la référence religieuse reste déterminante, mais on note un ajustement pragmatique. Cette position traduit un processus de négociation entre les valeurs traditionnelles et les réalités socio-sanitaires.

²⁹¹Serge MOSCOVICI, Ibid.

²⁹²Entretien avec l'enquêteur Pasteur de l'église baptiste de Chagoua d'une autre confession chrétienne 2025.

²⁹³ Genèse, 1 : 28

Les religions traditionnelles tchadiennes, pour leur part, s'inscrivent dans un système symbolique où la fertilité est intimement associée à la prospérité familiale²⁹⁴, à la continuité du lignage et à l'équilibre cosmique. Dans ces perspectives, avoir de nombreux enfants est perçu comme une garantie de survie du groupe, tant sur le plan économique que spirituel²⁹⁵. Limiter volontairement les naissances sont alors perçu comme un affaiblissement du clan et, par conséquent, comme une menace à la cohésion sociale.

*« La femme musulmane ne doit pas utiliser ces méthodes contraceptives modernes, car ça peut avoir des conséquences néfastes sur sa santé. Elle favorise aussi l'infidélité de la femme et en tant que leader, je ne me permets pas d'encourager ces choses aux croyantes d'en faire usage. »*²⁹⁶

Le pasteur adopte un discours nuancé, mêlant réserve médicale et acceptation conditionnelle. La mise en avant des effets sur le système hormonal illustre une objectivation biomédicale négative : l'impact physiologique devient la principale grille de lecture. Comme le note Jodelet Denise, les représentations médicalisées négatives se construisent souvent à partir d'expériences concrètes rapportées par des proches, ce qui leur confère un fort pouvoir persuasif²⁹⁷. L'ouverture à une utilisation « sauf en raison de santé » montre toutefois une flexibilité, signe d'une possible réinterprétation des normes chrétiennes en fonction des réalités contemporaines. Les croyances religieuses ne bloquent pas complètement la contraception, mais le manque d'informations médicales fiables renforce les perceptions négatives. Le discours laisse néanmoins entrevoir un espace d'acceptabilité, sous conditions médicales précises.

Dès lors, même si les doctrines religieuses ne sont pas uniformément opposées à la planification familiale, leur interprétation locale tend à renforcer une norme pro-nataliste. La conjugaison des références scripturaires, des valeurs communautaires et des impératifs lignagers produit un cadre symbolique puissant qui rend difficile l'acceptation sociale de la contraception moderne²⁹⁸. Cette tendance structure profondément les attitudes des femmes de

²⁹⁴John MBITI, *African Religions and Philosophy*, Heinemann, Nairobi, 1969, pp. 120-135

²⁹⁵Fortes MEYER, *Kinship and the Social Order*, Aldine Publishing, Chicago, 1969, p. 143.

²⁹⁶Entretien avec l'enquête Imam d'une des mosquées de Chagoua 2025.

²⁹⁷Denise JODELET., *Les représentations sociales*, Paris Presses Universitaire de France, 1989, p. 73.

²⁹⁸PierreBOURDIEU, *L'inégalité sociale et sa légitimation*, dans *Pierre Bourdieu revisité*. La notion de capital social, accès en ligne via HAL-SHS (2010), p. 2-3, <https://shs.hal.science/halshs-00410328/document> (consulté le 7 Juillet 2025) .

cet arrondissement et des familles, en les inscrivant dans une logique où la maîtrise de la fécondité est souvent suspectée de trahir l'ordre divin et social.

« ... surtout certaines méthodes que je ne peux pas trop conseiller ça, comme les injections, les implants parce qu'on ne sait pas comment ces produits peuvent jouer à long terme sur le système hormonal. Je connais des personnes qui utilisent, ça dérègle le système hormonal (certains dérèglent le cycle menstruel des fois les règles ne viennent pas ou viennent abondamment, bref les chrétiennes sont autorisées sauf en raison de santé). »²⁹⁹

L'imam articule deux types de représentations : médicales et morales. Sur le plan sanitaire, l'imam reprend l'idée de nocivité, une crainte largement ancrée dans les discours populaires sur la contraception. Toutefois, Moscovici Serge explique que l'ancrage consiste à intégrer un objet nouveau dans un cadre de compréhension déjà familier ; ici, la contraception est intégrée dans le champ des « *pratiques médicales dangereuses* »³⁰⁰. Sur le plan moral, la contraception est associée à la transgression religieuse et au risque d'infidélité, ce qui rejoint la thèse de Bourdieu Pierre sur la fonction de contrôle social exercée par les normes religieuses sur le corps féminin³⁰¹. Les croyances religieuses contribuent ici à maintenir une vision négative de la contraception, perçue comme une menace à la fois pour la santé physique et pour l'ordre moral. L'ancrage de la contraception dans une logique de suspicion morale limite son acceptabilité sociale.

1.1. Influence des leaders religieux sur les pratiques contraceptives

Dans la société tchadienne, les leaders religieux imams, prêtres, pasteurs et dignitaires traditionnels occupent une place centrale dans la régulation des comportements sociaux, y compris en matière de reproduction. Leur influence dépasse largement la sphère culturelle : ils incarnent des figures d'autorité morale, détenteurs d'un savoir légitimé par la religion, et jouent un rôle de médiation dans les choix familiaux³⁰². Comme l'a montré les institutions religieuses façonnent non seulement la foi, mais également les normes sociales qui en découlent. Dans le contexte de cet arrondissement, cette influence se traduit par une capacité à orienter les perceptions et pratiques liées à la contraception, souvent en faveur d'une

²⁹⁹Entretien avec l'enquête Pasteur d'une confession chrétienne 2025.

³⁰⁰Serge MOSCOVICI, Ibid.

³⁰¹Pierre BOURDIEU, Ibid.

³⁰²Asad TALAL, *Généalogies of Religion*, Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1993, p. 201.

reproduction abondante. Les leaders religieux, dans leurs prêches et enseignements, véhiculent fréquemment une vision pro-nataliste³⁰³, assimilant la descendance nombreuse à une bénédiction divine et un signe de force communautaire. Certains imams insistent sur le fait que « *Dieu pourvoit à la subsistance de chaque enfant* » et que limiter volontairement les naissances revient à douter de la providence divine³⁰⁴.

❖ Position de l'islam sur la contraception

Selon tradition islamique, la question de la contraception est abordée à partir des textes scripturaires, mais surtout par la jurisprudence (fiqh) et l'interprétation des oulémas. Contrairement à une idée largement répandue, aucun verset du Coran n'interdit explicitement la contraception. Toutefois, certains passages sont souvent évoqués pour souligner la sacralité de la vie et le rôle divin dans la fécondité. Ainsi, dans la sourate Al-An'âm, Dieu avertit : « *Ne tuez pas vos enfants par crainte de pauvreté. Nous leur donnons subsistance, tout comme à vous* » Coran 6 :151, et ce même principe est réaffirmé dans la sourate Al-Isrâ' : « *Ne tuez pas vos enfants par crainte de pauvreté : c'est Nous qui leur attribuons leur subsistance* » Coran 17 :31. Bien que ces versets visent d'abord à condamner l'infanticide pratiqué à l'époque préislamique, ils sont parfois utilisés pour désapprouver les politiques de limitation des naissances fondées sur des motifs économiques.

Par ailleurs, le Coran insiste sur la souveraineté divine en matière de procréation. Il est dit dans la sourate Ash-Shûrâ : « *Il donne à qui Il veut des filles, et Il donne à qui Il veut des garçons. [...] Il rend stérile qui Il veut.* » Coran 42 :49-50. Ce verset, en mettant en avant la toute-puissance d'Allah, inspire une lecture selon laquelle l'homme ne doit pas interférer avec le destin procréatif que Dieu lui réserve³⁰⁵. Cependant, cette interprétation n'implique pas une interdiction stricte, mais appelle à la prudence morale et à la conscience religieuse dans l'usage de la contraception. Historiquement, les écoles juridiques musulmanes n'ont pas fermé la porte à la régulation des naissances. La pratique du coït interrompu (al-'azl), bien connue à l'époque du Prophète Muhammad, était autorisée tant qu'elle était pratiquée avec le consentement de la femme. Cette tolérance a été reprise par les quatre grandes écoles sunnites (hanafite, malikite, chaféite, hanbalite), à condition que la contraception soit temporaire, réversible, et ne cause pas de préjudice physique ou moral. Comme le rappelle Abdel-Rahim

³⁰³HUMANAE VITAE du Pape Paul VI., *Libreria Editrice Vaticana*, Cité du Vatican, 1969, pp. 10-15.

³⁰⁴Hocine BENKHEIRA MOHAMED, *L'islam et la naissance : régulation et interdits*, Paris, L'Harmattan, 1997, p. 112.

³⁰⁵LE CORAN Tradition de Muhammad Hamidullah, *Médine : Complexe de Roi Fahd pour l'impression du Saint Coran*, 1990, sourate 42, versets 49-50.

Omran, « *la majorité des oulémas historiques ont toléré le retrait comme méthode, et rien dans le Coran ne l'interdit explicitement* »³⁰⁶.

De nos jours, cette position nuancée se retrouve dans les discours contemporains. Si certains leaders religieux rejettent les méthodes contraceptives modernes, d'autres notamment dans les institutions islamiques modérées les considèrent compatibles avec l'éthique musulmane, lorsqu'elles visent à préserver la santé de la mère, l'équilibre du foyer ou le bien-être des enfants. L'approche islamique se distingue ainsi par sa flexibilité³⁰⁷, fondée sur le principe du maslaha (intérêt général), qui permet d'adapter la règle religieuse aux réalités sociales, tant que l'intention reste conforme aux finalités de la charia.

❖ Position chrétienne sur la contraception

La fécondité est conçue comme une bénédiction divine indissociable de l'union conjugale. Plusieurs passages bibliques sont invoqués pour soutenir cette vision pro-nataliste³⁰⁸. Dès le premier chapitre de la Genèse, Dieu adresse aux premiers humains ce commandement fondamental : « *Soyez féconds, multipliez, remplissez la terre* » Genèse 1 :28. Ce verset est souvent interprété par les Églises comme l'expression de la volonté divine d'ouverture à la vie. De même, dans le Psaume 127, les enfants sont décrits comme « *un héritage de l'Éternel* » et « *une récompense* »³⁰⁹, valorisant ainsi la fécondité abondante comme une marque de faveur divine. Cette condamnation-là plus fréquemment citée vient de l'épisode d'Onan Genèse 38 :8–10, où celui-ci refuse d'honorer le devoir du lévirat en « *laissant tomber sa semence à terre* », ce qui déplut à Dieu. « *Si la contraception favorise l'égoïsme ou le rejet du rôle de parent, alors elle doit être questionnée à la lumière de l'Évangile.* »

Bien que l'objet du châtiment divin soit discuté certains y voient une désobéissance rituelle, d'autres une condamnation implicite du coït interrompu, cette scène reste un point de référence classique pour les opposants religieux à toute forme de contraception. Dans le Nouveau Testament, l'injonction paulinienne à glorifier Dieu dans son corps 1 Corinthiens 6 :19–20 est également mobilisée pour soutenir l'idée que manipuler la fécondité artificiellement irait à l'encontre de la vocation sacrée du corps. C'est sur la base de cette

³⁰⁶Abdel-Rahim OMRAN, *Family Planning in the Legacy of Islam* (London and New York : Routledge, 1992, p. 45–48.

³⁰⁷POPULATION Council. *Perspectives islamique sur la contraception familiale*. Le Caire : Population Council, 2014, p. 21.

³⁰⁸Karl BARTH, *Éthique chrétienne*. Genève : Labor et Fides, 1971.

³⁰⁹LA BIBLE, Genèse 1 :28 ; Genèse 38 :8–10 ; Psaume 127 :3–5 ; 1 Corinthiens 6 :19–20.

lecture théologique que l'Église catholique a réaffirmé, dans l'encyclique *Humanae Vitae* de Paul VI 1968, son opposition ferme à toute méthode contraceptive artificielle. L'encyclique stipule que « tout acte matrimonial doit rester ouvert à la transmission de la vie », rejetant ainsi l'usage de la pilule³¹⁰, du préservatif ou du stérilet, tout en autorisant l'espacement des naissances par les méthodes naturelles. Cette position repose sur une anthropologie chrétienne dans laquelle sexualité, amour conjugal et procréation forment un tout indivisible. En conséquence, toute dissociation volontaire entre union sexuelle et fécondité est perçue comme contraire à l'ordre moral voulu par Dieu. « *Que le mari rend à sa femme ce qu'il lui doit, et que sa femme agisse de même envers son mari (...) ils ne sont plus maîtres de leurs propres corps.* » 1 Corinthiens 7 :3-4.

Cette posture doctrinale, largement relayée par les leaders religieux dans les églises locales, influence fortement les croyances et comportements de nombreux fidèles dans les sociétés africaines. Elle contribue à la persistance d'un modèle familial valorisant les familles nombreuses, et à la méfiance, voire au rejet³¹¹, des pratiques contraceptives modernes. Ainsi, au-delà des prescriptions théologiques, c'est un système de représentations et de normes morales qui façonne, encore aujourd'hui, les décisions reproductives des croyants.

❖ Position des religions traditionnelles africaines sur la contraception

Les religions traditionnelles africaines, bien qu'ayant des systèmes de croyances profondément enracinés dans les structures communautaires, n'abordent pas directement la question de la contraception, telle qu'elle se présente aujourd'hui dans les sociétés modernes. Toutefois, leurs conceptions du monde, centrées sur le lignage, la reproduction et la continuité ancestrale, façonnent une vision clairement pro-nataliste, où la fertilité est considérée comme un bien suprême, et les enfants, comme le fondement de l'existence sociale. Comme le souligne Mbiti John, « *Les enfants prolongent la vie de leurs parents, et à travers eux le nom de la famille est perpétué. [...] Plus une personne a d'enfants, plus sa gloire est grande* »³¹². Cette perspective valorise la descendance nombreuse comme un moyen d'assurer la survie du groupe et l'immortalité symbolique des ancêtres. Dans ce système de pensée, la fécondité n'est pas seulement biologique ; elle est sacrée, cosmologique et sociale. L'enfant n'est pas uniquement perçu comme un ajout au foyer, mais comme un maillon vital de la chaîne entre

³¹⁰Paul VI. *HUMANAЕ VITAE*. Cité du Vatican : Libreria Editrice Vaticana, 1968.

³¹¹Stanley John GRENZ *The Moral Quest : Foundation of Christian Ethics*. Downers Grove : InterVarsity Press, 1997.

³¹²John MBITI, *African Religions and Philosophy Nairobi*: Heinemann Educational Books Ltd, 1969, p. 108.

les vivants, les morts et ceux à naître. Toute tentative de limitation volontaire des naissances est donc implicitement perçue comme une rupture de l'ordre établi. La contraception moderne est souvent comprise, non pas en termes médicaux ou sanitaires, mais à travers le prisme de l'occultisme, de la stérilité surnaturelle ou d'une perte de puissance vitale. Elle est parfois associée à un affaiblissement du clan, voire à une atteinte au pacte entre l'individu et les ancêtres.

