

Résultats de l'Enquête Ménage de l'Etude de Base du Projet Tékponon Jikuagou Répondre aux Besoins non-Satisfaits en Planification Familiale à travers les Réseaux Sociaux au Bénin

INSTITUTE FOR REPRODUCTIVE HEALTH

4301 Connecticut Ave NW
Washington, DC 20008, USA | www.irh.org

CENTRE DE RECHERCHES ET D'APPUI-SOUTIEN AU DEVELOPPEMENT

Agori Lot 192-AC 14875
Abomey-Calavi, Benin

Cette recherche a été rendue possible grâce au soutien généreux du peuple américain à travers l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID) aux termes de l'accord coopératif No. AID-OAA-A-10_00066. Le contenu est la responsabilité du Projet et ne reflètent pas nécessairement les vues de l'USAID ou du Gouvernement des Etats-Unis.



TÉKPONON JIKUAGOU
INSTITUTE FOR REPRODUCTIVE HEALTH GEORGETOWN UNIVERSITY
CARE INTERNATIONAL
PLAN INTERNATIONAL

TABLE DE MATIERE

Liste des Tableaux et des Figures	i
Reconnaisances	ii
I. Contexte	1
Définitions des Besoins en PF.....	4
II. Objectifs, Conception et Mise en Œuvre de l'Enquête Initiale.....	5
Échantillonnage.....	7
Outils de Sondage	8
Collecte et Saisie des Données.....	10
III. Résultats	11
Caractéristiques de Base.....	11
Caractéristiques de Réseau.....	12
Utilisation de la Planification Familiale.....	14
Les Raisons de la Non-Utilisation.....	15
L'Utilisation des Services de la Planification Familiale	16
Besoins en Planification Familiale	16
Besoins Satisfaits, Besoins Non Satisfaits et Aucun Besoin (Réels ou Perçus).....	16
La Perception du Risque de Grossesse Post-partum.....	17
L'Accès aux Services de Planification Familiale et l'Auto-Efficacité	18
Les Attitudes envers la Planification Familiale	18
Les Avantages et Inconvénients Perçus de la Planification Familiale.....	18
L'Effet de la Religion.....	19
Perception de l'Approbation de la Famille et de l'Entourage.....	20
La Stigmatisation	21
La Communication au Sein du Couple.....	22
Perceptions de la Communication au Sein du Couple	22
La Communication du Couple Concernant la Taille de la Famille, l'Espacement des Naissances et l'Utilisation de la PF	24
Discussions Concernant la Planification Familiale au Sein de la Communauté.....	25
Limites de l'Étude.....	26
Conclusions	27
Appendices.....	29
Appendice A: La Liste des Villages ayant Participé dans l'Étude de Base Intervention Zone (Couffo) Control Zone (plateau)	
Appendice B: Les Questionnaires des Femmes et des Hommes	
Appendice C: Les Taux de Prévalence Actuel de Contraception par Affiliation Religieuse	

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

Figure 1: Cadre de Résultats du Projet Tékonon Jikuagou.....	3
Figure 2 : Schéma de l'Evaluation du Project Tékonon Jikuagou.....	6
Tableau 1 : Effectif de Ménages, de Femmes et d'Hommes Sélectionnés et Enquêtés et Taux de Réponse.....	8
Tableau 2: Caractéristiques sociodémographiques des Participants de l'Étude de Base.....	11
Tableau 3: Caractéristiques de Réseau des Participants de l'Étude de Base.....	13
Tableau 4: Utilisation de la Planification Familiale par le Passé et Actuellement (femme %).....	14
Tableau 5: Raisons pour la Non Utilisation d'une Méthode (femme %).....	15
Tableau 6: Utilisation des Services de PF.....	16
Tableau 7: Statut de Besoin des Femmes.....	17
Tableau 8: Auto-Efficacité pour Obtenir des Services de PF (% qui sont d'accord avec la déclaration).....	18
Tableau 9: Les Avantages et Inconvénients Perçus de la PF (% qui sont d'accord avec la déclaration).....	19
Tableau 10: Perception du Soutien Communautaire pour l'Utilisation de la PF.....	20
Tableau 11: Perception du Stigma Lié à l'Utilisation de la PF (% qui ont approuvé de la déclaration).....	21
Tableau 12: Perception du Stigma dans la Communauté (% qui ont répondu 'oui').....	22
Tableau 13: Les Normes de Genre par Rapport à la Communication du Couple (% qui sont d'accord avec la déclaration).....	23
Tableau 14: Communication du Couple (% des femmes).....	24
Tableau 15: Attitudes envers la PF (% des femmes qui ont répondu 'oui').....	24
Tableau 16: Les Sources d'Information ou Communication sur la PF (%, intervention, trois mois avant l'entretien).....	25

RECONNAISSANCES

Nous aimerions tout d'abord reconnaître nos partenaires du Projet Tekponon Jikuagou, en occurrence Cooperative for Assistance and Relief Everywhere (CARE) et Plan International, pour leur soutien et assistance technique pendant la conception, la mise en œuvre et l'analyse de cette étude. Nous voulons aussi remercier les individus suivants pour leurs contributions critiques au développement de ce rapport : Irit Sinai, Rebecka Lundgren, Jennifer Keuler, Heather Buessler, Mariam Diakite, Dr. Ben Moulaye, Etienne Kouton, Emmanuel Akakpo et Roger Atchouta. Nous remercions le personnel dédié au Centre de Recherche et d'Appui-conseils pour le Développement (CRAD) pour leur perspicacité, leur collaboration, et leur soutien expert. Nous exprimons notre sincère gratitude aux enquêteurs et superviseurs qui ont mené cette étude sur le terrain, ainsi que les agents qui ont saisi et vérifié les données. Enfin, nous remercions humblement toutes les femmes et tous les hommes dans les départements du Couffo et du Plateau qui ont généreusement partagé leurs opinions et expériences avec nous pendant la durée de cette étude.

I. CONTEXTE

En Afrique subsaharienne, des ressources considérables ont été affectées aux programmes de planification familiale (PF) pour des activités allant de l'amélioration des services à la promotion d'un changement de politique, de la réalisation de campagnes médiatiques à l'organisation de sessions d'éducation par des pairs, et du renforcement des chaînes d'approvisionnement en contraceptifs au lancement de nouvelles technologies contraceptives. Cependant, les besoins non satisfaits en PF, c'est-à-dire le nombre de femmes et d'hommes sexuellement actifs qui ne souhaitent pas avoir une grossesse mais n'utilisant pas de méthodes efficaces pour la prévenir, demeure élevé. Aussi, le recours soutenu à la PF reste difficile à cerner. L'interprétation des besoins non satisfaits a conduit à mettre l'accent sur les questions « d'approvisionnement », et des ressources considérables ont été consacrées au renforcement institutionnel et à l'amélioration des capacités des fournisseurs. Environ vingt années d'efforts consacrés à l'établissement de programmes de PF au Bénin, par exemple, ont permis de faire connaître à une majorité de femmes et d'hommes sexuellement actifs les diverses méthodes de PF. Cependant, le taux de besoins non satisfaits a augmenté, passant de 21% en 1996 à 32.6% en 2012 (EDS, 2012), et la prévalence de la contraception moderne n'a connu qu'une faible hausse, passant de 3% en 1996 à 7% en 2006. Les besoins non satisfaits ne représentent évidemment pas la demande d'une méthode de PF, tout comme l'établissement de nombreux programmes ne se traduit pas nécessairement par l'adoption d'une méthode de PF et par un recours régulier à ses services. Qu'est-ce qui empêche alors les hommes et les femmes qui auraient un « besoin non satisfait en planification familiale » d'utiliser une méthode ?

De nombreux efforts visant à réduire les besoins non satisfaits se sont principalement concentrés sur les femmes et, dans certains cas, sans prendre en considération les réseaux sociaux au sein desquels les décisions en matière de santé reproductive sont prises. Récemment, une attention accrue a été accordée à l'influence qu'ont les hommes sur le recours à la PF par les femmes, au Bénin. A cet effet, les recherches indiquent, qu'une désapprobation (réelle ou perçue) du partenaire empêche les femmes d'utiliser efficacement la PF et qu'une meilleure communication au sein du couple accroît le recours à la PF (Tapsoba *et al.*, 1994 ; Terefe & Larson, 1993). Par contre, moins d'attention a été accordée aux autres influences sociales importantes sur les choix des femmes en matière de santé, comme l'opinion des membres de la famille (par exemple, la belle-mère), les amis et les dirigeants locaux. La documentation portant sur les besoins non satisfaits souligne davantage la nécessité de prendre en compte les réseaux sociaux et les contextes culturels pour répondre aux besoins non satisfaits ; en particulier les relations de pouvoir et les normes relatives au genre, qui influencent le comportement en matière de santé reproductive (Gayen 2007, Bongaarts 1995, Greene & Biddlecom 2000).

L'analyse du réseau social émet l'hypothèse que chaque fois qu'une méthode de PF est adoptée par un groupe au sein d'une communauté, l'interaction sociale peut accélérer sa diffusion en fournissant des possibilités de comparaison sociale, de soutien et d'influence, non seulement en ce qui concerne l'adoption d'une méthode, mais également son utilisation continue ou le fait de passer d'une méthode à une autre. Tandis que les modèles écologiques sont devenus une pratique courante en matière de santé publique, les praticiens de santé publique ont récemment commencé à utiliser l'analyse du réseau social, à la fois en tant qu'outil analytique et paradigme théorique, pour poser des questions importantes sur le plan écologique et y répondre (Luke & Harris, 2007).

Une meilleure compréhension des réseaux sociaux peut améliorer les efforts de mobilisation des communautés autour de la PF et soutenir plus efficacement les changements d'attitudes, de

croyances, de désirs, d'intentions et de comportements associés à la PF. Ceci est particulièrement pertinent car, pour beaucoup de personnes, la décision d'initier ou de recourir à la PF n'est pas prise au cours d'une seule séance de consultation et ne représente pas non plus un engagement pris « une fois pour toute ». Les femmes et les hommes peuvent cesser d'avoir recours à la planification familiale ou changer de méthode à plusieurs reprises, même au cours d'une seule année. La présence d'un système social qui soutient l'utilisation de méthodes de PF adaptées à l'évolution des intentions de fécondité des couples au cours de leur vie, peut permettre aux femmes et aux hommes de réaliser leurs intentions en matière de procréation.

