

HOMME ET SES CROYANCES FACE AUX RISQUES DE L'ACCOUCHEMENT  
CHEZ LA MERE

Kwamba E1 ; Jean Claude N2 ; Kandolo B1

Ecole Régionale de Santé Publique/UCB 2019.

CUP : Centre Universitaire pour la Paix.

IJASR 2020

VOLUME 3

ISSUE 1 JANUARY - FEBRUARY

ISSN: 2581-7876

**Abstract** – The purpose of this study was to compare the results of studies conducted in Sahel countries (Morocco, Senegal, Nigeria, and Kenya) and those of eastern DRC on family planning. Materials and Method: This is an analytical study of data from eastern DRC, Morocco and some cities in Kenya, Nigeria and Senegal written in 2016, covering beliefs, myths, ideas, level of acceptability on planning practices Family. The overall sample includes 19878 people who participated in age studies (15 to 49 years), by probabilistic sampling, in clusters in two degrees per ecological study; analysis of these data was either descriptive, bivariate or multivariate with a statistical significance threshold of 5%; The Square Chi test is used to compare proportions and logistic regression. Results: In Morocco, the median age was 38 years [19 to 80 years]. (1) Education and positive attitude ( $p=0.011$ ) were associated with the follow-up of the pregnancy by the spouse ( $p=0.015$ ). Lack of knowledge of complications (35.1%) was an obstructive factor in the spouse's post-natal consultation ( $p=0.021$ ). In eastern DRC, the average age of women was 31.25 to 6.7 years. (2) Acceptability was significantly associated with husband's approval and marital dialogue on contraception ( $p=0.05$ ). The individual belief of Nigerian, Kenyan and Senegalese women in myths is negatively associated with their practice of modern contraception. In Nigeria, the community-level myth variable for women is positively associated with modern contraceptive practice (1.6), while the male-level variable is negatively associated (0.6); neither is associated with modern contraceptive practice in Kenya or Senegal. Conclusion: By strengthening the correct information on the mode of action and potential side effects of modern methods, the prevalence of modern contraception among these women could increase exponentially. Community discussion must be encouraged to weaken myths and increase the practice of modern contraception.

**Keywords:** Man, beliefs-myths, risks of childbirth, mother and acceptability-family planning.

## INTRODUCTION

Les besoins non satisfaits de la planification familiale définis comme la proportion de femmes en union qui sont sexuellement actives et fécondes et qui désirent différer leur prochaine maternité d'au moins deux ans ou ne plus avoir d'enfants du tout mais qui ne pratiquent aucune méthode de contraception, sont élevés dans toute l'Afrique subsaharienne (10 ; 33). Bien des femmes et des couples qui présentent un besoin non satisfait d'espacement ou de limitation des naissances ne pratiquent pas la contraception parce qu'ils ne disposent pas d'une connaissance adéquate sur la planification familiale (33). La conviction que leur partenaire, famille, communauté ou religion s'opposent à la contraception en décourage d'autres de pratiquer une méthode. Autres obstacles importants à la pratique contraceptive, les mythes et les idées reçues abondent concernant les méthodes modernes, notamment les rapports erronés ou exagérés sur les effets secondaires, les faux problèmes de santé à court ou long terme et les stéréotypes négatifs concernant les personnes qui pratiquent la planification familiale (4 et 12).

D'après une étude menée au Mali, beaucoup redoutent que la pilule ou le contraceptif injectable puissent causer une stérilité permanente (11). Une étude qualitative réalisée au Kenya auprès de femmes sexuellement actives de 15 à 25 ans a démontré que de nombreuses femmes avaient des idées reçues sur les effets secondaires de la contraception moderne (qui serait par exemple cause de stérilité ou de lésions utérines), mais peu avaient effectivement expérimenté ou connaissaient quelqu'un qui avait expérimenté un effet secondaire (comme par exemple, un gain de poids) (24). Même dans les contextes de connaissance élevée de la planification familiale, toutefois, les mythes et les idées reçues sont associés à de faibles demande et pratique de la contraception (20). Une étude des données d'Enquêtes démographiques et de santé (EDS) de 2006 à 2013 sur les raisons de l'absence contraceptive a constaté que, dans 26 des 51 pays considérés, 20% à 50% des femmes mariées ou en union qui

couraient le risque d'une grossesse non planifiée avaient invoqué la peur d'effets secondaires et de problèmes de santé comme raisons principales de ne pas pratiquer la planification familiale. De plus, parmi les femmes présentant des besoins non satisfaits dans les pays d'Afrique subsaharienne, 28% avaient déclaré les effets secondaires et problèmes de santé comme raisons principales de l'absence de pratique (20).

L'importance des mythes parmi les raisons de cette absence varie d'un pays à l'autre en Afrique subsaharienne: au Kenya, par exemple, 43% des non utilisatrices en 2008–2009 invoquaient les effets secondaires et les préoccupations de santé comme raisons principales, alors qu'en 2010–2011 au Sénégal, ce pourcentage n'était que de 14% (l'opposition des partenaires ou d'autres intervenants étant la raison principale invoquée ici). Il s'agit peut-être là du reflet de contextes différents dans les deux pays: le Kenya présente une prévalence contraceptive globale supérieure parmi les femmes en union ou non, alors que la prévalence est moindre et concerne principalement les femmes en union au Sénégal. Selon les résultats observés au Mexique, une nette proportion des femmes urbaines avaient arrêté la pilule par crainte d'effets secondaires (14). Si certaines méthodes contraceptives s'accompagnent parfois d'effets secondaires reconnus, les études antérieures démontrent que lorsque les femmes en sont informées à l'avance, elles sont plus susceptibles de les tolérer et de persévérer ou de changer de méthode plutôt que d'abandonner la pratique (12). À ce jour, la recherche sur les mythes et les idées reçues concernant la contraception s'est très souvent concentrée sur les attitudes et la pratique au niveau individuel (29). Cette recherche antérieure ne s'est cependant pas penchée sur le rapport entre la pratique contraceptive moderne et la proportion de femmes ou d'hommes, au sein d'une communauté, qui croient aux mythes relatifs à la planification familiale (2).