*« Les enfants prolongent la vie de leurs parents, et à travers eux le nom de la famille perdure. C'est pourquoi les enfants sont la gloire du mariage, et plus une personne en a, plus sa gloire n'est grande. »*³¹³

Par conséquent, l'accueil de la contraception dans ces milieux traditionnels se heurte à des résistances culturelles profondes. Ces résistances ne se manifestent pas toujours par un rejet frontal, mais par une absence de langage symbolique approprié pour penser la limitation des naissances sans mettre en péril l'identité sociale. Comme le notent Sossou et Dako, « *dans plusieurs communautés africaines, avoir peu d'enfants est socialement suspect : c'est le signe d'un sort, d'une stérilité ou d'une déviance morale* »³¹⁴. Cette représentation sociale entretient une pression implicite sur les femmes, censées démontrer leur fécondité comme preuve de leur valeur conjugale et familiale. Cependant, dans les dynamiques contemporaines, on observe des transformations progressives. Sous l'effet de l'urbanisation, de l'éducation des filles, de l'évolution des rôles de genre et de la santé publique, certaines communautés commencent à réinterpréter leurs normes ancestrales. Des leaders traditionnels, autrefois garants des interdits, deviennent parfois des relais de sensibilisation, notamment lorsqu'ils sont associés à des programmes culturels de santé reproductive. Cela montre que les religions africaines, bien qu'anciennes, ne sont pas figées et peuvent, dans certaines conditions, intégrer la régulation des naissances dans une logique de préservation collective, à condition que cette pratique soit réinscrite dans le langage du respect, de l'équilibre et de la continuité du par les leaders religieux dans les églises locales, influence fortement les croyances et comportements de nombreux fidèles dans les sociétés africaines. Elle contribue à la persistance d'un modèle familial valorisant les familles nombreuses, et à la méfiance, voire au rejet, des pratiques contraceptives modernes. Ainsi, au-delà des prescriptions théologiques, c'est un système de

³¹³ Mbiti, *Op cite*, p. 108,

³¹⁴ Marie-Antoinette SOSSOU, et KOFFI Dako., *Women's Reproductive Health in Africa: Cultural and Ethical Perspectives* (Accra: African Women's Research Centre, 2007, p. 87.

représentations et de normes morales qui façonne, encore aujourd'hui, les décisions reproductives des croyants.

« Chez nous, les femmes Ngambayes utilisent les graines de papaye, consommées du dixième au dix-septième jour, pour empêcher la fécondation. Nous on ne connaît pas leurs histoires là. On croit que ça empêche l'enfant de venir et plusieurs parmi nous disent que ça marche mieux que les produits des hôpitaux. »³¹⁵

Cette pratique repose sur une connaissance empirique du cycle menstruel, ancrée dans un savoir local transmis entre générations. Le fait que la période ciblée corresponde à la fenêtre supposée de fertilité (*ovulation*) montre une forme de « *science populaire* » de la reproduction. Cette forme de connaissance est soulignée par Foucault Michel, les savoirs profanes précèdent souvent la médicalisation moderne en constituant des « *régimes de vérité* » alternatifs³¹⁶. Sociologiquement, cette méthode illustre une appropriation culturelle de la contraception par les Ngambaye. Elle traduit à la fois une volonté de régulation des naissances et une méfiance vis-à-vis des produits biomédicaux jugés invasifs. Elle confirme l'hypothèse selon laquelle les représentations sociales de la contraception s'articulent à des savoirs traditionnels, mais avec une efficacité limitée et des incertitudes biologiques.

« Depuis longtemps, nos mères femmes Sarah utilisent le gui d'un arbre du nom kaltah, attaché autour de la taille, pour empêcher la fécondation. C'est une habitude qui continue encore chez certaines, même si on nous parle de pilules ou d'implants. »³¹⁷

Cette pratique illustre une conception symbolique et magique de la fécondité, où l'objet végétal devient un « *talisman protecteur* ». Comme le souligne Marcel Mauss met en évidence les sociétés traditionnelles qui attribuent aux objets des forces symboliques capables d'agir sur le corps et la vie sociale³¹⁸. L'usage du gui traduit une représentation de la contraception comme relevant d'un ordre mystico-religieux. L'acte d'attacher la plante sur le corps féminise et sacralise la fécondité, inscrivant la contraception dans un registre spirituel et collectif. Cela illustre l'hypothèse S1 : les croyances religieuses et symboliques structurent fortement l'acceptation et le rejet de la contraception moderne.

³¹⁵Entretien avec l'enquêtée Abigaël NERAMBAYE à Habena 2025.

³¹⁶Michel FOUCAULT « Naissance de la clinique », 1963, Paris Presses Universitaires de France, p. 112.

³¹⁷Entretien avec l'enquêtée Tatiana YANKINGAM à Gassi 2025.

³¹⁸Marcel MAUSS, « Sociologie et anthropologie », 1950, Paris Presses Universitaire de France, p. 104.

« Nous les femmes Toupouri, on connaît l'oignon sauvage. Nos grands-mères le cultivaient derrière les casses. Quand une femme ne voulait pas tomber enceinte, elle en attachait autour de la taille comme contraceptif. C'est comme une ceinture de protection. »³¹⁹

Cette pratique illustre la continuité entre alimentation, plantes médicinales et régulation de la fécondité. L'oignon sauvage, perçu comme une ressource de proximité, est investi d'une valeur thérapeutique et protectrice. Elle illustre ce que Claude Lévi-Strauss appelait une « *logique classificatoire* » où les éléments de la nature sont intégrés dans un système symbolique qui leur attribue des propriétés sociales et biologiques³²⁰. L'utilisation des oignons sauvages reflète une rationalité pragmatique et écologique : se servir de ce qui est disponible pour contrôler la reproduction. Toutefois, l'efficacité reste symbolique plus que médicale. Cette pratique, enracinée dans la culture Toupouri, montre que la régulation des naissances existe bel et bien, mais qu'elle reste contrainte par l'absence de services de santé accessibles et par la prégnance des représentations locales.

Cependant, l'influence des leaders religieux n'est pas uniformément opposée à la contraception. Certains adoptent des positions nuancées, admettant son usage pour des raisons médicales ou dans le cadre d'un espacement des naissances. Ainsi, quelques imams appuient leur argumentation sur des hadiths relatifs au 'azl (coït interrompu), pratique tolérée par le prophète dans certains contextes.

De même, certains prêtres catholiques sensibilisent leurs fidèles aux méthodes naturelles, tandis que des pasteurs protestants plaident pour une responsabilisation des couples dans la maîtrise de leur fécondité³²¹. Ces discours minoritaires montrent que des espaces de dialogue sont possibles entre la tradition religieuse et la planification familiale.

Il n'en reste pas moins que, dans la majorité des cas, les leaders religieux demeurent des vecteurs puissants de reproduction des normes pro-natalistes. Leur parole, dotée d'une forte légitimité sociale, peut freiner l'adhésion aux campagnes de santé publique en faveur de la contraception, surtout lorsque celles-ci sont perçues comme des injonctions exogènes portées par des institutions internationales.

³¹⁹Entretien avec l'enquêtrice Prisca MAIPA à Atrone 2025.

³²⁰Claude LEVI-STRAUSS, Ibid.

³²¹Mohamed ABOU ZAHRA., Al-Ahwal al-Chakhsiyya, Dar al-Fikr al-Arabi, Le Caire, 1957, p. 215.

Comme l'explique Bourdieu, la parole d'autorité fonctionne comme un acte performatif : elle produit des effets réels sur les comportements, non par la contrainte physique, mais par la reconnaissance sociale de sa légitimité³²². Ainsi, comprendre l'influence des leaders religieux sur les pratiques contraceptives revient à saisir le rôle structurant qu'ils exercent dans la configuration des attitudes et des choix reproductifs.

1.2. Analyse comparative des positions religieuses sur la contraception

L'examen des positions religieuses révèle que l'islam, le christianisme et les religions traditionnelles africaines convergent globalement vers une vision pro-nataliste, tout en intégrant, à des degrés divers, des ouvertures conditionnelles à la régulation des naissances.

Dans la tradition islamique, les versets coraniques relatifs à la vie, à la subsistance et à la consultation mutuelle des époux sont interprétés différemment selon les écoles juridiques (madhahib). Si les approches conservatrices mettent l'accent sur l'accueil inconditionnel de toute naissance comme un décret divin, d'autres lectures, notamment fondées sur le principe de maslaha (intérêt public), reconnaissent la légitimité de la contraception lorsque celle-ci vise à préserver la santé de la mère, à espacer les naissances ou à garantir la stabilité familiale³²³.

Le christianisme, quant à lui, a longtemps privilégié une interprétation stricte, particulièrement dans le catholicisme, où les textes comme *Humanae Vitae* Paul VI rejettent les méthodes artificielles tout en acceptant l'abstinence périodique³²⁴. Toutefois, des approches protestantes et évangéliques tendent à considérer que la bénédiction de la fécondité Genèse 1 :28 n'implique pas une obligation illimitée, et qu'une planification responsable peut s'inscrire dans le cadre de la bonne intendance des ressources familiales.

Les religions traditionnelles africaines, telles que décrites par Idowu Bolaji Olodumare, placent la procréation au cœur de la continuité lignagère et de la mémoire ancestrale³²⁵. Dans ce système, la contraception est généralement vue comme une atteinte à la vitalité communautaire. Toutefois, certaines pratiques, comme l'abstinence post-partum prolongée ou l'allaitement exclusif, témoignent d'une régulation naturelle des naissances

³²²Pierre BOURDIEU, *Ce que parler veut dire*, Paris, Fayard, 1982, p. 94.

³²³Yusuf AL-QARADAWI, *The Lawful and the Prohibited in Islam*. Indianapolis : American Trust Publications, 1999, p. 220.

³²⁴Paul VI. *HUMANAE VITAE*., Ibid.

³²⁵Bolaji. Olodumare IDOWU, *God in Yoruba Belief*. London : Longman, 1962, p. 157.

visant à préserver la santé maternelle et infantile, ce qui constitue une forme traditionnelle de planification familiale.

Ainsi, si chaque système religieux présente une trame normative valorisant la fécondité, les réalités contemporaines, marquées par l'urbanisation, les contraintes économiques et la transformation des rôles de genre, conduisent à l'émergence de lectures plus contextualisées et pragmatiques. Cette dynamique illustre comment les croyances religieuses, loin d'être figées, interagissent avec les mutations sociales et sanitaires, ouvrant la voie à des formes différenciées d'acceptation ou de rejet de la contraception.

1.3. Interprétations et conciliations individuelles des préceptes religieux

Bien que les discours officiels des institutions religieuses et les positions publiques des leaders spirituels puissent sembler rigides, les individus ne les appliquent pas toujours de manière littérale. Dans le contexte tchadien, nombre de fidèles développent des interprétations personnelles et parfois pragmatiques des préceptes religieux relatifs à la reproduction. Pour Thomas Luckmann, la religion vécue ne se limite pas aux dogmes officiels ³²⁶ : elle intègre des ajustements individuels qui permettent de concilier convictions spirituelles et réalités quotidiennes. Ainsi, certaines femmes et couples réinterprètent les enseignements religieux afin de justifier un recours, même discret, à la contraception, surtout lorsque leur santé ou leurs conditions économiques rendent difficile l'accueil de nombreux enfants.

Ces conciliations individuelles reposent souvent sur un argument moral : préserver la santé que Dieu leur a donnée est en soi un acte pieux. Cette justification s'appuie sur un principe largement partagé dans les traditions religieuses, à savoir que la vie humaine doit être préservée et protégée. Des fidèles avancent que l'espacement des naissances, grâce à la contraception, permet à la mère de recouvrer ses forces et d'assurer un meilleur soin aux enfants déjà nés. On retrouve ici la logique décrite par Mohamed Hocine Benkheira, qui observe que la tradition islamique comporte des marges d'interprétation laissant place à une régulation familiale compatible avec la foi³²⁷. Cependant, ces accommodements sont souvent pratiqués dans la discrétion, voire dans le secret, afin d'éviter la réprobation sociale. L'usage clandestin de la contraception par les femmes témoigne d'une tension entre leur autonomie reproductive et la norme religieuse dominante. Pour l'expliquer, Michel de Certeau laisse entendre que, ces pratiques relèvent de tactiques de résistance, permettant aux individus de

³²⁶Thomas LUCKMANN, « *The Invisible Religion* », Macmillan, New York, 1967, p. 92.

³²⁷Mohamed Hocine BENKHEIRA., *L'islam et la naissance : régulation et interdits*, Paris, L'Harmattan, 1997, p. 168.

manœuvrer à l'intérieur de systèmes contraignants sans les contester frontalement³²⁸. Dans le cas des femmes du septième arrondissement de N'Djamena, ces tactiques se traduisent par un usage caché des contraceptifs hormonaux, ou par la présentation de l'espacement des naissances comme une nécessité médicale, plutôt qu'un choix volontaire de limitation.

Cette capacité à articuler croyance religieuse et usage contraceptif illustre la plasticité des systèmes culturels et spirituels. Elle montre que, même dans un environnement où la norme pro-nataliste est fortement intériorisée, des espaces d'adaptation et de négociation existent au niveau individuel. Ces ajustements, bien qu'ils demeurent fragiles et souvent non revendiqués publiquement, constituent une voie potentielle pour promouvoir une planification familiale plus acceptée socialement. En ce sens, la compréhension fine de ces conciliations individuelles pourrait inspirer des stratégies de santé publique mieux adaptées aux réalités locales, en s'appuyant sur les valeurs religieuses elles-mêmes pour encourager un usage réfléchi de la contraception.

II. NORMES SOCIALES, GENRE ET POUVOIR DE DÉCISION

Les normes sociales et les dynamiques de genre représentent des vecteurs d'influence fondamentaux sur les attitudes et les pratiques contraceptives, déterminant non seulement qui est habilité à prendre des décisions, mais aussi comment ces décisions sont perçues et acceptées au sein de la famille et de la communauté élargie. Au Tchad, comme dans de nombreuses sociétés d'Afrique subsaharienne, les structures patriarcales sont souvent profondément enracinées, conférant aux hommes un pouvoir décisionnel prépondérant sur les questions liées à la reproduction et, par extension, limitant de manière significative l'autonomie des femmes en matière de planification familiale

1. Rôle des genres et inégalités dans la prise de décision contraceptive au sein du couple

Dans la plupart des sociétés africaines, les rapports de genre structurent profondément la répartition des rôles au sein du couple et influencent directement la prise de décision en matière contraceptive. Le modèle patriarcal dominant confère à l'homme le rôle de chef de famille, détenteur de l'autorité morale et économique. Cette organisation, que Pierre Bourdieu décrit comme une « *domination masculine* »³²⁹ inscrite dans l'ordre social, se traduit par une prééminence masculine dans la gestion des affaires familiales, y compris la régulation des

³²⁸Michel DE CERTEAU, « *L'invention du quotidien* », Paris, Gallimard, 1980, p. 38.

