



Université Senghor

Université internationale de langue française
au service du développement africain

Opérateur direct de la Francophonie

Déterminants de la faible utilisation des méthodes contraceptives modernes : Cas du district sanitaire de M'rémani (un des districts d'intervention de l'UNFPA aux Comores)

Présenté par

Fahad Lahadji AHAMADA

Pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département : **Santé**

Spécialité : **Santé Internationale**

le 14 mars 2011

Devant le jury composé de :

Dr. Christian MESENGE Président

Directeur du Département Santé, Université Senghor

Pr. Jérôme PALAZZOLO Examineur

Chercheur associé au LASMIC, Université de Nice

Dr. Magued CHOUKRY Examineur

Chirurgien Gynécologue Accoucheur, Diplômé de biologie
de la reproduction, Faculté de médecine de Lyon

Remerciements

A l'issu de ce travail, je tiens à exprimer mes sentiments de gratitude à toute personne qui, de près ou de loin, a contribué à sa réalisation, ainsi qu'à la concrétisation de ma formation à ce Master en Développement de l'Université Senghor.

Mes premiers remerciements vont à l'ensemble du personnel de l'UNFPA Comores et tout particulièrement à :

- M. Mamadou Boina MAECHA, Assistant Représentant de l'UNFPA Comores
- Dr Mahamoud Saïd, chargé du programme Santé de le Reproduction
- M. Saïd Brahim BOINA, chargé du Programme Population et Développement
- M. Djamaliddine Mohamed, associé aux programmes
- Dr Saïd Anly ABOUBACAR, Expert National en Santé de la Reproduction
- M. Chahissou DHOIFFIR, chauffeur

Qui dès mes premiers pas de la vie professionnelle, m'ont accueillis, conseillés, soutenus et accompagnés avec confiance jusqu'aujourd'hui. C'est avec votre encouragement que j'ai pu réaliser ce Master.

Les mêmes sentiments de reconnaissance s'adressent également à l'Université Senghor ainsi qu'au corps professoral pour le bagage intellectuel solide, dispensé avec enthousiasme à notre égard.

Sincères remerciements à Dr Christian MESANGE, directeur du département Santé de l'Université Senghor, ainsi que Mme Alice MOUNIR pour vos conseils.

Dédicace

A mes parents

Aucun mot, aucune dédicace ne saurait exprimer mon amour, ma reconnaissance et ma profonde estime pour vous. Grâce à l'éducation rigoureuse que vous m'avez donnée j'ai très tôt appris à discerner le bien du mal et aiguïser le sens de responsabilité.

Pour vos prières, votre amour et les sacrifices consentis à mon égard. Que l'Eternel Dieu vous accorde longue vie pour cueillir les fruits de la graine que vous avez semée.

A ma Tati ABOUBACAR Siti Mra-At

Vous qui êtes toujours ma confidente. Pour votre amour, vos encouragements, votre soutien et vos conseils qui me sont d'un secours inestimable. Ce travail est pour vous.

A mes petits frères et à ma petite sœur unique

Que j'ai toujours aimé, votre soutien moral n'a pas fait défaut. Que Dieu nous unit encore plus.

A toute ma famille

Vous m'avez toujours soutenu. Puisse Dieu, le tout puissant, nous prêter longue vie et raffermisse nos liens.

A mon frère de lutte Djoumoi Saadi Islam

Pour tous les moments que nous avons traversés ici à Alexandrie. Je ne saurai t'exprimer toute ma reconnaissance pour le soutien moral dont j'ai bénéficié, sachons toujours que seule l'union fait la force et restons toujours soudés.

A toute la XII^{ème} promotion de l'Université Senghor

Je ne saurais vous citer nommément.

Tout a un début et une fin, mais la fin d'une chose est toujours le début d'une autre.

Résumé

Introduction: Les méthodes contraceptives modernes font parti des moyens que les femmes utilisent pour limiter et/ou espacer la naissance de leurs enfants et pour quelques unes, pour se protéger contre les IST. Aux Comores, le MICS 2000 et l'Enquête Intégrale des Ménages (EIM 2004) ont trouvé respectivement une prévalence contraceptive de 19,4% chez les femmes en union et 13,9 % chez les femmes en âge de procréer. Pourtant, une gamme très large, pratiquement gratuite des méthodes contraceptives modernes est disponible aux Comores et ne cesse de s'élargir d'année en année.

Objectif: Mesurer l'utilisation des méthodes modernes de contraception au niveau du district sanitaire de M'rémami.

Méthodes: Une étude transversale, descriptive et analytique auprès des ménages a été réalisée dans le district sanitaire de M'rémami (un des districts d'intervention de l'UNFPA). Au total, 312 femmes en âge de procréer ont été enquêtées à l'aide d'un questionnaire. Les données collectées ont été saisies et traitées à l'aide du logiciel Epi Info. Les tests de Chi carré de Pearson et de Fisher ont été utilisés pour l'analyse des associations entre les différents facteurs et la sous utilisation des méthodes contraceptives modernes.

Résultats: Sur les 312 femmes ayant participé à l'enquête, 249 sont mariées ; parmi ces dernières, 31 utilisent une méthode contraceptive moderne. Une prévalence contraceptive de 12,4% dans un IC à 95% compris entre [7-13,9] a été trouvée. Ceci indique que malgré une gamme variée et gratuite des méthodes contraceptives modernes, beaucoup d'efforts reste à faire puisque 61% n'ont aucun niveau d'instruction. Plus de 42% de ces femmes ont entre 4 et 6 enfants et 29% ont plus de 7 enfants avec un nombre moyen de 4,9 enfants par femme. Une liaison statistiquement significative a été mise en évidence entre la non utilisation des méthodes contraceptives modernes et les facteurs suivants : l'influence de l'entourage ($p < 0,0001$), l'abandon des méthodes ($p < 0,001$), les effets secondaires ($p < 0,001$), les fausses rumeurs ($p < 0,001$), la connaissance sur l'existence d'un service PF au centre de santé ($p = 0,001$), l'intégration des services de santé ($p = 0,02$) et l'espace génésique ($p < 0,001$).

Par contre, aucune liaison n'a été trouvée entre la non utilisation des méthodes contraceptives et les facteurs suivants : l'âge ($p = 0,74$), le statut matrimonial ($p = 0,45$) le niveau d'instruction ($p = 0,42$), la profession ($p = 0,38$) et la parité ($p = 0,23$) ; ce qui est le contraire de plusieurs études antérieures dans d'autres pays.

Conclusion: Cette étude nous a permis de déterminer que les facteurs qui entraînent la faible utilisation des méthodes contraceptives modernes, sont surtout socio-démographiques et seule une approche de communication pour un changement de comportement pourrait renverser la tendance.

Mot-clefs

Méthode contraceptive moderne, Planification Familiale, Influence de l'entourage, Abandon des méthodes contraceptives, effets secondaires, les fausses rumeurs, intégration des services de santé, espace inter génésique.

Abstract

Introduction: Modern contraceptive methods are part of the ways women use to limit and / or space the births of their children and for some, to protect themselves against STIs. In Comoros, the MICS 2000 and Complete Household Survey (EIM 2004) found respectively a contraceptive prevalence of 19.4% among married women and 13.9% in women of childbearing age. Yet a wide range, practically free of modern contraceptive methods is available in the Comoros and continues to grow year after year.

Objective: Measure the use of modern methods of contraception at the health district M'rémami.

Methods: A cross-sectional study, descriptive and analytical in household was conducted in the health district M'rémami (a district intervention UNFPA). A total of 312 women of childbearing age were surveyed using a questionnaire. The data collected were entered and processed using Epi Info. Chi square tests of Pearson and Fisher were used for analysis of associations between various factors and the underutilization of modern contraceptive methods.

Results: Of the 312 women surveyed, 249 were married, and among these, 31 use a modern contraceptive method. A contraceptive prevalence of 12.4% in a 95% range [7 to 13.9] was found. This indicates that despite a wide range and frees of modern contraceptive methods, much effort remains to be done as 61% have no education. Over 42% of these women are between 4 and 6 children and 29% have more than 7 children with an average of 4.9 children per woman. A statistically significant association was observed between non-use of modern contraceptive methods and the following factors: the influence of the environment ($p < 0, 0001$), abandonment of the methods ($p < 0.001$), effects secondary ($p < 0.001$), false rumors ($p < 0.001$), knowledge about the existence of a FP service health center ($p = 0.001$), the integration of health services ($p = 0.02$) and reproductive space ($p < 0.001$). On the other side, no association was found between non-use of contraceptive methods and the following factors: age ($p = 0.74$), marital status ($p = 0.45$) education level ($p = 0.42$), occupation ($p = 0.38$) and parity ($p = 0.23$), which is contrary to several previous studies in other countries.

Conclusion: This survey has enable us to determine that the factors that lead to the low use of modern contraceptive methods, are mainly socio-demographic and only one approach of communication for behavior change could reverse the trend.

Key-words

Modern contraceptive methods, family planning, neighboring, abandonment of contraceptive methods, secondary effects, false rumors, integration of health service, reproductive space.

Liste des acronymes et abréviations utilisés

- **CIPD** : Conférence Internationale sur la Population et le Développement
- **DGS** : Direction Générale de la Santé
- **DSF** : Direction de la Santé Familiale
- **EDS** : Enquête Démographique et de santé
- **EIM** : Enquête Intégrale des Ménages
- **GTZ** : Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (Coopération technique Allemande)
- **IC** : Intervalle de Confiance
- **IPPF** : International Planned Parenthood Federation
- **IRSP** : Institut Régional de Santé Publique
- **IVG** : Interruption Volontaire de la Grossesse
- **MAMA** : Méthode de l'Allaitement Maternel
- **MSP** : Ministère de la Santé Publique
- **OMD** : Objectifs du Millénaire pour le Développement
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- **PF** : Planification Familiale
- **SMN** : Santé Maternelle et Néonatale
- **SR** : Santé de la Reproduction
- **SPSR** : Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction y compris les Préservatifs
- **TFT** : Taux de Fécondité Totale
- **UNFPA** : Fonds des Nations Unies pour la Population
- **UN** : United Nations
- **USAID** : Agence des Etats Unies pour le Développement International

Sommaire

Remerciements.....	i
Dédicace.....	ii
Résumé.....	iii
Mot-clefs.....	iii
Abstract.....	iv
Key-words.....	iv
Liste des acronymes et abréviations utilisés.....	v
Sommaire.....	1
Introduction.....	4
CHAPITRE I : GENERALITES.....	6
1.1. Enoncé du problème.....	6
1.1.1. Contexte général.....	6
1.1.2. La situation aux Comores.....	7
1.2. Cadre conceptuel et déterminants de la PF.....	9
1.2.1. Explication du cadre conceptuel.....	10
1.3. Hypothèse.....	10
1.4. Objectifs de l'étude.....	10
1.4.1. Objectif général.....	10
1.4.2. Objectifs spécifiques.....	10
1.5. Définitions opératoires des termes.....	11
1.6. Revue de la littérature.....	12
CHAPITRE II : CADRE ET MERHODOLOGIE DE L'ETUDE.....	16
2.1. Cadre l'étude.....	16
2.1.1. Présentation générale des Comores.....	16
2.1.2. Présentation du district sanitaire de M'rémani.....	17
2.1.3. Données géographiques.....	17
2.1.4. Relief, hydrographie et végétation.....	18
2.1.5. Données administratives et démographiques.....	18
2.1.6. Données économiques.....	18
2.1.7. Le système de santé.....	18
2.2. Matériels et Méthode de l'étude.....	19
2.2.1. Cadre de l'étude.....	19
2.2.2. Type d'étude.....	19

2.2.3. Population de l'étude.....	20
2.2.3.1. Critères d'inclusions	20
2.2.3.2. Critères d'exclusions	20
2.2.4. Echantillonnage de la population de l'étude	20
2.2.5. Répartition de l'échantillon par localité.....	21
2.2.5.1. Choix du village.....	21
2.2.5.2. Choix du ménage	22
2.2.5.1. Choix de l'individu	22
2.2.6. Technique et outils de collecte des données	22
2.2.6.1. Technique de collecte des données.....	22
2.2.6.2. Outils de collecte des données	22
2.2.6.3. Limites de l'étude.....	22
2.3. Les variables.....	22
2.3.1. Variable dépendante.....	22
2.3.2. Variables indépendantes.....	23
2.4. Plan d'analyse.....	22
2.5. Pré test et formation des enquêteurs	24
2.5.1. Phase préparatoire.....	24
2.5.2. La phase de l'enquête proprement dite.....	24
2.6. Considération de l'éthique.....	24
CHAPITRE : RESULTATS	25
3.1. Description de l'échantillonnage.....	25
3.2. Caracteristiques démographiques, socioculturelles et informationnels des femmes en âge de procréer	25
3.3. Connaissances des femmes en âge de procréer sur les méthodes modernes de contraception ...	28
3.4. Qualité des services selon les femmes ayant participé à l'enquête	34
3.5. Calcul de la prévalence contraceptive	35
3.6. Association entre déterminants et faible utilisation des méthodes contraceptives modernes	35
CHAPITRE IV : DISCUSSION DES RESULTATS.....	42
4.1. Atteinte des objectifs.....	42
4.2. Qualité et validité des résultats	42
4.3. Discussion des résultats	42
4.3.1. Connaissance des femmes en matière de Planification familiale.....	42
4.3.1. Attitudes et pratiques des femmes en matière de planification familiale	43
4.3.3. Source d'approvisionnement de la contraception par les femmes	43
4.3.4. Facteurs influençant l'utilisation des services de Planification Familiale	44

4.3.4.1. Le niveau d'instruction.....	44
4.3.5. Les raisons de non utilisation des méthodes contraceptives modernes.....	44
4.3.6. Qualités des soins et services.....	44
4.3.6.1. L'accueil	44
4.3.6.2. Connaissance sur l'existence d'un service PF au centre de santé.....	44
4.3.6.3. L'intégration des services.....	45
SUGGESTIONS ET RECOMMANDATIONS.....	46
CONCLUSION.....	48
BIBLIOGRAPHIE	49
Liste des figures.....	53
Liste des tableaux.....	54
Liste des méthodes contraceptives modernes disponibles aux Comores.....	56
Annexes.....	57
Annexe 1: Outil de collecte des données.....	57
Annexe 2: Budget alloué à la réalisation de l'étude.....	62

Introduction

Le développement n'est qu'une traduction matérielle des faits subjectifs et la notion de droits humains trouve des applications éminemment pratiques. La reconnaissance du droit à la santé en matière de reproduction a créé une norme internationale à laquelle on peut mesurer la pratique [1]. C'est ainsi que l'émancipation des femmes a été l'objectif central tant de la conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), tenue au Caire en 1994 [2], ainsi que la quatrième conférence mondiale sur les femmes, tenue à Beijing en 1995 [3]. Ces deux conférences ont reconnu et réaffirmé que la santé en matière de reproduction est un droit.

Seize (16) ans après la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) et quinze (15) ans après la plate forme Beijing, les indicateurs de Planification familiale (PF) n'ont pas atteint le niveau requis pour contribuer à la résolution des questions de la population. Pourtant, ces dernières années, des efforts considérables ont été fournis dans le domaine de la santé de la reproduction par les gouvernements et les partenaires dont l'UNFPA pour rendre accessible une gamme diversifiée des méthodes contraceptives dans les pays en général.