Selon une analyse des données d'EDS menées en 2005–2009 dans 21 pays d'Afrique, la pratique contraceptive reste associée aux caractéristiques démographiques et normes de fécondité de la communauté, aux normes de genre et aux inégalités sexuelles au niveau de la communauté et à la connaissance en matière de santé après correction des facteurs individuels. Il importe de comprendre l'association entre la croyance aux mythes et aux idées reçues sur la planification familiale dans la communauté dans l'ensemble ainsi qu'au niveau individuel et les comportements contraceptifs si l'on veut mettre au point des programmes et des politiques aptes à accroître la prévalence contraceptive.

## METHODOLOGIE

Nous avons mené une étude écologique basée des enquêtes transversales, l'une de type connaissance, attitudes et pratiques auprès des hommes dans la commune rurale au sud du Maroc par un échantillonnage non probabiliste constitué des hommes ayant participé à un échange de 45 minutes sur les représentations et perceptions à l'égard de la participation des hommes dans la planification familiale (21) ; l'autre portant sur l'évaluation du niveau d'acceptabilité de femmes au sujet de planification familiale dans la zone de santé de Kadutu, dont l'échantillon contenait 384 hommes de 15 à 49 ans à enquêter, avec une marge d'erreur fixée à 5% et ayant procédé par sondage en grappes à deux degrés avec comme variable dépendante niveau d'acceptabilité de la planification familiale par les femmes) qui était dichotomisée en niveau bas (moins de 60%) et le niveau élevé (supérieur ou égal à 60%) (23) ; et l'autre ayant utilisé les données collectées par le composant d'évaluation de l'initiative, le projet MLE qui a collecté des données dont les échantillons représentatifs de femmes âgées de 15 à 49 ans et d'hommes âgés de 15 à 59 ans vivant dans certaines villes d'intervention sélectionnées à dessein en raison de leur besoin de pratique contraceptive moderne accrue et dont l'échantillonnage à deux degrés similaire a été utilisé dans chaque pays, dans le but d'inclure un échantillon représentatif de la population pauvre urbaine, si possible (2).

Sur les trois études, seule, celle qui s'est déroulée au Maroc était bivariée, ses analyses de type descriptif ont été réalisées par le logiciel SPSS version 16. Les variables quantitatives ont été décrites par les mesures de tendances centrales (médiane) et les mesures de dispersion (étendue). Le test de Khi Carré était utilisé pour comparer les proportions. Le seuil de signification statistique était de 5% (21) ; cependant, elle n'a pas montré comment la taille de l'échantillon s'était calculée, la variable dépendante n'a pas été démontrée, tandis qu'à l'Est de la RDC (les statistiques descriptives usuelles en fonction de la nature des variables, le test de chi-carré et la régression logistique ont été utilisés pour l'analyse statistique et la comparaison des facteurs entre les deux groupes des femmes. Le seuil de signification était fixé à 0,05 ( $p < 0,05$ ). La force de l'association a été estimée par les Odds bruts et ajustés) (23) ; et les contrées du Nigeria, Sénégal et Kenya, le logiciel utilisé est le STATA, la variable dépendante est démontrée, il s'est agi des études multivariées, la moyenne a été calculée au niveau individuelle, les

proportions au niveau communautaire et la corrélation entre le niveau individuel et communautaire ont été calculé (2) ; la taille de l'échantillon s'est calculée seulement en RDC ; ce qui démontre qu'en dehors de la RDC, les autres se sont inspirés des données des études antérieures de leurs contrées.

Pour toutes ces trois études, leurs méthodes ont été approuvées par le comité d'éthique indépendant de chaque région/pays concerné par l'étude.

**RESULTATS**

**Tableau 1: Caractéristiques générales des femmes en âge de procréer dans la Zone de Santé de Kadutu en RDC, 2015**

Variables	n=384	%
Age (moyenne et écart type)	31,25 ±6,7ans (17-46 ans)	
Moins de 20 ans	9	2.34
20-35 ans	262	68.2
36 ans et plus	113	29.4
Religion		
Catholique	154	40.1
Protestante	117	30.5
Musulmane	36	9.4
Eglises de réveil	77	20.0
Situation matrimoniale		
Mariée	311	81.0
Célibataire	42	10.9
Divorcée	7	1.8
Séparée	24	6.3
Profession de la femme		
Ménagère	230	59.9
Commerçante	118	30.7
Fonctionnaire	36	9.4
Profession du mari (n=311)		
Aucun	23	7.4
Commerçant	133	42.8
Fonctionnaire	155	49.8
Niveau d'instruction de la femme		
Primaire	7	1.8
Secondaire	336	87.5
Supérieur	41	10.7
Niveau d'instruction du mari (n=311)		
Secondaire	179	57.6
Supérieur	132	42.4

Caractéristiques générales des femmes en âge de procréer

**Tableau 2. Eléments d'information des femmes sur la Planification Familiale dans la Zone de Santé de Kadutu, 2015**

Variables	n=384	%
Avoir entendu parler de PF		
<b>Oui</b>	361	94.0
<b>Non</b>	23	6.0
Sources d'information (n=361)		
<b>Centre de santé</b>	110	30.5
<b>Hôpital général de référence</b>	94	26.0
<b>Radio</b>	28	7.8
<b>Télévision</b>	44	12.2