³²⁹Pierre BOURDIEU, « *La domination masculine* », Paris, Seuil, 1998, p. 34.

naissances. Ainsi, même lorsque la femme exprime un souhait de limiter ou d'espacer les grossesses, sa décision reste subordonnée à l'aval de son conjoint.

Cette inégalité décisionnelle s'explique par des normes sociales qui assignent à la femme un rôle quasi exclusif de reproductrice et de garante de la continuité familiale. Le patriarcat impose aux femmes des obligations reproductives qui renforcent leur dépendance vis-à-vis des hommes³³⁰. Dans ce contexte, la contraception est souvent perçue par les hommes comme une menace pour leur autorité et pour l'ordre familial traditionnel. Certains craignent qu'un contrôle accru des femmes sur leur fécondité ne s'accompagne d'une remise en cause des hiérarchies domestiques. Les conséquences pratiques de cette asymétrie sont multiples. Dans de nombreux ménages, la discussion ouverte sur la contraception est absente, soit par tabou, soit par crainte de désaccord conjugal³³¹. Les femmes qui souhaitent recourir à la contraception peuvent se retrouver dans une situation de double contrainte : respecter les injonctions conjugales tout en protégeant leur santé reproductive. Certaines recourent alors à des méthodes discrètes, comme l'implant ou l'injection hormonale, qui ne nécessitent pas de négociation préalable avec le conjoint. Cependant, ces pratiques clandestines comportent des risques sociaux, allant du conflit conjugal à la répudiation.

Cette structuration genrée du pouvoir de décision explique en grande partie la faible prévalence contraceptive au Tchad. Tant que les rapports de genre resteront profondément inégalitaires, les campagnes de sensibilisation ciblant uniquement les femmes risquent de produire des effets limités. Comme le recommande World Health, il est essentiel d'impliquer les hommes dans les programmes de santé reproductive afin de transformer la contraception en un choix concerté du couple³³², plutôt qu'en un acte perçu comme unilatéral et contestataire.

1.1. Pression sociale et familiale (belle-famille, communauté)

La décision d'adopter ou non une méthode contraceptive, au Tchad, ne se joue pas seulement au sein du couple³³³ ; elle est largement influencée par l'entourage familial et communautaire. Dans de nombreuses cultures tchadiennes, la belle-famille, et plus particulièrement la belle-mère, exerce une influence considérable sur les jeunes couples,

³³⁰Deniz KANDIYOTI, *Bargaining with Patriarchy*, Gender and Society, vol. 2, n° 3, 1988, p. 275.

³³¹Association Tchadienne pour le bien-être Familiale (ASTBEF). Rapport d'étude sur les déterminants de la non-utilisation des méthodes contraceptives modernes. N'Djamena : ASTBEF, 2021, p. 24.

³³²WORLD HEALTH., *Organization Gender and Reproductive Rights*, WHO, Genève, 2001, p. 54.

³³³Cissie NAMANDA et ses collaborateurs., *A Qualitative Study on Influences on the Uptake of Contraceptive Services Among People of Reproductive Age in Uganda*, BMC Women's Health, 2023, p. 1 -2.

surtout dans les premières années de mariage. La reproduction est perçue comme un enjeu collectif qui engage l'honneur et la survie du lignage³³⁴. Dès lors, la fécondité de la femme devient un sujet d'intérêt communautaire, et la contraception peut être interprétée comme une menace à la pérennité familiale. La pression sociale se manifeste souvent sous la forme d'injonctions explicites à avoir des enfants rapidement et en nombre suffisant. Dans certains quartiers comme Digo, Kouliti, Adeneo, Madjafa etc., la fécondité est valorisée non seulement pour des raisons symboliques, mais aussi pour des raisons économiques : les enfants constituent une force de travail agricole et un soutien aux tâches domestiques³³⁵. Dans ces contextes, limiter volontairement les naissances peut être perçu comme une forme d'égoïsme ou d'irresponsabilité envers la famille élargie. Cette logique est renforcée par l'existence d'un système de solidarité intergénérationnelle dans lequel les enfants sont appelés à subvenir aux besoins de leurs parents âgés.

La communauté joue également un rôle normatif puissant en matière de reproduction. Les comportements individuels, y compris les choix contraceptifs, sont scrutés par les voisins, les amis et les membres du groupe ethnique ou religieux³³⁶. La planification familiale moderne est parfois associée à une adoption de valeurs étrangères, en contradiction avec les traditions locales. Les pratiques qui s'écartent des normes collectives sont souvent perçues comme des menaces à l'ordre social et symbolique³³⁷, ce qui justifie leur stigmatisation. Ainsi, les femmes utilisant la contraception peuvent être l'objet de commérages ou de suspicions quant à leur moralité. Cette pression combinée de la belle-famille et de la communauté a pour effet de restreindre fortement la marge de manœuvre des femmes en matière de choix reproductifs. Même lorsqu'elles souhaitent espacer ou limiter les naissances, elles peuvent renoncer à utiliser une méthode contraceptive moderne afin d'éviter un conflit familial ou une stigmatisation publique. Cette contrainte sociale montre que la décision contraceptive n'est pas seulement une question de couple, mais bien un enjeu collectif inscrit dans un réseau dense d'obligations et de surveillance sociale.

³³⁴Jack GOODY, « *Production and Reproduction* », Press, University, Cambridge, 1976, p. 89.

³³⁵MBITI John, Ibid.

³³⁶Laura ZIMMERMAN et al., *Family planning Beliefs and Thei Association wht contraceptive Use Dynamics : Results from a Longitudinal Study in Uganda*. Studies in Family Planning 52, no. 3, 2021, p.239-256.

³³⁷Mary DOUGLAS, « *De la souillure* », Paris, Maspero, 1966, p. 128.

1.1. Stigmatisation et tabous associés à l'utilisation de la contraception

L'utilisation de la contraception moderne dans le contexte tchadien est entourée de nombreux tabous et d'une stigmatisation persistante. Les représentations sociales dominantes associent souvent la planification familiale à des comportements moralement répréhensibles, tels que la promiscuité sexuelle ou l'infidélité féminine. Le stigmate fonctionne comme un attribut discréditant qui réduit une personne à une identité sociale dévalorisée³³⁸. Ainsi, une femme recourant à la contraception peut être perçue comme dérogeant à son rôle social de mère féconde et dévouée à la continuité familiale.

Les tabous se nourrissent également de croyances erronées sur les effets physiologiques et psychologiques des méthodes contraceptives. Des rumeurs persistantes avancent que les contraceptifs hormonaux provoqueraient la stérilité³³⁹, des malformations congénitales, voire des maladies graves comme le cancer. Ces représentations, largement diffusées dans les réseaux informels, renforcent la perception que la contraception est une pratique risquée, tant pour la santé physique que pour la réputation sociale de la femme. Ce climat de suspicion trouve un écho dans les travaux de Whyte Susan qui montre comment les sociétés africaines interprètent les innovations biomédicales à travers des cadres culturels préexistants³⁴⁰.

La stigmatisation est également genrée : elle vise prioritairement les femmes, alors que l'usage du préservatif masculin, par exemple, est moins sujet à des jugements moraux explicites. Cela reflète une inégalité structurelle dans la manière dont la sexualité et la reproduction sont socialement régulées. Les femmes sont souvent tenues pour seules responsables de la reproduction et de la moralité sexuelle, et leur recours à la contraception peut être interprété comme un signe d'émancipation jugé menaçant pour l'ordre social patriarcal. Cette asymétrie rejoint l'analyse de Denise Riley qui souligne que la féminité est historiquement construite comme une fonction reproductive au service de la communauté³⁴¹. Ces tabous et stigmatisations constituent des obstacles majeurs aux politiques de santé publique en matière de planification familiale. Ils alimentent un climat de peur et de méfiance qui dissuade les femmes, même informées, d'adopter une méthode contraceptive moderne. Pour lever ces freins, il ne suffit pas de fournir un accès matériel aux contraceptifs ; il est

³³⁸Eving GOFFMAN, *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris Les Éditions de Minuit, 1963, p. 11.

³³⁹Odile N'ZOYEM, *Santé de la reproduction et dynamiques sociales en Afrique centrale*, Paris, l'Harmattan, 2017, p. 83.

³⁴⁰Susan WHYTE, *Questioning Misfortune*, Press, Cambridge University, Cambridge, 1997, p. 162.

³⁴¹Denise RILEY, *Am I That Name?* Macmillan, Londres, 1988, p. 94.

nécessaire de déconstruire, par un dialogue culturellement adapté, les représentations négatives qui entourent leur usage. La réussite des interventions sanitaires dépend autant de leur acceptabilité sociale que de leur efficacité technique³⁴².

III. NIVEAUX DE CONNAISSANCE DES DIFFÉRENTES MÉTHODES CONTRACEPTIVES

1. Connaissances des méthodes contraceptives par les femmes

Le niveau de connaissance des méthodes contraceptives au Tchad demeure inégal et globalement faible, surtout dans les zones rurales. Si certaines femmes ont entendu parler de la contraception, cette connaissance reste souvent superficielle et limitée à une ou deux méthodes, généralement le préservatif et la pilule. « *Les femmes qui n'ont pas été à l'école refusent souvent la contraception, parce qu'elles ne savent pas comment ça marche ni à quoi ça sert.* »³⁴³

M. Moussa quant à lui illustre l'importance de l'éducation dans la formation des représentations sociales. Ici, le manque de connaissances conduit à l'ancrage de la contraception dans des catégories erronées : peur, méfiance, ou encore soupçon d'inutilité. Comme l'affirme Jodelet Denise, l'absence d'information scientifique laisse place aux rumeurs et à des rationalités alternatives³⁴⁴. Ce constat affirme qu'une faible éducation sur la santé reproductive contribue directement à des perceptions négatives de la contraception. Sociologiquement, cela montre que l'école et les campagnes de sensibilisation ne sont pas seulement des lieux de savoir, mais aussi des espaces de transformation des représentations collectives.

L'Enquête Démographique et de Santé (EDS) révèle que moins de la moitié des femmes en âge de procréer peuvent citer spontanément plus de deux méthodes modernes³⁴⁵, et que la compréhension du fonctionnement de ces méthodes est souvent approximative (Institut National de la Statistique, Enquête Démographique et de Santé du Tchad. Cette situation illustre l'écart entre la diffusion théorique d'informations et leur assimilation réelle par les populations concernées.

³⁴²Didier FASSIN, *L'espace politique de la santé*, Paris, Presses Universitaires de France, 1996, p. 205.

³⁴³Entretien avec le chef du quartier MOUSSA Ahmat 2025.

³⁴⁴Denise Jodelet, « *Les représentations sociales* », Paris, Presses Universitaire de France, 1989, p. 47.

³⁴⁵Enquête Démographique et de Santé du Tchad 2014-2015, N'Djamena, 2016, p. 143.

Les facteurs socio-économiques jouent un rôle déterminant dans cette inégale répartition des connaissances. Les femmes ayant bénéficié d'un certain niveau d'éducation scolaire, vivant en milieu urbain et disposant d'un revenu plus stable, sont nettement mieux informées que celles résidant dans les zones rurales et faiblement scolarisées. Le niveau d'instruction constitue l'un des meilleurs prédicteurs de la connaissance contraceptive, car il influence à la fois l'accès à l'information et la capacité à en comprendre le contenu³⁴⁶. Les disparités éducatives se traduisent ainsi par un accès inégal aux savoirs reproductifs, renforçant les inégalités de santé.

Au-delà de la simple connaissance de l'existence des méthodes, c'est la compréhension de leur usage correct et continu qui fait souvent défaut. De nombreuses femmes du septième arrondissement de N'Djamena ignorent que certaines méthodes nécessitent un suivi médical régulier, ou que l'efficacité de la pilule dépend de sa prise quotidienne à heure fixe. Cette méconnaissance favorise les échecs contraceptifs et peut entraîner un abandon prématuré, alimentant la perception que les méthodes modernes sont peu fiables. Cette réalité rejoint les constats de Dixon-Mueller Ruth qui tient que la qualité de l'information fournie est aussi importante que sa diffusion³⁴⁷. Cette situation révèle un paradoxe : dans certains cas, les femmes surestiment leur niveau de connaissance et se croient suffisamment informées pour faire un choix contraceptif éclairé, alors que leur compréhension reste lacunaire. Cette fausse impression de maîtrise complique la tâche des professionnels de santé, car elle réduit la réceptivité aux messages de prévention et de formation. Ainsi, améliorer les niveaux de connaissance nécessite non seulement d'intensifier la diffusion d'informations fiables³⁴⁸, mais aussi de mettre en place des dispositifs éducatifs participatifs qui permettent aux femmes d'expérimenter, de poser des questions et de recevoir des réponses adaptées à leur contexte socio-culturel.

³⁴⁶John CLELAND, *Contraception in the Developing World*, Oxford, Press University Oxford, 2004, p. 67.

³⁴⁷Ruth DIXON-MUELLER, *Population Policy and Women's Rights*, Praeger, Westport, 1993, p. 142.

³⁴⁸UNFPA. Santé reproductive des adolescentes et jeunes au Tchad. N'Djamena : Fond des Nations Unies pour la Population, 2020, p. 89.

1.2. Principales sources d'information sur la contraception (personnel de santé, pairs, médias)

Les sources formelles d'information sur la contraception au Tchad proviennent essentiellement du personnel de santé, des campagnes gouvernementales et des organisations non gouvernementales (ONG)³⁴⁹. Les consultations prénatales, les centres de santé et les cliniques privées constituent des lieux privilégiés de diffusion de l'information contraceptive. Cependant, ces occasions restent limitées par le manque de personnel qualifié et par la faible couverture sanitaire, notamment en zones rurales. L'efficacité des programmes de planification familiale dépend fortement de la capacité des agents de santé à fournir des informations précises, complètes et culturellement adaptées aux besoins des patientes³⁵⁰.

À côté de ces canaux institutionnels, les pairs amies, voisines, collègues jouent un rôle central dans la transmission des connaissances sur la contraception³⁵¹. Les échanges informels, souvent dans un cadre de confiance, permettent de contourner certains tabous entourant le sujet. Toutefois, ces réseaux interpersonnels ne garantissent pas toujours la fiabilité des informations transmises. Les récits peuvent être entachés d'exagérations, d'interprétations personnelles ou de mauvaises expériences rapportées comme des généralités. Pour Everett Rogers, les innovations y compris biomédicales se diffusent dans la société à travers un mélange d'informations factuelles et de représentations subjectives, ce qui peut altérer leur perception³⁵².

Les médias constituent un troisième canal de diffusion, avec un rôle croissant dans les zones urbaines. Les radios locales, en particulier, diffusent régulièrement des émissions de sensibilisation sur la planification familiale³⁵³, parfois en langues locales, ce qui augmente leur accessibilité. Les campagnes télévisées et les affiches dans les centres de santé complètent ces messages. Cependant, l'impact des médias reste limité par le faible taux d'alphabétisation et par la pénétration encore modeste de la télévision et d'Internet en milieu rural. Les campagnes médiatiques ne produisent des effets durables que lorsqu'elles sont

³⁴⁹CARE Intertional. Rapport d'évaluation du projet Santé Maternelle au Tchad. N'Djamena : CARE, 2020, p. 18.