Aux Comores dans les années 1980-1990, les services de planification familiale étaient dirigés par les donateurs plutôt que des programmes nationaux complets de santé de la reproduction auquel le gouvernement en était rarement partie prenante. Après ces années le pays s'est inscrit aux étapes de l'évolution africaine de la planification familiale qui sont entre autres :

- La stratégie de la région africaine AFR/RC4718 en 1997 confirmant le rôle fondamental de la planification familiale dans l'instauration d'une santé de la reproduction optimale et d'un bien-être général.
- La stratégie de la région africaine AFR/RC53/11 en 2003 qui définit la planification familiale comme une intervention en vue d'améliorer la qualité de la vie des femmes.

Pour augmenter la fréquentation des services de PF, une approche d'intégration des services de vaccination a été introduite pour permettre l'orientation des mères qui ont accouché vers les services de PF. Parallèlement à cela, des programmes de sensibilisation et de plaidoyer en matière de SMN/PF ont été mis en place et avec comme objectif au départ, ramener le taux de prévalence contraceptive des méthodes modernes parmi les femmes en union de 11% en 1996 à 20% en 2001 [4]. L'enquête MICS 2000 a montré que la prévalence contraceptive a évolué positivement puisqu'elle serait de 19,4% pour les femmes en union [5] et 13,9% chez les femmes en âge de procréer [6]. Mais le gouvernement et ses partenaires pourraient mieux faire si le taux d'abandon n'était pas si élevé. Ce dernier était estimé à environ 70% par le ministère de la santé publique en 1997. L'EDS/96 a révélé qu'il existe un besoin non satisfait en PF de 60% chez les femmes en union [7].

La présente étude sur les déterminants de la faible utilisation des méthodes contraceptives modernes au niveau du district de concentration de M'rémami est réalisée dans le cadre de l'obtention

d'un Master en développement de l'Université Senghor d'Alexandrie, spécialité Santé Internationale. Elle vise à avoir une vision globale en matière d'utilisation des contraceptions et à mettre à la disposition de l'UNFPA et de ses partenaires, des informations fiables sur les facteurs qui déterminent la pratique contraceptive du district en question. Nous espérons que les résultats permettront, d'entreprendre des actions à même de contribuer à l'augmentation du niveau d'utilisation des méthodes contraceptives modernes. Les résultats permettront également de mieux définir une orientation stratégique des nouvelles phases dans le volet planification familiale et santé de la reproduction.

La présente étude s'articulera autour de quatre (4) chapitres, complétés par une conclusion et des recommandations.

- I. Les généralités
 - II. Cadre et méthodologie de l'étude
 - III. Présentation et interprétation des résultats de l'étude
 - IV. Discussion des résultats
- Suggestions et recommandations
- Conclusion

CHAPITRE I : GENERALITES

1.1. Enoncé du problème

1.1.1. Contexte général

La contraception a été l'une des innovations majeures du XXe siècle et est souvent considérée comme un acquis dans nos sociétés respectives. Cependant le début du XXIe siècle a été marqué par un désengagement de la communauté internationale sur la planification familiale, pour des raisons idéologiques et économiques, qui ont entraîné une augmentation des besoins en contraception dans de nombreux pays, surtout parmi les populations les plus pauvres. Une prise de conscience de cet état de fait est en cours, et est nourrie par l'inquiétude de l'effet de la démographie non contrôlée sur la dégradation de l'environnement et du climat et les crises alimentaires mondiales [8]. Les programmes PF ont été le principal moyen de réduction des taux de fécondité les plus élevés. Toutefois, malgré des années d'investissement par les programmes et les partenaires, la baisse de la fécondité n'est toujours pas apparente. Des nouvelles perspectives montrent que dans plusieurs pays en développement, les taux de fécondité qui étaient à la baisse sont en début de décrochage [9].

Ce regain d'intérêt replace la contraception au centre du développement, réaffirmant son impact positif sur la pauvreté, l'éducation et le statut des femmes et a été concrétisé en 2006, avec l'inclusion dans les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) de l'accès à la contraception [8].

Malgré l'existence des services de santé familiale et de planification sûrs et surtout abordables, plus de 120 millions de couples dans le monde n'utilisent aucun moyen de contraception pour limiter ou espacer leurs familles [8]. On estime à 122,7 millions le nombre de femmes dont le besoin en matière de planification familiale n'est pas satisfait [16]. 200 millions de femmes au niveau mondial signalent qu'elles veulent différer ou éviter une grossesse, mais n'ont pas les moyens de limiter leurs naissances parce qu'elles n'y ont pas accès aux méthodes contraceptives modernes et qu'elles en craignent des effets secondaires, ou parce que leur mari ou leur famille font abjection. Cette situation se traduit par des milliers de grossesses non désirées, ainsi que la morbidité et la mortalité maternelles [9, 10].

En 2003, 137 millions de femmes avaient un besoin en contraception. Un autre 64 millions de femmes utilisait les méthodes contraceptives traditionnelles avec un taux d'échec relativement élevé [10, 11].

Par ailleurs, il est reconnu que l'accès à la contraception peut sauver des vies, si l'écart entre la demande et l'offre de planification familiale était comblé, le nombre de femmes qui meurent durant la grossesse ou à l'accouchement serait réduit de plus d'un tiers [12].

Au moins 200 millions de femmes veulent une utilisation sûre et efficace des méthodes de planification familiale, mais sont incapables de le faire parce qu'ils n'ont pas accès à l'information et des services ou le soutien de leurs maris et leurs communautés. Et plus de 50 millions des 190 millions de femmes qui tombent enceintes chaque année se font avorter. Beaucoup d'avortement sont effectués clandestinement et dans des conditions dangereuses [13].

Aujourd'hui, l'Afrique est le seul continent où existe un faible niveau d'utilisation des moyens de contraception et un taux de fécondité élevé plus persistant. Les grossesses non désirées continuent de peser sur de nombreux pays en Afrique sub-saharienne. Le niveau actuel de la prévalence contraceptive et le nombre de grossesses non désirées résultent de l'abandon précoce, de l'influence de l'entourage, des effets secondaires, des fausses rumeurs et les taux d'échec de la méthode classique de contraception. Dans cette région du monde, la prévalence de la contraception est très faible (13%) pendant que le taux de fécondité total (TFT) est de 5,5% avec un risque de décès maternel de 1 pour 14. Par contre dans les pays développés le taux de fécondité total (TFT) est de 1,6% et le risque de décès maternel est de 1 pour 2800 [14]. Dans cette même région, jusqu'en 1995, l'utilisation des méthodes contraceptives a été faible par rapport au reste du monde [15].

En matière d'utilisation des méthodes contraceptives modernes, les pays développés arrivent largement en tête, suivi de certains pays d'Afrique du nord et du Maghreb tels que l'Egypte, la Tunisie, et l'Algérie qui ont un taux d'utilisation est relativement supérieur à celui de l'Afrique subsaharienne.

Les pays avec le plus fort taux de natalité sont aussi les plus pauvres économiquement, avec des faibles niveaux d'éducation, des forts taux de mortalité et une grande pauvreté, souligne la Banque mondiale, en indiquant aussi que les femmes qui n'ont pas accès à une contraception ont souvent recours à l'avortement comme moyen de contrôle des naissances [16].

Bien que l'accès à la contraception moderne est devenu un droit humain reconnu, l'approvisionnement irrégulier en contraceptifs et le nombre limité de points de prestation de services rendent l'accès à la contraception inégale. En effet, élargir l'éventail des fournisseurs permettrait d'offrir la contraception et peut améliorer l'accès aux contraceptifs, en particulier lorsque les ressources sont plus rares [17]. En répondant à tous ces besoins non satisfaits en matière de contraception, on pourrait réduire la fécondité de 35% en Amérique latine et aux Caraïbes, de 20% dans les Etats arabes, l'Afrique orientale et australe, et de 15% en Asie et en Afrique de l'ouest [18].

1.1.2. La situation aux Comores

Depuis les années 70, quelques structures sanitaires offraient des services de planification familiale. Ces activités étaient limitées à des conseils sur l'espacement des naissances et à la distribution de quelques méthodes contraceptives. Ce n'est qu'au début des années 80, que les autorités s'inspirent des principes de la déclaration d'Alma-ata, de l'initiative de Bamako, de la conférence de Lusaka et de la recommandation sur la population au Mexique pour développer et intégrer des activités dans les services de santé maternelle et infantile [4].

Des efforts ont été consentis en matière de planification et se sont traduits par :

- Introduction de la PF par les praticiens en 1970 ;

- Souscription du pays à la déclaration d'Alma-ata en 1978 considérant la PF comme une composante essentielle de soins de santé primaires dans le contexte de la politique de la santé pour tous ;
- Voyage d'étude du grand Mufti au Maroc ;
- Séminaire international sur la PF et l'islam ;
- Réforme en 1992 du système de santé confiant la PF à la DSF ;
- Intégration de la PF dans le complexe CMN ;
- Institutionnalisation du programme à tous les niveaux dans le cadre de la nouvelle réforme du système sanitaire de 1995.

En plus de ces étapes, le pays s'est inscrit également aux résolutions régionales africaines notamment :

- La stratégie de la région africaine AFR/RC4718 en 1997 confirmant le rôle fondamentale de la PF dans l'instauration d'une santé de la reproduction optimale et d'un bien-être général ;
- La stratégie de la région africaine AFR/RC53/11 en 2003 qui définit la PF comme une intervention en vue d'améliorer la qualité de la vie des femmes. Au cours de l'adoption de ces documents , les ministres de la santé de l'Afrique subsaharienne en général et des Comores en particulier ont observé que des grossesses précoces, répétées et fréquentes influent négativement sur l'état nutritionnel des femmes et contribuent à l'épuisement physique, à la sensibilité aux infections et aux vieillissements précoces ; ils ont souligné la nécessité de se préoccuper de la planification familiale et en particulier de l'espacement des naissances afin d'améliorer la qualité de la vie des femmes.
- Une analyse situationnelle du système logistique des produits de santé de la reproduction à été fait en 2006.

Durant ces dernières années, les Comores vient d'élaborer et adopter un document national de sécurisation des produits contraceptifs et une gamme élargie de ces derniers est disponible et surtout accessible à l'ensemble de la population comorienne.

Le réseau sanitaire comorien est dense et accessible (plus de 80% de la population se trouve dans un rayon de 5 km d'un établissement de santé et d'au moins 1 heures de marche) et plus de 95% de ces formations sanitaires dispose d'au moins trois (3) méthodes modernes de planification familiale. Tout le personnel exerçant au niveau des services SR/PF ont suivi au moins une formation [4].

Malgré tous ces efforts, la prévalence contraceptive est de 19,4% pour les femmes en union [5] et de 13,9% chez les femmes en âge de procréer avec des grandes disparités dans les îles et les régions [6]. Tenant compte des efforts fournis et la gamme disponible de contraception, cette prévalence pourrait être considérée comme étant très faible dans un contexte démographique où l'indice synthétique de fécondité est toujours élevé (5,3 enfants par femme) [19].

C'est pour essayer de comprendre ce phénomène, vu encore que le sujet n'a jamais été abordé aux Comores que nous nous sommes proposés d'étudier les déterminants de la faible utilisation des méthodes contraceptives modernes : cas du district sanitaire de M'rèmani (un des districts de concentration de l'UNFPA).

1.2. Cadre conceptuel et déterminants de la PF

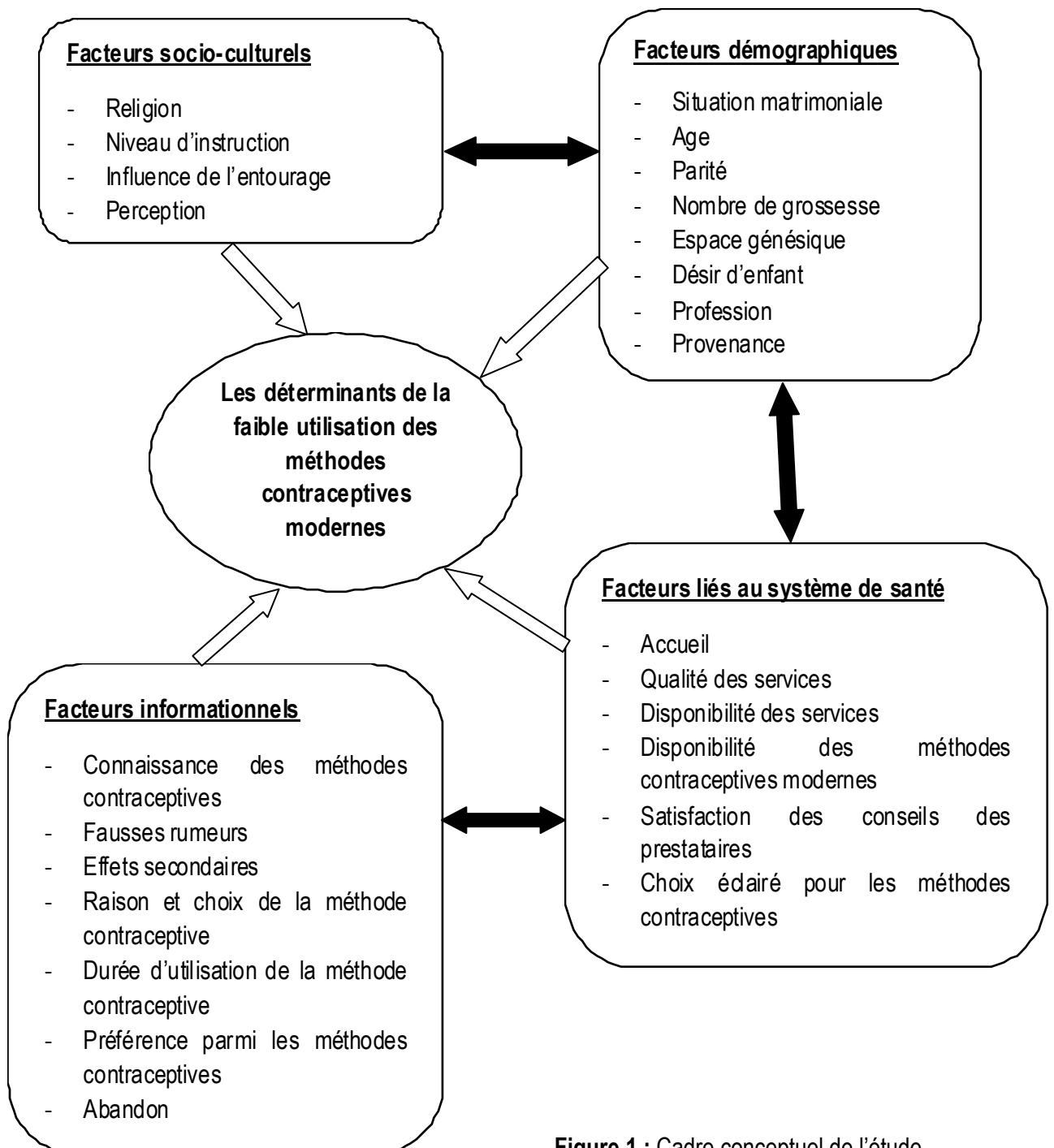
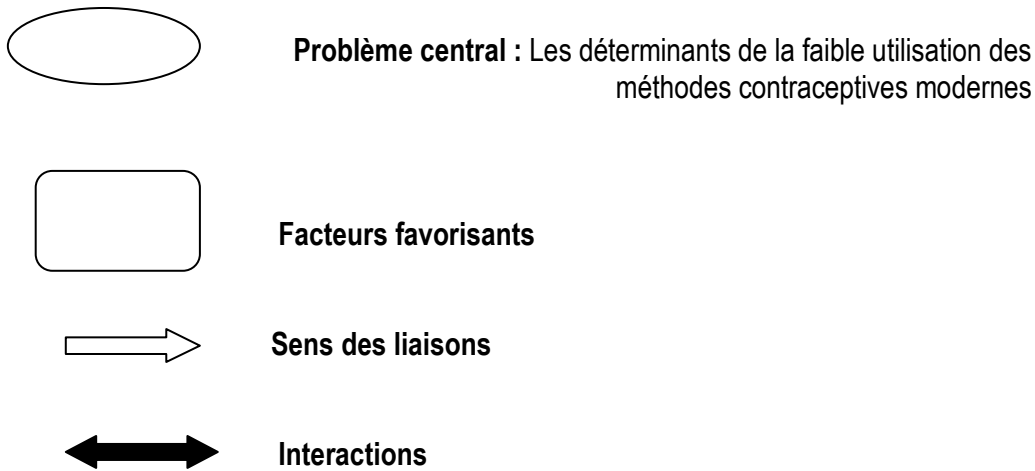


Figure 1 : Cadre conceptuel de l'étude



1.2.1. Explication du cadre conceptuel

Les éléments du cadre conceptuel ci-dessus s'articulent autour d'un point central : Les déterminants de la faible utilisation des méthodes contraceptives modernes. Il s'agit plus explicitement des conditions et des facteurs qui la faible utilisation des méthodes contraceptives modernes dans le district sanitaire de M'rémami.