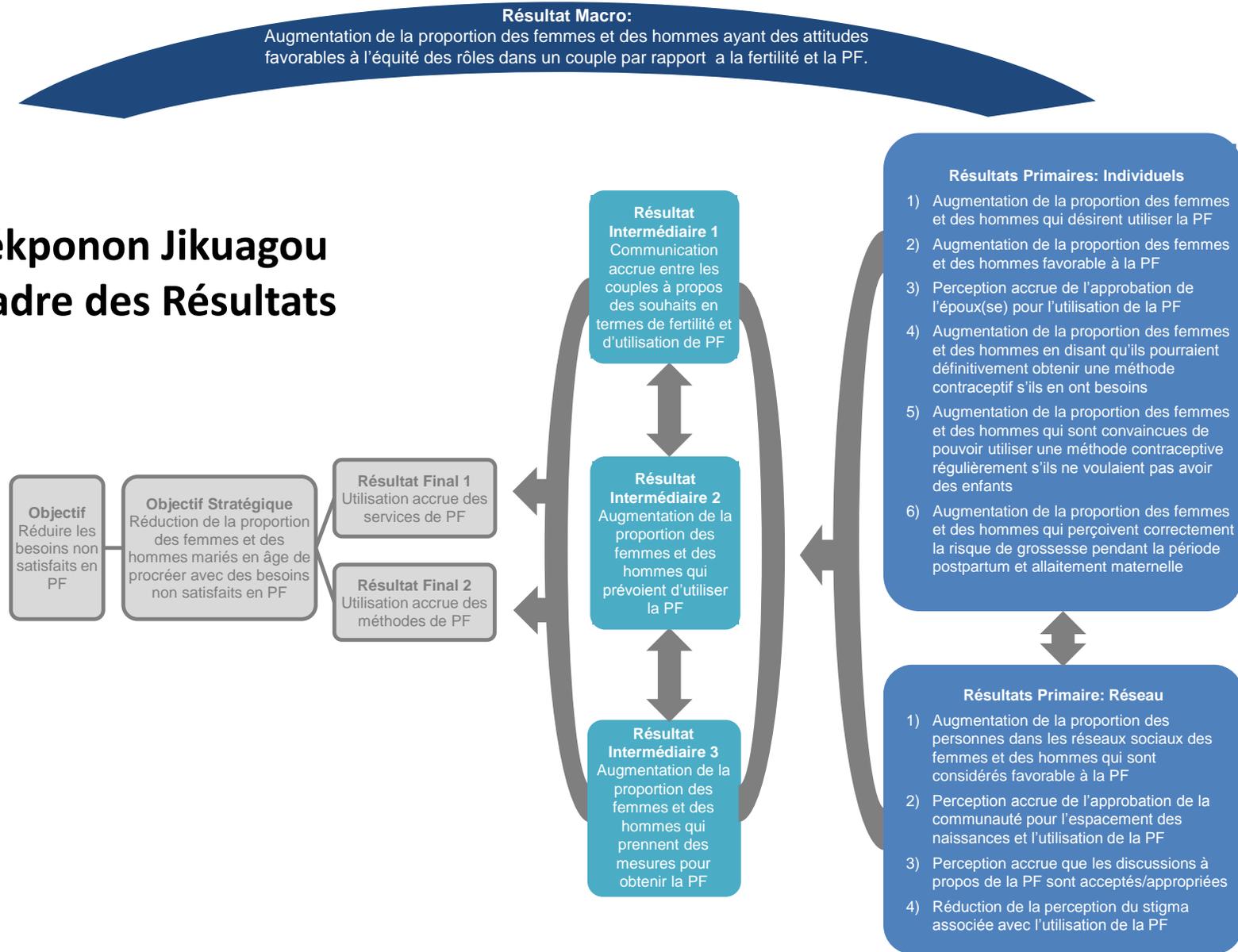
Enfin, le Projet Tékponon Jikuagou vise à réduire les besoins non satisfaits en matière de PF. La figure 1 montre le cadre de résultats, qui représente la base théorique du projet ainsi que les résultats visés.

Dans le sens de l'objectif final qui est de réduire les besoins non satisfaits en PF, le projet met en œuvre des programmes conçus pour influencer les individus et leurs réseaux afin, non seulement, d'améliorer l'accès à la PF, mais également d'habiliter davantage les couples à utiliser la PF et d'assurer un environnement favorable. Le projet vise également à atteindre cet objectif en utilisant une approche axée sur le réseau social. Les caractéristiques clés de cette approche sont :

1. L'identification des individus, groupes ou organismes influençant la diffusion de l'information, des attitudes et des idées ;
2. Le fait de spécifier qui influence qui au cours du processus de diffusion ;
3. L'identification des canaux de communication et d'influence (par ex., les réunions de village, la radio communautaire) et
4. L'utilisation de ces réseaux pour diffuser les innovations.

Figure 1. Cadre de Résultats du Projet Tékponon Jikuagou

Tékponon Jikuagou Cadre des Résultats



DEFINITIONS DES BESOINS EN PLANIFICATION FAMILIALE

L'objectif ultime du Tékpnonon Jikuagou étant de réduire les besoins non satisfaits en matière de PF, il est important de disposer d'une définition claire du concept de besoins non satisfaits. De nombreuses définitions existent pour les besoins non satisfaits en matière de PF. Notre définition diffère de celles couramment utilisées, car elle se concentre sur les perceptions de l'individu de la manière suivante :

BESOINS SATISFAITS : Les individus qui ont recours à une quelconque méthode de PF, moderne ou traditionnelle. Nous pensons que tout individu prenant des mesures en vue de prévenir ou retarder une grossesse, indépendamment de l'efficacité réelle de la méthode employée, considère que ses besoins en PF sont satisfaits.

PAS DE BESOIN : Les individus qui souhaitent présentement avoir un enfant, les femmes enceintes, ménopausées ou qui ne sont pas sexuellement actifs et croient que ceci les protège de la grossesse (que cette perception soit correcte ou erronée) et les individus qui pensent ne pas avoir besoin de la PF pour toutes autres raisons.

BESOINS NON SATISFAITS : Les individus qui ne désirent pas de grossesse, qui sont sexuellement actifs, et n'utilisant pas de méthode de PF. Autrement dit, tout individu ne s'inscrivant ni dans la catégorie « besoins satisfaits » ni dans la catégorie « pas de besoin ».

Au cours de notre étude, les femmes ont été classées en fonction d'un seul statut de besoin en PF (besoins satisfaits, pas de besoin, besoins non satisfaits) en se basant sur leur désir de fécondité, leur utilisation de PF actuelle ou d'autres conditions liées à l'état de leurs besoins tels qu'indiqués ci-dessus, sur la base de l'auto déclaration. À cause de la prévalence de la polygamie sur le site étudiée, plusieurs statuts de besoins en matière de PF ont pu être attribués aux hommes. Par exemple, il est possible qu'un homme s'inscrive dans la catégorie « besoins satisfaits » avec une épouse et dans la catégorie « besoins non satisfaits » avec une autre.

Notre définition des besoins non satisfaits en matière de PF est axée sur la perception du besoin de PF d'un individu. Nous pensons que la perception qu'ont les femmes et les hommes de leurs besoins en PF est plus utile pour prévoir le recours à la contraception. Cette définition diffère de celle qui a récemment été révisée par Bradley, et al. (2012) et qui a ensuite été adoptée par l'USAID, l'UNICEF et l'OMS. L'algorithme qu'ils utilisent pour déterminer les besoins fait appel à des critères biologiques pour évaluer la fécondité, inclut le caractère intentionnel de chaque grossesse, et évalue l'efficacité de la méthode de PF utilisée, le cas échéant. Que ceci puisse être ou non étayé de manière objective, nous pensons que le besoin perçu de PF d'un individu est le meilleur moyen de prédire son comportement en matière de PF. Par exemple, d'après la définition de Bradley, une femme utilisant des amulettes traditionnelles pour éviter une grossesse serait classée dans la catégorie « besoins non satisfaits », car les amulettes ne sont pas une méthode moderne. Cependant, selon notre définition, cette femme est dans un état d'esprit « contraceptif », autrement dit, elle croit qu'elle agit en vue de prévenir une grossesse. Nous considérons donc que ses besoins sont satisfaits, puisqu'elle ne sera pas réceptive aux programmes de PF axés sur fourniture de méthodes de PF. Elle tirera davantage profit de programmes éducatifs portant sur l'efficacité des diverses méthodes. Dans un autre exemple, Bradley *et al.* considèrent qu'une femme qui n'allait pas exclusivement mais qui est encore en aménorrhée du post-partum se classe dans la catégorie des besoins non satisfaits, puisqu'elle peut biologiquement tomber enceinte. Notre définition considère

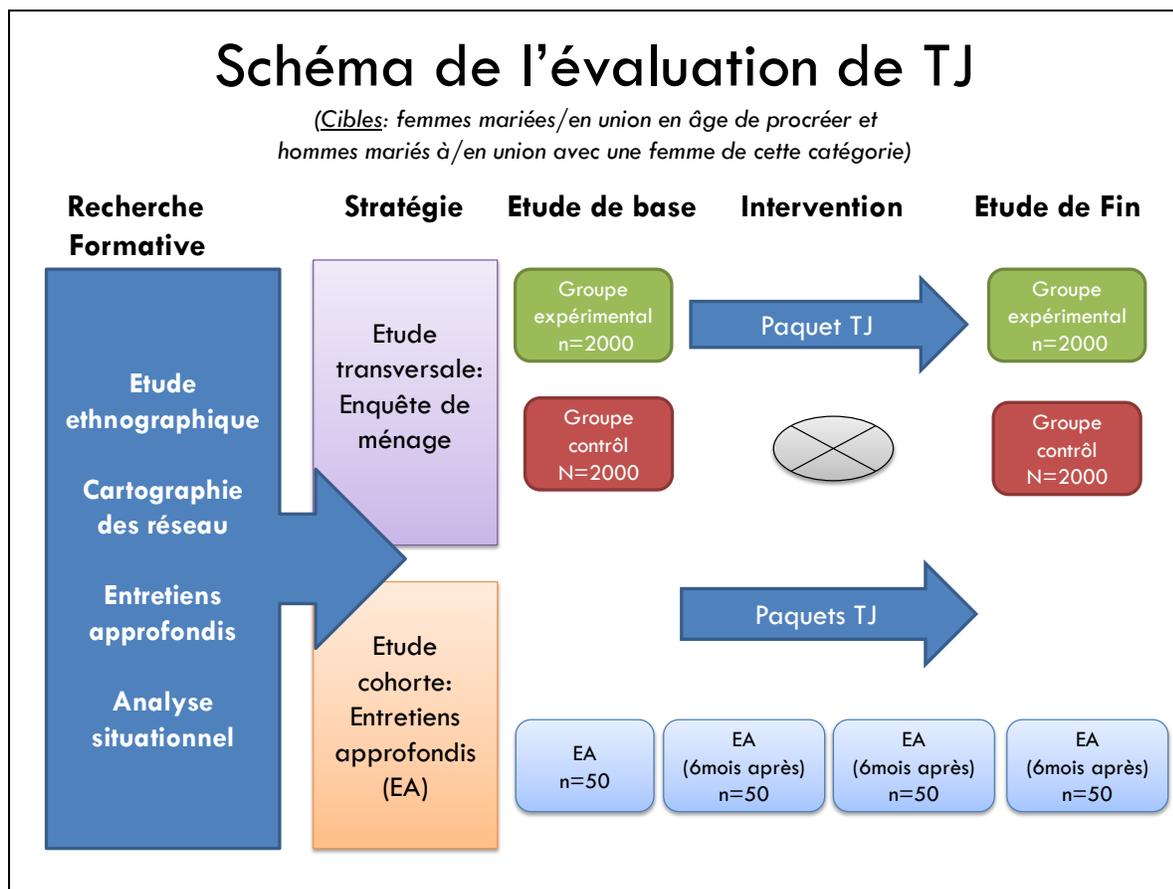
au contraire que cette femme n'a aucun besoin si elle croit qu'elle ne risque pas de tomber enceinte dans cette situation, puisqu'elle ne se tournera pas vers des services et programmes de PF.