³⁵⁰John BONGAARTS, *Family Planning Programs for the 21st Century*, Population Council, New York, 2012, p. 23.

³⁵¹ASTBEF. Rapport annuel. N'Djamena : Association Tchadienne pour le Bien-Etre Familiale, 2019, p. 17.

³⁵²Rogers EVERETT, *Diffusion of Innovations*, Free Press, New York, 2003, p. 18.

³⁵³UNFPA. *Etude sur la communication en santé reproductive au Tchad*. N'Djamena : Fonds des Nations Unies pour la Population, 2020, p. 19.

articulées à des actions de terrain qui permettent un échange direct avec les populations.³⁵⁴ La coexistence de ces différentes sources formelles et informelles entraîne parfois une cacophonie informationnelle. Les messages officiels, souvent techniques et normatifs, peuvent entrer en contradiction avec les récits personnels véhiculés par les pairs ou avec les représentations culturelles relayées par les leaders communautaires³⁵⁵. Cette multiplicité de sources, si elle n'est pas coordonnée, peut fragiliser la confiance des populations dans les messages de santé publique et contribuer à maintenir la méfiance vis-à-vis de la contraception. D'où l'importance, pour les acteurs de santé, de travailler avec les relais communautaires afin d'harmoniser les discours et d'assurer une cohérence entre les différentes voix qui s'expriment sur le sujet.

1.2. Impact des rumeurs, mythes et idées fausses sur l'acceptation de la contraception

Les rumeurs et mythes relatifs à la contraception constituent l'un des freins majeurs à son adoption au Tchad. Ces croyances erronées, souvent véhiculées par les réseaux sociaux informels³⁵⁶, reposent sur des récits d'expériences négatives ou sur des interprétations déformées des effets secondaires réels. L'idée que les contraceptifs hormonaux provoqueraient une stérilité irréversible ou entraîneraient des malformations congénitales est très répandue. Dans de nombreux contextes africains, la perception d'un risque repose moins sur les données médicales objectives que sur des récits socialement validés, transmis par des personnes de confiance³⁵⁷.

Ces rumeurs ne se limitent pas à des inquiétudes sanitaires ; elles touchent aussi à la dimension morale et sociale de la contraception. Dans certains discours, l'usage des méthodes modernes est associé à la promiscuité sexuelle³⁵⁸, à la perte de moralité ou à l'adoption de valeurs perçues comme étrangères à la culture locale. Cette vision est renforcée par le fait que, dans plusieurs communautés, la planification familiale est perçue comme une stratégie imposée par les pays occidentaux pour limiter la croissance démographique africaine. Cette

³⁵⁴Marie BASSOLÉ, *Communication et santé publique en Afrique*, Paris, Karthala, 2014, p. 74.

³⁵⁵Pathfinder International. Evaluation de l'impact des messages de santé reproductive à N'Djamena. N'Djamena : Pathfinder, 2022, p. 16.

³⁵⁶ASTBEF. Perception des services de santé reproductive au Tchad. N'Djamena : Association Tchadienne pour le Bien-Etre Familiale, 2021, p. 24.

³⁵⁷Susan WATKINS COTTS, *Navigating the AIDS Epidemic*, 2005, Population Council, New York, 2005, p. 102.

³⁵⁸Moussa BITA, *Genre et sexualité en Afrique de l'Ouest*, Paris Karthala, 2014, p. 121.

suspicion vis-à-vis des programmes internationaux renforce la résistance aux innovations biomédicales, même lorsqu'elles répondent à des besoins locaux avérés³⁵⁹.

La diffusion de ces mythes est facilitée par la nature des canaux de communication : le bouche-à-oreille, les conversations informelles, et plus récemment, les réseaux sociaux numériques. Ces espaces de discussion ne sont pas neutres : ils privilégient les récits marquants, souvent alarmistes, au détriment des explications médicales détaillées. Ces informations négatives circulent plus rapidement et se mémorisent plus facilement que les données factuelles positives³⁶⁰. Ainsi, une seule mauvaise expérience réelle ou perçue peut suffire à décourager l'adoption de la contraception dans un réseau social entier. L'impact des rumeurs et idées fausses sur l'acceptation de la contraception ne peut être compris indépendamment du contexte culturel et des représentations sociales préexistantes.

Ces croyances trouvent un terrain fertile dans des sociétés où la fertilité est valorisée et où la procréation est associée à des devoirs religieux, familiaux et identitaires. Pour contrer ces freins, les interventions de santé publique doivent non seulement fournir une information fiable, mais aussi engager un dialogue avec les communautés, en identifiant et en mobilisant les acteurs de confiance capables de déconstruire ces mythes. Les stratégies les plus efficaces sont celles qui articulent messages officiels et relais communautaires crédibles³⁶¹.

³⁵⁹Didier FASSIN, *L'espace politique de la santé*, Paris, Presses Universitaires de France, 1996, p. 213.

³⁶⁰Rogers EVERETT, *Diffusion of Innovations*, Free Press, New York, 2003, p. 214.

³⁶¹GUEYE et al., « Croyance aux mythes relatifs à la planification familiale en Afrique urbaine », CCBJP/Perspectives Int. Santé Sexuelle, Dakar, 2016, p. 47.

CONCLUSION DE LA DEUXIÈME PARTIE

Cette seconde partie a permis de décrypter la complexité des représentations sociales de la contraception à travers les discours, les pratiques et les expériences vécues par les femmes. Les résultats montrent que la contraception est perçue à la fois comme un outil de santé, un symbole de modernité et un objet de controverse morale. Les influences religieuses, les normes de genre et les dynamiques conjugales se combinent pour façonner les attitudes vis-à-vis des différentes méthodes. L'étude met également en lumière l'importance du rôle des acteurs sociaux – leaders religieux, personnels de santé, organisations communautaires – dans la diffusion ou la contestation des pratiques contraceptives. Ces analyses confirment que les comportements contraceptifs ne peuvent être compris indépendamment des contextes sociaux et culturels qui leur donnent sens. En définitive, l'approche des représentations sociales révèle les limites des politiques uniformes de planification familiale et souligne la nécessité d'interventions plus inclusives et contextualisées, capables de concilier respect des valeurs locales et promotion de la santé reproductive des femmes.

CONCLUSION GENERALE

Dans un contexte mondial où la santé reproductive et la planification familiale occupent une place de plus en plus centrale dans les politiques de santé publique, la question de l'adoption des méthodes contraceptives revêt une importance capitale. L'accès aux informations et aux services de contraception est une des conditions de l'autonomisation des femmes et de la réduction de la pauvreté. Cependant, dans de nombreuses régions, cette démarche est entravée par des facteurs complexes, allant des croyances culturelles aux contraintes socio-économiques. C'est dans cette perspective que notre étude a été menée, s'attachant à explorer les représentations sociales de la contraception chez les femmes résidant dans le septième arrondissement de N'Djamena. L'objectif général de cette recherche était de décrypter les dynamiques sous-jacentes à ces représentations et de comprendre comment elles influencent les choix, les pratiques et l'accès aux services contraceptifs. En se concentrant sur une zone géographique et culturelle spécifique, l'étude visait à fournir un éclairage nouveau et nuancé sur un sujet souvent abordé de manière globale, mais dont les réalités locales restent peu documentées. Le fondement de cette étude réside dans la nécessité de combler un vide empirique et théorique, en allant au-delà des statistiques d'utilisation pour saisir les significations que les femmes elles-mêmes attribuent à la contraception. L'intérêt de cette recherche est double : d'une part, elle contribue à enrichir la littérature sociologique sur la santé et le genre en milieu urbain africain ; d'autre part, elle offre des pistes concrètes pour les décideurs politiques et les professionnels de santé, afin d'élaborer des programmes de sensibilisation et de services plus adaptés aux réalités vécues.

Cette étude repose sur la conviction fondamentale que la compréhension des représentations sociales de la contraception est primordiale pour concevoir des programmes de santé reproductive efficaces et culturellement adaptés. Elle reconnaît que les choix contraceptifs ne sont pas faits dans le vide, mais sont profondément ancrés dans une interaction complexe entre l'action individuelle, les normes sociales, les croyances religieuses et les réalités économiques. En éclairant ces dynamiques sous-jacentes, cette recherche visait à fournir des informations précieuses aux décideurs politiques, aux prestataires de soins de santé et aux leaders communautaires cherchant à promouvoir une prise de décision éclairée et à améliorer les résultats en matière de santé reproductive pour les femmes à N'Djamena et, potentiellement, dans des contextes urbains similaires à travers le Tchad. La pertinence de cette étude réside dans son potentiel à contribuer à une approche plus nuancée et contextuellement pertinente des interventions en matière de santé reproductive des femmes,

en s'éloignant des stratégies descendantes vers des approches participatives et responsabilisantes qui respectent l'autonomie des femmes et les valeurs culturelles.

Cependant, le paysage des pratiques contraceptives dans le septième arrondissement de N'Djamena présente une image complexe et souvent paradoxale. Alors que les politiques nationales et les initiatives internationales ont cherché à promouvoir la planification familiale et à accroître la prévalence de la contraception, la réalité sur le terrain révèle un écart persistant entre les aspirations politiques et les pratiques réelles. Malgré un accès accru aux méthodes contraceptives et une sensibilisation croissante à leurs avantages, une proportion importante de femmes dans la zone d'étude hésitent à adopter la contraception moderne, invoquant souvent des préoccupations concernant les effets secondaires, les objections religieuses ou la stigmatisation sociale. Cette réticence contraste fortement avec les objectifs déclarés des politiques nationales de santé et les efforts de diverses organisations pour promouvoir la planification familiale, soulignant l'influence durable des croyances traditionnelles et des normes culturelles sur la prise de décision en matière de reproduction.

Cette recherche, grâce à son investigation rigoureuse des représentations sociales, cherche à comprendre cet écart en éclairant les facteurs sous-jacents qui contribuent à l'hésitation des femmes face à la contraception. Les résultats révèlent une interaction complexe de croyances individuelles, de pressions sociales et de normes culturelles qui façonnent les perceptions des femmes sur les méthodes contraceptives et influencent leurs choix en matière de la santé de reproduction. L'étude souligne l'importance de comprendre ces dynamiques nuancées afin de développer des analyses plus efficaces et culturellement adaptées qui répondent aux besoins et aux préoccupations spécifiques des femmes du septième arrondissement de N'Djamena. La force de cette approche réside dans sa capacité à dépasser les explications simplistes et à saisir la richesse et la complexité des expériences des femmes, offrant une compréhension plus holistique des défis et des opportunités dans la promotion de la santé reproductive dans ce contexte urbain.

La problématique centrale de notre étude s'articulait autour d'un paradoxe frappant : malgré la disponibilité croissante des services de planification familiale à N'Djamena, de nombreuses femmes n'utilisent pas ou peu les méthodes contraceptives modernes. Le constat initial, issu de la revue de la littérature, soulignait un décalage entre les politiques de santé publique prônant l'utilisation de la contraception et les réalités du terrain, où persistent de faibles taux d'adoption et de fortes résistances. Ce paradoxe nous a conduit à formuler la question de recherche principale suivante : Quelles sont les représentations sociales de la

contraception chez les femmes du septième arrondissement de N'Djamena et comment influencent-elles leurs pratiques ? Cette question a été complétée par des interrogations secondaires portant sur l'influence des croyances, des relations de genre et des interactions avec le système de santé sur les choix contraceptifs. En réponse à cette problématique, nous avons formulé l'hypothèse principale selon laquelle les représentations sociales de la contraception, façonnées par des facteurs culturels, religieux et sociaux, constituent un frein majeur à son adoption effective. Les hypothèses secondaires ont permis de décomposer cette idée générale, en postulant notamment que l'influence du partenaire et de l'entourage, ainsi que la perception des effets secondaires, jouaient un rôle prépondérant dans les décisions. Ces hypothèses ont servi de boussole tout au long du processus de recherche, guidant la collecte et l'analyse des données pour vérifier leur pertinence et les affiner.

En effet, la recherche est guidée par une hypothèse principale selon laquelle les représentations sociales de la contraception chez les femmes du septième arrondissement de N'Djamena sont des systèmes de connaissances, de croyances, d'attitudes et de valeurs partagés par les membres d'un groupe social. A travers hypothèse générale s'ajoute trois hypothèses spécifiques :

- Les croyances traditionnelles et religieuses limitent l'acceptation de la contraception parmi ces femmes ;
- Un manque d'éducation sur la santé reproductive contribue à des perceptions négatives de la contraception ;
- Et les inégalités économiques créent des obstacles à l'accès et à l'utilisation des méthodes contraceptives.

Ces hypothèses ont fourni un cadre pour explorer l'interaction complexe des facteurs qui façonnent les attitudes et les pratiques des femmes en matière de contraception, permettant une compréhension plus nuancée et approfondie du problème de recherche.

Pour répondre à ces questions de recherche et tester les hypothèses proposées, une approche qualitative a été employée, combinant des techniques de collecte de données qualitatives afin de fournir une compréhension complète et nuancée du problème de recherche. Les données ont été collectées par le biais d'entretiens approfondis avec des femmes, des hommes, des leaders communautaires, des leaders religieux et des prestataires de soins de santé dans le septième arrondissement, permettant une exploration riche de leurs expériences vécues, de leurs croyances et de leurs perspectives sur la contraception moderne

et naturelle. Ces entretiens ont été complétés par des discussions de groupe, offrant une plateforme aux femmes pour partager leurs expériences et leurs perspectives dans un cadre collaboratif, favorisant une compréhension plus approfondie des dynamiques sociales qui façonnent leurs choix contraceptifs. En outre, l'étude a intégré des données d'observation, fournissant des informations précieuses sur le contexte dans lequel les décisions contraceptives sont prises et les défis auxquels les femmes sont confrontées pour accéder aux services de santé reproductive et les utiliser.

Pour répondre à nos questions de recherche, nous avons adopté une méthodologie qualitative, jugée la plus appropriée pour explorer les dimensions complexes et subjectives des représentations sociales. La collecte des données s'est faite par le biais d'entretiens semi-directifs et d'observations directes. Le choix de l'entretien semi-directif a été motivé par sa flexibilité, qui nous a permis d'approfondir les récits individuels des femmes, tout en gardant un cadre thématique structurant. Cet outil s'est révélé essentiel pour capturer les nuances des perceptions, les doutes, les peurs et les espoirs liés à la contraception. Parallèlement, les observations participatives sur le terrain, dans des centres de santé et des espaces communautaires, ont permis de contextualiser les discours recueillis et de saisir les pratiques réelles. L'échantillonnage s'est basé sur un critère non probabiliste de type choix raisonné, afin de sélectionner des femmes de profils variés (âge, statut matrimonial, niveau d'éducation, etc.) et d'assurer une richesse d'informations.