Ce sont ces liens ainsi dessinés qui seront mis évidence dans cette étude. Il sera montré de quelle manière, les facteurs démographiques, socio-culturels, informationnel et le système de santé peuvent influencer l'utilisation des méthodes contraceptives modernes.

1.3. Hypothèse

Il existe des liens entre les facteurs démographiques, socio-culturels, socio-économiques, informationnels et la qualité des services de planning familial; et l'utilisation des méthodes modernes de planification familiale.

1.4. Objectifs de l'étude

1.4.1. Objectif général

Mesurer l'utilisation des méthodes modernes de contraception au niveau du district sanitaire de M'rémami.

1.4.2. Objectifs spécifiques

- Déterminer la prévalence contraceptive au niveau district sanitaire chez les femmes en âge de procréer et en union ;
- Déterminer le niveau de connaissance des méthodes modernes de planification familiale chez femmes en âge de procréer et en union;
- Identifier les facteurs liés aux services de santé qui influent sur l'utilisation des méthodes contraceptives modernes ;

- Déterminer les facteurs socio-culturels, démographiques et informationnels qui influencent sur l'utilisation des méthodes contraceptives modernes ;
- Formuler des suggestions et des recommandations en vue d'améliorer davantage l'utilisation des méthodes contraceptives modernes.

1.5. Définition opératoire des termes

Planification familiale (PF) : c'est l'ensemble des moyens et techniques médicaux ou non mis à la disposition des individus et des couples pour leur permettre d'assurer leur sexualité de façon responsable, de manière à éviter les grossesses non désirées, espacer les naissances, avoir le nombre désiré d'enfants au moment voulu [19].

Déterminants : c'est l'ensemble d'éléments et facteurs qui peuvent influencer la santé des individus ou des groupes d'individus à avoir la tendance de se référer ou non aux services de soins.

Faible : c'est tout ce qui se trouve en dessous de la norme ; médiocre.

Méthodes contraceptives modernes : il s'agit de la gamme contraceptive disponible dans les services de planification familiale : préservatif (masculin et féminin), norplan, jadel, microgynon, DIU, micronor, noristerat, implanon, lo-femenal.

Utilisation des méthodes contraceptives modernes : elle est définie comme la proportion des femmes en âge de procréer qui a utilisé au moins une fois les services de planification familiale pour bénéficier des méthodes contraceptives modernes.

Contraception : c'est l'ensemble des procédés par lesquels un rapport sexuel est rendu non fécond et ceci de façon temporaire réversible.

Connaissance des méthodes contraceptives : elle est définie comme la connaissance d'au moins une des méthodes contraceptives.

Qualité des soins : elle dépend des normes techniques de soins appliquées par les prestataires pour satisfaire les bénéficiaires. Il s'agit de :

- L'accès aux services
- L'efficience
- L'efficacité
- L'innocuité
- Les relations inter personnelles
- La continuité des services
- Existence des normes (procédure, protocole, Affiches...)
- L'accueil
- L'accessibilité

Disponibilité des services : signifie que le service est ouvert aux heures de travail et qu'un personnel qualifié répond chaque fois que les clientes sollicitent son service. La disponibilité des produits contraceptifs au niveau du service est l'absence de rupture de stock.

Satisfaction des besoins : c'est l'opinion des clientes sur les services de PF offerts. La cliente exprime son contentement sur la disponibilité, la compétence des agents et de l'accueil. Elle déclare se sentir à l'aise et traitée avec respect.

Us et coutumes : c'est la pérennisation de la tradition qui se transmet de génération en génération.

Accessibilité financière aux services PF : c'est la possibilité de recourir aux services de PF par une femme en âge de procréer lorsqu'elle désire avoir de soins, de s'acheter les produits contraceptifs sans difficulté majeure.

Accessibilité géographique : elle se mesure en termes de moyen de locomotion, distance, temps de déplacement. La norme de l'Union des Comores est de 5 km de rayon autour d'une formation sanitaire

SPSR (Sécurisation des produits de santé de la reproduction y compris les préservatifs) :

Il y a sécurisation des produits contraceptifs quand chaque personne peut choisir, obtenir, et utiliser les produits de santé de la reproduction de qualité à chaque fois qu'il ou qu'elle en manifeste le besoin

District d'intervention ou de concentration : c'est un district de santé où les partenaires concentrent leurs financements

Femme en âge de procréer : toute femme ayant un âge compris entre 12 et 49 ans.

Femme en union : femme ayant une vie de couple.

1.6. Revue de la littérature

Selon le principe huit (8) du programme d'action de la CIPD, tous les couples et tous les individus ont le droit fondamental de décider en toute liberté et toute responsabilité le nombre d'enfants qu'ils souhaitent avoir et l'espacement des naissances et d'avoir les informations, l'éducation et les moyens nécessaires à cette fin. Le programme d'action stipule que les programmes PF doivent proposer un éventail complet de méthodes contraceptives sûres et efficaces [2].

Dans les pays en développement, les femmes continuent de mourir parce qu'elles n'ont pas accès à la contraception. Chaque grossesse multiplie les chances d'une femme de mourir des complications de la grossesse ou de l'accouchement. Le taux de mortalité maternelle est particulièrement élevé pour les jeunes femmes et les pauvres, celles qui ont le moins accès aux services de contraception. Ainsi, une fécondité mal maîtrisée et des grossesses multiples et rapprochées contribuent à fragiliser les femmes et à précariser leur situation. Toujours dans les mêmes pays en développement où l'avortement est souvent illégal, la contraception doit être plus que jamais encouragée [21].

Il est évident que la sous utilisation des méthodes contraceptives modernes entrainait des nombreux avortements clandestins et des IVG. Dans une étude réalisée en France, Bajos N. et ses collaborateurs ont montré que parmi les femmes qui ont eu recours à l'IVG, en 2004, 28% n'utilisaient pas de moyen de contraception [22].

L'OMS [23] a décrit des critères d'acceptabilité médicale pour chaque méthode contraceptive moderne, à l'exception de la stérilisation chirurgicale féminine et masculine, et ont été classés en fonction des quatre (4) catégories suivantes :

- Etat où l'utilisation de la méthode contraception n'appelle aucune restriction ;

- Etat où les avantages de la méthode contraceptive l'emportent en général sur les risques théoriques avérés ;
- Etat où les risques théoriques ou avérés l'emportent généralement sur les avantages procurés pour l'emploi de la méthode ;
- Etat équivalant à un risque inacceptable pour la santé en cas d'utilisation de la méthode contraceptive.

Ces critères, si appliqués lors des conseils, sont sensés diminuer les rumeurs sur les effets secondaires en cas d'utilisation des méthodes contraceptives modernes.

La connaissance des déterminants liés au comportement des femmes en âge de procréer par rapport à l'utilisation des services de planification familiale est essentielle pour réorienter les actions de promotion de la planification familiale ainsi que les nouvelles stratégies de communication pour le changement de comportement. L'adoption d'un nouveau comportement favorable à l'utilisation des services de PF constitue le résultat attendu [24].

L'utilisation de méthodes modernes de contraception a généralement augmenté rapidement au cours des 30 dernières années, surtout dans les pays qui ont des solides programmes de planification familiale. Toutefois, des progrès ont été reconnus dans les pays à faible revenu. L'utilisation de méthodes modernes de contraception a peu changé depuis la dernière décennie en Afrique subsaharienne, et est encore faible [25].

Dans le cadre de l'accès aux services de planification familiale plusieurs travaux ont été réalisés avec des suggestions. Parmi elles, celles de L'UNFPA, qui dans son rapport annuel 2007 a montré que les besoins non satisfaits des femmes en matière de contraception varient, ainsi que l'on pouvait s'y attendre, selon le niveau relatif de pauvreté. Les études couvrant l'Asie, l'Amérique latine, l'Afrique du Nord et l'Afrique subsaharienne font généralement apparaître des niveaux de besoins de contraception non satisfaits plus élevés dans la population rurale que dans la population urbaine, les populations urbaines pauvres se situant à mi-chemin entre ces deux groupes [26].

Les méthodes modernes de contraception ont un impact important dans l'amélioration de la santé des femmes et des enfants. Toutefois, dans certains pays ou régions du monde, des informations inexacts et trompeuses au sujet de propos délibérés, le mécanisme d'action de ces méthodes de contraception a proliféré.

Au Mali par exemple, moins de 5 pour cent des femmes mariées en âge de procréer utilisent un moyen contraceptif moderne. Mais à Bamako, les nouvelles utilisatrices de tels moyens déclarent les employer pour améliorer ou protéger leur santé [27].

Malgré l'augmentation de l'utilisation de contraceptifs depuis 1994, des besoins importants non satisfaits en planification familiale persistent. Dans les pays les moins avancés, par exemple, six femmes sur dix qui ne veulent pas tomber enceinte n'ont pas recours à la contraception. Ce besoin non satisfait en planification familiale est le plus élevé parmi les personnes défavorisées qui sont également plus susceptibles de souffrir des conséquences négatives de rapports sexuels non protégés [28].

Au Burkina- Faso en 1996 lors d'une évaluation du projet de PF BKF/GTZ stipule que les difficultés liées à l'approvisionnement, à la gestion des produits contraceptifs et à la disponibilité des outils de gestion sont observées à tous les niveaux. Cet ensemble de facteurs occasionne des ruptures fréquentes de stock, toute chose pouvant nuire à la qualité d'un programme de planification familiale [29].

Dans une étude réalisée en 1996 sur l'utilisation des contraceptifs modernes par les communautés de Ouidah et de Kpomassé au Bénin, six ans après un programme de distribution à base communautaire de contraceptifs modernes, a montré l'existence d'une association significative entre la distribution à base communautaire et l'attitude favorable à l'utilisation des contraceptifs modernes ($p = 0,005$) [30].

Dénis S. [31], sur les déterminants de l'utilisation des services de Planification Familiale dans la zone sanitaire d'Aplahoué en 2002 au Bénin, a montré que les facteurs qui freinent l'utilisation des services de Planification Familiale sont :

- Le refus des maris ;
- Les effets secondaires des produits contraceptifs ;
- L'insuffisance d'information sur la Planification Familiale ;
- La non implication des maris ;

Au Sénégal l'Enquête démographique de Santé (EDS) de 2005, montre une amélioration du niveau de connaissance des femmes par rapport à 1997. La proportion des femmes ayant déclaré connaître une méthode contraceptive est passée de 85% à 92%.

Chez les femmes ayant un partenaire, cette proportion est passée de 86% en 1997 à 94% à l'enquête actuelle. Cette amélioration est due en grande partie à une amélioration de la connaissance des méthodes modernes : de 82% en 1997, la proportion est passée en 2005 à 91%. En ce qui concerne les méthodes traditionnelles, on constate la tendance inverse. La proportion des femmes ayant déclaré connaître ce type des méthodes est passé de 56% en 1997 à 42% en 2005 [32].

Aux Comores, des efforts ont été consentis en matière de planification et se sont traduits par :

- L'élaboration en 2005 d'un plan stratégique de sécurisation des produits contraceptifs y compris les préservatifs pour la période 2006-2014.
- L'analyse situationnelle du système logistique des produits de santé de la reproduction à été fait en 2006.

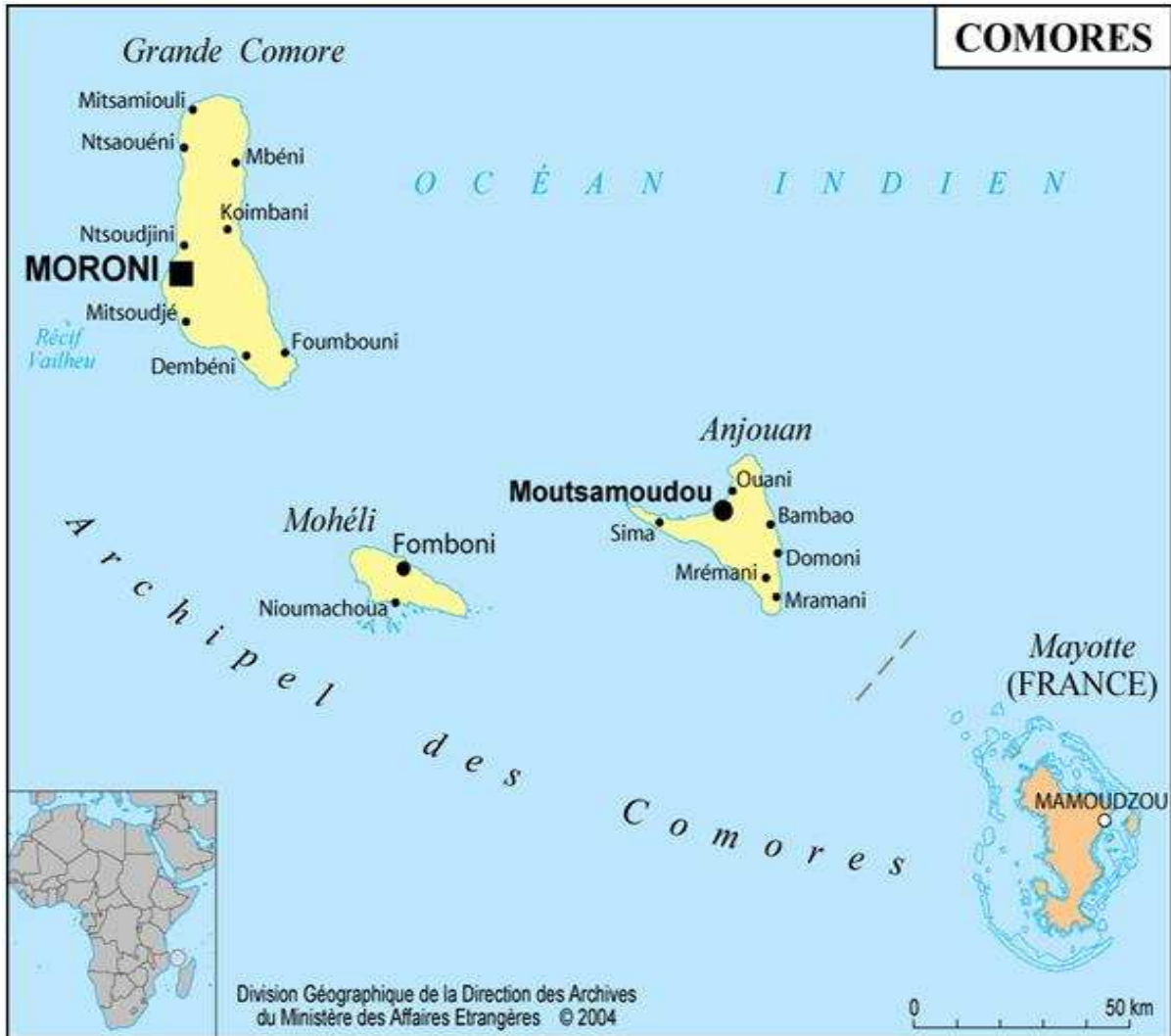
A cela, force est de constater qu'au fil des années, aux Comores, le choix des méthodes contraceptives s'est considérablement élargi. En pratique, chaque année au moins deux (2) formations en PF sont organisées et un (1) nouveau moyen de contraception s'ajoute dans la gamme disponible. Il est vrai que la contraception idéale n'existe pas, mais le large éventail des méthodes contraceptives modernes disponibles actuellement doit permettre à chaque femme de trouver une méthode qui lui convient. Le

MICS 2000, a trouvé une prévalence contraceptive qui a augmenté au fil des années (19,4%), mais toujours plus faible. Puisqu'elle était de 11% en 1996 (EDS).