Ecole	5	1.4
Eglise	30	8.3
Amis et proches	50	13.8
Connaissance des avantages de PF		
Oui	359	99.4
Non	2	0.6
Avantages connus de PF		
Eviter une grossesse non désirée	107	29.8
Espacer les naissances	107	29.8
Limiter les naissances	63	17.5
Prévenir la morbi-mortalité mère-enfant	82	22.8
Connaissance d'un contraceptif		
Oui	360	99.7
Non	1	0.3

PF : Planification Familiale. Information des femmes en matière de planification familiales

Tableau 3. Acceptabilité de la planification familiale par les femmes de la Zone de Santé de Kadutu, 2015

Variables	n=384	%
Acceptabilité de contraceptifs		
Oui	164	42.7
Non	220	57.3
Raisons de ne pas accepter la PF (n=220)		
Peur des effets secondaires	56	25.4
Désir d'avoir un autre enfant	19	8.6
Opposition religieuse	43	19.5
Refus du mari	88	40.0
Ignorance	14	6.4
Participation à une sensibilisation sur la PF		
Oui	215	56.0
Non	169	44.0
Mari approuve la PF (n=311)		
Oui	69	22.2
Non	242	77.8
Dialogue conjugal sur la PF (311)		
Oui	81	26.0
Non	230	74.0
Mari encourage la pratique contraceptive (n=311)		
Oui	66	21.2
Non	245	78.8
Avoir utilisé un contraceptif (n=384)		
Oui	152	39.6
Non	232	60.4

PF : Planification Familiale. Acceptabilité des méthodes contraceptives par les femmes

TABLEAU 4. Pourcentage des femmes et des hommes qui se disent d'accord avec les mythes relatifs à la planification familiale sélectionnés, au Kenya, Nigeria et au Sénégal

MYTHES	KENYA		NIGERIA		SENEGAL	
	FEMM	HOMME	FEMM	HOMME	FEMM	HO
ES	S	ES	ES	ES	MM	
(N=568	(N=2477)	(N=913	(N=504	(N=510	E	
4)		0)	1)	9)	(N=	224

L'injection contraceptive peut rendre une femme stérile de façon permanente	51,7	52,1	41,0	31,2	34,0	4) 31,6
Les gens qui utilisent la contraception finissent par avoir des problèmes de santé	74,1	71,8	47,6	37,7	58,9	50,0
Les contraceptifs peuvent endommager l'utérus	62,1	Na	42,4	Na	36,9	44,1
Les contraceptifs réduisent le désir sexuel des femmes	59,1	61,2	22,7	25,9	24,7	39,6
Les contraceptifs peuvent causer le cancer	55,5	51,7	25,2	30,1	24,0	26,0
Les contraceptifs peuvent donner des enfants déformés	62,0	59,6	26,0	33,7	23,2	24,5
Les contraceptifs nuisent à la santé des femmes	71,5	68,0	46,6	43,2	50,2	43,8
La planification familiale/l'espacement des naissances femmes encouragent les mœurs légères chez les femmes	35,0	40,2	23,0	25,7	Na	Na
La planification familiale/l'espacement des naissances sont une affaire de femmes et les hommes ne doivent pas s'en inquiéter na	Na	15,6	Na	13,9	Na	Na
Moyen (étendue)	4,6 (0-8)	4,3 (0-8)	2,7 (0-8)	2,5 (0-8)	2,6 (0-7)	2,8 (0-7)

†Nombre moyen de réponses positives sur huit (sept au Sénégal) mythes sur la planification familiale. N.B.: na=non applicable. Tous les pourcentages sont pondérés et basés sur les femmes et les hommes qui connaissent au moins une méthode de contraception moderne.

Tableau 5: Facteurs associés à l'acceptabilité de la planification familiale dans la Zone de Santé de Kadutu, 2015

Facteurs associés	N=384	% Acceptabilité de PF	OR (IC à 95%)	P
<b>Age en année</b>				
Moins de 20 ans	9	22.2		1
20-35 ans	262	66.5	0.86 (0.56-1.33)	0.521
Plus de 35 ans	113	46.9	1.27 (0.81-1.98)	0.283
<b>Religion</b>				
Autres	230	40	0.75 (0.50-1.14)	0.189
Catholique	154	43.9		1
<b>Situation matrimoniale</b>				
Vivant seule	73	58.9	2.25 (1.33-3.78)	0.001
Mariée	311	38.9		1
<b>Profession de la femme</b>				
Travaille	154	46.1	1.26 (0.83-1.90)	0.271
Ne travaille pas	230	40.4		1
<b>Avoir déjà entendu parler de PF</b>				
Oui	361	45.2	18.11 (2.41-135.81)	0.000
Non	23	4.3		1
<b>Sources d'information</b>				
Formations sanitaires	204	52.9	2.08 (1.36-3.20)	0.000

Autres sources	157	35.0		1
Participation à une séance de PF				
Oui	215	54.0	2.95 (1.92-4.53)	0.000
Non	169	28.4		1
Partenaire approuve la PF				
Oui	69	87.0	19.35 (9.07-41.29)	0.000
Non	242	25.6		1
Dialogue conjugal sur la PF				
Oui	81	81.5	13.35 (7.07-25.21)	0.000
Non	231	24.8		1

Déterminants de l'acceptabilité de la planification familiale dans la zone de sante de kadutu

Tableau 6 : Régression logistique déterminant l'acceptabilité de la planification familiale dans la Zone de Santé de Kadutu, 2015

FACTEURS ASSOCIES	ORa	IC à 95%	P
Mari approuve la PF	6,48	1,87-22,44	0,003
Dialogue conjugal sur la planification	3,31	1,11-9,85	0,031

PF : Planification Familiale. Facteurs prédictifs de l'acceptabilité de la planification familiale

TABLEAU 7. Pourcentage moyen (et écart type) des femmes et des hommes par unité primaire d'échantillonnage qui se disent d'accord avec les mythes sélectionnés sur la planification familiale, au Kenya, Nigeria et au Sénégal