Une fois les données recueillies, nous les avons soumises à une analyse thématique rigoureuse. Cette approche a permis d'organiser les informations brutes en thèmes récurrents et significatifs, en se détachant de la chronologie des entretiens pour construire une logique d'analyse. Nous avons procédé par codage ouvert, axial et sélectif, pour identifier les concepts clés et les relations entre eux. Ce processus a mis en lumière les schémas de pensée, les croyances partagées et les logiques d'action qui façonnent les représentations sociales de la contraception. Nous avons également utilisé une approche comparative, confrontant les discours des femmes entre eux et avec les observations de terrain. Cette triangulation des données a renforcé la validité de nos conclusions en évitant de se limiter à une seule perspective. Le traitement manuel des données a été privilégié pour garder une proximité avec le contenu et garantir une interprétation fine des récits, sans perdre les subtilités du langage et des émotions.

Cette analyse a été enrichie par l'application de cadres théoriques clés, notamment la théorie des représentations sociales de Moscovici, le concept d'habitus de Bourdieu et

l'approche ethnométhodologie. La théorie de Moscovici a fourni un cadre pour comprendre comment les représentations sociales de la contraception sont construites et partagées au sein de la communauté, soulignant le rôle des interactions sociales, des normes culturelles et des influences médiatiques dans la formation des perceptions des femmes. Le concept d'habitus de Bourdieu a aidé à expliquer comment les structures sociales profondément ancrées et les valeurs culturelles influencent les choix et les comportements individuels liés à la contraception, soulignant le rôle des dynamiques de pouvoir et des inégalités sociales dans la formation des décisions reproductives. L'approche ethnométhodologie a fourni une lentille pour comprendre comment les femmes donnent un sens à leurs expériences et naviguent dans les complexités des choix contraceptifs dans leur vie quotidienne, soulignant l'importance de comprendre le contexte local et l'action individuelle des femmes dans la formation de leurs destins reproductifs.

Ces cadres théoriques ont fourni une lentille précieuse pour interpréter les données et comprendre les dynamiques sous-jacentes qui façonnent les choix contraceptifs dans la zone d'étude. La théorie de Moscovici a aidé à éclairer le rôle des représentations sociales dans la formation des perceptions des femmes sur la contraception, tandis que le concept d'habitus de Bourdieu a aidé à expliquer comment les structures sociales et les valeurs culturelles influencent les comportements individuels. L'approche ethnométhodologie a fourni un cadre pour comprendre comment les femmes donnent un sens à leurs expériences et naviguent dans les complexités des choix contraceptifs dans leur vie quotidienne. En appliquant ces cadres théoriques, la recherche a pu dépasser les récits descriptifs et fournir une analyse plus nuancée et perspicace des représentations sociales de la contraception dans le septième arrondissement de N'Djamena.

La première partie de cette thèse, consacrée à l'établissement du contexte, a méticuleusement décrit l'état de la contraception au Tchad, tant au niveau national qu'au sein du septième arrondissement. Elle a brossé un tableau saisissant du paysage démographique et sanitaire, soulignant les indicateurs clés tels que les taux de fécondité, la mortalité maternelle et la prévalence à l'utilisation de la contraception. L'évolution historique des politiques de planification familiale, le cadre juridique et les stratégies nationales ont été soigneusement examinés, révélant une interaction complexe de progrès et de défis persistants. L'analyse de la prévalence de la contraception et de l'accès aux méthodes au niveau national a souligné les disparités et les obstacles qui entravent l'adoption généralisée, préparant le terrain pour une exploration plus approfondie des représentations sociales qui sous-tendent ces réalités.

Le deuxième chapitre a exploré les logiques explicatives et les pratiques quotidiennes de la contraception chez les femmes du septième arrondissement. Il a approfondi les perceptions des différentes méthodes contraceptives et leurs effets, examinant le rôle des croyances sur les effets secondaires et les risques pour la santé. Le chapitre a également analysé l'association entre la contraception et la stérilité ou d'autres problèmes de santé, ainsi que les modalités d'accès aux services et aux produits contraceptifs. En outre, il a exploré les dynamiques d'adhésion et de persistance dans l'utilisation des méthodes, les stratégies de gestion des effets secondaires et des imprévus, et la qualité de la relation avec le personnel de santé. Enfin, le chapitre a abordé les besoins non satisfaits en matière de contraception et les attentes des femmes, fournissant des informations précieuses sur les défis et les opportunités pour améliorer les services de santé reproductive dans la zone d'étude.

Le troisième chapitre se base sur les expériences vécues des femmes dans le septième arrondissement, en présentant des profils détaillés et des itinéraires sociaux des pratiques contraceptives. Il a méticuleusement examiné les caractéristiques sociodémographiques des femmes interrogées, leurs expériences passées et présentes avec la contraception, et leurs motivations, ainsi que les contraintes et les influences de leur environnement social. Ce chapitre a fourni une compréhension riche et nuancée des facteurs individuels et sociaux qui façonnent les choix contraceptifs des femmes, soulignant la diversité des expériences et des perspectives au sein de la zone d'étude.

Le quatrième chapitre s'est plongé dans le réseau complexe des déterminants culturels et des attitudes envers la contraception. Il a méticuleusement examiné les perceptions et les croyances religieuses, détaillant les positions des différentes confessions (islam, christianisme et religions traditionnelles) et l'influence des chefs religieux. L'exploration s'est étendue aux normes sociales, aux rôles de genre dans la prise de décision, à la pression sociale et à la stigmatisation associée à la contraception. En outre, le chapitre a abordé les aspects cruciaux de la connaissance, des sources d'information et de l'impact des rumeurs, des mythes et des idées fausses sur l'acceptation de la contraception. Cette analyse complète a fourni une base essentielle pour comprendre l'interaction complexe des facteurs culturels et religieux qui façonnent les attitudes et les pratiques des femmes en matière de contraception.

En conclusion, cette recherche a fourni une compréhension complète et nuancée des représentations sociales de la contraception chez les femmes du septième arrondissement de N'Djamena, au Tchad. En explorant les facteurs culturels, religieux, socio-économiques et individuels qui façonnent les attitudes et les pratiques des femmes, l'étude a mis en lumière l'interaction complexe des forces qui influencent la prise de décision en matière de reproduction dans ce contexte urbain spécifique. Les résultats soulignent l'importance de dépasser les notions simplistes d'accès et de disponibilité pour aborder les obstacles sociaux et culturels sous-jacents qui empêchent les femmes d'adopter la contraception moderne. La recherche souligne la nécessité d'interventions culturellement sensibles et responsabilisantes qui respectent l'autonomie des femmes et répondent à leurs besoins et préoccupations spécifiques.

Cette recherche contribue au discours scientifique plus large sur la santé reproductive en Afrique subsaharienne en fournissant une analyse détaillée et contextuellement pertinente des représentations sociales de la contraception dans un cadre urbain spécifique. Les résultats peuvent éclairer la conception et la mise en œuvre de programmes et de politiques de santé reproductive plus efficaces, non seulement à N'Djamena, mais aussi dans des contextes urbains similaires à travers le Tchad et d'autres pays de la région. En éclairant l'interaction complexe des facteurs qui influencent les choix reproductifs des femmes, cette recherche peut contribuer à promouvoir une prise de décision éclairée, à améliorer les résultats en matière de santé reproductive et à permettre aux femmes de prendre le contrôle de leurs destins reproductifs.

Pour l'avenir, des recherches supplémentaires pourraient explorer les perspectives des hommes sur la contraception et la planification familiale, offrant une image plus complète des dynamiques sociales qui façonnent la prise de décision en santé de reproduction au sein des couples et des familles. D'autres recherches pourraient également étudier le rôle des leaders communautaires et des personnalités religieuses dans la promotion ou l'entrave à l'adoption de la contraception moderne, en identifiant des stratégies pour engager ces acteurs clés dans les initiatives de santé reproductive. Des études longitudinales pourraient suivre l'évolution des représentations sociales de la contraception au fil du temps, fournissant des informations précieuses sur l'impact des changements sociaux et économiques sur les attitudes et les pratiques en matière de reproduction.

Enfin, cette recherche ouvre la voie à une exploration plus large de l'intersection entre la santé reproductive et d'autres aspects de la vie des femmes, tels que l'éducation, l'emploi et

la participation politique. Comprendre comment ces facteurs interagissent pour façonner le bien-être général et l'autonomisation des femmes est essentiel pour élaborer des stratégies de développement holistiques et durables qui s'attaquent aux causes profondes des inégalités sociales et promeuvent l'égalité des sexes. En continuant à explorer ces dynamiques complexes, nous pouvons œuvrer à un avenir où toutes les femmes auront les connaissances, les ressources et l'autonomie nécessaires pour prendre des décisions éclairées concernant leur santé reproductive et pour vivre des vies saines et épanouissantes.

BIBLIOGRAPHIE

A- OUVRAGES GÉNÉRAUX

- **ABOU ZAHRA Mohamed**, (1957), *Al-Ahwal al-Chakhsiyya*, Dar al-Fikr al-Arabi, Le Caire.
- **BRETON David.**, (2010), *La sociologie du corps*, Paris, Presses Universitaires de France.
- **BRETON David.**, (2013), *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, Presses Universitaires de France.
- **ABRIC Jean-Claude**, (2011), *Pratiques sociales et représentations*, Paris, Presses Universitaires de France.
- **AJOS Nathalie et FERRAND Michel**, (2002), *Le pillage d'histoires*, Éditions de la Découverte.
- **BOURDIEU Pierre**, (1982), *Ce que parler veut dire*, Paris, Fayard.
- **BOURDIEU Pierre**, (1998), *La domination masculine*, Paris, Seuil.
- **BOURDIEU Pierre**, (2010), *L'inégalité sociale et sa légitimation*, dans *Pierre Bourdieu revisité. La notion de capital social*, accès en ligne via HAL-SHS, <https://shs.hal.science/halshs-00410328/document>.
- **DIOP Marie-Claire.**, (2010), *Droit et santé en Afrique*, Paris, L'Harmattan.
- **DIXON-MUELLER Ruth.**, (1993), *Politique démographique et droits des femmes*, Praeger, Westport.
- **FATIMA Issa.**, (2020), *Partenariats internationaux en santé*, Presses Universitaires de N'Djamena.
- **FATIMATOU Dibrine.**, (2022), *Santé maternelle et infantile*, Presses Universitaires Africaines.
- **FAINZANG Sylvie.**, (2006), *La relation médecins-malades : information et mensonge*, Paris, Presses Universitaires de France.
- **FASSIN Didier.**, (1996), *L'espace politique de la santé*, Paris, Presses Universitaires de France.
- **FONQUERNE Bernard.**, (2020), *Les catégories médicales et les inégalités reproductives*, Paris, Presses Universitaires de France.

- **GENDREAU Francis.**, (2021), *Transitions démographiques urbaines en Afrique centrale*, CEPED.
- **DOUGLAS Mary**, (1966), *De la souillure*, Paris, Maspero.
- **ELA Jean-Marc**, (2001), *Guide pédagogique de formation à la recherche pour le développement en Afrique*, Paris, l'Harmattan.
- **ERVING Goffman**, (1963), *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Les Éditions de Minuit.
- **FASSIN Didier**, (1996), *L'espace politique de la santé*, Paris, Presses Universitaires de France.
- **GRENZ Stanley John**, (1997), *The Moral Quest: Foundation of Christian Ethics*, Downers Grove: InterVarsity Press.
- **HASSAN Mahamat.**, (2021), *Démographie et santé au Tchad*, Paris, Karthala.
- **HUMANAE VITAE** du Pape Paul VI, (1969), Libreria Editrice Vaticana, Cité du Vatican.
- **IDOWU Bolaji Olodumare**, (1962), *God in Yoruba Belief*, London: Longman.
- **JEAN-PAUL II**, (1984), *La théologie du corps*, Éditions du Cerf, Paris.
- **JEAN-PAUL II.**, (1984), *La théologie du corps*, Éditions du Cerf, Paris.
- **JEAN-PIERRE olivier de Sardan.**, (1999), *Anthropologie de la santé*, Paris, Karthala.
- **JODELET Denise**, (2003), *Les représentations sociales*, Presses Universitaires de France.
- **KOUASSI Bernard.**, (2019), *Pertinent santé et conflits en Afrique*, Presses des sciences politiques.
- **LE CORAN**, *Tradition de Muhammad Hamidullah, Médine : Complexe de Roi Fahd pour l'impression du Saint Coran*, 1990, sourate 42, versets 49-50.
- **LÉVI-STRAUSS Claude**, (1962), *La pensée sauvage*, Plon.
- **LOUBET DEL BAYLE Jean-Louis**, (2001), *Initiation aux méthodes des sciences sociales*, Paris, l'Harmattan.
- **MBITI John.**, (1969), *Religions et philosophie africaines*, Heinemann, Nairobi.
- **MEYER Fortes**, (1969), *Kinship and the Social Order*, Aldine Publishing, Chicago.
- **MICHEL de Certeau**, (1980), *L'invention du quotidien*, Paris, Gallimard.
- **MOSCOVICI Serge**, (2004), *La psychanalyse, son image et son public*, Presses Universitaires de France.

- **MOSCOVICI Serge**, (1961), *La psychanalyse, son image et son publique*, Paris, Presses Universitaires de France.
- **NDOUBNADJI Emmanuel.**, (2020), *Gouvernance locale et politique sanitaire au Tchad*, Presses Universitaire d'Afrique.
- **N'ZOYEM Odile**, (2017), *Santé de la reproduction et dynamiques sociales en Afrique centrale*, Paris, l'Harmattan.
- **PAUL VI**, *Humanae Vitae*, Cité du Vatican : Libreria Editrice Vaticana, 1968.
- **PAUL VI.**, (1968), *Humanae Vitae*, Cité du Vatican, Libreria Editrice Vaticana.
- **POPULATION Council**, (2014), *Perspectives islamique sur la contraception familiale*, Le Caire : Population Council.
- **RILEY Denise**, (1988), *Am I That Name?* Macmillan, Londres.
- **SOSSOU Marie-Antoinette et KOFFI Dako**, (2007), *Women's Reproductive Health in Africa : Cultural and Ethical Perspectives*, Accra : African Women's Research Centre.
- **WORLD HEALTH**, (2001), *Organization Gender and Reproductive Rights*, WHO, Genève.
- **ZIMMERMAN Laura et al.**, (2021), *Family planning Beliefs and Their Association with Contraceptive Use Dynamics: Results from a Longitudinal Study in Uganda*, *Studies in Family Planning* 52, no. 3.

B. OUVRAGES SPÉCIFIQUES

- **AICHA Abakar.**, (2018), *Les droits des femmes au Tchad*, Paris, Karthala.
- **AISHA Ibrahim.**, (2019), *Influences transnationales et politique de population en Afrique francophone*, Édition Karthala.
- **ANTOINE Philippe.**, (2017), *Contraception et pauvreté urbaine en Afrique*, IRD Éditions.
- **BAKARY Samake.**, (2022), *Religions et santé reproductive en Afrique sahélienne*, CNRS Éditions.
- **BENKHEIRA MOHAMED Hocine.**, (1997), *L'islam et la naissance : régulation et interdits*, Paris, L'Harmattan.
- **BITA Moussa.**, (2014), *Genre et sexualité en Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala.
- **BONGAARTS John.**, (2012), *Programmes de planification familiale pour le 21^e siècle*, *Population Council*, New York.