Puisque le Projet Tékponon Jikuagou aborde les perceptions et normes sociales en lien avec la PF, nous pensons qu'une définition basée sur la perception des besoins non satisfaits offre une meilleure mesure du succès des interventions conçues pour influencer les attitudes et comportements des personnes. Sans prétendre qu'une définition est meilleure que l'autre, nous pensons que notre définition des besoins non satisfaits offre un plus grand potentiel pour mesurer les besoins en PF et pour guider les stratégies d'intervention de notre projet. Nous notons également les différences pour des raisons de comparabilité, les taux que nous utilisons pour les besoins non satisfaits en PF ne devraient pas être directement comparés aux taux générés par les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) ou à tout autre sondage n'utilisant pas le même algorithme que nous pour déterminer les besoins non satisfaits. De plus, la définition traditionnelle des besoins non satisfaits constitue une mesure statique. Nous posons comme principe que le statut des besoins peut changer au cours du temps, c'est la raison pour laquelle nous mesurons les besoins non satisfaits sur une base mensuelle (rétrospectivement) pendant une année complète

II. OBJECTIFS, CONCEPTION ET MISE EN ŒUVRE DE L'ENQUETE INITIALE

Nous présentons en Figure 2 le diagramme schématique de la conception de la recherche pour la phase pilote afin de montrer comment les enquêtes de ménages de l'étude de base font partie de la conception d'une étude plus vaste. L'efficacité du paquet d'intervention sur les réseaux sociaux sera évaluée à travers une méthodologie quasi expérimentale. En plus de l'enquête de ménages, une étude intégrée sera faite afin de déterminer le coût de la mise en œuvre du paquet d'intervention ; ceci est une information capitale pour la mise à échelle. Par ailleurs, un autre élément prioritaire de la recherche du Tékponon Jikuagou est d'améliorer la compréhension des besoins non satisfaits à travers l'analyse des réseaux sociaux. Aussi, des méthodes qualitatives seront appliquées pour explorer le dynamisme des besoins non satisfaits à partir des points de vue des femmes et des hommes plutôt que ceux des organisations de prestation de services. Pour cela, au cours de la phase pilote, un groupe de femmes et un groupe d'hommes, choisis sur la base de leur statut de besoin non satisfait en matière de PF, seront suivis à travers des interviewés menés tous les six mois.

Figure 2. Schéma de l'Évaluation du Projet Tékponon Jikuagou



* Notez que dans ce rapport, nous utilisons le terme «marié» pour indiquer les personnes qui sont mariées ou en union.

L'objectif principal de l'enquête de ménage initiale a été de recueillir des données sur les attitudes et comportements des personnes interrogées concernant la fécondité, l'espacement des naissances et l'utilisation d'une méthode de PF, afin d'identifier le statut de leurs besoins en PF et d'obtenir des informations sur leurs réseaux sociaux. Les résultats permettront d'orienter la conception et la mise en œuvre des interventions du Tékponon Jikuagou pour réduire les besoins non satisfaits. Ils seront enfin comparés à des enquêtes finales de conception similaire pour évaluer les interventions.

L'enquête auprès des ménages a été effectuée dans l'ensemble des six communes du département du Couffo, qui a été sélectionné par IRH et ses partenaires pour servir d'emplacement au projet pilote Tékponon Jikuagou (ci-après dénommées « zones d'intervention ») et trois communes de contrôle dans le département du Plateau : Pobé, Adja-Ouère et Sakété, où le projet ne sera pas piloté (ci-après dénommées « zones de contrôle »). Le département du Couffo a été sélectionné comme zone d'intervention à cause des activités en cours de nos partenaires présents sur place, ainsi que de l'intérêt dont ont fait preuve les décideurs politiques locaux.

Le département du Plateau a été choisi comme zone de contrôle par rapport à certains critères, y inclus le taux de besoin non satisfait, le Taux de Prévalence Contraceptif (TPC) et la population. Au

fait, par rapport à ces critères, les données du Plateau étaient plus proche de celle du Couffo que les autres départements potentiels, à savoir: le Mono et les Collines. Par contre, entre les deux départements (Couffo et Plateau), il y a une différence au niveau des caractéristiques socio démographiques (ethnie, polygamie, etc.). Cependant, ces caractéristiques seront statistiquement contrôlées à travers l'analyse des effets des actions du paquet Tékponon Jikuagou qui pourrait reposer sur deux approches :

La première approche étudiera les effets bruts des actions Tékponon Jikuagou à partir des bénéficiaires et de l'évolution de leur situation avant et après la fin des interventions.

La seconde approche complémentaire examinera les effets nets en comparant les différences constatées dans des paires de groupes qui se ressemblent le plus possible sauf pour l'exposition aux actions Tékponon Jikuagou. Les ressources des techniques d'analyse multi variées de type Moindres Carrés Ordinaires (MCO) ou logistique seront mises à profit pour constituer des paires de groupes (bénéficiaires, non bénéficiaires) homogènes de part leurs caractéristiques sociodémographiques et culturelles et appariés selon les variables qui agissent sur celles des résultats des interventions.

La disponibilité des services de PF a été considérée aussi dans le choix de la zone de contrôle ; la Campagne de mobilisation au tour des services PF a eu lieu dans les trois communes choisies dans le Plateau, comme dans les communes d'interventions dans le Couffo, et cela assure une distribution gratuite des méthodes contraceptives dans les deux zones.

L'enquête initiale a été achevée avant le démarrage des activités d'intervention.

ÉCHANTILLONNAGE

Un échantillon représentatif des ménages dans les zones d'intervention et de contrôle a été obtenu par un sondage aréolaire, stratifié et tiré à deux degrés. Au premier degré, un échantillon de quarante-cinq (45) villages/quartiers a été tiré avec une probabilité proportionnelle à la taille parmi les quatre-vingt-dix (90) villages/quartiers ciblés par Tékponon Jikuagou (zone d'intervention); la taille étant l'effectif de population recensé en 2002. Quarante-cinq (45) villages/quartiers ont été également tirés parmi les cent trente-neuf (139) qui comptent les communes d'Adja-Ouéré, Pobè et Sakété (zone de contrôle). Au sein de chacune de ces grappes, un échantillon de ménage a ensuite été sélectionné de façon systématique. Une femme en union âgée de 18-44 ans et/ou son mari ont été interrogés, dans chaque ménage sélectionné, s'ils acceptaient de participer à l'étude.

Le Tableau 1 fournit tous les détails sur les résultats des enquêtes femme et homme dans les zones d'intervention et de contrôle du Tékponon Jikuagou. Pour l'ensemble des deux zones, 2.732 ménages ont été sélectionnés dans les quatre-vingt-dix (90) villages/quartiers de l'échantillon. Parmi ces ménages, 2.592 ont accepté de participer à l'étude, soit un taux de participation de 94,9%. Au sein des ménages enquêtés, d'une part, 2.184 femmes éligibles ont été sélectionnées, parmi lesquelles 2.160 ont été interviewées avec succès à l'aide du questionnaire individuel femme, soit un taux de réponse de 98,9%. D'autre part, 2.175 hommes éligibles ont été sélectionnés et 2.160 ont été interviewés avec succès, soit un taux de réponse de 99,3%.

Le Tableau 1 précise les échantillons prévus et réalisés. Pour une liste complète des villages d'enquête, veuillez-vous référer à l'Annexe A.

Tableau 1 : Effectif de Ménages, de Femmes et d'Hommes Sélectionnés et Enquêtés et Taux de Réponse

Répartition en nombre et en (%) des ménages et personnes enquêtés par sexe

Ménages et personnes enquêtés par sexe	Intervention	Contrôle	Ensemble
Ménage			
Nombre de ménages sélectionnés	1332	1400	2732
Nombre de ménages enquêtés	1251	1341	2592
Taux de participation des ménages (%) ¹	93,9	95,8	94,9
Femme			
Effectif de femmes sélectionnées	1082	1102	2184
Effectif de femmes enquêtées	1080	1080	2160
Taux de réponse des femmes (%) ²	99,8	98,0	98,9
Homme			
Effectif d'hommes sélectionnés	1080	1095	2175
Effectif d'hommes enquêtés	1080	1080	2160
Taux de réponse des hommes (%) ²	100,0	98,6	99,3

¹ Ménages enquêtés/Ménages sélectionnés
² Enquêtés interviewés/Enquêtés sélectionnés

OUTILS DE SONDAGE

L'ensemble des protocoles et outils de collecte des études ont été approuvés par le comité d'examen institutionnel de l'Université de Georgetown (États-Unis) et par l'Institut des Sciences Biomédicales Appliquées (Bénin) avant le démarrage de la collecte des données. Les protocoles de recherches sur des personnes ont été suivis de près sur le terrain, pour garantir les droits et la sûreté des personnes interrogées. La participation était volontaire et le consentement éclairé de chaque participant à l'étude a été obtenu avant l'entretien.

Les outils de recherches ont été écrits en français et ont été traduits oralement en langues locales au moment de la collecte des données par des enquêteurs parlant couramment ces langues et le français. La formation des enquêteurs comprenait des exercices exhaustifs de traduction et de retraduction afin de s'assurer que la traduction orale soit aussi juste que possible. L'intégralité des questionnaires des hommes et femmes et des formulaires de consentement figure dans l'Annexe B.

QUESTIONNAIRES

Les questionnaires de base ont été élaborés en concertation avec le personnel de terrain, les partenaires du projet et le bureau de recherche local CRAD. Le questionnaire utilisé comporte plusieurs sections :

- Une série de questions sur le milieu des personnes interrogées, leur fécondité, leurs antécédents par rapport aux contraceptifs, leurs attitudes et comportements envers la fécondité, la contraception et la taille désirée de la famille.
- Une grille de réseau social visait à recueillir des informations sur les réseaux matériels des personnes interrogées (les personnes fournissant une assistance matérielle, comme de l'argent, de la nourriture ou des vêtements) et les réseaux pratiques (les personnes fournissant une assistance pratique comme la garde d'enfants ou l'aide aux tâches ménagères).
- Un calendrier (dans le questionnaire des femmes uniquement) pour fournir des informations détaillées sur l'évolution du statut des besoins en PF des femmes au cours des douze mois précédant immédiatement l'étude.

Au cours de la première phase du développement, huit enquêteurs (quatre femmes et quatre hommes) ont été sélectionnés pour pré-tester les outils de l'étude. Avec les formateurs du CRAD et le chercheur principal de l'étude, ils ont assisté une séance d'orientation sur les instruments du sondage mené par le coordinateur de l'IRH au Bénin pour la recherche, le suivi et l'évaluation. Après cette séance de mise à niveau, les enquêteurs ont été dépêchés dans le quartier de Fiyegnon, qui compte une importante population appartenant aux groupes ethniques Popo, Xwla et Adja pour tester les outils auprès des membres de ces groupes ethniques dans leur langue natale. Les résultats du pré-test ont permis à l'équipe de recherche de réviser l'outil avant la formation complète des soixante-dix enquêteurs du 4 au 7 février 2013.

Au cours de cette formation, les enquêteurs se sont familiarisés avec les questions de l'étude, ses objectifs et la méthodologie de collecte des données. Le manuel de formation a été lu à haute voix pour s'assurer que tous les enquêteurs reçoivent le même niveau de formation et les mêmes informations concernant la mise en œuvre correcte et efficace de l'étude. Une attention particulière a été accordée à la bonne préparation des différents outils, y compris la liste codée des participants, les formulaires de consentement et les questionnaires des hommes et des femmes. Des exercices pratiques sur la manière de remplir le calendrier du questionnaire des femmes ont permis aux enquêteurs de comprendre comment compléter le formulaire, qui fournit des informations sur l'utilisation d'un contraceptif par les femmes au cours des douze mois précédant l'entretien. D'autres exercices sur la manière de remplir la grille des réseaux sociaux ont permis une meilleure compréhension de l'objectif de l'outil et de la méthode pour compléter la grille. De plus, les enquêteurs ont participé à une session d'information sur les méthodes de planification familiale et à une session sur les pratiques de recherche éthiques lors d'études portant sur des personnes, en mettant l'accent sur l'importance de la confidentialité lors de la collecte des données.