CHAPITRE II CADRE ET METHODOLOGIE DE L'ETUDE

2.1. Cadre de l'étude

2.1.1. Présentation générale des Comores



Source : Division Géographique de la Direction des Archives du Ministère des Affaires Etrangères, de la Francophonie et du Monde Arabe, 2004.

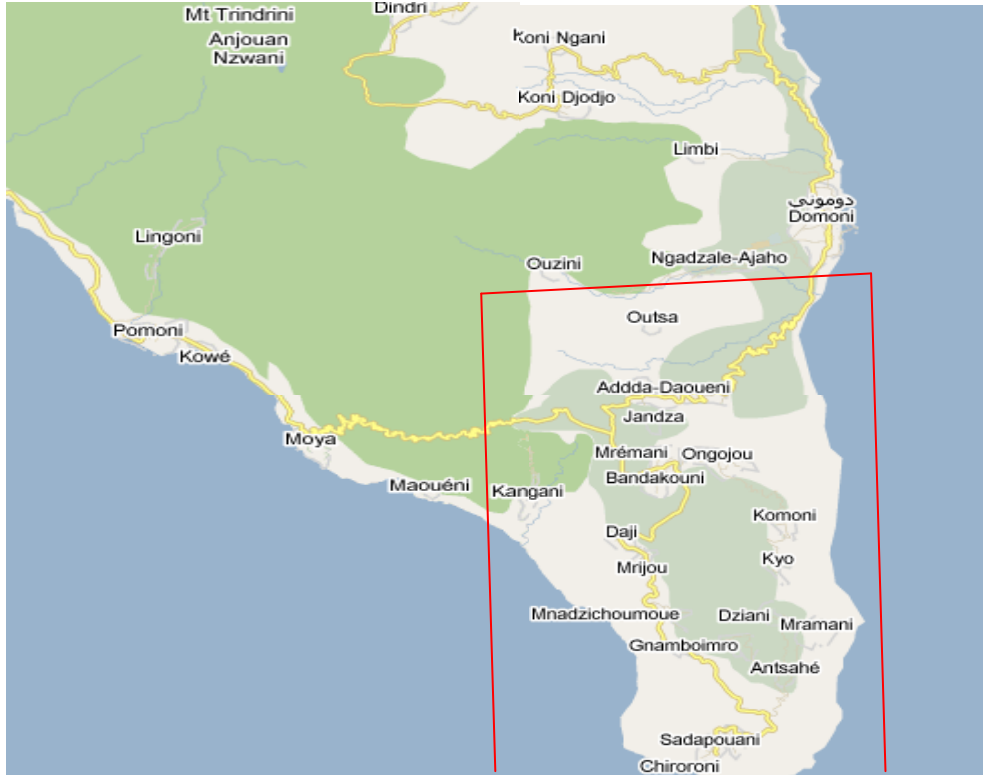
Figure 2 : Carte géographique des Comores

Les Comores se situent à l'entrée nord du canal de Mozambique, à égale distance entre les Cotes Est Africaine et les cotes Nord Malgache.

La population des Comores est inégalement répartie entre les îles. L'île avec la densité la plus élevée est Anjouan ; de 320,7 habitants au km² en 1980 à 445,6 en 1991, elle était de 574,8 habitants au km² en 2003 alors que la densité moyenne du pays est de 309 au km². La répartition spatiale de la population est déséquilibrée. En effet, cette population vit essentiellement en milieu rural avec 72,1% au RGPH de 2003. Une autre caractéristique majeure de la population comorienne est son extrême

jeunesse : plus de la moitié (53%) de la population sont âgées de moins de 20 ans et les moins de 15 ans représentent 42% de la population totale [19].

2.1.2. Présentation du district sanitaire de M'rémami



Source : <http://www.google.com/mapmaker?ll=-12.323232,44.495316>

Figure 2 : Carte géographique du district sanitaire de M'rémami

Le district sanitaire de M'Rémami situé dans la région de Nioumakélé, couvre une population de 60230 habitants qui représente le double de la population de l'île de Mohéli qui est de 35 000 habitants.

Ce district est le plus grand de l'île d'Anjouan. Plus de la moitié de la population active ne sait ni lire ni écrire. Si moins de 20% des ménages anjouanais gagnent 500 KMF (1€) par jour ; ce taux n'atteint pas les 10% pour les ménages de la région de Nioumakélé. C'est une population desservie avec un taux de pauvreté qui dépasse largement 50% [33].

2.1.3. Données géographiques

Le district sanitaire de M'rémami est située à environ 45 km de Mutsamudu, la capitale de l'île d'Anjouan. Il couvre une superficie de 712 000 m². Elle est limitée à l'extrême Sud par la plage de Chiroroni, à l'Ouest par le Cole de Moya, à l'Est par le bras de mer séparant Mayotte et Anjouan ; au nord par la région de Domoni.

Le climat est de type tropical humide avec des variances par rapport à l'altitude influencé par les montagnes (pluie et chaleur). La région est soumise à deux saisons, une, pluvieuse (décembre-mai).

2.1.4. Relief, hydrographie et végétation

Avec prédominance en altitude, Le district Sanitaire de M'rémami se présente sous forme montagneuse avec une partie côtière bordant le bras de mer Anjouan-Mayotte ayant par endroits des zones de terres hydro morphes et des rivières.

La végétation varie suivant l'altitude et est constituée à faible altitude par des manguiers et des cocotiers et en haute altitude, par des girofliers, des bananiers et fruitières.

2.1.5. Données administratives et démographiques

La région est composée de 3 mairies et de 24 localités. Elle est dotée d'une seule préfecture. La population du district sanitaire de M'rémami est estimée à 60230 habitants en 2010. Le nombre de femmes en âge de procréer est de 19230 [33].

2.1.6. Données économiques

Les principales activités économiques sont l'agriculture, l'élevage, la pêche, le commerce et l'exploitation des bois de feu.

Les principales cultures agricoles sont les girofliers, les tubercules, le filao ; l'eucalyptus (en altitude).

L'élevage qui constitue également la source de revenu, malgré qu'il soit resté de type traditionnel, fait généralement des ruminants.

2.1.7 Le système de santé

Le district sanitaire de M'rémami dispose de :

- 6 Postes de santé, tous fonctionnels ;
- 1 Hôpital de district ;
- 2 cabinets médicaux privés et 3 dépôts pharmaceutiques ;

La couverture en infrastructures sanitaires du district est d'environ 80% dans la région.

19 Agents de santé toutes catégories confondues travaillent dans les formations sanitaires.

L'utilisation des services de soins curatifs est de 54,4%.

Les principales causes de consultation dans les formations sanitaires de la en 2010 sont :

- le paludisme simple 30% ;
- les infections respiratoires aiguës 10% ;
- les affections gastro-intestinales 7% ;

- lésions traumatiques 3% ;
- Paludisme grave 5% ;

Ces mêmes pathologies constituent les principaux motifs d'hospitalisation. La population du district est frappée de beaucoup de maladies (le paludisme, les insuffisances respiratoires surtout chez les enfants de moins de cinq ans, gastro-entérite très fréquente chez les enfants, les maladies cardiovasculaires,...). Beaucoup de patients préfèrent se rendre dans les pays riverains (Madagascar, ceux qui ont les moyens et un grand nombre entre à Mayotte clandestinement pour espérer une prise en charge médicale. Au cours de ces voyages, des naufrages surgissent et causent plusieurs pertes humaines. La région de Nioumakélé reste le portail préféré pour les voyages clandestins vers Mayotte et les usagers sont en majorité ressortissants de cette région. Plus de 50% entre à Mayotte pour des raisons de problèmes de santé surtout du côté maternel. Arrivés sur l'île de Mayotte, beaucoup de ces patients sont refoulés du territoire vers Anjouan sans la moindre prise en charge médicale

Les trois premières causes de décès sont : Le paludisme grave, les affections gastro-intestinales et les infections respiratoires aiguës.

Par rapport aux activités de maternité, il a été relevé en 2009 que le taux d'utilisation des services prénataux (nombre de consultations prénatales/nombre de grossesses attendues) dans le district se présente ainsi :

- Le taux de couverture en Planification Familiale dans le district en 2009 est de 7,8%.

Un certain nombre des femmes préfèrent accoucher à domicile pour des raisons économiques. Ce qui entraîne de nombreuses complications post-partum et des décès fœto -maternel qui nécessite une meilleure prise en charge. Par conséquent, la formation et recyclage du personnel est indispensable.

2.2. Matériels et Méthode de l'étude

2.2.1. Cadre de l'étude

L'étude a eu comme cadre le district sanitaire de M'rèmani, un des 7 (sept) districts sanitaire que compte l'île d'Anjouan aux Comores ; mais aussi district d'intervention de l'UNFPA.

2.2.2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale, descriptive et analytique auprès des ménages pour connaître l'utilisation des méthodes contraceptifs.

2.2.3. Population de l'étude

2.2.3.1. Critères d'inclusions

Toute femme en âge de procréer appartenant à un ménage et résidant dans le district de M'rémami depuis plus de 6 mois.

2.2.3.2. Critères d'exclusions

N'est pas concernée dans cette étude :

- toutes les femmes dont l'âge est inférieur à 12 ans et celles dont l'âge est supérieur à 49 ans.
- toute femme en union et en âge de procréer absente le jour de l'interview dans son ménage ;
- toute femme en union et en âge de procréer récemment installée dans la région (moins de 6 mois) ;

2.2.4. Echantillonnage de la population de l'étude

La taille de l'échantillon est calculée en appliquant la formule de SCHWARTZ

$$N = Z^2 \alpha \times \frac{PQ}{i^2}$$

N = taille de l'échantillon

α = 5% seuil

Z α (écart réduit) = 1,96 correspond α (seuil de signification) égale à 5%.

P : La prévalence contraceptive chez les femmes en âge de procréer est de 19,4% aux Comores [5].

P = 0,194 Q = 1 - p = 0,806 i = précision désirée soit 5%

$$N = (1,96)^2 \times \frac{0,194 \times 0,806}{(0,05)^2} = (1,96)^2 \times \frac{0,156}{0,0025} = 240$$

N = 240

En supposant qu'il y aura des non répondants, compte tenu de la sensibilité du thème et des échanges avec les techniciens multidisciplinaires sur le terrain, il est ajouté 30%, ainsi la taille de l'échantillon est ramenée à 312.

2.2.5. Répartition de l'échantillon par localité

Le district sanitaire de M'rémاني est constitué de 22 localités avec une population répartie inégalement. Concernant notre étude, nous avons pris au hasard 15 localités. Pour que chaque localité ait la chance d'être sélectionnée, nous avons procédé par un tirage au sort. Pour cela, sur des bouts de papier uniformes nous avons numéroté les localités de 1 à 22 et un tirage au sort sans remise a été effectué.

2.2.5.1. Choix du village

C'est par tirage au sort que nous avons choisi les 15 villages parmi les 22 existant dans le district de M'rémاني.

Le nombre de sujet à enquêter par localité a été obtenu par un coefficient de pondération de l'échantillon total sur l'ensemble des femmes en âge de procréer du district de M'rémاني.

Ainsi les localités contenues dans ce tableau ont été sélectionnées.

Tableau I : Repartitions de la population à enquêter par localité et nombre de sujet.

Localité	Nombre de personnes à enquêter
Chaoueni	10
Dziani	13
Hamchaco	13
Hantsahy	11
Kiyo	12
Mnadzichoumoé	9
Nounga	7
Adda Daoueni	55
Banda Kouni	26
Jandza	7
Kangani	29
Magnasini	32
M'rémاني	43
Ongodjou	40
Trindrin	5
TOTAL	312

2.2.5.2. Choix du ménage

Pour chaque village, nous nous sommes placés au milieu et nous avons tourné un stylo au sens des aiguilles d'une montre pour choisir la direction. Nous avons commencé à numéroté tous les ménages qui se trouvaient dans cette direction. Nous avons procédé au tirage au sort du premier ménage à enquêter pour lequel nous avons sélectionné les autres ménages autour (dans tous les sens y compris les ménages numérotés ultérieurement) jusqu'à trouver le nombre voulu pour la localité.

2.2.5.3 Choix de l'individu

Dans chaque ménage nous avons tiré au hasard une femme en âge de procréer et il n'est interrogé qu'une seule femme par ménage.

2.2.6. Technique et outils de collecte des données

2.2.6.1. Technique de collecte des données

Dans le cadre de la réalisation de cette étude, nous avons utilisé un entretien direct avec notre population d'étude.

Mais avant l'intervention, nous avons demandé une autorisation préalable au niveau du ministère de la santé et nous avons eu un accord verbal (consentement) préalable des femmes.

L'enquête proprement dite consistait au recueil des informations par entretien individuel de chaque sujet dans son ménage pour les femmes en âge de.

2.2.6.2. Outils de collecte des données

La collecte des données s'est réalisée à l'aide d'un questionnaire élaboré pour recueillir les données issues de l'entretien.

2.2.6.3. Limite de l'étude

La difficulté majeure était de réussir à interroger toutes les femmes en âge de procréer sur un domaine aussi sensible qui est la santé de la reproduction en rapport avec l'utilisation des méthodes modernes de contraception.

2.3. Les variables

2.3.1. Variable dépendante

La faible utilisation des méthodes contraceptives modernes.

2.3.2. Variables indépendantes

Ce sont les variables qui serviront à décrire au plus près possible les facteurs liés aux déterminants de la faible utilisation des méthodes contraceptives modernes.

- Age
- Situation matrimoniale
- Parité
- Nombre de grossesses
- Espace génésique
- Désir d'enfant
- Profession
- Religion
- Niveau d'instruction
- Us et coutume
- Influence de l'entourage
- Connaissance des méthodes contraceptives
- Fausses rumeurs
- Effets secondaires
- L'abandon
- Préférence parmi les méthodes contraceptives

2.4. Plan d'analyse

- Nous avons procédé à la description de l'échantillon de notre étude par le calcul des différentes fréquences des variables et par outils.
- L'analyse par le calcul de chi 2 de Karl Pearson au seuil de 5%, par le croisement de toutes les variables indépendantes retenues par le questionnaire auprès des femmes en âge de procréer à la variable dépendante.
- Pour l'étude descriptive des données, des fréquences ont été calculées.
- Pour l'étude analytique, le test de chi 2 de Pearson a été utilisé. A cet effet, le risque consenti est $\alpha = 5\%$; le test est non significatif si $P > \alpha$; significatif lorsque la probabilité (p) calculée est $\leq \alpha$; et très significatif lorsque $p < 0,001$.
- Pour la proportion des valeurs inférieures à 5 le test exact de Fisher a été souvent utilisé.