- **BOULANGER Michel.**, (2019), *Perceptions des effets secondaires contraceptifs en Afrique subsaharienne*, Médecine d'Afrique Noire.
- **BRAHIM Hassan.**, (2019), *Les acteurs de la santé reproductive au Tchad : enjeux et collaborations*, N'Djamena, Al-Mouna Éditions.
- **BRUNEL Sylvie.**, (2016), *Genre et contraception en Afrique subsaharienne*, Édition Karthala.
- **CALDWELL Jean-Claude.**, (1980), *Théorie du déclin de la fertilité*, Londres, Academic Press.
- **CAMPBELL Catherine et al.**, (2020), *Contraception et autonomisation des femmes en Afrique*, Routledge.
- **CLELAND John.**, (2004), *La contraception dans les pays en développement*, Oxford, Press University Oxford.
- **DE SEGONZAC Marie-Laure.**, (2012), *Famille, fécondité et islam au Maghreb*, Paris, Karthala.
- **DIALLO Aminata.**, (2018), *Éducation des femmes et planification familiale au Sahel*, Présence Africaine.
- **GOODE Josiah.**, (1963), *Révolution mondiale et modèles familiaux*, New York, Free Press.
- **GRENZ Stanley John.**, (1997), *La quête morale : fondement de l'éthique chrétienne*. Downers Grove, InterVarsity Press.
- **HIGGINS Jonathan et al.**, (2020), *Remise en cause de l'efficacité contraceptive comme marqueur scientifique neutre*, Paris, Presses Universitaire de France.
- **KARIM Mahamat.**, (2018), *Gestion sanitaire et politiques publiques*, Paris, Éditions Karthala.
- **KAUFMANN Jean-Claude.**, (2001), *Corps de femmes, salutations d'hommes*, Pocket, Paris.
- **LE GUEN Michel et al.**, (2021), *La contraception hormonale en Occident*, Éditions universitaires européennes.
- **MENSAH Jean-Marie.**, (2019), *Religion et contraception en Afrique subsaharienne*, Édition Karthala.
- **MENGUE Marie-Thérèse.**, (2022), *Synchrétisme religieux et contraception en milieu urbain africain*, Éditions Universitaires Africaines.

- **MOUSSA Ibrahim.**, (2020), *Traditions africaines et planification familiale*, Paris, L'Harmattan.
- **NDIAYE Fatou.**, (2022), *Parcours contraceptifs et expériences institutionnelles des femmes tchadiennes*, Édition l'Harmattan.
- **NDJÉKÉRY Hélène.**, (2021), *Âges de la vie et autorité sociale au Tchad méridional*, Paris, L'Harmattan.
- **NGAKOUDOU Fatima.**, (2017), *Système de santé tchadien*, Paris, Karthala.
- **NGANTCHA Henri.**, (2021), *Médecine traditionnelle et contraception moderne au Tchad*, Paris, L'Harmattan.
- **NGARTELBAYE Pierre.**, (2019), *Conjugalités contemporaines au Tchad : entre tradition et modernités*, Paris, Karthala.
- **OMRAN Abdel Rahim.**, (1992), *La planification familiale dans l'héritage de l'Islam*, Londres et New York, Routledge.

C. ARTICLES

- **ABOU ZAHRA Mohamed.**, (1957), *Al-Ahwal al-Chakhsiyya*, Dar al-Fikr al-Arabi, Le Caire.
- **ABDEL MAHAMOUD Ali et al.**, (2017), « Utilisation de la contraception moderne par les femmes, étude mixte Mubi centrique au Tchad », *Revue d'Épistémologie et de Santé publique*.
- **ARBIORIO Anne-Marie.**, (2007), « L'observation directe en sociologie : quelques réflexions méthodologiques à propos de travaux de recherches sur le terrain hospitalier », dans *Recherche en soins infirmiers*, n° 90.
- **AZOUKALNÉ Maoukenet et BERAM Ngarsaim Espoir.**, (2016), « État de lieu sur la demande de contraception au Tchad », *CROSET – Tchad*.
- **BANKOLE Akinrinola et al.**, (2019), *Obstacles à l'utilisation durable de la contraception en Afrique subsaharienne*, Guttmacher Institute.
- **BERTRAND Jane et ROSS John.**, (1995), *Accès, qualité des soins et obstacles médicaux dans les programmes de planification familiale*, Perspectives internationales de planification familiale.
- **BONGAARTS John et SINDING Steven w.**, (2011), « Politiques démographiques en transition dans les pays en développement », *Sciences*, 333(6042).
- **BONGAARTS John et HARDEE karen.**, (2017), *Le rôle de la planification familiale dans la réduction de la pauvreté*.

- **BONGAARTS John** et **HARDEE karen.**, (2019), *Revue de la population et du développement*, 45(2).
- **BONGAARTS John** et **BRUCE Jude.**, (1995), *Les causes des besoins non satisfaits en matière de contraception et le contenu social des services*, New York, Population Council.
- **BRUCE Jude.**, (1990), *Éléments fondamentaux de la qualité des soins : un cadre simple*, Études en planification familiale.
- **CIALDINI Français robert B.** et **TROST Melissa R.**, (1998), « Influence sociale : normes sociales, conformité et complaisance », dans DT Gilbert, ST Fiske, & G. Lindzey (dir.), *The handbook of social psychology*, 4^e éd., vol. 2, pp. 151-192, McGraw-Hill.
- **CLELAND John** et **al.**, (2020), *Taux d'utilisation, d'arrêt et d'échec des contraceptifs dans les pays à revenu faible et intermédiaire*, *Population Studies*, 74(2).
- **CLELAND John** et **al.**, (2019), *Planification familiale : un programme inachevé*, Oxford University Press.
- **DEMER Bruno.**, (2004), « La dimension esthétique de l'existence humaine : pour une sociologie générale de L'esthétique » dans *Horizons philosophiques*, vol. 15, n°1.
- **DUMEZ Hervé.**, (2011), « Qu'est-ce que la recherche qualitative ? », *Le Libellio d'Aegis*, (4 – Hiver).
- **EVERETT Rogers.**, (2003), *Des innovations*, Free Press, New York.
- **FLAMENT Claude.**, (1994), « Représentation sociale consensus et corrélation » Université de Provence, *Texte sur les représentations sociales*, Vol 3(2).
- **FOUCAULT Michel.**, (1976), *Histoire de la sexualité*, Paris, Gallimard.
- **GOFFMAN Erving.**, (1963), *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Éditions de Minuit.
- **GOFFMAN Servant.**, (1975), *Stigmate*, Paris, Éditions de Minuit
- **GOODY Jack.**, (1976), *Production et reproduction*, Presses, Université, Cambridge.
- **GUEYE Awa** et **al.**, (2016), « Croyance aux mythes relatifs à la planification familiale en Afrique urbaine », *CCBJP/Perspectives Int. Santé Sexuelle*, Dakar.
- **HOULE kevin** et **al.**, (2015), *A des prestataires de soins de santé à l'égard de la santé sexuelle et reproductive des adolescents en Afrique subsaharienne*, *Revue africaine de la santé reproductive*.

- **KANDIYOTI Deniz.**, (1988), *Négociier avec le patriarcat*, Genre et société, vol. 2, n° 3.
- **KOHN Laurence et CHRISTIAENS Wendy.**, (2014), « Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances », dans *Reflets et perspectives de la vie économique*, Tome LIII, n° 4, pp 67-82.
- **MATUNGULU Mc et al.**, (2017), « Facteurs associés à l'utilisation des méthodes contraceptives à longue durée d'action et permanentes dans la ville de Lubumbashi, RD Congo », *Médecine d'Afrique Noire*, vol. 64, n.3.
- **MBAIBIKA Salumu.**, (2018), « Facteurs de faible utilisation des méthodes contraceptives des femmes en âge de procréation dans la commune de Karisimbi/Goma », Université Biologie médicale.
- **MICHEL de Certeau.**, (1980), « L'invention du quotidien », Paris, Gallimard.
- **MORGAN I. David.**, (2008), « L'Encyclopédie SAGE des méthodes de recherche qualitative », SAGE Publication, Inc., (ISBN 9781412941631).
- **NAMANDA Cissie et al.**, (2023), Une étude qualitative sur les influences sur l'utilisation des services de contraception parmi les personnes en âge de procréer en Ouganda, *BMC Women's Health*.
- **NGAKOUDOU Fatima.**, (2017), « L'utilisation actuelle des méthodes contraceptives par les femmes au Tchad », Université de Yaoundé II – Institut de Formation et de Recherche Démographique (IFORD).
- **POLIS Christine et al.**, (2018), Arrêt et changement de contraception chez les femmes dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, *Lancet Global Health*, 6(8).
- **SEDGH Gilda et HUSSAIN R.**, (2014), Raisons de la non-utilisation de la contraception chez les femmes ayant des besoins non satisfaits en matière de contraception dans les pays en développement, *Études sur la planification familiale*.
- **SEDGH Gilda et HUSSAIN R.**, (2019), Utilisation de contraceptifs et besoins non satisfaits dans les pays à faible revenu, *Studies in Family Planning*, 50(3).
- **SHATTUCK D. et al.**, (2016), *Obstacles culturels à l'utilisation des contraceptifs en Afrique subsaharienne*, Johns Hopkins University Press.
- **STAVETEIG Susan et al.**, (2018), Continuité et satisfaction dans l'utilisation des contraceptifs en Afrique subsaharienne, *Studies in Family Planning*, 49(3).
- **WESTOFF Charles.**, (2012), Besoins non satisfaits en méthodes contraceptives modernes, études analytiques DHS n° 28, ICF International.

- **WILLIAMSON L. et al.**, (2021), Communication de couple et utilisation de contraceptifs, Revue de santé reproductive.
- **ZIMMERMAN Laura et al.**, (2021), Croyances en matière de planification familiale et leur association avec la dynamique d'utilisation des contraceptifs : résultats d'une étude longitudinale en Ouganda, Studies in Family Planning 52, no. 3.

❖ **Supports de cours**

- **MIMCHE Honoré**, Collecte des données qualitatives en sociologie, Support de cours, Université de Yaoundé1, 2022-2023

D : WEBOGRAPHIE

- Aperçu des indicateurs de FP2030 : Rapport de mesure 2023, consulté le 17 juin 2025, <https://www.track20.org>.
- Association Tchadienne pour le Bien-Etre Familial (ASTBEF) | Partenariats avec des entreprises et des ONG, consulté le 17 juin 2025, <https://www.globalhand.org/fr/organisations/26227>.
- Association Tchadienne pour le Bien-Etre Familial | IPPF Afrique, consulté le 17 juin 2025, <https://africa.ippf.org/fr/about-us/member-associations/association-tchadienne-pour-le-bien-etre-familial>.
- Tchad La contraception dans le contexte de la vie sexuelle et reproductive des adolescents – Organisation mondiale de la santé (OMS), consulté le 17 juin 2025, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/339374/WHO-SRH-20.34-eng.pdf>.
- Contraintes d'accès aux soins de santé reproductive chez les adolescents.es au Tchad, 2023 – Chad | Secours Web, consulté le 23 juin 2025, <https://reliefweb.int/report/chad/contraintes-dacces-aux-soins-de-sante-reproductive-chez-les-adolescentes-au-tchad-2023>.
- Contraintes d'accès aux soins de santé reproductive chez les ..., consulté le 17 juin 2025, <https://www.wathi.org/situation-sanitaire/contraintes-dacces-aux-soins-de-sante-reproductives-chez-les-adolescentes-au-tchad-groupe-urd-2023>.
- Démographie du Tchad – Wikipédia, consulté le 17 juin 2025, <https://fr.wikipedia.org>.
- Engagements-Tchad-FP2030-signes.pdf, consulté le 17 juin 2025, <https://www.fp2030.org>.
- L'utilisation actuelle des méthodes contraceptives par les femmes..., consulté le 17 juin 2025, https://ireda.ceped.org/inventaire/ressources/tinro_1999

- Le programme UNFPA SUPPLY dégage chaque année deux millions de dollars pour accélérer la planification familiale au Tchad, consulté le 25 mai 2025, <https://wcaro.unfpa.org>.
- La planification familiale au Tchad : les déterminants de sa pratique..., consulté le 17 juin 2025, <https://searchworks.stanford.edu/view/11369873>.
- La santé des femmes au Tchad, entre urgence et développement – Coordination SUD, consulté le 17 juin 2025, <https://www.coordinationsud.org/wp-content/uploads/15-Savoirs-Communs.pdf>.
- Prévalence et facteurs associés à l'utilisation de contraceptifs chez les adolescentes sexuellement actives dans 25 pays d'Afrique subsaharienne, consulté le 17 juin 2025, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10901330/>.
- Stratégie de Coopération de l'OMS avec le Tchad 2024-2027, consulté le 17 juin 2025, <https://www.afro.who.int>.
- STRATEGIE DE COMMUNICATIONS UNFPA Tchad, consulté le 20 juin 2025, <https://chad.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/STRATEGIECOMMUNICATIONSR2.docx>.
- Tchad Enquête Démographique et de Santé 1996-1997 – Rapport de Synthèse – The DHS Program, consulté le 17 juin 2025, <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/SR64/SR64.pdf>.
- Tchad – Loi n°006/PR/2002 du 15 avril 2002 portant... - Droit-Afrique, consulté le 17 juin 2025, <https://www.droit-afrique.com/upload/doc/tchad/Tchad-Loi-2002-06-promotion-sante-reproduction>.
- Tendances et déterminants de la fécondité au Tchad... - uaps2015, consulté le 17 juin 2025, <https://uaps2015.popconf.org>.

E. RAPPORTS

- Association Tchadienne pour le Bien-Etre Familiale (ASTBEF). Rapport d'étude sur les déterminants de la non-utilisation des méthodes contraceptives modernes. N'Djaména : ASTBEF, 2021.
- Rapport annuel 2018. Enquête Démographique et de Santé du Tchad, 2019.
- État de lieux sur la demande de contraception au Tchad, 2016.
- L'ordonnance française n° 008/PR/93, l'utilisation de la contraception au Tchad, 2p.