Les concepts et phrases clés des outils de sondage ont été traduits en Adja et Yoruba dans de petits groupes au cours de la formation, et ont ensuite été validés au cours d'une séance plénière. De cette façon, les enquêteurs ont pu fournir aux personnes interrogées des traductions orales standards des questionnaires français en langues locales. Des simulations d'entretien entre les enquêteurs ont fourni une expérience pratique de l'utilisation du questionnaire avant que des groupes composés d'un homme et d'une femme soient envoyés dans quatre quartiers du sixième arrondissement de Cotonou—Gbedjromédé1, Ayidjèdo1, Ayidjèdo2 et Ayidjèdo3—pour effectuer un deuxième pré-test de l'outil. Suite au pré-test, une réunion finale a été organisée pour aborder et résoudre les défis rencontrés, et un groupe final de 60 enquêteurs a été sélectionné à partir des 70 personnes ayant participé au pré-test, en fonction de leur performance et de la qualité des données recueillies.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Toutes les personnes ayant accepté de participer à l'étude ont donné leur consentement avant d'être interrogées. Nous nous attendions à une forte proportion de personnes illettrées, les personnes interrogées ont donc donné leur consentement en présence d'un témoin, comme un habitant du village, un enseignant ou un parent en visite écrivant et parlant couramment le français, pour s'assurer que tous les aspects du consentement éclairé étaient compris des participants. Un texte était écrit en français, puis traduit oralement en langue locale devant le participant et le témoin. Le participant à la recherche et le témoin ont tous deux signé un document de consentement écrit. Une carte a également été donnée aux participants, comprenant des informations sur les personnes à contacter en cas de questions concernant leurs droits en tant que participants aux recherches. Afin de garantir la confidentialité, le témoin a été mis à l'écart dès l'entame de l'entretien.

COLLECTE ET SAISIE DES DONNEES

Après que les ménages aient été sélectionnés de manière aléatoire, les enquêteurs ont rendu visite à chacun de ces ménages pour déterminer l'éligibilité des participants : les femmes mariées/en union en âge de procréer (18-44) et les hommes mariés à/en union avec des femmes en âge de procréer (18-44). Lorsque les participants éligibles résidaient au sein du ménage, les enquêteurs ont décrit la finalité de l'étude aux éligibles et ensuite leur ont demandé leur participation. Dans un ménage où il y a plus d'une femme éligible, il a été recommandé aux enquêteurs de sélectionner une de manière aléatoire pour l'interroger. Si cette femme n'acceptait pas de participer, l'enquêteur demande à l'autre épouse. Une fois l'entretien avec la femme terminé, ou si aucune femme n'a accepté de participer, l'enquêteur demande au mari de participer. Puisque nous nous intéressions aux couples et à la concordance/discordance entre les réponses du mari et de la femme, si l'un ou l'autre partenaire n'était pas disponible au moment du passage dans le ménage, l'enquêteur a l'obligation d'y revenir deux fois pour essayer d'interroger celui ou celle-ci. Si un partenaire seulement accepte de participer, il/elle est donc interrogé (e).

Au cours des enquêtes auprès de la communauté, les épouses et les maris de chaque ménage ont été interrogés à part, et leurs réponses sont restées confidentielles et n'ont pas été partagées avec le conjoint. La nécessité de cette mesure a été expliquée aux personnes interrogées au cours des procédures de consentement éclairé. Les enquêteurs ont interrogé des hommes, et les enquêtrices ont interrogé des femmes.

Les efforts de collecte des données ont été supervisés de près. Quatre équipes de supervision ont été mises en place à raison de deux dans chacune des deux zones ; contrôle et d'intervention, pour coordonner la collecte des données et répondre aux difficultés rencontrées sur le terrain. Les superviseurs ont suivi les équipes de collecte des données, se sont assurés de l'application correcte de la méthodologie de sondage et ont identifié tous les questionnaires n'ayant pas été remplis correctement. Dans certains cas, les enquêteurs sont retournés dans les ménages sélectionnés pour recueillir les données manquantes des formulaires incomplets.

Les questionnaires entièrement et complètement renseignés ont été acheminés par les superviseurs de terrain jusqu'au bureau du CRAD à Calavi pour la saisie des données. L'ensemble des outils de recherche ont été conservés dans un lieu sécurisé et centralisé pour s'assurer que les données ne soient pas perdues ni compromises, et pour protéger la confidentialité des participants. Les données ont été saisies avec le logiciel CPro 5.0. Une double saisie a été organisée et deux

équipes de six opérateurs ont travaillé simultanément sur la saisie des données, le premier groupe entrant les données le matin et le second groupe ré-entrant les mêmes données l'après-midi. Cette méthode a réduit le risque d'erreurs dues à la fatigue ou aux inattentions. Les deux ensembles de données ont été édités et validés, après quoi elles ont été nettoyées pour garantir la cohérence interne des réponses. Les tableaux de résultats ont été créés à l'aide du logiciel SPSS.

III. RESULTATS

CARACTERISTIQUES DE BASE

Le Tableau 2 présente le profil sociodémographique des participants des deux zones (intervention et contrôle). L'âge moyen des femmes était d'environ 30 ans, et celui des hommes environ 38 ans, dans les deux zones d'étude. À l'exception de l'âge, les résultats ont montré des différences significatives entre les zones d'intervention et les zones de contrôle. La polygamie était beaucoup plus répandue dans les zones d'intervention (45% des femmes) que dans les zones de contrôle (27%). Les personnes interrogées dans la zone de contrôle avaient significativement moins d'enfants que dans la zone d'intervention. Plus de 90% des personnes interrogées dans la zone d'intervention étaient Adja ; dans la zone de contrôle deux tiers étaient Yoruba et environ un quart était Fon. Compte tenu des différentes ethnicités, le fait qu'il y ait une différence significative de religions entre les zones d'intervention et de contrôle n'est pas surprenant.

Tableau 2 : Caractéristiques Sociodémographiques des Participants de l'Étude de Base
Répartition en (%) des femmes et des hommes selon certaines caractéristiques sociodémographiques

Caractéristiques sociodémographiques	Intervention		Contrôle	
	Femmes n=1080	Hommes n=1080	Femmes n=1080	Hommes n=1080
Age				
Moyen	29,7	38,0	29,7	37,8
18-19	2,9	0,6**	3,4	0,0
20-24	19,5	5,1	20,8	5,0
25-29	28,9	17,6	27,2	15,1
30-34	20,8	18,5	21,7	20,7
35-39	16,9	17,1	15,5	19,9
40-44	10,9	15,3	11,4	15,9
45-54	0,0	16,4	0,0	17,4
55 et +	0,0	9,4	0,0	5,9
Etat matrimonial				
Mariagepolygame	45,0**	41,9**	37,1	31,7
Mariagemonogame	55,0	58,1	62,9	68,3
Nombred'enfants (moyen)	3,4	5,7**	3,2*	4,6
Niveaud'étude				
Aucun	76,4	43,1**	74,3	53,5
Primaire	16,7	34,6	18,9	29,7
Secondaire 1	6,3	13,7	6,1	9,0
Secondaire 2	0,6	5,7	0,6	5,3
Supérieur	0,1	2,9	0,1	2,5

Religion				
Catholique	8,7**	7,6**	16,9	20,1
Protestant	8,9	1,7	9,3	9,7
Autre religion chrétienne	31,8	26,0	49,7	41,2
Traditionnelle/Vaudouisme	42,3	55,7	4,8	7,4
Musulmane	0,3	0,5	15,6	16,3
Animisme/Aucun	8,1	8,4	3,6	4,7
Autre	0,0	0,1	0,0	0,6
Ethnicité				
Adja (et apparentées)	90,7**	91,0**	1,7	4,3
Fon (et apparentées)	8,9	8,6	24,8	23,1
Yoruba (et apparentées)	0,1	0,2	67,9	72,1
Autre	0,3	0,2	5,6	0,6

** & * indiquent des écarts significatifs à $p < .01$ et $p < .05$, respectivement.

CARACTERISTIQUES DE RESEAU

Il a été demandé aux enquêtés d'identifier les gens qui leur fournissent une assistance matérielle (par exemple, une personne qui leur prête de l'argent, qui achète des marchandises pour eux sur le marché ou qui leur donne de la nourriture ou des vêtements). Il leur a également été demandé de dresser la liste des personnes qui leur apportent une assistance pratique (par exemple, qui les aident à s'occuper des enfants, les assistent dans les tâches ménagères ou les aident pour le commerce ou l'agriculture). Pour chaque personne nommée, on leur a demandé quelle était leur relation avec cette personne (par exemple : sœur, belle-mère, ami ou amie, dirigeant religieux). Enfin il a été question de dire où vivait cette personne (dans le village ou ailleurs), s'ils avaient discuté avec cette personne de l'espacement des naissances ou de la contraception au cours des trois mois précédant l'enquête et si, à leur connaissance, cette personne approuvait l'utilisation de la PF. Le Tableau 3 montre les résultats de cette partie de l'entretien pour les femmes.

Tableau 3 : Caractéristiques de Réseau des Participantes de l'Étude de Base

Nombre des membres du réseau des femmes. Répartition en(%) des membres du réseau des femmes par type de soutien

	Intervention	Contrôle
Nombre et % des membres du réseau	n=1080 femme	n=1080 femme
Nombre total de membres du réseau	3284**	3840
Réseau matériel	2539	2442
Réseau pratique	1502	2080
Nombre moyen de membres par personne interrogée ¹		
Total	3,11 (1-18)	3,11(1-18)
Réseau matériel	2,43 (1-13)	2,27(1-13)
Réseau pratique	1,58 (1-13)	2,00(1-13)
% des membres fournissant ces deux types de soutien	23,1	17,8
% des membres du même sexe que la personne interrogée	45,6**	53,1
Relation		
% de leur propre famille	38,4**	34,0
% de la famille du conjoint	49,5	44,4
% sans lien de parenté	12,1	21,6
Le mari figurait dans l'un ou les deux réseaux	86,6	86,6
Résidence		
% faisant partie du ménage	39,8	39,1
% dans le village	34,2	35,9
% à l'extérieur du village	26,0	25,0

** & * indiquent des écarts significatifs à $p < .01$ et $p < .05$, respectivement.

1 Bien que la liste des membres du réseau soit censée être ouverte, le questionnaire comptait 13 espaces pour chaque réseau, et il semble que la collecte de données se soit arrêtée là. Cependant, comme seulement 4 personnes interrogées ont indiqué 13 membres dans chaque réseau, ceci n'a pas influencé les résultats de manière significative.

La taille moyenne du réseau était d'environ trois membres pour les femmes, aussi bien dans les zones de contrôle que dans les zones d'intervention. Dans les deux zones, environ 39% des membres du réseau vivaient au sein du même foyer, et un tiers supplémentaire vivait dans le même village que la personne interrogée. Des différences significatives sont apparues dans la composition du réseau entre les zones d'intervention et les zones de contrôle. Plus précisément, dans la zone de contrôle 22% des membres du réseau n'étaient pas des membres de la famille, contre seulement 12% dans la zone d'intervention. Un pourcentage plus important de membres du réseau était des femmes dans la zone de contrôle en comparaison à la zone d'intervention. Environ la moitié des membres du réseau appartenait à la famille du conjoint, et un peu plus d'un tiers à la famille de la femme. Presque 90% des réseaux des femmes incluaient des hommes.