MYTHES	KENYA		NIGERIA		SENEGAL	
	FEMMES (N=287)	HOMME S (N=265)	FEMMES (N=339)	FEMMES (N=334)	FEMMES (N=155)	HO MM (N=153)
L'injection contraceptive peut rendre une femme stérile de façon permanente	0,50 (0,15)	0,54 (0,22)	0,40 (0,18)	0,32 (0,23)	0,38 (0,16)	0,36 (0,22)
Les gens qui utilisent la contraception finissent par avoir des problèmes de santé	0,75 (0,13)	0,75 (0,19)	0,47 (0,20)	0,39 (0,24)	0,63 (0,17)	0,53 (0,23)
Les contraceptifs peuvent endommager l'utérus	0,63 (0,17)	na 0,42	na(0,18)	0,43 (0,18)	0,47 (0,25)	
Les contraceptifs réduisent le désir sexuel des femmes	0,61 (0,15)	0,61 (0,22)	0,22 (0,15)	0,27 (0,24)	0,30 (0,18)	0,45 (0,25)
Les contraceptifs peuvent causer le cancer	0,55 (0,17)	0,54 (0,23)	0,25 (0,17)	0,29 (0,23)	0,28 (0,14)	0,32 (0,23)
Les contraceptifs peuvent donner des enfants déformés	0,65 (0,17)	0,65 (0,22)	0,25 (0,16)	0,34 (0,27)	0,27 (0,15)	0,31 (0,23)
Les contraceptifs nuisent à la santé des femmes	0,71 (0,15)	0,71 (0,22)	0,23 (0,18)	0,45 (0,27)	0,54 (0,19)	0,48 (0,22)

La planification familiale/l'espace des naissances femmes encouragent les mœurs légères chez les femmes	0,31 (0,16)	0,43 (0,22)	0,46 (0,20)	0,28 (0,23)	Na	4) Na
La planification familiale/l'espace des naissances sont une affaire de femmes et les hommes ne doivent pas s'en inquiéter	Na	0,16 (0,15)	Na	0,16 (0,17)	Na	Na
Niveau communautaire (global)	0,93(1,16)	0,53 (0,54)	0,39 (0,31)	0,30 (0,25)	0,71 (0,63)	0,43 (0,45)
Nombre moyen d'observations par unité primaire (étendue)	20(16-37)	9,0 (5-21)	30,5 (6-61)	16,3 (5-40)	33,6 (11-62)	14,8 (5-37)

†Proportion pondérée globale des mythes avec lesquels les femmes ou les hommes des communautés se sont dits d'accord. N.B.: N=nombre d'unités primaires d'échantillonnage. na=non applicable.

**TABLEAU 8. Rapports de probabilité (et intervalles de confiance à 95%) issus des analyses de régression logistique examinant la probabilité d'usage féminin de la contraception moderne, suivant la croyance individuelle et communautaire aux mythes relatifs à la planification familiale, au Kenya, Nigeria et au Sénégal**

MODELE	Kenya (N=5 128)	Nigeria (N=8 377)	Sénégal (N=4 562)
Modèle 1 Croyances individuelles des femmes	0,65 (0,47-0,88)	0,27 (0,22-0,34)	0,22 (0,17-0,29)
Modèle 2 Croyances individuelles des femmes	0,65 (0,47-0,88)	0,26 (0,21-0,32)	0,22 (0,17-0,29)
Croyances des femmes au niveau communautaire	1,01 (0,96-1,05)	1,43 (1,14-1,79)	1,04 (0,74-1,45)
Modèle 3 Croyances individuelles des femmes	0,64 (0,47-0,88)	0,25 (0,21-0,31)	0,22 (0,17-0,29)
Croyances des femmes au niveau communautaire	1,00 (0,94-1,06)	1,63 (1,29-2,05)	1,00 (0,72-1,41)
Croyances des hommes au niveau communautaire	1,04 (0,84-1,29)	0,57 (0,41-0,79)	1,08 (0,90-1,29)

N.B.: Tous les modèles corrigent l'âge, l'éducation, la religion, l'état matrimonial, le quintile de richesse et la ville de résidence des femmes.

**TABLEAU 9. Rapports de probabilité (et intervalles de confiance à 95%) issus des analyses de régression logistique examinant la probabilité d'utilisation par les femmes de la contraception moderne au Nigeria, suivant la croyance individuelle et communautaire dans les mythes relatifs à la planification familiale, par ville**

MODELE	Abuja	Ibadan	Ilorin(N=2 124)	Kaduna
--------	-------	--------	-----------------	--------

	(N=1 872)	(N=2 720)		(N=1 640)
Modèle 1 Croyances individuelles des femmes	0,25(0,17–0,39)	0,26(0,20–0,36)	0,39(0,27–0,57)	0,24(0,13–0,45)
Modèle 2 Croyances Individuelles des femmes	0,26(0,17–0,40)	0,26(0,19–0,34)	0,38(0,26–0,56)	0,21(0,11–0,40)
Croyances des femmes au niveau communautaire	0,79 (0,40–1,60)	1,33 (0,78–2,26)	1,40 (0,66–3,0)	1,60(1,20–2,14)
Modèle 3 Croyances individuelles des femmes	0,26(0,17–0,40)	0,25(0,18–0,34)	0,39(0,27–0,57)	0,23(0,12–0,44)
Croyances des hommes au niveau communautaire	0,55(0,16–1,82)	1,46(0,83–2,56)	0,61(0,32–1,16)	0,53(0,32–0,90)*
Modèle 4 Croyances individuelles des femmes	0,26(0,17–0,41)	0,25(0,18–0,34)	0,36(0,24–0,53)	0,19(0,09–0,37)
Croyances des femmes au niveau communautaire	0,92(0,45–1,91)	1,20(0,69–2,11)	3,29(1,25–8,66)	1,87(1,36–2,59)
Croyances des hommes au niveau communautaire	0,60 (0,16–2,28)	1,33 (0,75–2,38)	0,33 (0,15–0,71)	0,38(0,21–0,67)

N.B.: Tous les modèles corrigent l'âge, l'éducation, la religion, l'état matrimonial et le quintile de richesse.