- Les tableaux de fréquence ont été réalisés à l'aide du logiciel Epi info.
- Le traitement de texte et la création des graphique a été fait dans Microsoft Word et Excel.

2.5. Pré test et formation des enquêteurs

2.5.1. Phase préparatoire

Elle consistait à élaborer un protocole de recherche, des outils de collecte des données et un plan d'analyse des données qui ont guidé le dépouillement.

Deux (2) équipes de quatre (4) enquêteurs constitués des agents du district sanitaire de M'rèmani avec une bonne maîtrise du milieu ont été mises en place. Les équipes ont été formées pendant une journée.

Un pré test des outils était réalisé à Zilimadjou, un des quartiers de la ville de Moroni à la Grande Comore et nous a permis de reformuler certaines questions pour une meilleure compréhension.

Les autorités administratives de la zone sanitaire ont été informées par note officielle de la DGS Anjouan.

Nous avons assuré la supervision des enquêteurs et nous avons participé durant tout le déroulement de l'enquête.

2.5.2. La phase de l'enquête proprement dite

Le questionnaire a été soumis aux femmes en âge de procréer.

Enfin une observation directe des structures de soins sur les aspects de l'accueil, l'intimité lors des consultations, et l'état des matériels de travail a été effectuée.

2.6. Considération de l'éthique

Avant l'intervention :

- nous avons contacté tous les responsables de la DGS et ceux du district.
- L'anonymat des femmes a été respecté.
- L'entrée des domiciles a été opérée avec l'accord du chef de ménage (famille).
- Les autorités administratives ont été informées du bien fondé de l'étude et de son intérêt.

CHAPITRE III RESULTATS

3.1. Description de l'échantillonnage

L'enquête proprement dit concerne 312 femmes en âge de procréer du district sanitaire de M'rémami.

3.2. Caractéristiques démographiques, socioculturelles et informationnels des femmes en âge de procréer

Tableau II : Répartition des femmes ayant participé à l'enquête selon les Tranches d'âge

Tranche d'Age	Effectif	Pourcentage
12 - 19	68	22%
20 - 29	120	39%
30 - 39	92	30%
40 - 49	32	10%
TOTAL	312	100%

Il ressort de l'analyse des résultats que la plupart des femmes enquêtées ont un âge compris dans les tranches d'âge 20 à 29 ans et 30-39 ans soit avec respectivement 120 (39%) et 92 (30%) suivi de la tranche d'âge 12-19 ans 68 (22%).

Tableau III : Répartition des femmes ayant participé à l'enquête selon le statut matrimonial

Statut Matrimonial	Effectif	Pourcentage
Mariée	249	80%
Célibataire	43	14%
Veuve	2	1%
Divorcée	18	6%
TOTAL	312	100%

Sur les 312 femmes enquêtées, 249 soit 80% sont mariées contre 14% (43) qui sont célibataires, 6% (18) sont divorcées et 2 (1%) qui sont veuves.

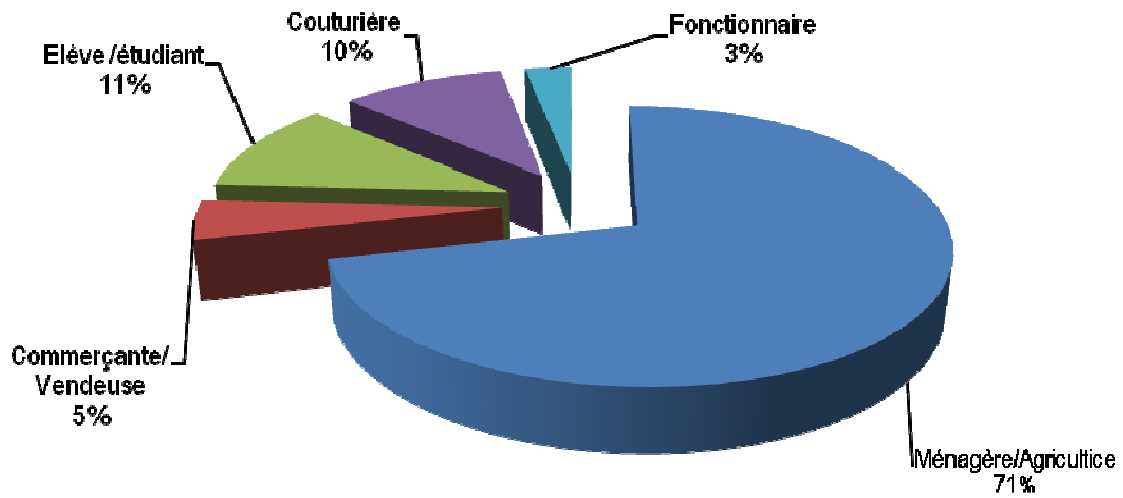


Figure 4 : Répartition des femmes ayant à l'enquête selon la profession

Plus de la moitié des femmes ayant participé à l'enquête sont à la fois des ménagères, des ménagères et/ou des agricultrices (71%). Les fonctionnaires sont sous-représentées avec seulement 3%.

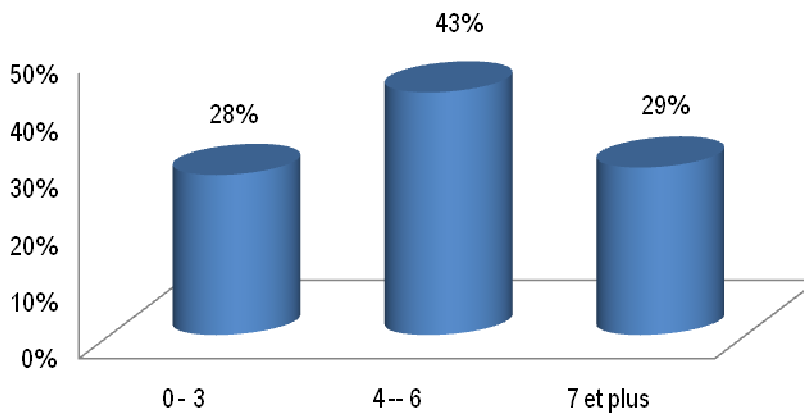


Figure 5 : Répartition des Femmes ayant participé à l'enquête selon la Parité

La majorité des femmes enquêtées ont, entre 4 et 6 enfants (43%). Le nombre moyen d'enfants par femme est de 4,9.

Tableau IV: Répartition des Femmes ayant participé à l'enquête selon l'écart d'âge entre les naissances

Espace génésique	Effectif	Pourcentage
= 2 ans	185	59%
>2 ans	127	41%
TOTAL	312	100%

Sur les 312 femmes qui constituent l'échantillon de notre étude, 185 soit 59% ont donné naissance avant que leur dernier enfant n'atteigne 2 ans.

Tableau V : Répartition des femmes ayant participé à l'enquête selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Aucun	189	61%
Primaire	51	16%
Secondaire	61	20%
Supérieur	11	4%
TOTAL	312	100%

Plus de 60% (189) des femmes enquêtées n'ont aucun niveau d'instruction contre 4% qui ont un niveau supérieur.

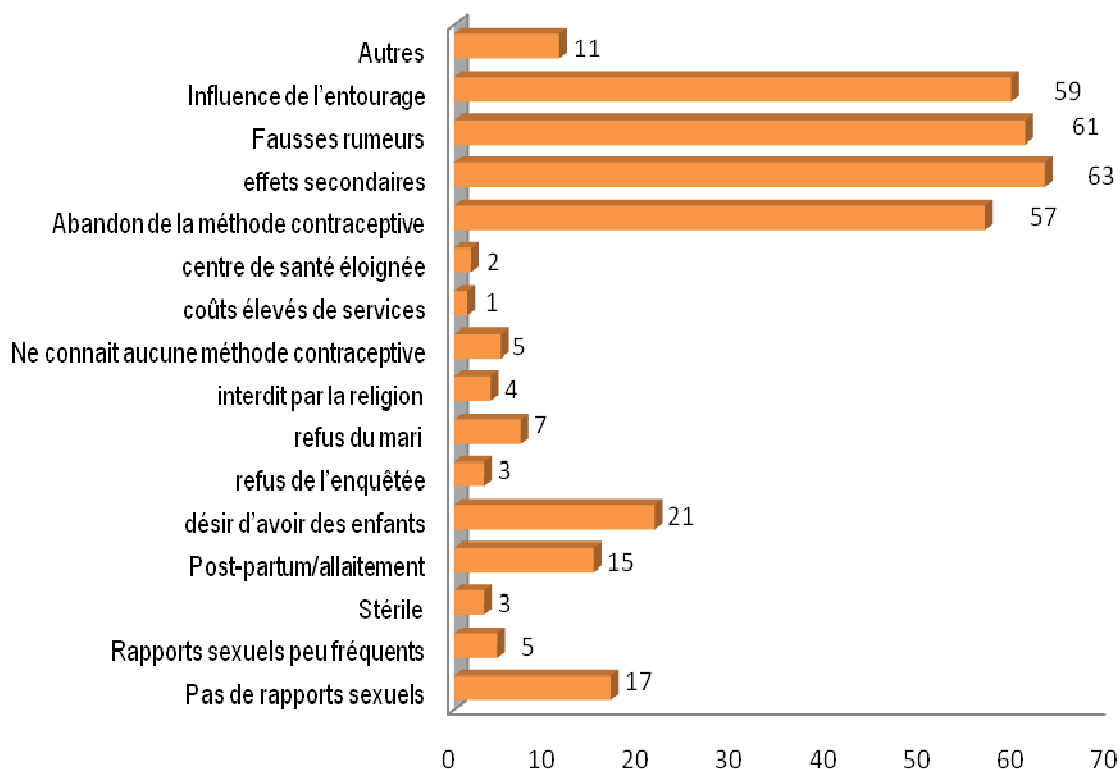


Figure 6 : Répartition des raisons de la non utilisation des méthodes contraceptives (N=281)

L'analyse des résultats contenus dans cette figure révèle comme motif de la non utilisation des méthodes contraceptives modernes, l'abandon des méthodes (57), les effets secondaires (63), les fausses rumeurs (61) et l'influence de l'entourage (59).

3.3. Connaissances des femmes en âge de procréer sur les méthodes modernes de contraception

Tableau VI: Répartition des femmes ayant participé à l'enquête selon qu'elles ont entendu parler ou non de la PF.

Entendu Parler	Effectif	Pourcentage
Oui	280	90%
Non	32	10%
TOTAL	312	100%

Environs 90% des femmes affirment avoir entendu parler de la planification familiale.

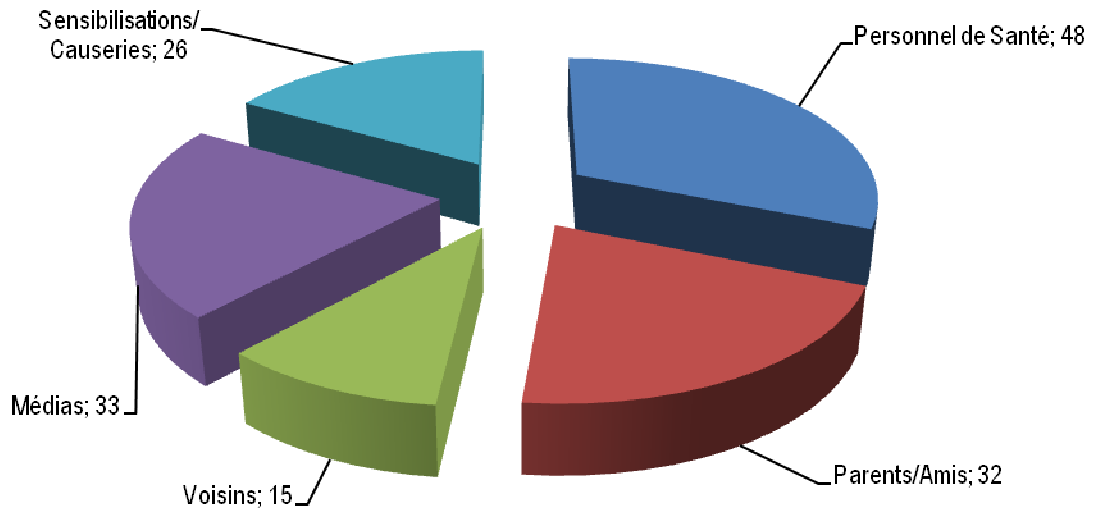


Figure 7 : Répartition des femmes ayant participé à l'enquête selon le moyen dont elles ont entendu parler de la PF

Une proportion importante affirme avoir pris connaissance de la PF auprès du personnel de santé (48,1) contre 33aux medias et 32 auprès de parents et des amis.

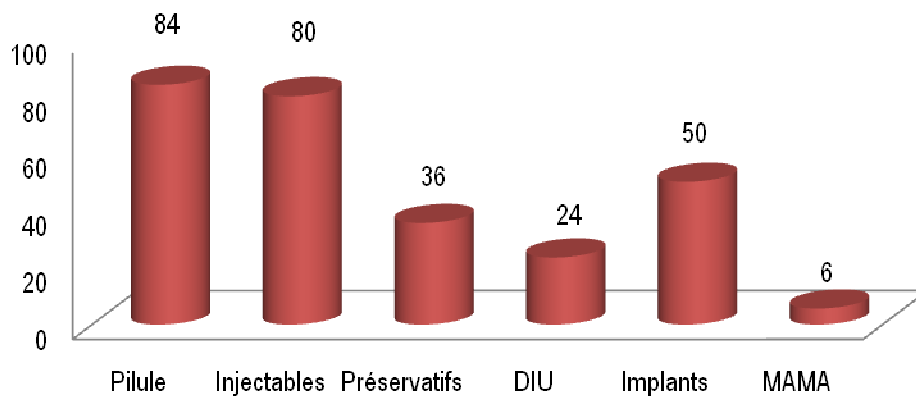


Figure 8 : Répartition des femmes ayant participé à l'enquête selon leurs connaissances par rapport aux méthodes contraceptives modernes

Les pilules et les injectables sont les catégories des méthodes contraceptives que les femmes utilisent le plus avec respectivement comme proportion 84 et 80, suivi de celles qui utilisent les implants (50).

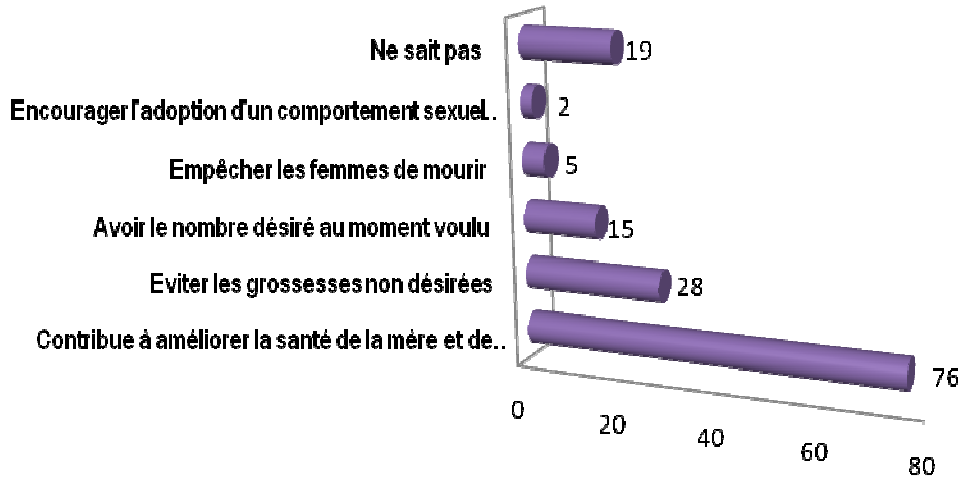


Figure 9 : Répartition des femmes ayant participé à l'enquête selon leurs opinions par rapport aux avantages de la PF pour la femme

Parmi les opinions concernant les avantages cités de la PF pour la femme par les enquêtées, 235 soit une proportion de 76 ont évoqué que la PF contribue à améliorer la santé de la mère et de l'enfant.