UTILISATION DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

Le Tableau 4 montre le pourcentage de femmes ayant déjà utilisé une méthode de PF, et le pourcentage de femmes utilisant une méthode de PF au moment de l'enquête, par méthode. Des différences significatives sont apparues dans l'utilisation de PF entre les zones d'intervention et de contrôle. Tandis que dans la zone d'intervention, la moitié des femmes n'avaient jamais utilisé de méthode, presque les trois quarts des personnes interrogées dans les zones de contrôle s'inscrivaient dans cette catégorie. Tandis que la proportion de femmes n'utilisant actuellement aucune méthode (et n'étant pas enceintes) était similaire (18,9% et 17,1% pour les zones d'intervention et de contrôle respectivement), le pourcentage de femmes utilisant une méthode traditionnelle (inefficace) était significativement supérieur dans la zone d'intervention (13,8%) que dans la zone de contrôle (6,6%). Cependant, la différence en matière de PF actuelle peut être attribuée à la forte proportion de femmes dans les zones d'intervention qui s'appuyaient sur une méthode de PF traditionnelle (inefficace). L'utilisation de méthodes modernes était légèrement supérieure dans les zones de contrôle, à l'exception des préservatifs et de la Méthode des Jours Fixes (MJF).

Tableau 4 : Utilisation de la PF par le Passé et Actuellement

Répartition en (%) de l'utilisation antérieure et actuelle des méthodes de PF par les femmes

	Utilisation antérieure		Utilisation actuelle	
	Intervention n=1080	Contrôle n=1080	Intervention n=1080	Contrôle n=1080
Utilisation de la planification familiale	49,5**	26,4	30,1	27,5
Stérilisation féminine	0,3	0,3	0,3	0,6
Stérilisation masculine	0,0	0,0	0,0	0,1
Pilule	4,4	4,1	1,2	1,9
DIU	0,1	0,4	0,2	0,5
Contraceptifs injectables	2,6*	4,3	0,8**	2,7
Implants	3,5	4,4	2,9*	5,0
Préservatifs	4,2**	1,9	3,1	1,9
Diaphragme / Mousse / Gel	0,0	0,1	0,0	0,1
Méthode des Jours Fixes / Collier du Cycle	7,9**	1,8	4,9**	2,0
MAMA	0,0**	0,6	0,4**	3,4
Abstinence périodique	11,2	9,6	7,8	8,7
Autres méthodes traditionnelles	24,7**	4,6	13,8**	6,6
Jamais utilisé une méthode	50,5	73,6**		
N'utilisent pas actuellement une méthode et pas enceinte			18,9	17,1
Enceinte actuellement			51,0*	55,4

** & * indiquent des écarts significatifs à $p < .01$ et $p < .05$, respectivement.

La prévalence des contraceptifs chez les hommes (27,2%) est la même chez les femmes (27,2%) dans les zones de contrôle. Cependant, dans les zones d'intervention, un nombre bien plus important d'hommes (47,4%) que de femmes (30,1%) utilisaient une méthode de PF au moment de l'enquête, suggérant que les hommes ont de multiples statuts de « besoins de PF », car il se peut qu'une épouse utilise une méthode, tandis qu'une autre n'en utilise pas.

LES RAISONS DE LA NON-UTILISATION

On a demandé aux femmes qui n'étaient pas enceintes, ne souhaitaient pas tomber enceintes, et qui pourtant n'utilisaient pas de méthode de PF, pourquoi elles n'y recouraient pas. Le Tableau 5 montre les résultats. Les raisons les plus couramment évoquées étaient en lien avec les perceptions de la fécondité. Environ un tiers des femmes pensaient qu'elles ne pourraient pas tomber enceinte parce qu'elles avaient des relations sexuelles peu fréquentes ou inexistantes. Une femme ne peut bien évidemment pas tomber enceinte si elle n'a pas de relations sexuelles. Cependant, il est probable que ces femmes aient des rapports sexuels peu fréquents, et qu'elles ne réalisent pas qu'elles peuvent tomber enceintes même si elles n'ont des rapports sexuels qu'une fois par mois. Ces femmes pensaient qu'elles n'avaient pas besoin de la PF, alors que c'est en fait le contraire. De même, environ 20% des femmes n'utilisaient pas de méthode car elles allaient ou étaient encore en aménorrhée du post-partum, sans réaliser qu'il peut arriver que les femmes tombent enceintes au cours de cette période. Ces femmes aussi pensaient qu'elles n'avaient pas besoin de la PF, alors que c'est en fait le contraire. Ces femmes pourraient tirer profit de programmes conçus pour sensibiliser les femmes aux risques d'une grossesse aux différents moments du cycle menstruel et lors des différentes étapes de la vie.

Tableau 5 : Raisons de la Non Utilisation d'une Méthode

Répartition en (%) des femmes selon les raison de la Non Utilisation de la contraception

Les raisons de la non utilisation de la contraception	Intervention n=1080	Contrôle n=1080
Raisons relatives à la fécondité		
Pas de rapports sexuels/peu fréquents	35,2	33,5
Ne peut plus tomber enceinte	4,0	3,7
Pas de règles depuis dernière naissance	8,8**	3,2
Allaite	11,4	12,7
Souhaiterait avoir davantage d'enfants avant de recourir à la PF	2,0**	7,9
Volonté de Dieu/Fataliste	2,3**	15,4
Opposition à l'utilisation		
Enquêtée opposée	3,7	6,5
Mari opposé	5,4	5,2
Autre opposé	0,0*	1,2
Interdits religieux	1,7**	6,0
Manque de connaissance		
Ne connaît aucune méthode	28,1**	13,4
Ne connaît aucune source	5,7	5,0
Raisons liées à la méthode		
Effets secondaires/problèmes de santé	10,2**	18,1
Problèmes de santé (enfant)	1,1	0,5
Pas accessible/trop loin	0,6	0,5
Trop chère	1,7*	0,2
Méthode préférée non disponible	0,0	0,7
Aucune méthode disponible	0,0	0,5

** & * indiquent des écarts significatifs à $p < .01$ et $p < .05$, respectivement

Environ 10% des femmes dans les zones d'intervention et 20% des femmes dans les zones de contrôle n'utilisaient pas de méthode à cause d'une opposition réelle ou perçue à l'utilisation de la PF par elles-mêmes, leur mari ou d'autres membres de la communauté. Ces femmes pourraient tirer profit de programmes conçus pour créer un environnement plus favorable et propice à l'utilisation de la PF.

Par ailleurs, environ 45% des femmes dans les zones d'intervention et 37% des femmes dans les zones de contrôle n'utilisaient pas de méthode parce qu'elles n'en connaissaient pas, ne savaient pas où elles pourraient l'obtenir, en craignaient les effets secondaires ou pour d'autres raisons associées à la méthode. Ces femmes pourraient tirer profit d'un meilleur accès à des services de haute qualité offrant une grande diversité de méthodes de PF.

L'UTILISATION DES SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE

On a demandé aux personnes interrogées si dans les 12 mois précédant l'enquête, elles s'étaient rendues dans un établissement de santé ou si elles avaient discuté avec un agent de santé communautaire pour obtenir des informations à propos d'une méthode, et si au cours des 12 derniers mois, elles s'étaient rendues dans un établissement de santé pour obtenir une méthode de PF. Lorsqu'elles répondaient à ces questions par l'affirmative, on leur demandait si leur mari les avait accompagné. Le Tableau 6 montre les résultats.

Tableau 6: Utilisation des Services de PF

Répartition en (%) des femmes qui ont utilisé les services de PF au cours des 12 derniers mois

	Intervention n=1080	Contrôle n=1080
Au cours des 12 derniers mois, avez-vous demandé aux agents de santé ou aux relais des informations sur une méthode pour retarder ou éviter une grossesse ?	9,6	12,9*
Au cours des 12 derniers mois, avez-vous visité un centre de santé communautaire ou de zone afin d'obtenir une méthode pour retarder ou éviter une grossesse ?	6,4	10,6**
Quand vous êtes allée au centre de santé communautaire ou de zone pour avoir une méthode contraceptive, étiez-vous accompagnée par votre mari ?	3,4	3,7

BESOIN EN PLANIFICATION FAMILIALE

BESOINS SATISFAITS, BESOINS NON SATISFAITS ET PAS DE BESOIN (REELS OU PERÇUS)

Les questionnaires nous ont permis de calculer le statut des besoins (conformément à la définition décrite dans la section « Contexte ») pour les 12 mois précédant le sondage. Pour chaque mois, nous avons demandé à la femme si elle était enceinte (= pas de besoin). Si elle ne l'était pas, nous lui avons demandé si elle souhaitait une grossesse à ce moment (pas de besoin). Si elle n'en souhaitait pas, nous lui avons demandé si elle utilisait une méthode (=besoins satisfaits), et si oui, laquelle. Si, non, nous avons interrogé la femme sur sa perception du risque de grossesse, et sur la raison pour laquelle elle n'utilisait pas de méthode. Le Tableau 7 montre les résultats.

Tableau 7: Statut de Besoin des Femmes

Répartition en (%) du statut de besoin des femmes au cours des 12 mois

Statut de besoin	Mois Actuel	-1	-2	-3	-4	-5	-6	-7	-8	-9	-10	-11
Intervention												
Besoins non satisfaits	11.1	10.5	10.7	10.4	10.5	10.1	10.1	9.8	10.1	9.5	9.8	9.3
Pas de besoin (perçu)	23.6	22.7	22.3	21.3	19.4	18.4	18.7	18.0	17.3	16.2	16.3	16.6
Pas de besoin	32.8	35.5	35.6	37.9	39.7	42.0	42.3	43.7	44.4	45.4	44.5	45.0
Besoin satisfait (perçu)	18.6	17.6	17.8	17.4	17.6	16.8	16.5	16.5	16.2	16.7	17.3	17.1
Besoin satisfait	13.9	13.8	13.5	13.1	12.9	12.7	12.4	12.0	11.9	12.2	12.0	12.0
Contrôle												
Besoins non satisfaits	14.1	15.4	14.4	14.2	14.4	14.1	15.0	15.5	15.3	15.6	15.9	16.4
Pas de besoin (perçu)	25.6	25.4	25.7	25.1	24.6	23.7	22.8	22.1	22.5	21.6	20.8	20.5
Pas de besoin	30.5	32.2	33.9	35.7	36.7	39.2	40.2	40.8	40.9	42.0	43.0	43.2
Besoin satisfait (perçu)	11.3	10.3	10.2	9.5	9.3	9.0	8.7	8.3	8.3	8.0	8.0	7.9
Besoin satisfait	18.6	16.8	15.8	15.5	15.0	14.1	13.3	13.2	13.0	12.8	12.3	12.0

Dans ce tableau, plusieurs résultats ressortent. Premièrement, les besoins non satisfaits du mois en cours sont plus élevés dans la zone de contrôle que dans la zone d'intervention. Ceci inclut les besoins non satisfaits perçus (11,1% et 14,1% dans les zones d'intervention et de contrôle respectivement) et pas de besoin perçu (23,6% et 25,6%). [Notez que la plupart des femmes pensant n'avoir pas de besoin *risquent* une grossesse non désirée ; seules quelques-unes ne courent réellement aucun risque.] Cependant, davantage de femmes dans la zone d'intervention utilisent des méthodes traditionnelles, et perçoivent donc leurs besoins comme étant satisfaits.

Deuxièmement, aussi bien dans la zone d'intervention que dans la zone de contrôle, le pourcentage des femmes avec tout types de besoin en PF (besoins satisfaits et non-satisfaits, perçus et réels) semblent avoir augmenté avec le temps, excepté la catégorie des femmes n'ayant pas de besoin (les femmes enceintes ou désirant davantage d'enfants ; une analyse plus détaillée suggère que les tendances valent pour les deux). Ceci indique des problèmes de mémoire. Les femmes pensent qu'elles souhaitaient plus d'enfants il y a quelques mois, qu'elles ne le souhaitent maintenant. Ceci est peut-être une manière pour elles de justifier à leurs propres yeux des grossesses non désirées. En ce qui concerne les grossesses, il est possible que les femmes qui sont enceintes actuellement ne le sachent pas encore ou ne souhaitent pas le faire savoir.