- Le programme UNFPA SUPPLY dégage chaque année deux millions de dollars pour accélérer la planification au Tchad, 2024.
- FNUAP, État de la population mondiale : Un travail inachevé – La quête des droits et des choix pour tous. Fonds des Nations Unies pour la population, 2019.
- OMS. Planification familiale : Informations pour la prise de décision. Organisation mondiale de la Santé, 2018.
- RAPPORT ANNUEL ET ÉTATS FINANCIERS – MSI Reproductive Choices.
- CARE International. Rapport d'évaluation du projet Santé Maternelle au Tchad. N'Djamena : CARE, 2020.
- FNUAP. Etude sur la communication en santé reproductive au Tchad. N'Djamena : Fonds des Nations Unies pour la Population, 2020.
- Pathfinder International. Évaluation de l'impact des messages de santé reproductive à N'Djamena. N'Djaména : Pathfinder, 2022.
- ASTBEF. Perception des services de santé reproductive au Tchad. N'Djamena : Association Tchadienne pour le Bien-Etre Familiale, 2021.
- Ministère de la Santé publique (2015), Évaluations des indicateurs pour le suivi du programme de sécurisation des produits de santé de la reproduction au pour l'année.
- INDEED, Annuaire statistique du Tchad, 2023, Institut National de la statistique et des Etudes Economiques et Démographiques.
- FNUAP (2023), Rapport sur l'état de la population mondiale.
- L'Enquête Démographique et de Santé du Tchad (INSEED), 2021, p. 78.
- INSEED, Enquête Harmonisée sur les Conditions de Vie des Ménages, 2022.
- FNUAP, État de la population mondiale, 2023.
- OMS, Planification familiale : un manuel mondial pour les prestataires de soins, 2022.
- OMS, Contraception : recommandations fondées sur des données probantes pour la pratique, 2021.
- FNUAP, État de la population mondiale, 2022.
- Institut GUTTMACHER., (2015), Utilisation des contraceptifs en Afrique subsaharienne, New York.
- OMS, Planification familiale : un manuel mondial à l'intention des prestataires de soins, Genève, OMS, 2018.
- Organisation Mondiale de la Santé., Planification familiale : un manuel mondial à l'intention des prestataires de soins, Genève, OMS, 2018.

- OMS., Garantir les droits de l'homme dans la fourniture d'informations et de services en matière de contraception, Genève, OMS, 2014.
- Enquête Démographique et de Santé, EDST III, 2014-2015.
- L'OMS, Planification familiale : un manuel mondial à l'intention des prestataires de soins, 2018.

F. DICTIONNAIRES

- Alex. Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines, Armand Colin, 2009.
- Glossaire des termes clés relatifs à la protection internationale des réfugiés et des personnes déplacées internes ;
- BOUDON Raymond, BOURRICAUD Ferdinand, « Dictionnaire critique de la sociologie », Paris, PUF, Coll., 1982.

ANNEXES

ANNEXE I : GUIDE D'ENTRETIEN

Protocole N°1

GUIDE D'ENTRETIEN ADRESSE AUX CHEFS COMMUNAUTAIRES :

Madame /Monsieur, je suis MBAITESSEM Gédéon, étudiant inscrit en master II Sociologie à l'Université de Yaoundé 1 au Cameroun. Nous menons cette étude dans l'optique de comprendre les facteurs influençant la santé reproductive des femmes. Cependant, le thème est porté sur :« *Représentations sociales de la contraception chez les femmes dans le septième arrondissement de N'Djamena* ». En effet, cette enquête s'inscrit dans le cadre des travaux de terrain en vue de la collecte des données qui permettront la rédaction de mon mémoire de master. Pour cela, je vous demanderais de bien vouloir m'accorder un peu de votre temps pour passer des entretiens avec vous et surtout soyez en rassurés du caractère confidentiel des réponses que vous aurez à donner.

Toutefois, nous rappelons que les informations collectées seront traitées pour des fins purement académiques. Nous vous remercions d'avance pour votre disponibilité et franche collaboration.

Quelques pistes non exhaustives pour les entretiens approfondis.

I. Les axes de recherche

Axe 1 : Les perception générale sur la contraception

- Comment percevez-vous la contraception moderne dans votre communauté ?
- Quel a été l'évolution de cette perception depuis 2014 ?
- Quelles sont les méthodes contraceptives les plus connues et acceptées dans votre communauté ?
- Selon vos observations, quelles catégories de femmes (âge, niveau d'éducation, situation matrimoniale) sont les plus réticentes à la contraception ?
- Existe-t-il des différences de comportement entre les différentes générations de femmes ?

- Quelles femmes sont plus susceptibles d'utiliser la contraception malgré les pressions sociales ?

Axes 2 : Les facteurs culturels

- Quelles sont les croyances traditionnelles qui influencent la perception de la contraception dans votre communauté ?

- Comment les valeurs familiales traditionnelles affectent-elles l'acceptation des méthodes contraceptives ?

- En quoi les pratiques ancestrales relatives à la fécondité entrent-elles en conflit avec la contraception moderne ?

- Quelles sont les principales raisons évoquées par les familles pour s'opposer à la contraception ?

- Comment la pression sociale s'exerce-t-elle sur les femmes qui souhaiteraient utiliser la contraception ?

- Quel rôle jouent les rumeurs sur les effets secondaires dans la réticence à la contraception ?

Axe 3 : Les implications socioéconomiques

- Quelles sont les conséquences sociales pour les femmes qui utilisent la contraception sans l'approbation communautaire ?

- Comment les grossesses rapprochées affectent-elles le développement économique des familles dans votre communauté ?

- Quels changements avez-vous observés dans les familles qui pratiquent l'espacement des naissances ?

- Comment intervenez-vous personnellement dans les questions liées à la planification familiale ?

- Quel est votre rôle dans la médiation entre les services de santé et la population ?

- Quelles actions avez-vous entreprises pour faciliter le dialogue sur la contraception ?

Axe 4 : Programmes d'information

- Quelles sont les activités de sensibilisation sur la contraception menée dans votre communauté depuis 2014 ?
- Comment évaluez-vous l'efficacité de ces programmes ?
- Quels canaux de communication seraient les plus appropriés pour informer sur la contraception ?
- Comment travaillez-vous avec les autorités sanitaires sur les questions de planification familiale ?
- Quelle relation entretenez-vous avec les leaders religieux concernant ces questions ?
- Quels autres acteurs communautaires sont impliqués dans les discussions sur la contraception ?

Axe 5 : Évolution des mentalités

- Avez-vous remarqué une évolution des attitudes envers la contraception depuis 2014 ?
- Comment les jeunes générations perçoivent-elles la planification familiale par rapport aux générations précédentes ?
- Quels événements ou facteurs ont contribué à modifier les perceptions de la contraception ?
- Quelles approches recommanderiez-vous pour améliorer l'acceptation de la contraception ?
- Comment intégrer les valeurs culturelles dans les programmes de planification familiale ?
- Quelles mesures communautaires pourraient réduire la réticence des femmes face à la contraception ?

ANNEXE II : GUIDE D'ENTRETIEN

Protocole N°2

GUIDE D'ENTRETIEN ADRESSE AUX LEADERS RELIGIEUX :

Madame /Monsieur, je suis MBAITESSEM Gédéon, étudiant inscrit en master II Sociologie à l'Université de Yaoundé 1 au Cameroun. Nous menons cette étude dans l'optique

de comprendre les facteurs influençant la santé reproductive des femmes. Cependant, le thème est porté sur :« *Représentations sociales de la contraception chez les femmes dans le septième arrondissement de N'Djamena* ». En effet, cette enquête s'inscrit dans le cadre des travaux de terrain en vue de la collecte des données qui permettront la rédaction de mon mémoire de master. Pour cela, je vous demanderais de bien vouloir m'accorder un peu de votre temps pour passer des entretiens avec vous et surtout soyez en rassurés du caractère confidentiel des réponses que vous aurez à donner.

Toutefois, nous rappelons que les informations collectées seront traitées pour des fins purement académiques. Nous vous remercions d'avance pour votre disponibilité et franche collaboration.

Quelques pistes non exhaustives pour les entretiens approfondis.

I- Les axes de recherche

Axe 1 : Position religieuse

- Quelle est la position officielle de votre confession religieuse concernant la contraception ?
- Cette position a-t-elle évolué ces dernières années (depuis 2014) ?
- Comment interprétez-vous personnellement les textes sacrés concernant la procréation et la planification familiale ?
- Existe-t-il différentes interprétations des textes religieux concernant la contraception au sein de votre communauté religieuse ?
- Comment abordez-vous ces divergences d'interprétation ?
- Quelles méthodes contraceptives sont considérées comme acceptables selon votre foi, s'il y en a ?

Axe 2 : Profils des fidèles

- Quelles catégories de fidèles (âge, niveau d'éducation, statut social) vous consultent le plus sur les questions de planification familiale ?

- Avez-vous remarqué des différences d'attitude envers la contraception entre les jeunes fidèles et les plus âgés ?
- Quels sont les profils des femmes fidèles qui rejettent catégoriquement la contraception pour des raisons religieuses ?
- Comment conseillez-vous les femmes qui vous demandent votre avis sur la contraception ?
- Quelle est votre approche face aux couples qui désirent limiter ou espacer les naissances ?
- Comment abordez-vous la question de la santé maternelle en lien avec les grossesses rapprochées ?

Axe 3 : Logiques religieuses

- Quelles sont les principales justifications religieuses du refus de la contraception ?
- Comment la notion de volonté divine s'articule-t-elle avec la planification familiale ?
- En quoi les concepts de famille et de procréation dans votre religion influencent-ils l'attitude envers la contraception ?
- Quelles sont les conséquences morales perçues de l'utilisation de la contraception ?
- Comment votre communauté religieuse perçoit-elle les familles qui limitent volontairement les naissances ?
- Quelles sont les implications spirituelles pour les fidèles qui optent pour la contraception ?

Axe 4 : Dialogue avec les autorités sanitaires

- Comment collaborez-vous avec les autorités sanitaires sur les questions de planification familiale ?
- Participez-vous à des programmes de sensibilisation sur la santé reproductive ?
- Quels sont les points de tension et de convergence entre les messages religieux et sanitaires ?
- Comment votre discours sur la contraception a-t-il évolué depuis 2014 ?
- Quels facteurs ont influencé cette évolution ?
- Comment intégrez-vous les nouvelles réalités sociales dans votre enseignement religieux ?

- Comment conciliez-vous les préceptes religieux avec les enjeux de santé publique liés aux grossesses rapprochées ?
- Quelle place accordez-vous à la responsabilité parentale dans votre enseignement ?
- Comment abordez-vous la question de la mortalité maternelle et infantile liée aux grossesses à risque ?

Axe 5 : Perspectives d'évolution

- Envisagez-vous une évolution de la position religieuse sur la contraception dans les années à venir ?
- Quelles approches recommanderiez-vous pour respecter à la fois les convictions religieuses et les besoins en santé reproductive ?
- Comment le dialogue interreligieux pourrait-il contribuer à une meilleure compréhension des enjeux liés à la contraception ?

ANNEXE III : GUIDE D'ENTRETIEN

Protocole N°4

GUIDE D'ENTRETIEN ADRESSE AUX FEMMES MARIEES :

Madame /Monsieur, je suis MBAITESSEM Gédéon, étudiant inscrit en master II Sociologie à l'Université de Yaoundé 1 au Cameroun. Nous menons cette étude dans l'optique de comprendre les facteurs influençant la santé reproductive des femmes. Cependant, le thème est porté sur :« *Représentations sociales de la contraception chez les femmes dans le septième arrondissement de N'Djamena* ». En effet, cette enquête s'inscrit dans le cadre des travaux de terrain en vue de la collecte des données qui permettront la rédaction de mon mémoire de master. Pour cela, je vous demanderais de bien vouloir m'accorder un peu de votre temps pour passer des entretiens avec vous et surtout soyez en rassurés du caractère confidentiel des réponses que vous aurez à donner.

Toutefois, nous rappelons que les informations collectées seront traitées pour des fins purement académiques. Nous vous remercions d'avance pour votre disponibilité et franche collaboration.

Quelques pistes non exhaustives pour les entretiens approfondis.

I- Les axes de recherche

Axe 1 : Parcours personnel

- Quelle est votre situation familiale actuelle (âge, nombre d'enfants, intervalle entre les naissances) ?
- Comment avez-vous été informée sur les méthodes contraceptives pour la première fois ?
- Quelle a été votre réaction initiale face à ces informations ?
- Quelles méthodes contraceptives connaissez-vous ?
- Que pensez-vous de chacune de ces méthodes ?
- Selon vous, quels sont les avantages et les inconvénients de la contraception ?

Axe 2 : Expériences personnelles

- Avez-vous déjà utilisé une méthode contraceptive ? Si oui, laquelle et quelle a été votre expérience ?
- Si non, qu'est-ce qui vous a dissuadée d'utiliser la contraception ?
- Comment vos expériences ou celles de votre entourage ont-elles influencé votre décision ?
- Qui ou quoi influence le plus vos décisions concernant la contraception ?
- Quel rôle joue votre mari/partenaire dans cette décision ?
- Comment votre religion et vos traditions influencent-elles votre choix ?

Axe 3 : Logiques personnelles

- Quelles sont vos principales raisons de refuser ou d'accepter la contraception ?
- Comment percevez-vous le lien entre contraception et autonomie des femmes ?
- En quoi votre vision de la famille idéale influence-t-elle votre choix ?

- Quels obstacles rencontrez-vous personnellement pour accéder à la contraception ?
- Quelles sont vos craintes concernant les effets secondaires potentiels ?
- Comment la pression sociale affecte-t-elle votre décision ?

Axe 4 : Implications des choix

- Comment vos choix en matière de contraception ont-ils affecté votre santé ?
- Quel impact ces choix ont-ils eu sur votre vie familiale et professionnelle ?
- Comment ces décisions ont-elles influencé vos relations sociales ?
- Comment discutez-vous des questions de contraception avec votre partenaire ?
- Quelles stratégies utilisez-vous pour faire respecter vos choix ?
- Comment abordez-vous ce sujet avec le personnel de santé ?

Axe 5 : Évolution des perceptions

- Comment votre opinion sur la contraception a-t-elle évolué depuis 2014 ?
- Quels événements ou informations ont contribué à cette évolution ?
- Votre attitude diffère-t-elle de celle des femmes plus âgées ou plus jeunes de votre entourage ?
- De quelles informations supplémentaires auriez-vous besoin concernant la contraception ?
- Quels services ou approches faciliteraient votre accès à la contraception ?
- Quels changements sociaux ou familiaux seraient nécessaires pour vous permettre d'utiliser la contraception librement ?

ANNEXE V : GUIDE D'ENTRETIEN

Protocole N°5

GUIDE D'ENTRETIEN ADRESSE AUX HOMMES MARIÉS :

Madame /Monsieur, je suis MBAITESSEM Gédéon, étudiant inscrit en master II Sociologie à l'Université de Yaoundé 1 au Cameroun. Nous menons cette étude dans l'optique de comprendre les facteurs influençant la santé reproductive des femmes. Cependant, le thème

est porté sur :« *Représentations sociales de la contraception chez les femmes dans le septième arrondissement de N'Djamena* ». En effet, cette enquête s'inscrit dans le cadre des travaux de terrain en vue de la collecte des données qui permettront la rédaction de mon mémoire de master. Pour cela, je vous demanderais de bien vouloir m'accorder un peu de votre temps pour passer des entretiens avec vous et surtout soyez en rassurés du caractère confidentiel des réponses que vous aurez à donner.

Toutefois, nous rappelons que les informations collectées seront traitées pour des fins purement académiques. Nous vous remercions d'avance pour votre disponibilité et franche collaboration.

Quelques pistes non exhaustives pour les entretiens approfondis.