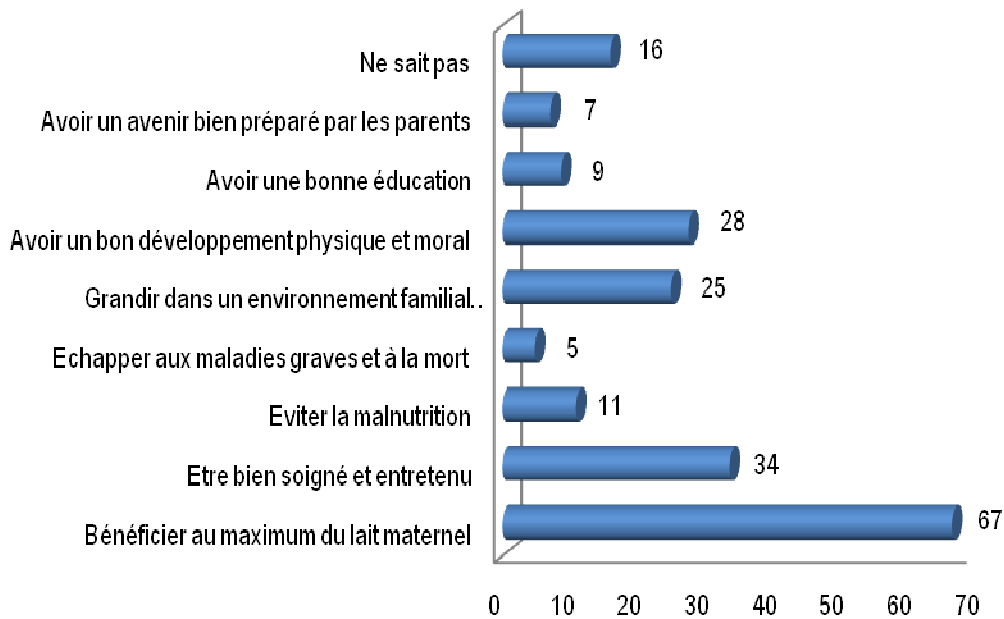


Figure 10: Répartition des femmes ayant participé à l'enquête selon leurs opinions par rapport aux avantages de la PF pour l'enfant

Bénéficier au maximum du lait maternel est ce qui est donné comme opinion par femmes enquêtées sur ce qui est des avantages de la PF pour les enfants avec une proportion de 66.

Tableau VII: Répartition des femmes ayant participé à l'enquête selon leurs attitudes vis-à-vis de l'utilisation des méthodes modernes de contraception

Utilisation Méthode moderne	Effectif	Pourcentage
Oui	31	10%
Non	281	90%
TOTAL	312	100%

Sur 312 femmes enquêtées, plus de 90% n'utilisent aucune méthode contraceptive. IC à 95% [86,2 – 93,1].

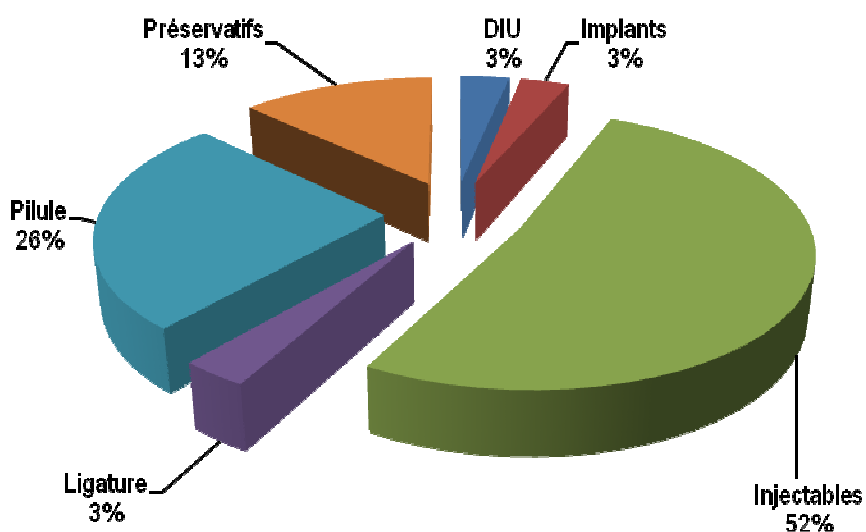


Figure 11: Répartition des femmes ayant participé à l'enquête selon les méthodes contraceptives utilisées

Cette figure nous montre que parmi les méthodes contraceptives modernes, les injectables sont plus utilisées avec respectivement 52% suivi des pilules (26%). 13% seulement utilisent Les préservatifs (masculin et féminin).

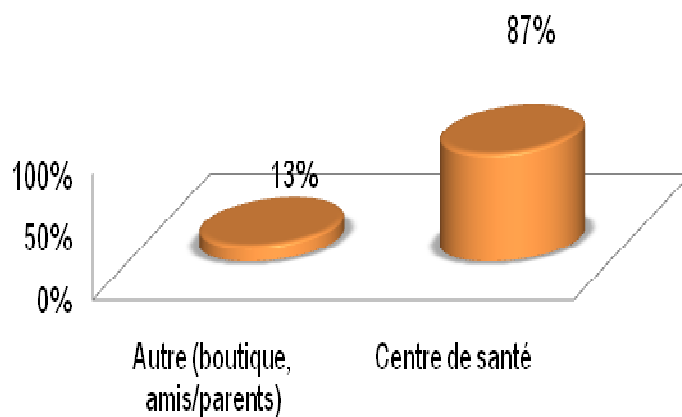


Figure 12 : Répartition des femmes ayant participé à l'enquête selon le lieu d'approvisionnement des méthodes contraceptives modernes

Cette figure indique que 87% des femmes s'approvisionnent au centre de santé contre 13% chez leurs amis ou leurs parents ou bien à la boutique.

Tableau VIII: Répartition des femmes ayant participé à l'enquête selon leur connaissance sur l'existence d'un service de PF dans le centre de santé

Connaissance sur l'existence d'un service PF	Effectif	Pourcentage
Oui	237	76%
Non	75	24%
TOTAL	312	100%

76 % soit 237 femmes savent qu'il existe un service de PF au centre de santé contre 24% qui n'est pas du tout au courant de l'existence de ce service.

Tableau IX: Répartition des femmes ayant participé à l'enquête selon qu'un personnel de santé leur a parlé des méthodes contraceptives modernes

Entendu parler des méthodes par une personne de santé	Effectif	Pourcentage
Oui	91	29%
Non	221	71%
TOTAL	312	100%

Parmi les 312 femmes enquêtées, 221 soit 71% n'ont jamais entendu parler des méthodes contraceptives par un personnel de santé lors qu'elles étaient au centre.

3.4. Qualité des services selon les femmes ayant participé à l'enquête

Tableau X : Opinion des femmes ayant participé à l'enquête par rapport à la qualité des services PF

Opinion des femmes	Effectif	Proportion
• Les coûts des prestations N= 21		
Trop cher	8	38
Acceptable	12	57
Sans opinion	1	5
• Les heures d'ouvertures du service PF N= 28		
Oui	21	75
Non	7	25
• Accueil au niveau des services PF N= 29		
Bien	16	55
Acceptable	8	28
Mauvais	5	17
• Confidentialité N= 29		
Oui	23	79
Non	6	21
• Intimité N= 29		
Oui	24	83
Non	5	17
• Liberté de choisir la méthode N= 29		
Oui	23	79
Non	6	21
• Satisfaction des conseils de l'agent N= 29		
Oui	21	72
Non	8	28

Les opinions des femmes ayant participé à l'enquête par rapport à la qualité des services de la PF sont très remarquables. Le coût de prestation est jugé acceptable et a obtenu une proportion de 57 sur 21 répondantes.

75 est la proportion obtenue sur 28 femmes utilisatrices par rapport à la satisfaction des heures d'ouverture des services PF.

L'accueil a obtenu une proportion de 55 pour celles qui l'ont trouvé bien.

La confidentialité et le libre choix des méthodes contraceptives ont obtenu une proportion de 79 pour celles qui ont répondu oui.

L'intimité est respectée à une proportion de 83.

72 est la proportion obtenue pour les femmes qui ont affirmé être satisfaites des conseils des agents de santé.

3.5. Calcul de la prévalence contraceptive

Au cours de l'enquête menée dans le district sanitaire de M'rémami, 31 femmes ont déclaré utiliser une méthode contraceptive moderne. 249 femmes parmi les 312 sont mariées.

Sur la base de constat, la prévalence contraceptive dans le district sanitaire de M'rémami est de :

$$\text{Prévalence contraceptive} = \frac{31 \times 100}{249} = 12,4 \%$$

Les calculs nous donnent une prévalence contraceptive de 12,4% dans un IC à 95% de [7 – 13,9].

3.6. Association entre déterminants et faible utilisation des méthodes contraceptives modernes

Tableau XI: Association entre l'âge des femmes ayant participé à l'enquête et l'utilisation des méthodes contraceptives modernes

Tranche d'Age	Utilisatrice	Non utilisatrice	Total
12 - 29	20 (11%)	168 (89%)	188
30 - 39	9 (10%)	83 (90%)	92
40 - 49	2 (6%)	30 (94%)	32
Total	31	281	312

Malgré que la majorité des femmes enquêtées ait moins de 30 ans, 168 (89%) n'utilisent aucun moyen de contraception moderne, il n'existe un lien entre l'âge et l'utilisation des méthodes contraceptives modernes dans le district sanitaire de M'rémami ($p = 0,74$).

Tableau XII: Association entre le statut matrimonial et l'utilisation des méthodes contraceptives modernes

Statut Matrimonial	Utilisatrice	Non utilisatrice	Total
Mariée	27 (11%)	222 (89%)	249
Célibataire	2 (5%)	41 (95%)	43
Divorcée/Veuve	2 (10%)	18 (90%)	18
TOTAL	31	281	312

89% des femmes mariées soient 222 femmes enquêtées n'utilisent aucune méthode contraceptive moderne. $P = 0,45$, pas de lien entre le fait d'être marié et l'utilisation de méthodes contraceptives modernes.

Tableau XIII : Association entre le niveau d'instruction et l'utilisation des méthodes contraceptives modernes

Niveau d'instruction	Utilisatrice	Non utilisatrice	Total
Aucun	17 (9%)	172 (91%)	189
Primaire	4 (8%)	47 (92%)	51
Secondaire et Supérieur	10 (15%)	62 (85%)	72
Total	31	281	312

Parmi les femmes interrogées, plus de la moitié n'ont jamais été à l'école et parmi elles, 17 utilisent des méthodes contraceptives modernes. Il y a non existence d'une association entre le niveau d'instruction et l'utilisation des méthodes contraceptives modernes puisque $P = 0,42$

Tableau XIV: Association entre la profession et l'utilisation des méthodes contraceptives modernes

Profession	Utilisatrice	Non utilisatrice	Total
Ménagère/Agricultrice	24 (11%)	198 (89%)	222
Commerçante/ Vendeuse	3 (20%)	12 (80%)	15
Elève /étudiant	2 (6%)	32 (94%)	34
Couturière	1(3%)	31 (97%)	32
Fonctionnaire	1 (11%)	8 (89%)	9
TOTAL	31	281	312

Il ressort de l'analyse de ce tableau que la majorité des femmes enquêtées sont soit des ménagères, des cultivatrices ou bien des jardinières (222) ; par contre les fonctionnaires sont très minoritaire (9). La probabilité $p = 0,38$ trouvée au seuil de 95% nous donne l'inexistence d'une association entre les professions des femmes enquêtées et les méthodes modernes de contraception.

Tableau XV: Association entre la Parité et l'utilisation des méthodes contraceptives modernes

Parité	Utilisatrice	Non utilisatrice	Total
0- 3	5 (6%)	82 (94%)	87
4- 6	17 (13%)	116 (87%)	133
7 et plus	9 (10%)	83 (90%)	92
TOTAL	31	281	312

Sur les 312 femmes enquêtées, au-delà de la moitié ont plus de 4 enfants. L'analyse des résultats contenus de ce tableau sont statistiquement non significatifs puisque le χ^2 calculé est égale à 2,92, Ddl = 2 et $P = 0,23$; par conséquent il n'y a pas de lien entre les naissances et l'utilisation des méthodes contraceptives modernes.

Tableau XVI: Association entre l'espace génésique et l'utilisation des méthodes contraceptives modernes

Espace génésique	Utilisatrice	Non utilisatrice	Total
≥ 2 ans	21(10%)	190 (90%)	211
< 2 ans	10(10%)	91 (90%)	101
TOTAL	31	281	312

Les résultats contenus dans ce tableau montrent qu'il existe une association très significative entre l'espace génésique et l'utilisation des méthodes contraceptive puisque le $\chi^2 = 0,03$, le Ddl = 1 et $P = 0,000$.

Tableau XVII: Association entre le fait d'avoir entendu parler de la PF et l'utilisation des méthodes contraceptives modernes

Entendu parlé de la PF	Utilisation	Non utilisation	Total
OUI	31 (11%)	249 (89%)	280
Non	0 (0%)	32(100%)	32
Total	31	281	312

Il ressort de l'analyse des résultats contenus dans ce tableau que sur les 312 femmes enquêtées, 280 ont déjà entendu parler de la PF et 31 d'entre elles, utilisent une méthode contraceptive moderne. La probabilité $p = 0,029$ nous indique qu'il existe une association entre le fait d'avoir entendu parler de la PF et l'utilisation des méthodes contraceptives modernes.

Tableau XVIII: Association entre la non utilisation des méthodes contraceptives modernes et les effets secondaires

Effets secondaires	Utilisation	Non utilisation	Total
N= 281			
Oui	0 (0%)	177 (100%)	177
Non	0 (0%)	104 (100%)	104
Total	0	281	281

Parmi les 281 femmes qui n'utilisent aucune méthode contraceptive actuellement, 177 ont eu des effets secondaires antérieurement; pourtant il existe une relation très significative ($p = 0,000$) entre le fait d'avoir des effets secondaire et la non utilisation des méthodes contraceptives modernes.

Tableau XIX: Association entre la non utilisation des méthodes contraceptives modernes et les fausses rumeurs

Fausse rumeurs	Utilisation	Non utilisation	Total
N= 281			
Oui	0 (0%)	171 (100%)	171
Non	0 (0%)	110 (100%)	110
Total	0	281	281

Il découle de ce tableau que sur les 281 femmes qui n'utilisent pas des méthodes contraceptives modernes 171 ont entendu des fausses rumeurs. La différence existante entre la non utilisation des méthodes contraceptives et les fausses rumeurs est statistiquement significative ($p = 0,000$).

Tableau XX: Association entre la non utilisation des méthodes contraceptives modernes et l'influence de l'entourage

Influence de l'entourage N= 281	Utilisation	Non utilisation	Total
Oui	0 (0%)	167 (100%)	167
Non	0 (0%)	114 (100%)	114
Total	0	281	281

167 femmes parmi les 281 qui n'utilisent pas une méthode contraceptive ont évoqué comme cause l'influence de l'entourage. Il existe une association entre la non utilisation des méthodes contraceptives modernes et l'influence de l'entourage puisque $p = 0,000$.