LA PERCEPTION DU RISQUE DE GROSSESSE POST-PARTUM

Lorsqu'on leur a demandé si à leur avis les femmes allaitant pouvaient tomber enceintes, 73% des femmes dans la zone d'intervention (70% dans la zone de contrôle) ont répondu à l'affirmative. De même, 62% et 55% des femmes dans les zones d'intervention et de contrôle respectivement ont déclaré que les femmes peuvent tomber enceintes avant le retour de leurs règles post-partum. Ceci correspond bien aux chiffres présentés ci-dessus, dans lesquels un nombre très important de personnes interrogées pensaient ne pas pouvoir tomber enceintes (et donc, n'utilisaient pas de méthode de PF) parce qu'elles allaitaient ou étaient en période post-partum.

L'ACCES AUX SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE ET L'AUTO-EFFICACITE

On a lu aux personnes interrogées une série de questions concernant leur capacité à obtenir des services de PF, et on leur a demandé si elles étaient d'accord ou non avec chaque déclaration. Le Tableau 8 montre les résultats. Davantage de femmes que d'hommes ont déclaré être en possession des informations nécessaires pour utiliser une méthode de PF si elles choisissaient de le faire, à la fois dans la zone d'intervention et de contrôle. Cependant, d'avantage d'hommes que de femmes ont déclaré savoir où obtenir une méthode, pouvoir s'y rendre sans difficulté et avoir assez d'argent pour acheter une méthode. À l'exception des moyens d'acheter une méthode, les hommes et les femmes des zones de contrôle disposaient d'un meilleur accès aux services que ceux de la zone d'intervention, et ces différences sont considérables sur le plan statistique.

Tableau 8: Auto-Efficacité pour Obtenir des Service de PF
Répartition en (%) des femmes et des hommes qui sont d'accord avec la déclaration

Les déclarations	Intervention		Contrôle	
	Femmes n=1080	Hommes n=1080	Femmes n=1080	Hommes n=1080
J'ai les informations dont j'ai besoin pour décider d'utiliser une méthode pour retarder ou éviter une grossesse, si je le veux	52,0*	43,9**	56,9	50,9
Je sais où obtenir une méthode pour retarder ou éviter une grossesse	52,9*	54,8**	57,8	61,7
Je suis en mesure d'aller à cet endroit sans trop de difficultés	49,3	51,5*	51,2	55,9
Si je souhaiterais obtenir une méthode, j'ai les moyens d'en acheter une	53,7	55,4*	49,7	50,5*

** & * indiquent des écarts significatifs à $p < .01$ et $p < .05$, respectivement, en comparant l'intervention et le contrôle

Dans une question séparée, on a demandé aux personnes interrogées si elles pensaient pouvoir utiliser une méthode correctement tout le temps. Plus de 70% des personnes interrogées, hommes et femmes, dans les zones d'intervention et de contrôle, ont répondu à l'affirmative.

LES ATTITUDES ENVERS LA PLANIFICATION FAMILIALE

De nombreuses questions ont été posées aux personnes interrogées concernant leur avis sur l'espacement des naissances et l'utilisation de la PF, ainsi que sur la manière dont elles percevaient les attitudes des membres de leur réseau et de la communauté. Les résultats sont présentés dans cette partie.

LES AVANTAGES ET INCONVENIENTS PERÇUS DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

Le Tableau 9 montre le pourcentage de personnes interrogées qui sont d'accord ou entièrement d'accord avec une série de déclarations concernant la PF et l'espacement des naissances. Certaines déclarations ont été classées dans la catégorie positive (approbation) et d'autres dans la catégorie

négative (désapprobation). Les attitudes dans la zone d'intervention étaient significativement plus positives que dans la zone de contrôle. Aussi, dans la zone d'intervention, les attitudes des femmes étaient généralement plus positives concernant l'espacement des naissances et l'utilisation de la PF que celles des hommes ; dans la zone de contrôle, les différences entre les genres étaient plus mitigées.

Tableau 9: Les Avantages et Inconvénients Perçus de la PF
Répartition en (%) des femmes et des hommes qui sont d'accord avec la déclaration

Les déclarations	Intervention		Contrôle	
	Femmes n=1080	Hommes n=1080	Femmes n=1080	Hommes n=1080
Déclarations positives				
Les couples qui utilisent la planification familiale ont plus de temps pour faire les activités génératrices de revenu	86,9**	85,1**	68,2	69,8
Les couples qui utilisent la planification familiale et qui ont moins d'enfants arrivent mieux à subvenir aux besoins de leur famille	88,6**	83,1**	74,5	72,1
L'utilisation de la planification familiale est bonne pour la santé d'une femme	66,1**	61,3**	50,6	51,9
L'espacement des naissances est bon pour la santé des enfants	93,5*	96,1*	95,9	94,3
Déclarations négatives				
Il est bon d'avoir beaucoup d'enfants pour avoir leur aide quand vous serez plus âgés	30,6*	29,4	25,8	27,4
Les méthodes de planification familiale proposées dans ce village ont beaucoup d'effets secondaires	33,2	48,9**	35,6	30,7
Les méthodes de planification familiale sont difficiles à obtenir parce que elles ne sont pas disponibles, elles sont chères, ou parce que les services sont très loin	33,2	39,5	32,2	40,0

** & * indiquent des écarts significatifs à p<.01 et p<.05, respectivement, en comparant la zone d'intervention au zone contrôle.

L'EFFET DE LA RELIGION

Les pratiquants d'une religion traditionnelle utilisent moins les méthodes modernes de PF que ceux des autres confessions religieuses (10.7% dans la zone intervention et 5.8% dans la zone de contrôle). Bien que les chiffres dans certaines catégories religieuses soient trop bas pour les calculs de signification, par rapport à l'utilisation des méthodes modernes de FP, il semble n'y avoir aucune différence substantielle entre catholiques, protestants, d'autres confessions chrétiennes et des musulmans. Une analyse plus détaillée de l'utilisation de la PF par affiliation religieuse est disponible en Annexe C; les catégories religieuses dans cette étude sont identiques aux catégories utilisées dans l'EDS.

Environ deux tiers des femmes dans les zones d'intervention et de contrôle ont répondu « entièrement d'accord » ou « d'accord » avec la déclaration « Seul Dieu peut décider pour un couple du nombre d'enfants et du moment pour les avoir » (64% et 65% dans les zones d'intervention et de contrôle respectivement). Un nombre inférieur d'hommes étaient d'accord

avec cette déclaration, en particulier dans la zone d'intervention, où seuls 45% des hommes étaient d'accord.

Dans la zone d'intervention, seules 2% des femmes ont fourni cette raison pour justifier le fait qu'elles n'utilisaient pas de méthode de PF, et 2% ont déclaré ne pas utiliser de méthode à cause de leur religion. Cette proportion était significativement plus élevée chez les femmes de la zone de contrôle, où 15% ont déclaré que l'espacement des naissances dépend de Dieu et 6% ont déclaré ne pas utiliser de méthode à cause de leur religion.

PERCEPTION DE L'APPROBATION DE LA FAMILLE ET DE L'ENTOURAGE

Puisque le projet se base sur la théorie du réseau social, il est important d'examiner les perceptions des personnes interrogées concernant le soutien à la planification familiale venant de leur conjoint, d'autres membres de la famille, des membres du réseau et de la communauté au sens large. Le Tableau 10 présente le pourcentage de personnes interrogées qui ont répondu « entièrement d'accord » ou « d'accord » aux déclarations sur le fait qu'elles se sentaient à l'aise pour aborder la PF avec les membres de leur réseau social. Les réponses ont été systématiquement plus positives dans la zone d'intervention que dans la zone de contrôle, et cette différence s'est révélée significative sur le plan statistique. Les hommes, que ce soit dans les zones d'intervention ou de contrôle, se sentaient plus à l'aise pour discuter de la PF que les femmes.

Tableau 10: Perception du Soutien Communautaire pour l'Utilisation de la PF
Répartition en (%) des femmes et des hommes qui sont d'accord avec les déclarations sur le soutien des membres de la communauté lié à l'utilisation de la PF

Les déclarations	Intervention		Contrôle	
	Femmes n=1080	Hommes n=1080	Femmes n=1080	Hommes n=1080
Si vous utilisez une méthode de planification familiale, vous sentirez-vous à l'aise à en discuter avec...				
• Votre belle-mère	48,1**	56,9	26,0	55,2
• Votre tante	53,3**	59,7**	39,6	49,4
• Les membres de votre tontine ou des groupements sociaux dont vous êtes membre	45,3	58,4**	42,8	45,6
• Quelqu'un plus âgé que vous	43,1**	61,6**	34,1	46,9
• Un homme/femme autre que votre époux(se)	18,0	33,7*	16,6	29,5
Si je voulais utiliser une méthode de planification familiale...				
• Ma famille natale soutiendrait ma décision d'utiliser une méthode pour retarder ou à éviter une grossesse	69,5**	67,9	61,5	66,6
• Ma belle-famille soutiendrait ma décision d'utiliser une méthode pour retarder ou éviter une grossesse	52,0**		38,5	
• Mon entourage soutiendrait ma décision d'utiliser une méthode pour retarder ou éviter une grossesse	61,2**	64,7	51,1	64,9

** & * indiquent des écarts significatifs à $p < .01$ et $p < .05$, respectivement

Trente-deux pourcent (32%) des femmes dans la zone d'intervention et 21% dans la zone de contrôle pensaient que leur mari approuvait l'utilisation de la PF (cette différence était significative sur un plan statistique). Quant à leur réseau, nous avons calculé le pourcentage des membres du réseau des femmes qui, selon elles, étaient en faveur de l'utilisation de la PF. Ce pourcentage était faible dans les zones d'intervention et de contrôle (16% et 14% respectivement).

LA STIGMATISATION

Plusieurs déclarations ont été lues aux personnes interrogées pour mesurer leur perception de la stigmatisation contre la PF au sein de leur communauté. Le Tableau 11 montre la proportion de personnes interrogées ayant répondu « entièrement d'accord » ou « d'accord » avec ces déclarations. Les résultats montrent que d'avantage d'hommes que de femmes stigmatisent l'utilisation de la PF, aussi bien dans les zones d'intervention que dans les zones de contrôle, mais ces résultats ne sont pas cohérents dans l'ensemble des déclarations. Les résultats figurant dans le Tableau 12 confirment que d'avantage de femmes que d'hommes s'attendent à être stigmatisées par leur conjoint et la communauté dans le cas d'un recours à la PF. Il est intéressant de noter que les hommes s'attendent à ce qu'un homme batte sa femme s'il découvre qu'elle utilise une méthode de PF, tandis que les femmes s'attendent beaucoup moins à ce que leurs maris les battent s'ils découvrent qu'elles commencent à utiliser une méthode.