I- Les axes de recherche

Axe 1 : Perception générale

- Que pensez-vous de la contraception moderne en général ?
- Comment votre opinion a-t-elle évolué depuis 2014 ?
- Quelles méthodes contraceptives connaissez-vous et que pensez-vous de chacune d'elles ?
- Quel est selon vous votre rôle dans les décisions de planification familiale ?
- Comment participez-vous aux discussions sur le nombre d'enfants et l'espacement des naissances ?
- Dans quelle mesure estimez-vous que la contraception est une responsabilité partagée ?

Axe 2 : Perception des femmes utilisatrices

- Comment percevez-vous les femmes qui utilisent des méthodes contraceptives ?
- Selon vous, quels types de femmes (âge, éducation, religion) sont plus susceptibles d'utiliser la contraception ?
- Quelles sont les caractéristiques des femmes qui refusent la contraception dans votre communauté ?
- Comment votre religion influence-t-elle votre opinion sur la contraception ?

- Quel rôle jouent les traditions familiales dans votre perception de la planification familiale ?

- Comment les autres hommes de votre communauté perçoivent-ils la contraception ?

Axe 3 : Logiques masculines

- Quelles sont vos principales raisons d'être favorable ou opposé à la contraception ?

- En quoi la masculinité et la paternité sont-elles liées à vos opinions sur la contraception ?

- Comment la notion de contrôle familial influence-t-elle votre position ?

- Comment discutez-vous des questions de contraception avec votre épouse ?

- Qui initie généralement ces discussions dans votre couple ?

- Comment gérez-vous les désaccords sur ce sujet ?

Axe 4 : Préoccupations et craintes

- Quelles inquiétudes avez-vous concernant l'utilisation de la contraception par votre épouse ?

- Craignez-vous des effets sur sa santé ou sur votre relation conjugale ?

- Quelles rumeurs ou histoires négatives avez-vous entendues sur la contraception ?

- Quels avantages ou inconvénients voyez-vous à l'espacement des naissances ?

- Comment pensez-vous que la contraception affecte la dynamique familiale ?

- Quelles conséquences économiques associez-vous à la limitation des naissances ?

Axe 5 : Expériences et observations

- Connaissez-vous des couples qui utilisent la contraception ? Qu'avez-vous observé chez eux ?

- Avez-vous personnellement expérimenté la planification familiale ? Quelle a été votre expérience ?

- Comment les services de santé vous ont-ils impliqué dans les questions de planification familiale ?

10. Perspectives d'évolution

- Votre opinion sur la contraception pourrait-elle changer à l'avenir ? Dans quelles circonstances ?
- Quelles informations ou approches pourraient vous faire reconsidérer votre position ?
- Comment envisagez-vous l'avenir de la planification familiale dans votre communauté ?

ANNEXE III : LES AUTORISATIONS DE RECHERCHES

PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
PROVINCE DE NDJAMENA
DELEGATION PROVINCIALE DE LA SANTE
DISTRICT SANITAIRE DE N'DJAMENA SUD

UNITE TRAVAIL PROGRES

346
PR/MSPP/PN/DPS/DSNS/2025

AUTORISATION DE RECHERCHE

Il est autorisé à Monsieur **MBAITESSEM GEDEON**, étudiant en master2 en Sociologie à l'Université de Yaoundé I **Option** : Population et Développement à mener une recherche au District Sanitaire de Ndjamena Sud sur le **Thème** : « **représentations sociales de la contraception chez les femmes** » Cas du 7^{ème} Arrondissement de la ville de Ndjamena

En foi de quoi, la présente autorisation lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit

Fait à NDJAMENA, le 05 juin 2025

Le Médecin Chef du District sanitaire
de Ndjamena Sud


Dr. FOUZARIO WODJI ABDALLAH



RÉPUBLIQUE DU TCHAD

 MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA
 PRÉVENTION

 SECRÉTARIAT D'ÉTAT

 SECRÉTARIAT GÉNÉRAL

 DÉLÉGATION PROVINCIALE DE LA SANTÉ
 ET DE LA PRÉVENTION DE N'DJAMENA

 SERVICE ADMINISTRATIF

 N° 812 /MSPP/SE/SG/DPSPN/25

Unité-Travail-Progress
 وحدة - عمل - تقدم



جمهورية تشاد

 وزارة الصحة العامة والتضامن الوطني

 أمانة الدولة

 الإدارة العامة للوزارة

 المندوبية الصحية لإقليم النجينا

A

**Monsieur le Médecin Chef de District
 Sanitaire de N'Djamena-Sud**

Objet : Autorisation de recherche

Je viens par la présente vous demander de bien recevoir **Monsieur MBAITESSEM GEDEON** Etudiant de Master II en Anthropologie, à la Faculté des Arts, Lettres et Sciences Humaines de l'Université de N'Gaoundéré, option : Population et développement, pour la collecte de données dans le cadre du mémoire de fin de formation, accès sur le thème : « **Représentations sociales de la contraception chez les femmes dans le 7^{ème} arrondissement de N'Djamena au Tchad** ».

A cet effet, vous êtes priés de prendre les dispositions nécessaires pour l'accueillir.

En vous souhaitant bonne réception la Délégation compte sur votre diligence.

N'Djamena, le 13 JUIN 2025

Le Délégué Provincial de la Santé et de la
 Prévention de N'Djamena

Dr RAMAT ABDOULAYE ABDERAMAN



RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix – Travail – Patrie

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I

FACULTÉ DES ARTS, LETTRES
ET SCIENCES HUMAINES

DÉPARTEMENT DE SOCIOLOGIE

BP : 755 Yaoundé

Siège : Bâtiment Annexe FALSH-UYI, à côté AUF

E-mail : departementsociologie@univ-yaounde1.cm

« Une sociologie ancrée dans un terroir et ouverte au monde »

REPUBLIC OF CAMEROON

Peace – Work – Fatherland

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF ARTS, LETTERS
AND SOCIAL SCIENCES

DEPARTMENT OF SOCIOLOGY



ATTESTATION DE RECHERCHE

Je soussigné, Professeur **LEKA ESSOMBA Armand**, Chef de Département de Sociologie de l'Université de Yaoundé I, atteste que l'étudiant **MBAITESSEM Gédéon**, Matricule **20A660**, est inscrite en **Master 2**, option population et développement. Il effectue, sous ma direction, un travail de recherche sur le thème : « **Représentations sociales de la contraception chez les femmes dans le septième arrondissement de N'Djamena** ».

Je vous serais reconnaissant de lui fournir toute information non confidentielle, susceptible de l'aider dans cette recherche.

En foi de quoi, la présente attestation lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à Yaoundé, le 4 3 MAI 2025



Le Chef de Département

Armand LEKA ESSOMBA
Professeur



Association
Tchadienne pour le
Bien
Etre
Familial



International
Planned
Parenthood
Federation

Boite postale 4064 Ndjamen (Tchad) Téléphone (235) 22 51 43 37 Téléfax (235) 22 51 43 37 email : astbef.tchad@yahoo.fr NIF : 600117698

N° ~~146~~ /ASTBEF/DE/2025

Ndjamen, le 12 Juin 2025

Le Directeur Exécutif P.I de l'ASTBEF

A

Monsieur MBAITESSEM GEDEON

AUTORISATION DE RECHERCHE R/VL DU 10/06/2025

Monsieur,

Suite à votre demande d'autorisation de faire des recherches au sein de notre organisation, nous vous remercions pour l'intérêt que vous accordez à l'Association Tchadienne pour le Bien-Etre Familial (ASTBEF) comme Institution.

A cet égard nous vous rassurons que l'ASTBEF marque son accord pour les collectes des données par rapport à votre thème « **Représentations sociales de la contraception chez les femmes dans le Septième arrondissement d N'Djamena** ».

Nous vous prions de recevoir, Monsieur, nos salutations distinguées.



LENAN GANGUINON SIDOINE

REPUBLIQUE DU TCHAD

DELEGATION GENERALE DU GOUVERNEMENT
AUPRES DE LA COMMUNE DE LA VILLE DE N'DJAMENA

COMMUNE DU 7^{ème} ARRONDISSEMENT

SECRETARIAT GENERAL

SERVICE DE GESTION DU PERSONNEL

N° 045 /DGGCN'DJ/C7A/SG/SGP/2025

UNITE-TRAVAIL-PROGRES



AUTORISATION DE RECHERCHE

Le Maire de la Commune du 7^{ème} Arrondissement de la Ville de N'Djamena, autorise étudiant(e) inscrit en Master II à la faculté des Arts, Lettres et Sciences Humaines de l'Université de Yaoundé I (Cameroun), **Option : Option Population et Développement**, à mener des recherches dans sa Commune en vue de rédiger son mémoire de fin de formation sur le Thème : « **Représentations sociales de la contraception chez les femmes. Cas dans la Commune du 7^{ème} Arrondissement** », sous la Direction de .

Il s'agit de : **Etudiant, MBAITESSEM Gédéon. Mat. 20A660.**

En foi de quoi, la présente autorisation est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à N'Djamena, le 24 Juin 2025

Le Maire

ADOUM HASSAN DJIMET

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	i
REMERCIEMENTS	iii
LISTE DES ILLUSTRATIONS	iv
SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....	v
RÉSUMÉ.....	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCTION GENERALE.....	1
I.CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE RECHERCHE	2
II. PROBLÈME DE RECHERCHE.....	4
III.PROBLEMATIQUE	7
1. Fondements théoriques des représentations sociales appliqués à la contraception	7
2. Influences religieuses et culturelles sur les représentations de la contraception	9
3. Facteurs socioéconomiques et éducatifs dans la construction des représentations sociales de la contraception chez les femmes du septième arrondissement de N'Djamena	10
4. Genre, pouvoir et autonomie reproductive dans les représentations de la contraception.....	12
IV. QUESTIONS DE RECHERCHE.....	15
V. HYPOTHESES DE RECHERCHES	15
VI.OBJECTIFS DE RECHERCHE.....	16
VII. INTÉRÊT DE L'ÉTUDE	17
1. Intérêt personnel	17
2. Intérêt opérationnel	17
3. Intérêt scientifique	18
VII.CADRE THEORIQUE.....	18

1. La théorie des représentations sociales	18
2. La théorie de l'ethnométhodologie	19
VIII.CADRE METHODOLOGIE	20
1. Cadre empirique	21
2. La recherche documentaire.....	21
3. L'observation directe.....	22
4. L'entretien semi-directif.....	22
5. Technique d'échantillonnage.....	24
6. Echantillonnage en boule de neige et à choix raisonné	24
 PREMIÈRE PARTIE :ÉTAT DES LIEUX DE LA CONTRACEPTION AU TCHAD.....	34
CHAPITRE I :CADRE ACTUEL DE MISE EN ŒUVRE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE AU TCHAD	36
I. CONTEXTE GENERAL DU TCHAD ET ENJEUX DE SANTE REPRODUCTIVE ...	36
1.1. Cadre légal et politique de la contraception au Tchad.....	39
1.2. Prévalence Contraceptive : Tendances, Disparités et Facteurs Influent	42
II. FECONDITE ET GROSSESSES PRECOCES : UN DEFI DEMOGRAPHIQUE ET SANITAIRE	45
1.1. Besoins non satisfaits en planification familiale : ampleur et obstacles	47
III. LE POIDS DE LA PRECARITE SOCIOECONOMIQUE SUR LA SANTE MATERNELLE ET INFANTILE	49
1.1. Configuration des acteurs institutionnels et associatifs intervenant dans le domaine contraceptif.....	52
1.2. Organisations internationales et partenaires au développement : soutien et initiatives	54
1.3. Influence des acteurs traditionnels et religieux : un facteur clé	57
 CHAPITRE 2 :LES LOGIQUES EXPLICATIVES ET PRATIQUES QUOTIDIENNES DE LA CONTRACEPTION CHEZ LES FEMMES DANS LE SEPTIEME ARRONDISSEMENT DE N'DJAMENA	61

I. PRÉSENTATION DES DIFFÉRENTES MÉTHODES CONTRACEPTIVES ET ANALYSE DES PERCEPTIONS ET DE LEURS EFFETS.....	61
1. Présentation des différentes méthodes contraceptives	61
1.3. Croyances sur les effets secondaires et les risques pour la santé	74
II. CONTRACEPTION ET STÉRILITÉ LIÉES AUX PROBLÈMES DE SANTÉ	75
1.1. Modalités d'accès aux services et produits contraceptifs.....	76
1.2. Adhésion et persistance dans l'utilisation des méthodes.....	78
1.3. Stratégies de gestion des effets secondaires et des imprévus.....	79
III. RELATION ENTRE LES UTILISATRICES ET LES PERSONNELS DE SANTÉ ...	80
1. Information et conseils reçus sur la contraception	81
1.1. Besoins non satisfaits en matière de contraception et attentes des femmes.....	82
 DEUXIÈME PARTIE :REPRÉSENTATIONS SOCIALES DE LA CONTRACEPTION	85
CHAPITRE 3 :PROFILS SOCIAUX DES PRATIQUES CONTRACEPTIFS CHEZ LES FEMMES DANS LE SEPTIÈME ARRONDISSEMENT	86
I.CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES FEMMES ENQUÊTÉES	86
1. Âge, niveau d'éducation, statut matrimonial et profession.....	86
1.1. Parité et nombre d'enfants désirés/existants	88
1.2. Niveau de revenu et conditions de vie.....	90
II. DYNAMIQUES ET TRAJECTOIRES DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES.....	93
1. Historique d'utilisation des méthodes contraceptives.....	93
1.1. Raisons du choix ou de l'abandon de certaines méthodes	95
1.2. Satisfaction et insatisfaction vis-à-vis des méthodes utilisées	97
III. MOTIVATIONS PERSONNELLES ET L'INFLUENCE DE L'ENTOURAGE COMME FREINS À L'UTILISATION DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES.....	99
1.1. Freins perçus à l'utilisation des méthodes contraceptives	101
1.2. Rôle et influence du partenaire, de la famille et des amis sur les décisions contraceptives.....	103

CHAPITRE 4 :DÉTERMINANTS CULTURELS ET ATTITUDES ENVERS LA CONTRACEPTION.....	106
I. PERCEPTIONS ET CROYANCES RELIGIEUSES FACE À LA CONTRACEPTION	106
1. Positions des différentes confessions religieuses (Islam, Christianisme, religions traditionnelles).....	107
1.1. Influence des leaders religieux sur les pratiques contraceptives.....	110
1.3. Interprétations et conciliations individuelles des préceptes religieux.....	118
II. NORMES SOCIALES, GENRE ET POUVOIR DE DÉCISION.....	119
1. Rôle des genres et inégalités dans la prise de décision contraceptive au sein du couple	119
1.1. Pression sociale et familiale (belle-famille, communauté)	120
1.1. Stigmatisation et tabous associés à l'utilisation de la contraception.....	122
III. NIVEAUX DE CONNAISSANCE DES DIFFÉRENTES MÉTHODES CONTRACEPTIVES.....	123
1.1. Principales sources d'information sur la contraception (personnel de santé, pairs, médias)	125
1.2. Impact des rumeurs, mythes et idées fausses sur l'acceptation de la contraception ...	126
CONCLUSION GENERALE	129
BIBLIOGRAPHIE	138
ANNEXES	149