**Tableau X : Caractéristiques socio démographiques et attitudes et perceptions des hommes sur l'accouchement au Maroc en 2016**

Variables	Pourcentages
Age médian	38 (18 – 80) ans
Etat-civil	
Marié	86.5
Célibataire	13.5
Avoir une profession	
Oui	89.2
Non	10.8
Avoir un niveau d'étude	
Oui	46
Non	54
Recours aux structures sanitaires	
Oui	25
Non	75
Reconnaissance d'au moins un moyen de contraception	
Oui	77
Non	13
Principales méthodes utilisées	
Pilule	78.2
Préservatif	21.8
Source d'information	
Entourage	62
Personnel sanitaire	13.5

Télévision	9.5
Nombre d'enfants désirés	
2 à 3	60.8
Plus	39.2
Utilisation de la contraception	
Oui	55.4
Non	44.6
Surveillance de la grossesse	
Oui	75
Non	25
Connaissances du nombre des CPN	
Oui	62.5
Non	37.5
Conduite tenue lors de la complication au cours de la grossesse	
Rester à la maison	100
Aller dans une FOSA	0
Non recours aux FOSA	
Avec raison	56.9
Sans raison	42.4
Lieu d'accouchement	
A domicile	59.5
Dans les FOSA	48.5
Surveillance de l'accouchement par un personnel de santé	
Oui	26.2
Non	73.8
Connaissances des complications en post partum	
Oui	36
Non	17
Raison d'aller dans les FOSA	
Vaccination	58.3
Autres	41.7

FOSA : Formation sanitaire, CPN : Consultation Périnatale.

Concernant les facteurs déterminants les connaissances, attitudes et comportements des participants, le niveau d'instruction des hommes était significativement associé au suivi de la grossesse par la conjointe ( $p=0,015$ ) et à l'attitude positive à l'égard de l'intérêt de surveiller la grossesse par un professionnel de santé ( $p=0,011$ ). En postpartum, la méconnaissance de la possibilité de complications (36% des répondants) était associée au non recours à la consultation postnatale par la conjointe ( $p=0,021$ ) (28).

## DICUSSION

Selon l'étude menée au Maroc, la prise de décision, l'adoption d'une méthode contraceptive et la poursuite de son utilisation par la conjointe sont influencées par la position de l'homme. Or, depuis l'avènement de la pilule, les politiques de santé et les stratégies de planification familiale ciblent davantage la femme dans la promotion de la santé reproductive. Alors que l'homme garde une influence sur la gestion de la dynamique contraceptive du couple. La proportion des enquêtés qui acceptaient l'utilisation de moyens contraceptifs était de 65%, chiffre plus faible que la prévalence nationale au Maroc (94%) selon la dernière enquête nationale de 2011. (21)

Il existe un désaccord entre les connaissances et les pratiques des hommes concernant ce point. Ce qui rejoint les résultats de notre étude, vu que seulement la moitié des mariés pratiquaient une contraception. Ces résultats sont dus à la persistance des barrières culturelles en plus du manque d'information et de sensibilisation ciblée sur la participation masculine dans la planification familiale, surtout dans un contexte de pauvreté et d'analphabétisme où donner naissance à un enfant est considéré comme un signe de réussite du mariage et comme une éventuelle

ressource pour la famille (21).» Les aspects relatifs à la grossesse et à l'accouchement sont également vus comme une affaire purement féminine chez les populations du monde rural dans les pays en développement (21). L'étude menée par Signth et al. en Uganda démontre la nécessité sur l'importance d'évaluer les connaissances et les croyances des hommes lors de toute approche qui vise l'amélioration de la santé maternelle (21). Dans une étude menée dans une zone rurale au Bangladesh, 2 tiers de nos participants ont reconnu la nécessité de surveiller la grossesse par un professionnel de santé. Mais les pratiques étaient contradictoires chez la moitié des hommes mariés. D'autres facteurs pourraient être déterminants des croyances et comportements du mari comme le niveau d'instruction. Dans notre étude il était significativement associé au suivi de la grossesse par la conjointe ( $p = 0,015$ ) et à l'attitude positive à l'égard de l'intérêt de surveiller la grossesse par un professionnel de santé ( $p = 0,011$ ). Près de 46% des interrogés vivaient avec leurs parents ce qui pourraient avoir un impact sur les comportements des couples (21). En effet, Il est connu dans la littérature que les membres de la famille (comme la belle-mère) ont une grande influence dans la prise de décision concernant la santé maternelle (21). Près de 60% des répondants préféraient l'accouchement à domicile. Le dernier accouchement n'était surveillé par un professionnel de santé que dans 26,2% des cas ( $N=55$ ). La présentation de complications par la femme au moment de l'accouchement était le plus important motif du recours par le conjoint. En post-partum, 17% ont jugé qu'il n'est pas nécessaire d'effectuer la consultation post-natale et 36% méconnaissaient la possibilité de complications, ce dernier facteur était associé au non recours à la consultation post-natale par la conjointe ( $p = 0,021$ ) (21). Chez les 32% ayant eu recours aux structures de soins, la vaccination du nouveau-né était le motif principal (58,3%). Au fait, selon la réglementation marocaine, la délivrance du certificat de naissance est tributaire de la présentation du carnet de vaccination attestant avoir démarré le programme national de vaccination (21). La perception des hommes interviewés met le point sur la persistance des barrières culturelles qui entravent l'implication effective des hommes. Les pratiques sont contradictoires avec leur prise de conscience de la nécessité de l'utilisation des soins en pré ou post-natal. (21)

Dans la commune de Kadutu en RDC par contre le niveau d'acceptabilité de la planification familiale était de 42,7%. Les femmes qui n'acceptaient pas la planification familiale l'ont justifié par le refus de leurs maris, la peur des effets secondaires et les croyances religieuses. Ces obstacles à l'adoption de la planification familiale sont largement évoqués dans la littérature comme étant les raisons de ne pas utiliser une méthode contraceptive. Il importe de souligner que les aspects socioculturels et éducationnels et religieux comptent pour beaucoup dans l'acceptation de la planification familiale (23).