Tableau 11: Perception du Stigma Lié à l'Utilisation de la PF
répartition en (%) des femmes et des hommes qui ont approuvé la déclaration

Les déclarations	Intervention		Contrôle	
	Femmes N=1080	Hommes N=1080	Femmes N=1080	Hommes N=1080
Utilisation de la PF est stigmatisée				
Les femmes qui utilisent la planification familiale ont plusieurs partenaires sexuels	7,9	17,0	7,0	16,4
Les hommes qui ont des femmes qui utilisent la planification familiale manquent d'autorité	9,8	17,5	12,2	14,9
C'est honteux d'être associé avec une femme qui est connue comme une utilisatrice de planification familiale	14,3	13,4	15,2	12,5
Utilisation de la PF n'est pas stigmatisée				
Dans ce village, il est acceptable de parler en publique de la planification familiale	64,0	78,5**	63,3	71,3
Il est convenable pour les époux de parler d'espacement des naissances et les méthodes de planification familiale	89,7**	89,7**	82,2	81,6
On doit défendre une personne qui se fait taquiner ou critiquer pour l'utilisation de planification familiale	88,0**	74,6	75,7	73,3

** & * indiquent des écarts significatifs à $p < .01$ et $p < .05$, respectivement

Tableau 12: Perception du Stigma dans la Communauté

Répartition (%) des femmes et des hommes qui ont répondu 'oui' à la déclaration

	Intervention		Contrôle	
	Femmes N=1080	Hommes N=1080	Femmes N=1080	Hommes N=1080
Selon vos expériences dans cette communauté, si les gens découvrent que vous utilisez la planification familiale, pensez-vous que vous seriez taquiné ou critiqué par rapport à ce fait ?	26,6	10,6**	24,7	6,9
Selon vos expériences dans cette communauté, si on découvre que vous utilisez la planification familiale, pensez-vous que vous serez exclu par les membres de la communauté?	8,2**	2,6	2,0	1,5
Selon vos expériences dans cette communauté, si votre mari découvre que vous utilisez la planification familiale, pensez-vous qu'il va vous battre ?	5,1**	26,9**	11,3	20,9

** & * indiquent des écarts significatifs à p<.01 et p<.05, respectivement

LA COMMUNICATION AU SEIN DU COUPLE

Les maris jouent un rôle important dans la capacité des femmes à utiliser une méthode de PF, la communication du couple concernant la taille de la famille désirée et l'utilisation de la PF est donc importante. Ceci fait l'objet de cette section.

PERCEPTION DE LA COMMUNICATION AU SEIN DU COUPLE

On a lu aux personnes une série de questions concernant leur perception de la communication idéale au sein du couple, et à propos de qui devrait prendre des décisions dans le foyer, en particulier concernant l'espacement des naissances et l'utilisation de la PF. Le Tableau 13 montre les résultats. Pour faciliter l'examen, nous présentons les résultats en catégories, mais la distinction entre les catégories n'est pas très nette. Par exemple, la déclaration « C'est la responsabilité de la femme d'aborder le sujet de la planification familiale pour en discuter avec son mari », pourrait être classée soit dans le groupe « la femme décide » soit dans le groupe « le couple décide ».

Deux fois plus de femmes dans la zone d'intervention que dans la zone de contrôle pensent qu'un homme devrait prendre le parti de sa femme lors des disputes de famille. Excepté cela, il n'y a pas réellement de différences entre les femmes et les hommes interrogés concernant leurs perceptions des normes de genres liées au foyer. Bien que les différences entre les zones d'intervention et de contrôle soient significatives sur le plan statistique, elles ne sont pas élevées.

En ce qui concerne la prise de décisions au sein du couple concernant l'espacement des naissances et l'utilisation de la PF, les résultats sont mitigés. Par exemple, environ 78% des femmes dans les zones d'intervention pensent qu'il est de la responsabilité de l'épouse de décider d'utiliser une méthode de PF car c'est elle qui court le risque de tomber enceinte, mais 83% d'entre elles pensent qu'il est de la responsabilité de l'homme de prendre la décision car il devra les soutenir. Malgré de telles contradictions, il est évident que davantage de femmes que d'hommes, aussi bien dans les zones d'intervention que de contrôle, pensent que ce sont les femmes ou les couples qui devraient

prendre des décisions liées à la PF, tandis que davantage d'hommes pensent qu'il s'agit de leur responsabilité.

Tableau 13 : Les Normes de Genre par Rapport à la Communication du Couple
Répartition en (%) des femmes et des hommes qui sont d'accord avec la déclaration

Les déclarations	Intervention		Contrôle	
	Femmes N=1080	Hommes N=1080	Femmes N=1080	Hommes N=1080
Les rôles de genre dans le ménage				
C'est le rôle de la femme de mettre l'harmonie dans le foyer	97,9	99,0**	98,8	96,8
Dans son foyer, l'homme doit avoir le dernier mot par rapport à une décision	96,7*	96,9	94,6	95,6
La femme doit obéir à son mari en tout	95,9**	95,2**	93,1	91,9
Dans les disputes familiales, le mari doit se mettre du côté de sa femme	73,1**	32,1**	63,6	59,7
Les normes de genre par rapport à l'espace des naissances et la planification familiale				
Couple décide				
C'est la responsabilité de la femme d'aborder le sujet de la planification familiale pour en discuter avec son mari	89,3**	78,0	78,5	77,9
C'est la responsabilité de l'homme et de la femme de prévenir la grossesse	99,4**	99,4	97,8	98,6
Si un couple ne veut pas une grossesse, et la femme n'utilise pas une méthode de planification familiale, son mari doit en utiliser	93,9	90,6**	93,1	79,5
Le couple doit décider ensemble le nombre d'enfants qu'il veut avoir et le moment de les avoir	97,3	95,5	98,2	95,6
Un couple doit décider ensemble du type de méthode de planification familiale à utiliser	96,8	94,1**	95,3	96,8
Femme décide				
La femme peut décider d'utiliser une méthode de planification familiale car c'est elle qui tombe enceinte	77,9*	55,4	74,0	53,5
C'est à la femme de décider du nombre d'enfants à avoir car c'est elle qui s'en occupe	53,7**	39,8*	38,5	35,6
La femme peut décider du type de méthode de planification familiale à utiliser car c'est elle qui l'utilise	76,4	58,2	76,3	60,2
Homme décide				
C'est l'homme qui doit décider du nombre d'enfants à avoir car c'est lui qui assure leurs charges	83,3	90,5	73,4**	83,9**
C'est la responsabilité de l'homme de s'assurer que sa femme ne tombera pas enceinte quand le couple ne veut pas avoir un enfant	93,6	92,4	85,4**	86,1**
C'est l'homme qui doit décider du type de méthode de planification familiale à utiliser	63,4	80,3	53,3**	66,2**

** & * indiquent des écarts significatifs à $p < .01$ et $p < .05$, respectivement

LA COMMUNICATION DU COUPLE CONCERNANT LA TAILLE DE LA FAMILLE, L'ESPACEMENT DES NAISSANCES ET L'UTILISATION DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

Le Tableau 14 présente les réponses aux questions concernant la communication réelle au sein du couple, liée à la taille souhaitée de la famille et à l'utilisation de la PF, du point de vue des femmes. Il est évident qu'il y a davantage de communication au sein des couples de la zone d'intervention que dans la zone de contrôle, mais les taux de communication sont assez faibles dans la zone d'intervention, où moins d'un tiers des femmes ont discuté de ces questions avec leurs maris au cours de l'année précédant l'enquête.

Tableau 14: Communication du Couple
Répartition en (%) des femmes qui ont discuté avec leur conjoint sur la PF

Les sujets de discussion	Intervention n=1080	Contrôle n=1080
Savent combien d'enfants leur mari souhaite avoir	29.3**	16.6
Savent à quelle fréquence leur mari souhaite avoir des enfants	43.1**	14.4
Sont à l'aise de discuter de l'utilisation des méthodes de planification familiale	57.5**	47.9
Croient que leur mari approuve définitivement, ou pourrait approuver de l'utilisation de la planification familiale	61.2**	52.2
Ont discuté avec leur mari de leur point de vue pour faire des enfants dans les 12 mois précédents	28.1*	24.3
Ont discuté avec leur mari de la méthode qu'elles aimeraient utiliser pour retarder ou éviter une grossesse dans les 12 mois précédents	18.6	18.2

Ces constatations correspondent aux résultats concernant l'efficacité des femmes à utiliser la PF sans que leur mari en ait connaissance ou l'approuve, ce qui est montré au Tableau 15. Tandis que 40% des femmes des zones d'intervention et de contrôle considéraient qu'elles devaient obtenir l'approbation de leur mari avant de recourir aux services de PF à l'établissement, presque les trois quarts des hommes le pensaient aussi. Environ la moitié des femmes de la zone d'intervention pensaient pouvoir utiliser une méthode régulièrement sans que leur mari en ait connaissance, et cette proportion est significativement plus élevée dans la zone de contrôle.

Tableau 15: Attitudes envers la PF
Répartition en (%) des femmes et des hommes qui ont répondu 'oui' à la question ou à la déclaration

Les sujets	Intervention		Contrôle	
	Femmes N=1080	Hommes N=1080	Femmes N=1080	Hommes N=1080
A votre avis, dans votre centre de santé communautaire ou de zone, est-ce que l'agent de santé doit avoir de l'approbation du mari pour donner une méthode de PF à une femme ?	46,5**	71,7	39,3	70,3
Je suis convaincue que je serais en mesure de l'utiliser correctement chaque fois pour retarder ou éviter une grossesse, même si mon époux n'est pas d'accord	49,4**	46,4**	62,9	64,0

** & * indiquent des écarts significatifs à p<.01 et p<.05, respectivement

DISCUSSIONS CONCERNANT LA PLANIFICATION FAMILIALE AU SEIN DE LA COMMUNAUTE

Dans le contexte d'un programme utilisant les réseaux sociaux pour accroître la prévalence de l'utilisation de la PF, il est important de noter les lieux où les femmes et les hommes de la communauté discutent ou obtiennent déjà des informations concernant l'espacement des naissances et la PF. L'intervention Tékponon Jikuagou est conçue pour accroître la diffusion des informations relatives à la PF par l'intermédiaire de ces canaux. Ceci est illustré dans le Tableau 16.

Tableau 16: Les Sources d'Information ou de Communication sur la PF

Répartition en (%) des femmes et des hommes qui ont des discussions liées aux paquets d'intervention de Tékponon Jikuagou au cours des trois derniers mois avant l'enquête

Sujets liés aux paquets d'intervention de	Intervention	
	Femmes N=1080	Hommes N=1080
Assisté à une réunion de groupement sociale (comme tontine, association de microcrédit, coopérative des agriculteurs, etc.)...	26,8	14,5
...où les sujets suivant ont été discutés:		
• Espacement des naissances	10,3	8,6
• Planification familiale	8,0	8,0
• Communication au sein du couple	12,2	6,9
• Caractéristiques d'une femme idéale ou d'un homme idéal	7,6	6,1
• Qui doit prendre des décisions au sein du couple	7,4	6,3
Visité par un <i>relais</i> ou autre agent de santé...	14,7	5,9
...et les méthodes de PF ont été discutées	9,7	5,0
Entendu les émissions de radio sur:		
(a) Espacement des naissances	43,6	63,0
(b) Planification familiale	42,0	63,0
(c) Communication au sein du couple	34,4	50,0
(d) Caractéristiques d'une femme idéale ou d'un homme idéal	27,1	39,1
(e) Qui doit prendre des décisions au sein du couple	26,6	42,7
Entendu les leaders du village ou les leaders religieux discuter de:		
(a) Espacement des naissances	12,3	11,2
(b) Planification familiale	10,8	11,2
(c) Communication au sein du couple	15,6	11,0
(d) Caractéristiques d'une femme idéale ou d'un homme idéal	11,8	9,6
(e) Qui doit prendre des décisions au sein du couple	10,7	9,2
Participé dans un groupe religieux ou une activité religieuse...	21,3	8,1
...où les sujets suivant ont été discutés:		
(a) Espacement des naissances	8,3	3,9
(b) Planification familiale	6,3	2,5
(c) Communication au sein du couple	15,0	3,6
(d) Caractéristiques d'une femme idéale ou d'un homme idéal	11,6	2,5
(e) Qui doit prendre des décisions au sein du couple	10,3	2,8
Demandé à un(e) ami(e) ou membre de la famille de ses expériences avec la PF	14,0	13,3
Partagé ses propres connaissances ou expérience positive avec la PF avec un(e) ami(e) ou membre de la famille	10,0	17,2

Il est évident que la radio constitue une bonne source d'informations à propos de la PF et d'autres sujets liés à l'étude, en particulier pour les hommes. Tandis que seul un quart des femmes et environ 10% des hommes participaient à des réunions de groupes sociaux ou religieux, les questions de pertinence ont été discutées dans certains d'entre eux. C'est donc un lieu qui peut être utilisé avec succès pour diffuser des messages pouvant entraîner un changement de comportement.