Tableau XXI: Association entre la non utilisation des méthodes contraceptives modernes et l'abandon

Abandon N= 281	Utilisation	Non utilisation	Total
Oui	0 (0%)	159 (100%)	159
Non	0 (0%)	122 (100%)	122
Total	0	281	281

L'abandon (159) fut évoqué comme raison parmi les femmes qui n'utilisent pas les méthodes contraceptives modernes. Pourtant il existe une association très significative ($p = 0,000$) entre la non utilisation des méthodes contraceptives modernes et l'abandon de ces dernières.

Tableau XXII: Association la non utilisation des méthodes contraceptives modernes et la connaissance de l'existence d'un service PF dans le centre de santé

Existence d'un service PF	Utilisation	Non utilisation	Total
Oui	17 (19%)	74 (81%)	159
Non	14 (6%)	207 (94%)	122
Total	31	281	312

L'analyse des résultats contenus dans ce tableau indique qu'il existe une relation entre la non utilisation des méthodes contraceptives modernes et le fait de savoir qu'il existe un service de PF dans le centre de santé. Le Chi2 calculé est égal à 9,6, tandis que $p = 0,001$.

Tableau XXIII : Association entre la non utilisation des méthodes contraceptives modernes et l'intégration des services de santé

Avoir parlé des méthodes par le personnel de santé	Utilisation	Non utilisation	Total
Oui	28 (12%)	209 (88%)	237
Non	3 (4%)	72 (96%)	75
Total	31	281	312

Il ressort de l'analyse qu'il existe une relation entre la non utilisation des méthodes contraceptives modernes et le fait qu'une personne de l'établissement de santé parle des méthodes contraceptive puisque $p = 0,02$.

CHAPITRE IV DISCUSSION DES RESULTATS

La discussion des résultats obtenus à l'issue de l'étude sera axée sur les points suivants :

- l'atteinte des objectifs fixés par l'étude ;
- la qualité et la validité des résultats ;
- la prévalence contraceptive au niveau du district sanitaire de M'rémami ;
- les facteurs influençant l'utilisation des méthodes contraceptives modernes par les femmes en âge de procréer du district sanitaire de M'rémami.

4.1. Atteinte des objectifs

L'objectif de ce travail est d'évaluer l'utilisation des méthodes modernes de planification familiale au niveau du district sanitaire de M'rémami. Les résultats obtenus ont permis de :

- Déterminer la prévalence contraceptive au niveau district sanitaire chez les femmes en âge de procréer et en union ;
- Déterminer le niveau de connaissance des méthodes modernes de planification familiale chez les femmes en âge de procréer et en union;
- Identifier les facteurs liés aux services de santé qui influent sur l'utilisation des méthodes contraceptives modernes ;
- Déterminer les facteurs socio-culturels, démographiques et informationnels qui influencent sur l'utilisation des méthodes contraceptives modernes ;

Ainsi l'utilisation des méthodes contraceptives modernes, le niveau d'instruction, le statut matrimonial, le nombre d'enfants par femme, les informations liées à la connaissance de la PF, les fausses rumeurs, les effets secondaires et l'influence de l'entourage ont été identifiés comme les déterminants associés à l'utilisation des services de Planification Familiale.

4.2. Qualité et validité des résultats

L'étude menée dans le district sanitaire de M'rémami est transversale, descriptive et analytique auprès des ménages pour connaître leur utilisation par rapport aux méthodes contraceptives.

Elle a mis en relation les associations entre les déterminants et l'utilisation des méthodes contraceptives modernes par les Femmes. (cf. matériels et méthodes, page 19-24)

4.3. Discussion des résultats

4.3.1. Connaissance des femmes en matière de Planification Familiale

L'étude a révélé que 90% des femmes en âge de procréer ont déjà entendu parler de la Planification Familiale. Les moyens les plus utilisés sont les pilules, les injectables suivis des préservatifs (cf. figure

8, page 29), ce qui indique que les moyens de contraceptions modernes sont bien connus (cf. Tableau VI, page 28). Pourtant, les méthodes contraceptives sont sous utilisées.

I. Saleh, dans une étude sur déterminants de l'utilisation des services de planification familiale par les femmes en âge de procréer [35] en 2007 dans les centres de santé de la commune de Comé au Benin, a révélé que 96,7% des femmes en âge de procréer ont entendu parler une fois de la Planification Familiale et de la contraception.

L'enquête démographique de santé réalisée au Mali en 2001 [36], a montré que 76% des femmes Maliennes ont entendu parler des méthodes contraceptives modernes.

4.3.2. Attitudes et pratiques des femmes en matière de Planification Familiale

Dans cette étude la prévalence de la pratique contraceptive moderne est de 12,4% (cf. page 35). Ce qui explique que les femmes utilisent peu les méthodes contraceptives modernes, bien que ces dernières soient connues puisque 90% des femmes ayant participé à l'enquête affirment avoir déjà entendu des méthodes et plus particulièrement de la PF. Par contre, l'Enquête Intégrale des Ménages (EIM) réalisé aux Comores avait trouvé une prévalence contraceptive de 13,9% chez les femmes en âge de procréer [5]. Cela indique que durant ces dix dernières années la prévalence contraceptive est stagnante puisque la prévalence contraceptive issue de cette étude se trouve dans un IC à 95% de [7 – 13,9].

L'EDS réalisée au Congo en 2005 [37], a montré une prévalence contraceptive moderne de 14%. Ce taux est nettement supérieur au taux obtenu dans cette étude. Ceci pourrait s'expliquer par l'accentuation des séances de sensibilisation dans les formations sanitaires.

4.3.3. Source d'approvisionnement de la contraception par les femmes

L'étude, montre que 87% des femmes qui ont déclaré utiliser les méthodes contraceptives modernes ont comme source d'approvisionnement le centre de santé (Cf. figure12, page 32).

Pourtant l'EDS réalisé aux Comores [7] a révélé que la majorité des femmes utilisatrices des méthodes contraceptives s'approvisionnent auprès du secteur médical public (78%).

Par contre, I. Saleh [35] a relevé que 32% des femmes qui ont déclaré utiliser les méthodes contraceptives modernes ont comme source d'approvisionnement le marché (les pharmacies par terre et les marchands ambulants).

Dans L'EDS Congo de 2005 [37], 52% des utilisatrices ont comme sources d'approvisionnement :

- Vendeurs ambulants
- Boutiques
- Marchés (faux médicaments)
- Boîtes de nuit (préservatifs)

4.3.4. Facteurs influençant l'utilisation des services de Planification Familiale

4.3.4.1. Le niveau d'instruction

Dans cette étude, nous n'avons pas trouvé de relation entre le niveau d'instruction et l'utilisation des méthodes contraceptives modernes ($p = 0,42$). Cela s'explique par le fait que la majorité des 31 femmes utilisatrices des méthodes contraceptives modernes enquêtées n'ont cependant jamais été à l'école (Cf. Tableau XII, page 36).

Dans d'autres études, comme celle de I. Saleh [35], une association entre le niveau d'instruction et l'utilisation des services PF a été trouvée puisque la majorité des femmes qui utilisaient ces dernières avaient au moins le niveau primaire. Ces derniers résultats sont aussi analogues à ceux retrouvés par Dahayé E. C [38].

L'EDS réalisée au Mali [36] a montré que les femmes (26%) qui utilisent le plus fréquemment les méthodes contraceptives modernes de contraception sont celles de niveau d'instruction secondaire et plus. Ce qui contredit les résultats de notre étude.

4.3.5. Les raisons de non utilisation des méthodes contraceptives modernes

L'étude a révélé une influence des effets secondaires, des fausses rumeurs, de l'influence de l'entourage et l'abandon ($P < 0,001$) sur l'utilisation des méthodes contraceptives modernes (Cf. Tableau XVII, pages 39). Ceci indique que la majorité des femmes n'ont pas des informations sur les avantages des méthodes contraceptives sur la santé de la mère et de l'enfant.

Ce constat a été fait par Denis. S. [31]. Qui a mis en évidence le lien entre les effets secondaires des produits contraceptifs et la sous utilisation des méthodes contraceptives modernes.

4.3.6. Qualité des soins et services

4.3.6.1. L'accueil

Dans notre étude, l'accueil dans les centres de santé est jugé satisfaisant par la majorité des utilisatrices des méthodes contraceptives modernes (Cf. Tableau X, page 34). Ainsi, la confidentialité, le respect de l'intimité et la satisfaction des conseils de l'agent. Nevis B. S., de Aha-Doumatey A., Catraye S. G. [39] ont mis en évidence une forte corrélation entre l'attitude des agents de santé et les facteurs expliquant le taux de faible fréquentation du service de Planification Familiale et l'utilisation des méthodes contraceptives.

4.3.6.2. Connaissance sur l'existence d'un service PF au centre de santé

L'étude a montré une corrélation entre le fait de savoir qu'il existe un service PF au centre de santé et l'utilisation des méthodes contraceptives modernes ($p = 0,001$). Toutes les femmes qui ont déclaré utilisé une méthode contraceptive, savaient qu'il existe un service PF au centre de santé.

4.3.6.3. L'intégration des services de santé

Une relation significative ($p = 0,02$) a été retrouvée du fait qu'une personne de santé parle des méthodes contraceptives modernes aux femmes qui sont venues au centre de santé pour d'autre motif que la PF (Cf. Tableau IX, page 33). Cela implique que l'intégration des services de santé joue un rôle capital dans l'utilisation des méthodes contraceptives modernes. Plusieurs études ont montré une amélioration des indicateurs de santé ainsi que la qualité globale des services, ce qui confirme qu'il faudrait rapidement intégrer les services de santé [40]. Une autre étude nous indique aussi que l'intégration est rentable tant pour le client que pour le système de santé qui sont capables de partager les sites de services. L'auteur de cette dernière étude, évalue que la fourniture des services PF dans les centres de traitement de soins VIH permet d'économiser presque US \$25 pour chaque dollar dépensé [41].

SUGGESTIONS ET RECOMMANDATIONS

Institution cible	Recommandations et Suggestions	Priorité		
		Court terme	Moyen terme	Long terme
UNFPA Comores	Appuyer l'organisation d'une formation de tous les agents intervenant dans la Planification Familiale en marketing social axée sur les avantages de la PF	X		
	Appuyer l'élaboration d'un plan de communication en Planification Familiale en tenant compte des valeurs propres du district et de la population du pays en général		X	
	Appuyer le développement des messages en langue nationale sur la PF adaptés aux réalités socioculturelles de la région et du pays en général (Prospectus et panneaux publicitaires)	X		
Ministère de la Santé	Mettre en place une équipe de réflexion sur le repositionnement de la PF et tout particulièrement sur l'utilisation des méthodes contraceptives modernes.		X	
	Elaborer un plan de communication en Planification Familiale en tenant compte des valeurs propres de la population du district et de la population du pays en général	X		
	Elaborer un programme de formation/sensibilisation sur les avantages de la PF, aux profits des femmes en âge de procréer.			X
DGS Anjouan	Approvisionner les centres en matériel technique de PF et supports de communication sur la PF.		X	
	Superviser régulièrement les agents.		X	
District Sanitaire de M'rémani	Créer et former des Relais communautaires en Planification Familiale au sein des groupements féminins et masculins.		X	
	Superviser les agents communautaires locaux de Planification Familiale dans leur milieu et les collaborateurs impliqués dans les activités de Planification Familiale.			X

District Sanitaire de M'rémani (suite)	Impliquer la communauté dans la planification et la mise en œuvre des plans		<input checked="" type="checkbox"/>	
	Impliquer les structures/associations dans les villages, les partenaires et les autres secteurs travaillant au sein des communautés dans la diffusion des messages sur la PF.			<input checked="" type="checkbox"/>

CONCLUSION

Dans le district sanitaire de M'rémami, l'étude a porté sur les déterminants de la faible utilisation des méthodes contraceptives moderne a permis de noter les points suivants :

- La majorité de notre population d'étude est relativement jeune, puisque plus de 40% des femmes ont un âge compris entre 20-29 ans et près 22% ont moins de 20 ans.
- Plus de 61% n'ont aucun niveau d'instruction contre seulement 4% qui ont un niveau supérieur.
- Les femmes ont en moyenne 4,9 enfants et 43% ont entre 4 et 6 enfant.
- Quatre-vingt-dix pourcent des femmes ayant participé à l'enquête connaissent les méthodes contraceptives modernes ainsi que leurs avantages tant pour la santé de la femme que pour celle de l'enfant.
- Les méthodes contraceptives les plus utilisées sont les pilules, les injectables et les préservatifs. Plus de 87% des femmes s'approvisionnent auprès des centres de santé.
- La prévalence contraceptive est égale à 12,4% dans une Intervalle de confiance $\pm 0,5$ compris entre [7 – 13,9], que nous nous pouvons considérer faible et stagnante.
- Les fausses rumeurs, l'influence de l'entourage et les effets secondaires ont été les déterminants les plus directement associés à la non utilisation des méthodes contraceptives modernes. Il est à noter également que le rôle des éléments comme l'insuffisance dans l'organisation des services de Planification Familiale, le faible niveau d'information des populations en matière de Planification Familiale, la faible implication de la communauté dans l'élaboration et la mise en œuvre des programmes sont à inscrire sur la liste des facteurs pouvant influencer négativement l'utilisation des méthodes contraceptives modernes dans le district sanitaire de M'rémami.

Ainsi, pour remédier à cette situation, l'accent devrait être mis sur les activités visant à améliorer l'organisation des services de Planification familiale, la mise en place d'un plan d'éducation et de communication en direction des populations de cette zone en particulier et celle du pays en général.

Cette étude ne nous permet pas de tirer des conclusions généralisables à l'ensemble du pays. Néanmoins nous pouvons la considérer comme une étude pilote qui nous à permis de terser notre questionnaire et d'affiner notre approche des populations. Fors de cette expérience, nous suggérons d'étendre cette étude à l'ensemble du pays.

BIBLIOGRAPHIE

1. UNFPA : *Santé en matière de reproduction et droits de l'homme*. UNFPA, New York 1997 ; Chapitre 1, 7p. <http://www.unfpa.org/swp/1997/french/ch1.pdf> consulté le 26-05-2010.
2. UN : *Rapport de la conférence internationale sur la population et le développement*. A/CONF.171/13/Add.1, (Le Caire, 5- 13 septembre 1994), New York 1994.
3. UN : *Rapport sur la quatrième conférence mondiale sur les femmes*. A/CONF.177/20/Rev.1, (Beijing, 4- 15 septembre 1995), New York, 1996.
4. B. MSOMA, S. F. Tadjidine. *Etude sur les causes d'abandon de la planification familiale*. Vice présidence chargée du Ministère de la Solidarité, de la Santé, de la Population, de la Condition Féminine du travail et de la Reforme Administrative. DSF 2005 ; 16-19p.
5. Commissariat Général au Plan. *Multiple Indicator Cluster Survey (MICS)*. Direction Nationale de la Statistique. CGP/DNS 2000.
6. Commissariat Général au Plan. *Enquête Intégrale des Ménages (EIM)*. Direction Nationale de la Statistique. CGP/DNS 2004.
7. République Fédérale Islamique des Comores : *Enquête Démographique et de Santé (EDS)*. Centre National de Documentation et des Recherches Scientifiques, Comores. CNDRS 1996.
8. D'ARCANGUES Catherine. *La contraception au niveau mondial: les grands enjeux*. MT médecine de la reproduction gynécologie endocrinologie. 2009 ; vol. 11, no5-6, 329-337p.
9. USAID : *Intégration de planification familiale/VIH. Directives techniques de PF/VIH, septembre 2003*. http://www.maqweb.org/maqtools/docs/usaidd_fphiv_guide_fr.pdf consulté le 07/10/2010.
10. UNFPA. *Adding it Up: The cost and benefit of investing in family planning and maternal and newborn health*. Guttmacher institute/UNFPA. New York 2009; 14-21p.
11. Vlassoff M, Nadeau J, Darroch J.E and Singh S. *The benefits of investing in sexual and reproductive health*. New York. UNFPA 2004, 16-17p.
12. Susana Camacho Vivar. *Ecuador addresses cultural issues for pregnant women*. The Lancet, Volume 370, Issue 9595, 13 October 2007; 1302p.
13. UNFPA: *A Guide to Tools for Assessments in Sexual and Reproductive Health*. UNFPA, New York 2010. http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2010/srh_guide/tools_situationanalysis.html consulté le 07/10/2010.
14. OMS. *Replacer la Planification Familiale dans les services de Santé de la Reproduction. Cadre pour accélérer l'action, 2005-2014*. Brazzaville : OMS ; 2005. Document AFR/RC54/11. Rév.1.