Parmi les méthodes citées par les femmes rencontrées, la méthode de calendrier, le collier du cycle et les injectables étaient les méthodes les plus acceptées (23).

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les injectables sont de méthodes à moyenne durée d'action et confidentielles, certaines femmes y recourent à l'insu de leurs maris défavorables à la pratique contraceptive. Quant aux facteurs associés à l'acceptabilité de la planification familiale, l'analyse bivariable a identifié entre autres facteurs la situation matrimoniale, la connaissance de la PF, la source d'information sur la PF, la participation à une séance de PF, l'approbation de la PF par le conjoint et l'existence d'un dialogue conjugal sur la PF. Cependant, l'analyse multivariée par régression logistique a retenu l'attitude favorable du mari face à la planification familiale et l'existence d'un dialogue conjugal sur la planification familiale comme les deux facteurs prédictifs de l'acceptabilité de la planification familiale par les femmes de la Zone de Santé de Kadutu. Il n'est manifesté que la combinaison « attitude favorable du mari face à la planification familiale et l'existence d'un dialogue conjugal sur la planification familiale » ainsi que le niveau d'instruction de la femme sont les variables qui expliquent au mieux la pratique contraceptive des femmes de la zone de santé de Kadutu (23). L'homme, dans les sociétés africaines et la société congolaise en particulier, joue un rôle capital dans la gestion du ménage et toute décision concernant la progéniture doit recevoir son approbation. Par conséquent, une attitude favorable est un atout non négligeable pour la femme qui désire contrôler sa fécondité (23).

Dans les villages de Sénégal, Nigeria et Kenya, au niveau individuel, la croyance des femmes en ces mythes est associée négativement au recours à la contraception moderne. Au niveau communautaire, au Kenya, la croyance des femmes et des hommes en ces mythes n'est pas associée à la pratique contraceptive moderne ; au Sénégal, comme au Kenya, aucune association n'est relevée entre la croyance des femmes et des hommes aux mythes au niveau communautaire et la pratique contraceptive moderne parmi l'ensemble des femmes. Ces résultats ont montré cependant que la croyance aux mythes au niveau individuel et communautaire est associée négativement à la pratique contraceptive chez les femmes en union (2). Les associations inattendues entre la croyance

communautaire aux mythes relatifs à la planification familiale et la pratique contraceptive moderne des femmes au Nigeria ont été observées ; cette croyance élevée parmi les femmes est associée positivement à la pratique contraceptive, alors que si elle est élevée chez les hommes, l'association est négative. L'association positive entre les mythes relatifs à la planification familiale et la pratique contraceptive moderne est plausible et souligne le fait que, même si ces femmes croient fermement aux mythes, leur besoin de contraception l'emporte sur les idées reçues concernant les effets secondaires des méthodes modernes(2).

## CONCLUSION

La médiane de l'âge au Maroc était de 38 ans (étendue de 19 à 80 ans) ; Près de 77% des hommes ont rapporté connaître au moins un moyen de contraception. Le nombre désiré d'enfants était de 2 à 3 dans 60,8% des réponses (21).

Les deux tiers des interrogés ont reconnu la nécessité de surveiller la grossesse par un professionnel de santé. Parmi 23 interviewés ayant assisté à une complication au cours de la grossesse dans leur entourage, la conduite jugée adaptée dans 4 situations était celle de garder la femme à domicile. Le non recours à la consultation prénatale par le couple était noté dans 56,9% des cas (N = 58), dont 42,4% sans aucune raison avancée. Quant à l'accouchement et la période postnatale, 59,5% des répondants préféraient l'accouchement à domicile. La gratuité, la proximité et le soutien de l'entourage étaient les principales motivations. Le dernier accouchement n'était surveillé par un professionnel de santé que dans 26,2% des cas (N=55). Un tiers des participants méconnaissaient la possibilité de complications chez la femme en post-partum (36%) et 17% ont jugé qu'il n'est pas nécessaire d'effectuer la consultation postnatale. Chez les 32% ayant eu recours aux structures de soins en postnatal, la vaccination du nouveau-né était le motif principal (58,3%) (21).

Le niveau d'instruction des hommes était significativement associé au suivi de la grossesse par la conjointe ( $p=0,015$ ) et à l'attitude positive à l'égard de l'intérêt de surveiller la grossesse par un professionnel de santé ( $p=0,011$ ). En postpartum, la méconnaissance de la possibilité de complications (36% des répondants) était associée au non recours à la consultation postnatale par la conjointe ( $p=0,021$ ) (21).

A l'Est de la RDC, la planification familiale est significativement associée à la réduction de la mortalité maternelle et infantile là où elle connaît une forte utilisation. Cette étude a montré que l'acceptabilité de la planification familiale par les femmes en âge de procréer était faible (42,7%) dans la Zone de Santé de Kadutu. L'acceptabilité de la planification familiale a été statistiquement associée à la situation matrimoniale, au fait d'être informé sur la contraception, au fait que cette information était livrée par un professionnel de santé, à l'attitude favorable du mari face à la planification familiale et à l'existence du dialogue conjugal sur la Planification familiale ( $p<0,05$ ) (23).