LIMITES DE L'ETUDE

L'étude a été bien conçue et mise en œuvre, mais comporte plusieurs limites. Premièrement, la définition des besoins non satisfaits (perçus ou réels), n'est pas aussi claire qu'elle pourrait l'être. Plus précisément, le questionnaire classait le fait d'avoir des rapports sexuels non fréquents ou inexistant dans une même catégorie, lorsque les femmes expliquaient pourquoi elles n'utilisaient pas de méthode, malgré le fait qu'elles ne souhaitent pas tomber enceintes. Le premier cas, (ne pas avoir de rapports sexuels) correspond réellement à la catégorie « pas de besoin », tandis que le second (des rapports sexuels non fréquents) correspond à la catégorie « pas de besoin perçu ».

Le choix des zones d'intervention et de contrôle a été basé sur les besoins non satisfaits et le taux de prévalence contraceptive (DHS 2011-2012), comme ce sont les variables critiques de l'intérêt pour l'intervention. Tout du même, il est important de noter que les différences significatives entre les zones d'intervention et de contrôle ont été tenu en compte dans l'étude de base. Différentes ethnies, religions et d'autres différences démographiques et culturelles ont entraîné des normes comportementales et sociétales considérablement différentes, y compris ces comportements que les programmes associés à ce projet cherchaient à influencer. Ceci sera contrôlé lors de l'analyse finale, lorsque nous comparerons les résultats finaux à ces constatations de base pour évaluer l'intervention. Une analyse multi-variée devra être employée pour contrôler les différences sous-jacentes entre les zones d'intervention et de contrôle.

CONCLUSION

L'étude a été conçue pour fournir une image complète de la population vivant dans les zones d'intervention et de contrôle avant que les activités d'intervention ne commencent. Ces informations seront utiles pendant le processus de raffinement du paquet des interventions pour les réseaux sociaux qui fait partie du Tékponon Jikuagou. En plus des caractéristiques démographiques de base, nous avons obtenu des informations sur le statut des besoins en PF des femmes interrogées par le biais d'un calendrier complet qui nous a permis de calculer les changements nécessaires sur une période de 12 mois. Une carte complète des réseaux égocentriques (le réseau des individus interrogés) a été développée pour chaque personne interrogée, et les informations recueillies montrent l'état des normes sociales et individuelles relatives à l'égalité des genres, la taille de la famille, l'espacement des naissances et l'utilisation de la PF.

Il existe d'importants facteurs de genre, des facteurs sociaux et relationnels, et aussi plusieurs contradictions tacites entre les croyances et les comportements qui jouent dans les communautés de la zone d'intervention du projet TJ. Ainsi, l'élucidation de ces facteurs et contradictions pourrait ouvrir des portes à des efforts de planification familiale. Bien qu'il y ait un soutien général pour l'espacement des naissances, les utilisateurs de PF pourraient être stigmatisés si leur utilisation est découverte par les membres de la communauté. Bien que la disponibilité des services de PF puisse être un problème, les facteurs sociaux influencent aussi les désirs et les actions relatifs à la recherche de la contraception. Par exemple, 69% des femmes pensent à utiliser une méthode de planification familiale, mais seulement 11% des femmes ont discuté de la PF avec leur partenaire au cours des 12 derniers mois. Il n'y a que 10 % qui ont pris des mesures au cours du dernier mois pour obtenir des informations ou des services, seules ou avec leurs partenaires. Une proportion significative des femmes dans l'étude de base, telles que celles utilisant des méthodes traditionnelles, sont à risque de grossesse alors qu'elles pensent être protégées. Beaucoup de femmes ne savent pas précisément la période où la grossesse peut survenir pendant le cycle de la vie reproductive, telle que la période post-partum. Ceci est un manque de connaissances critique qui amène à ne pas reconnaître le besoin non satisfait. Nous nous attendons à ce qu'un ensemble d'interventions sur les réseaux sociaux aide à briser les barrières sociales à travers l'implication des communautés. Particulièrement, en soutenant les groupements de femmes et d'hommes influents, ainsi que les dirigeants, à réfléchir sur ces réalités sociales et les paradoxes existant, on peut briser les silences sociaux, permettant aux femmes et aux hommes d'entendre les avis des uns et des autres. Par conséquent, ceci permettra la diffusion des nouvelles idées à travers les réseaux influents dans la communauté. Ces résultats suggèrent aussi l'importance des interventions pour améliorer la compréhension des risques de grossesse chez les femmes et les hommes aux différents moments du cycle de la vie reproductive.

Alors qu'il y avait des différences minimales dans les niveaux de besoins non satisfaits et le taux de prévalence contraceptive, nous avons découvert que les zones d'intervention et de contrôle étaient assez différentes dans d'autres manières, y compris les caractéristiques démographiques de base, comme l'ethnie, la religion, la prévalence de la polygamie et le nombre moyen d'enfants. Les caractéristiques de réseau étaient également différentes. Les réseaux étaient considérablement plus importants, avec un pourcentage plus élevé de membres du même sexe dans les zones d'intervention que dans les zones de contrôle. Il n'est donc pas surprenant que les normes et comportements des individus et de la communauté diffèrent lorsqu'on compare les zones d'intervention et de contrôle.

En général, il y avait davantage d'utilisation de PF dans les zones d'intervention que dans les zones de contrôle, mais l'effet était principalement dû à une proportion plus importante d'utilisateurs de méthodes traditionnelles. L'utilisation de la méthode moderne était légèrement supérieure dans la zone de contrôle. Par conséquent, les besoins non satisfaits dans les zones d'intervention se sont révélés moins élevés, à cause de la proportion significative de femmes utilisant des méthodes inefficaces et percevant que leurs besoins en PF étaient satisfaits.

Tandis qu'un nombre significativement plus important de femmes dans les zones de contrôle ont demandé à un prestataire de services au cours de l'année précédant l'étude, les femmes des zones d'intervention se sont senties plus à même d'obtenir ces services. En général, les attitudes envers la PF ont été plus positives que dans la zone de contrôle, bien qu'une stigmatisation considérable soit associée à l'utilisation de la PF dans l'ensemble de ces zones. La communication des couples autour des questions associées à ce projet était significativement plus importante dans les zones d'intervention que de contrôle.

Quand les résultats de l'enquête ménage du fin de projet sont disponible, ces différences significatives entre les zones d'intervention et de contrôle devront être contrôlées lors d'une analyse multi-variée pour évaluer le succès des interventions. Tandis que les besoins non satisfaits perçus des zones d'intervention et de contrôle semblent relativement faibles, une proportion considérable de femmes pense n'avoir aucun besoin physique de PF (alors qu'elles en ont besoin) ou que leurs besoins en matière de PF sont satisfaits (alors qu'ils ne le sont pas), les deux zones pourraient être positivement influencées par ces interventions.

APPENDICE A: LA LISTE DES VILLAGES AYANT PARTICIPÉ DANS L'ÉTUDE DE BASE

ZONE D'INTERVENTION (COUFFO)

COMMUNE	ARRONDISSEMENT	VILLAGE	
APLAHOUE	DEKPO	DEKPO	
		LAGBAVE	
	KISSAMEY	GBAKONOU	
		HEDJINNAWA	
		HOUETAN	
		TOUVOU	
	APLAHOUE	AFLANTAN	
		APLAHOUE	
		DJIKPAME	
		LOKOGBA	
	DJAKOTOMEY	BETOUMEY	BOTA
			ZOHOUDJI
KOKOHOUE		KANSOUHOUE	
		KOKOHOUE	
KPOBA		KPOBA	
SOKOUHOUE		SOKOUSOHOUE	
DJAKOTOMEY I		DJAKOTOMEY CENTRE	
		AGBEDRANFO	
DOGBO	LOKOGOHOUE	HOUNSA	
		LOKOGOHOUE	
		TOULEHOUDJI	
	TOTA	DEKANDJI	

		FONCOME II
		HOUEDJAMEY
		TOTA
KLOUEKANME	KLOUEKANME CENTRE	TROTROYUYU
		AGBODOHOUIN
	HONDJIN	HONDJIN AKPAHOUE/CENTRE
	TCHIKPE	SOKPAME
		AKOUEGBADJA
	DJOTTO	DJOTTO
		YENAWA
		AKIME
TOVIKLIN	TOVIKLIN CENTRE	DAVI
		DJIGANGNONHOU
		TOVIKLIN I
	DOKO	KLEME
	MISSINKO	MISSINKO
LALO	LALO	LALO CENTRE
		KOUTIME
		GOULOKO
	LOKOGBA	YOBOHOUE
	ADOUKANDJI	ADOUKANDJI
	ZALLI	KOWOME
	GNIZOUNME	GNIZOUNME
06	22	45

ZONE DE CONTROLE (PLATEAU)

COMMUNE	ARRONDISSEMENT	VILLAGE
ADJA-OUERE	IKPINLE	IKPINLE
		ITA BOLARINWA
	KPOULOU	HOUEDAME
	MASSE	MASSE
		MOWOBANI
		TEFI OKE IGBALA
		OKO DJEGUEDE
	TATONNOUKON	DJIDAGBA
		LOGOU
		OLOHOUNGBODJE
		OUIGNAN GBADODO
		TATONNOUKON
	ADJA-OUERE	DOGBO
		IGBA
		OBEKE-OUERE
		OKE-ODAN
POBE	AHOYEYE	AHOYEYE
		BANIGBE
		ISSALE-IBERE
	IGANA	EGUELOU
		IGANA
	ISSABA	ABBA
		ONIGBOLO
	TOWE	IBATE

		IGBO OCHO	
		TOWE	
	POBE	ADJAGOUNLE	
		IDOGAN	
		ISSALIN AFFIN I	
		OKE ATA	
		OKE OLA	
		POBE NORD	
SAKETE	AGUIDI	AKPECHI	
		ILAKO IDI ORO	
		KOBEDJO	
	ITA-DJEBOU	ADJEGOUNLE	
	TAKON	ADJAHOUN KOLLE	
		ITA KO	
		HOUEGBO	
	YOKO	GBAGLA YOVOGBEDJI	
		YOKO	
		ARAROMI ET KADJOLA	
	SAKETE I	MORO	
		ODANREGOUN	
	SAKETE II	WAHI	
	3	16	45

APPENDICE B: LES QUESTIONNAIRES DES FEMMES ET DES HOMMES

APPENDICE C : PREVALENCE ACTUEL DE CONTRACEPTION PAR AFFILIATION RELIGIEUSE

Femmes (%)	Intervention				Contrôle			
	Pas d'utilisation	Méthode traditionnelle	Méthode moderne	Taille de l'échantillon (n)	Pas d'utilisation	Méthode traditionnelle	Méthode moderne	Taille de l'échantillon (n)
Catholique	60.6	21.3	18.1	94	68.3	12.0	19.7	183
Protestant	47.9	17.7	34.3	96	67.0	11.0	22.0	100
Autrechrétien	71.1	15.5	13.4	343	68.9	12.3	18.8	537
Traditionnelle/Voodoo	67.6	21.7	10.7	457	82.7	11.5	5.8	52
Musulman	33.3	66.7	0.0	3	72.2	7.7	20.1	169
Animiste/aucun	82.8	11.5	5.7	87	76.9	10.3	12.8	39