15. UNFPA : *Situation de la population dans le Monde*. New York, UNFPA 1995; chapitre 3, 4-7p.
16. AFP, Banque Mondiale : *Les pays pauvres nécessitent plus de moyens de contraception, selon la Banque mondiale*. (AFP) – 11 juil. 2008.
http://afp.google.com/article/ALeqM5gfPCFJlar_bICNlv8fvIGSfle_7w consulté le 08/06/2010.
17. UNFPA : *Eléments essentiels de la santé en matière de reproduction : ASSURER L'APPROVISIONNEMENT*. New York, UNFPA ; 2002.
http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/336_filename_rchs-brochure-french.pdf consulté le 07/10/2010.
18. UNFPA : Fiche d'information : *Croissance démographique et pauvreté : Quels sont les rapports*. New York. UNFPA 2009.
19. Commissariat Général au Plan : *Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) aux Comores*. Direction Nationale de la Statistique. CGP/DNS 2003.
20. Ayivi B, Takpara I. *Notes de cours sur l'état de la santé de la Reproduction au Bénin*. IRSP 2007 ; 77-82p.
21. Bajos N, Moreau C, Léridon H et Ferrand M. *Pourquoi le nombre d'avortement n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ?* Population et Société 2004 ; 407p.
22. HRA Pharma. *l'accès à la contraception pour toutes les femmes*. Mercredi, 27 Septembre 2006. <http://www.arps-info.com/commun/actus/RAPPORT2006.pdf> consulté le 08/10/2010
23. OMS, Département Santé et Recherche génésiques : *Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue des méthodes contraceptives*. Mise à jour 2008. Genève ; WHO/RHR 2009 ; 20-195p.
24. Alihonou E : *Niveau socio-économique et dépenses sanitaires des populations : enquêtes dans les six communes « sentinelles » du Programme Elargi de Vaccination / Soins de Santé Primaire*. Pahou : CREDESA ; 1991, 82(1) : 70-78p.
25. Population Référence Bureau (PRB). *Le projet inachevé : répondre aux besoins en planification familiale dans les pays moins développés*. Washington. PRB janvier 2005 ; 13-15p.
26. UNFPA. *Etat de la population mondiale 2007. Libérer le potentiel de la croissance urbaine*. New York, UNFPA 2007 ; Chapitre 3, 4p.
27. Konaté MK, Djibo A, Djiré M. Mali: *The Impact of Family Planning on the Lives of New Contraceptive Users in Bamako, Summary Report for the Women's Studies Project*. Research Triangle Park, NC: Centre d'Etudes et Recherche sur la Population pour le Développement and Family Health International 1998 ; 76-77p.

28. UNFPA. *Reducing Inequities Ensuring Universal Access to Family Planning as a Key Component of Sexual and Reproductive Health*. New York UNFPA/Forty international Experts. 2010 ; 123p.
29. Tolomez G : *Etude sur les statistiques de Planification familiale : L'approvisionnement et la vente des produits contraceptifs*. Burkina Faso : SPF 1996 ; 12p.
30. Kamissoko M : *Utilisation de la contraception moderne par les communautés de Ouidah et Kpomassé, six ans après un programme de distribution à base communautaire*. Mémoire IRSP 1996 ; 34-36p.
31. Denis. S : *Etude des déterminants de l'utilisation des services de Planification Familiale dans la zone sanitaire D'Aplahoué*. Mémoire IRSP 2002 ; 50-51p.
32. Ministère de la Santé publique du Sénégal : *Enquête Démographique et de Santé (EDS) au Sénégal*. Dakar. MSP, EDS 2005.
33. Dr Takiddine Y, Dr Kamal I, Nassuri T. *Demande de Réhabilitation : Centre de Santé de District de M'rémani*. 2008 ; 3-4p.
34. Union des Comores, UNFPA. *Projections Démographiques : Impacts socio-démographiques et environnementaux*. Brochure, juin 2009 ; 2p.
35. I. SALEH : *déterminants de l'utilisation des services de planification familiale par les femmes en âge de procréer dans les centres de sante de la commune de come au Benin*. Mémoire IRSP 2007 ; 47-51p.
36. Ministère de la Santé Publique du Mali : *Enquête Démographique et de Santé (EDS) au Mali*. Bamako. MSP, EDS 2001.
37. Ministère de la Santé Publique du Congo. *Enquête Démographique et de Santé (EDS) au Congo*. Brazzaville. MSP, EDS 2005.
38. DOHOYE E. C : *Besoins non satisfaits en Planification Familiale au sein du couple : Caractéristiques socio démographiques et cadre de vie au Bénin*. Cotonou. INSAE 2002 ; 56-67p.
39. Nevis B S, Aho- Doumatey A, Catraye S G. *Etude des causes de la faible fréquentation du service de planification familiale de la commune urbaine de Savalou: rapport de recherche*. Cotonou. SPF 1994; 12-20p.
40. OMS, FNUAP, IPPF, ONUSIDA et UCSF. *Sexual and Reproductive Health and HIV Linkages: Evidence Review and Recommendations*. Genève. OMS, FNUAP, ONUSIDA, UCSF, IPPF 2009; 3-4p.

41. John Stover, Leanne Dougherty et Margaret Hamilton. *Are Costs Savings Incurred by Offering Family Planning Services at Emergency Plan (PEPFAR) HIV/AIDS Care and Treatment Facilities?* Washington. DC: USAID 2006; 29-30p.

Liste des figures

Figure 1: Cadre conceptuel de l'étude	9
Figure 2: Carte géographique des Comores.....	16
Figure 3: Carte géographique du district sanitaire de M'rémami.....	17
Figure 4: Répartition des femmes ayant participé à l'enquête selon la profession.	26
Figure 5: Répartition des femmes ayant participé à l'enquête selon la parité	26
Figure 6: Répartition des raisons de la non utilisation des méthodes contraceptives	28
Figure 7: Répartition des femmes ayant participé à l'enquête selon le moyen dont elles ont entendu parlé de la PF	29
Figure 8: Répartition des femmes ayant participé à l'enquête selon leurs connaissances par rapport aux méthodes contraceptives modernes	29
Figure 9: Répartition des femmes ayant participé à l'enquête selon leurs opinions par rapport aux avantages de la PF pour la femme	30
Figure 10: Répartition des femmes ayant participé à l'enquête selon leurs opinions par rapport aux avantages de la PF pour l'enfant	30
Figure 11: Répartition des femmes ayant participé à l'enquête selon les méthodes contraceptives utilisées	31
Figure 12: Répartition des femmes ayant participé à l'enquête selon le lieu d'approvisionnement des méthodes contraceptives modernes.....	32

Liste des tableaux

Tableau I: Répartition de la population à enquêter par localité et nombre du sujet.....	21
Tableau II: Répartition des femmes ayant participé à l'enquête selon les tranche d'âge	25
Tableau III: Répartition des femmes ayant participé à l'enquête selon le statut matrimonial.....	25
Tableau IV: Répartition des femmes ayant participé à l'enquête selon l'écart d'âge entre les naissance	27
Tableau V: Répartition des femmes ayant participé à l'enquête selon le niveau d'instruction	27
Tableau VI: Répartition des femmes ayant participé à l'enquête selon qu'elles ont entendu parler ou non de la PF.....	28
Tableau VII: Répartition des femmes ayant participé à l'enquête selon leurs attitudes vis-à-vis de l'utilisation des méthodes modernes de contraception	31
Tableau VIII: Répartition des femmes ayant participé à l'enquête selon leurs connaissances sur l'existence d'un service de PF dans le centre de santé.....	32
Tableau IX: Répartition des femmes ayant participé à l'enquête selon qu'un personnel de santé leur a parlé des méthodes contraceptives modernes	33
Tableau X: Opinion des femmes ayant participé à l'enquête par rapport à la qualité des services PF..	34
Tableau XI: Association entre l'âge des femmes ayant participé à l'enquête et l'utilisation des méthodes contraceptives modernes	35
Tableau XII: Association entre le statut matrimonial et l'utilisation des méthodes contraceptives modernes.....	36
Tableau XIII: Association entre le niveau d'instruction et l'utilisation des méthodes contraceptives modernes.....	36
Tableau XIV: Association entre la profession et l'utilisation des méthodes modernes de contraception	37
Tableau XV: Association entre la parité et l'utilisation des méthodes modernes de contraception	37
Tableau XVI: Association entre l'espace génésique et l'utilisation des méthodes contraceptives modernes	38
Tableau XVII: Association entre le fait d'avoir entendu parler de la PF et l'utilisation des méthodes contraceptives modernes.....	38
Tableau XVIII: Association entre la non utilisation des méthodes contraceptives modernes et les effets secondaires	39
Tableau XIX: Association entre la non utilisation des méthodes contraceptives modernes et les fausses rumeurs.....	39
Tableau XX : Association entre la non utilisation des méthodes contraceptives modernes et l'influence de l'entourage.....	40

Tableau XXI: Association entre la non utilisation des méthodes contraceptives modernes et l'abandon.....	40
Tableau XXII: Association entre la non utilisation des méthodes contraceptives modernes et la connaissance de l'existence d'un service PF dans le centre de santé	41
Tableau XXIII: Association entre la non utilisation des méthodes contraceptives modernes et l'intégration des services de santé	41

Liste des méthodes contraceptives modernes disponibles aux Comores

- Préservatif masculin
- Préservatif féminin
- Lo-femenal
- Mircogynon
- Mocronor
- Noristerat
- Implanon
- DIU

Annexes

Annexe 1: Outil de collecte des données

N° : ____/

Date : ____/____/____/

Localité : _____/ Nom de l'enquêteur : _____/

.....

1. L'âge : ____/

2. Quel est votre niveau d'instruction :

- Primaire
- Secondaire
- Supérieure
- Aucun

3. Profession de la femme :

- Fonctionnaire
- Commerçante
- Ménagère/ Cultivatrice/jardinière
- Etudiante
- Autre

4. Quelle est votre situation matrimoniale ?

- Mariée
- Divorcée
- Célibataire
- Veuve

5. Combien d'enfants avez-vous eu : ____/

6. Pouvez-vous me dire l'écart d'âge entre vos enfants (espace génésique) ?

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....
.....9.....

7. Avez-vous déjà entendu parler de la PF (Planification familiale) :

Oui Non

8. Si oui, par quel moyen ?

- Personnel de santé
- Parents / amis
- Voisins
- Medias
- Sensibilisation/causerie

9. Citez des méthodes contraceptives modernes que vous connaissez ?

- Pilule
- Injectables
- Préservatifs
- DIU
- Implants
- MAMA
- Autres (Précisez)

10. Quels sont les avantages de la PF ?

✓ **Pour la femme**

- contribue à améliorer la santé de la mère et de l'enfant
- éviter les grossesses non désirées
- avoir le nombre désiré au moment voulu
- Empêcher les femmes de mourir
- Encourager l'adoption d'un comportement sexuel moins dangereux
- ne sait pas
- autres (Précisez).....

✓ **Pour l'enfant**

- Bénéficiaire au maximum du lait maternel
- Etre bien soigné et entretenu
- Eviter la malnutrition
- Echapper aux maladies graves et à la mort
- Grandir dans un environnement familiale hamoniqueux
- Avoir un bon développement physique et moral
- Avoir une bonne éducation
- Avoir un avenir bien préparer par les parents
- Ne sait pas
- Autre (Pressiez).....

11. Est-ce que vous utilisez un moyen de contraception actuellement :

Oui Non (si non passer à la question 26, page 5)

12. Si oui, laquelle

- Pilule
- Injectables
- Préservatifs
- DIU
- Implants

13. Où l'avez-vous obtenu?

- Centre de santé
- Secteur médical privé
- Autre (boutique, amis/parents)

14. Depuis quand utilisez-vous de façon continue la méthode contraceptive : ____/

15. Est-ce que la méthode contraceptive vous est vendue ?

Oui Non

16. Si oui, Combien vous coûte-t-elle ? _____/

17. Les coûts des prestations vous semblent-ils

- Trop cher
- Acceptable
- Sans opinion

18. Etes-vous satisfaites des heures d'ouvertures du service PF ?

Oui Non

19. Si non, quel est l'heur qui vous convient ? _____/

20. Si vous fréquentez le centre de santé, comment trouvez-vous l'accueil au niveau des services de PF :

- Bien
- Acceptable
- Mauvais

21. Pensez- vous que la confidentialité est assurée

Oui Non

22. Pensez- vous que votre intimité est respectée lors des consultations

Oui Non

24. Vous est-il donné la liberté de choisir librement la méthode que vous désirez

Oui Non

25. Etes-vous satisfaites des conseils donnés par l'agent de santé

Oui Non

26. Si non, Quelle est la principale raison pour laquelle vous n'utilisez pas une méthode contraceptive pour éviter une grossesse :

- Pas de rapports sexuels
- Rapports sexuels peu fréquents
- Stérile
- Post-partum/allaitement
- désir d'avoir des enfants
- refus de l'enquêtée
- refus du mari
- interdit par la religion
- Ne connaît aucune méthode contraceptive
- coûts élevés de services
- centre de santé éloignée
- effets secondaires
- Fausses rumeurs
- L'abandon
- Influence de l'entourage
- Autres (Précisez)

27. Est-ce que vous savez qu'il existe un service de PF dans les centres de santé

Oui Non

28. Avez-vous été dans un établissement de santé pour n'importe quelle raison au cours des 12 derniers mois :

Oui Non

29. Est-ce quelqu'un de l'établissement de santé vous a parlé des méthodes de planification familiale :

Oui Non

Annexe 2: Budget alloué à la réalisation de l'étude

Modalités	Modalités	Montants
Billet d'avion	55000 fc x 1 personnes	55 000
Location véhicule (4X4)	25 000 fc x 2 vehicules x 8jours	400 000
Multiplicatipon de l'outil de collecte des données	35 fc x 5 pages x 315 exemplaires	52500
Carburant	600 fc x 20 litres x 8 jours x 2 véhicules	192000
Frais des enquêteurs	5000 fc x 7 jours x 8 personnes	240000
Frais des superviseurs	10000 fc x 7 jours x 2 personnes	140000
Frais de subsistance	30000 fc x 10 jours x 1 personnes	300000
Chemise en plactique	750 fc x 8 personnes	6000
Flip shart	5000 fc x 1 Flip chart	5000
Craies	350 fc x 1 boîte (10 craies)	350
Marquers	450 fc x 4 marqueurs	1800
Crayons	75 fc x 8 personnes	600
Gommes	175 fc x 8 personnes	1400
Stylos	100 fc x 8 personnes	800
Total		1 395 450
		2 836,86 €