Plus de la moitié des femmes au Sénégal, Kenya et Nigeria étaient âgées de 20 à 34 ans (69% au Kenya, 56% au Nigeria et 55% au Sénégal). Soixante-dix-sept pour cent des femmes du Nigeria avaient une éducation secondaire ou supérieure, de même que 58% au Kenya et 36% au Sénégal. Quarante-vingt-dix pour cent des femmes étaient musulmanes au Sénégal, par rapport à une même proportion de non musulmans au Kenya et à une répartition à peu près égale entre les deux religions au Nigeria. La majorité des femmes de chaque pays étaient ou avaient été mariées (60% à 68%) et, comme prévu, les femmes de chaque pays étaient assez uniformément réparties entre les quintiles de richesse. Au Kenya et au Sénégal, la plus grande proportion des femmes vivait dans la capitale (75% et 49%, respectivement), alors qu'au Nigeria, les plus grandes proportions vivaient dans d'autres villes (30% à Ibadan et 29% à Kaduna) (2).

### ➤ Niveaux de croyance aux mythes

Dans chaque pays, les trois mythes le plus souvent acceptés par les femmes étaient que « les gens qui utilisent la contraception finissent par avoir des problèmes de santé » (48% à 74%), « les contraceptifs nuisent à la santé des femmes » (47% à 72%) et « les contraceptifs peuvent endommager l'utérus » (37% à 62%). Concernant chaque mythe, la proportion des femmes qui y croyaient était la plus grande au Kenya. Ainsi, les femmes croyaient en une moyenne de 4,6 mythes au Kenya, par rapport à 2,7 au Nigeria et à 2,6 au Sénégal. Le nombre moyen de mythes acceptés par les hommes était de 4,3 au Kenya, 2,5 au Nigeria et 2,8 au Sénégal. Pour les femmes, la variable de niveau communautaire varie de 0,39 au Nigeria à 0,93 au Kenya; celle correspondante, côté masculin, va de 0,30 au Nigeria à 0,53 au Kenya. La corrélation entre les cotes de niveau communautaire des femmes et des hommes est relativement élevée(2).

- Analyse multivariée Le nombre de mythes relatifs à la planification familiale auxquels les femmes croyaient s'est avéré associé négativement à la pratique contraceptive moderne dans le premier modèle de régression pour chacun des trois pays (2). L'importance et l'ampleur de la variable de niveau individuel restent inchangées dans chaque pays après ajout séquentiel des variables de niveau communautaire féminin et masculin aux modèles 2 et 3. Côté féminin, les variables de croyance communautaire ne sont pas associées à la pratique contraceptive moderne dans le deuxième modèle de régression du Kenya et du Sénégal; sous restriction des analyses aux femmes en union, la variable communautaire féminine devient significative pour le Sénégal, mais pas pour le Kenya (non indiqué)(2). Dans le troisième modèle, après ajout de la variable communautaire masculine, ni celle-ci ni la variable correspondante féminine n'est significative dans aucun des pays. Au Nigeria, toutefois, la variable de niveau communautaire féminine est associée positivement à la pratique contraceptive moderne dans le modèle 2 (2). L'ajout de la variable de niveau communautaire masculine au modèle 3 accroît l'ampleur de celle des femmes; la variable masculine en elle-même est associée négativement à la pratique contraceptive moderne (2). Les résultats obtenus pour le Nigeria laissant entendre la nécessité d'un examen approfondi, nous avons effectué des analyses au niveau des villes (2). Les quatre modèles sont exécutés sous contrôle des caractéristiques démographiques des femmes. La variable individuelle féminine est associée négativement à la pratique d'une méthode moderne dans tous les modèles pour les quatre villes nigérianes (2). En ce qui concerne les variables de niveau communautaire, à Kaduna, la croyance aux mythes parmi les femmes est associée positivement à la pratique contraceptive moderne dans le modèle à variable individuelle et le modèle complet; côté masculin, la variable communautaire est également significative, mais de manière négative (2). À Ilorin, les variables de niveau communautaire des femmes comme des hommes ne sont pas significatives dans les modèles 2 et 3, respectivement, mais elles le deviennent toutes deux dans le modèle complet, et les associations le sont dans les mêmes directions que celles observées à Kaduna (3,3 pour les femmes et 0,3 pour les hommes). À Abuja et à Ibadan, ces mêmes variables ne sont significatives dans aucun des modèles (2).

Le renforcement d'une information correcte sur le mode d'action et les effets secondaires potentiels des méthodes modernes, la prévalence de la contraception moderne parmi ces femmes pourrait augmenter de manière exponentielle. (21)

## REFERENCES

1. Aarnio P, Chipeta E, Kulmala T., Men's perceptions of delivery care in rural Malawi: exploring community level barriers to improving maternal health. *Health Care Women Int.* 2013;34(6):419-39. PubMed | Google Scholar
2. Abdou Gueye, Ilene S. Speizer, MeghanCorroon et Chinelo C. Okigbo : Croyance aux mythes relatifs à la planification familiale aux niveaux individuel et communautaire et pratique de la contraception moderne en Afrique urbaine 2016.
3. Abdurahman M, Desalegn W, Amsalu F and Berihun M. Determinants of modern contraceptive utilization among married women of reproductive age group in North Shoa Zone, Amhara Region, Ethiopia. *Reproductive Health.* 2014; 11:13.
4. Ali MM, Cleland JG et Shah IH, Causes and Consequences of Contraceptive Discontinuation: Evidence from 60 Demographic and Health Surveys, Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2012.
5. Alkema L, Kantorova V, Menozzi C, Biddlecom a. National, 1.regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: a systematic and comprehensive analysis. *Lancet.* 2013; 381: 1642-52.
6. Andro A, Desgrées du Loû A. La place des hommes dans la santé sexuelle et reproductive: Enjeux et difficultés. *Autrepart.* 2009;(4):3-3. PubMed | Google Scholar Page number not for citation purposes 6
7. Arbab AA, Bener A, Abdulmalik M. Prevalence, awareness and determinants of contraceptive use in Qatari women. *Eastern Mediterranean Health Journal.* 2011; 17(1): 11-15.
8. August F, Pembe AB, Mpembeni R, Axemo P, Darj E. Men's knowledge of obstetric danger signs, birth preparedness and complication readiness in rural Tanzania. *PloS One.* 2015;10(5):e0125978. PubMed | Google Scholar

9. Bhatta DN, Aryal UR. Paternal factors and inequity associated with access to maternal health care service utilization in Nepal: a community based cross-sectional study. *PloS One*. 2015;10(6):e0130380. PubMed | Google Scholar
10. Bradley S et al., Revising unmet need for family planning, DHS Analytical Studies, Calverton, MD, États-Unis: ICF International, 2012, n° 25.
11. Castle S, Factors influencing young Malians' reluctance to use hormonal contraceptives, *Studies in Family Planning*, 2003, 34(3):186–199.
12. Creel LC, Sass JV et Yinger NV, Client-centered quality: clients' perspectives and barriers to receiving care, *New Perspectives on Quality of Care*, Washington, DC: Population Council et Population Reference Bureau, 2002, n° 2.
13. Desjeuxcyril. Une occultation des pratiques masculines de contraception [Internet]. <http://www.revue-interrogations.org>. 2013 [cité 21 mai 2015]. Disponible sur: <http://www.revueinterrogations.org/Une-occultation-des-pratiques>. Visité le 1er Juin 2016. Google Scholar
14. Grubb GS, Women's perceptions of the safety of the pill: a survey in eight developing countries. Report of the perceptions of the pill survey group, *Journal of Biosocial Science*, 1987, 19(3):313–321.
15. Haute Autorité de Santé. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée Avril 2013 – N° ISBN 978-2-11-138040-0
16. Izale K, Govender I, Fina JPL, Tumbo J. Factors that influence contraceptive use amongst women in Vanga health district, Democratic Republic of Congo. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*. 2014; 6(1), 1-7.
17. Kassebaum NJ, Bertozzi-Villa A, Coggeshall MS, Shackelford KA, Steiner C, et al. (2014) Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2014; 19.0
18. Lee J etJezewski MA, Attitudes toward oral contraceptive use among women of reproductive age: a systematic review, *Advances in Nursing Science*, 2007, 30(1):E85–E103.
19. Lwelamira J, Mnyamagola G, Msaki MM. Knowledge, attitude and practice (KAP) towards modern contraceptives among married women of reproductive Age in mpwapwa district, central Tanzania. *Curr Res J SocSci* 2012, 4(3):235-245.
20. MLE, Measurement, Learning & Evaluation of the Urban Reproductive Health Initiative: Kenya, 2013 Mid-term Survey, [TWP 3–2013], Chapel Hill, NC, États-Unis: MLE, 2013.
21. Majda Sebbani1, Latifa Adarmouch1, Isam Azzahiri1, Wafa Quiddi1, Mohamed Cherkaoui2, Mohamed Amine: Connaissances et comportements au regard de la santé reproductive: enquête chez les marocains en zone rurale, 2016.
22. Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité /Ministère de la Santé Publique. Rapport préliminaire de l'Enquête Démographique et Sanitaire 2013-2014, République Démocratique du Congo, 2014.
23. Mulongo.P Mbarambara1, E. Mumbilyia2, P. Muhumu Mututa3, and A. Masengi Ndage4 : Niveau d'acceptabilité de la planification familiale dans la Zone de Santé de Kadutu à l'Est de la RD Congo, 2016.
24. Ochako R et al., Barriers to modern contraceptive methods uptake among young women in Kenya: a qualitative study, *BMC Public Health*, 2015, 15(1):118.
25. Onwuzurike BK and Uzochukwu, B.S.C, Knowledge, Attitude and Practice of Family Planning amongst Women in a High Density Low Income Urban of Enugu, Nigeria. *Afr J Reprod Health* 2001; 5(2):83-89.
26. Ozlem A, Hatice F. On the use of contraceptive methods among married women in Turkey. *Eur. J. Contraception Reprod. Health Care*. 2006; 11(3): 228-236. View
27. Paz Soldan VA, How family planning ideas are spread within
28. Rahman M, Islam MT, Mostofa MG, Reza MS. Men's role in women's antenatal health status: evidence from rural Rajshahi, Bangladesh. *Asia-Pac J Public Health Asia-Pac Acad Consort Public Health*. mars 2015;27(2):NP11821192. PubMed | Google Scholar
29. Rutenberg N et Watkins SC, The buzz outside the clinics: conversations and contraception in Nyanza Province, Kenya, *Studies in Family Planning*, 1997, 28(4):290–307.
30. Singh D, Lample M, Earnest J. The involvement of men in maternal health care: cross-sectional, pilot case studies from Maligita and Kibibi, Uganda. *Reprod Health*. 2014;11:68. PubMed | Google Scholar
31. Timothy C. Okech, Nelson W. Wawire, Tom K. Mburu. Contraceptive Use among Women of Reproductive Age in Kenya's City Slums. *International Journal of Business and Social Science*. 2011 ; 2(1) : 23-36.

32. USAID. Achieving the MDGs. The contribution of family planning. Democratic Republic of Congo on <http://www.healthpolicyinitiative.com>; <http://ghiqc.usaid.gov>.
33. Westoff CF, The potential demand for family planning: a new measure of unmet need and estimates for five Latin American countries, *International Family Planning Perspectives*, 1988, 14(2): 45–53.