

ETUDES DE RECHERCHE ET D'EVALUATION DE ACQUIRE

Les connaissances et les attitudes des communautés sur la contraception permanente et de longue durée (CPLD) en Guinée

Etude d'E&R # 7 ♦ septembre 2006



USAID
DU PEUPLE AMERICAIN

the **ACQUIRE** project

ETUDES DE RECHERCHE ET D'ÉVALUATION DE ACQUIRE

Les connaissances et les attitudes des communautés sur la contraception permanente et de longue durée (CPLD) en Guinée

Etude d'E&R # 7 ♦ septembre 2006

Le Projet ACQUIRE
Inés Escandón*

Le Projet ACQUIRE/Guinée
Moustapha Diallo
Boubacar Touré

Family Health International
Natasha Mack
Arwen Bunce

* Auteur principal



USAID
DU PEUPLE AMERICAIN

the **ACQUIRE** project

© 2006 Le Projet ACQUIRE/EngenderHealth

Le Projet ACQUIRE
S/C EngenderHealth
440 Ninth Avenue
New York, NY 10001 U.S.A
Téléphone : 212 561 8000
Fax : 212 561 8067
E-mail : info@acquireproject.org
www.acquireproject.org

Cette publication a été possible grâce à l'appui généreux du peuple Américain à travers le service de la Santé Reproductive et de la Population, l'Agence Etats-Unis pour le Développement International (USAID) sous les termes de l'accord coopératif GPO-A-00-03-00006-00. Les contenus sont du ressort de la responsabilité du Projet ACQUIRE et ne reflètent pas nécessairement les vues de l'USAID ou du Gouvernement des Etats-Unis.

Citation proposée : Escandon, I., Diallo, M., Touré, B., Mack, N., et Bunce, A. 2006. *Les connaissances et les attitudes des communautés sur la contraception permanente et de longue durée (CPLD) en Guinée*. New York. Le Projet ACQUIRE/EngenderHealth.

Contenus

Remerciements	v
Résumé exécutif	vii
Introduction	1
Objectifs de l'étude	3
Méthodologie	5
Résultats	7
Contexte	7
Taille de la famille	8
Espacement et limitation des naissances	9
Contraception	11
Connaissances, attitudes et l'utilisation de la contraception	11
Prise de décision et utilisation de la contraception	13
Le dispositif intra-utérin (DIU).....	17
Discussion et conclusions	21
Limitations potentielles	21
Recommandations	22
Conclusions	24
Références.....	25

Remerciements

Ce rapport a été écrit par Inès Escandon avec l'assistance et la contribution de l'équipe au Projet ACQUIRE/EngenderHealth (Moustapha Diallo, Altiné Diop, Vera Frajzyngier, Dr. Roy Jacobstein, Hannah Searing et Dr. Boubacar Touré) à Family Health International (Dr. Natasha Mack et Azwen Bunce) et à Méridien Group International, Inc. (Gael O'Sullivan).

Au nom du Projet ACQUIRE, nous apprécions également les contributions de beaucoup d'individus et d'institutions qui ont participé à cet effort : Le Ministère de la Santé Publique de la République de Guinée, particulièrement Dr. N'nah Djénaba Sylla, l'équipe de collecte des données (Dr. Alpha Oumar Camara, principal investigateur ; Robert Jean Tolnaud, Mamoudou Dioubaté, Marie Camara Kaba, Sékou Sangaré, Satigui Dioubaté, et Celestine Angel Tea) et les partenaires à l'intérieur du pays tels que : Pour Renforcer les Interventions en Santé Reproductive et MST/SIDA (PRISM), Sauvez les Enfants, l'Association Guinéenne pour le Bien-etre Familial (AGBF) et l'Agence Adventiste d'Aide et de Développement (ADRA).

Nous remercions les communautés de Salamani, Balandou, Karifamoriah, Kouradakoro et Doko pour avoir offert leur temps, leurs opinions et leurs idées à nos percepteurs des données, au nom de l'amélioration de la disponibilité et de la qualité des services de planification familiale dans leurs communautés.

Nous sommes reconnaissants aux individus suivants qui ont contribué à cette étude : Karen Beattie, Bakary Kecely Camara, Greg Guest, Abigail Haydon, Marguërite Joseph, Elizabeth McDavid, Erin McGinn, Ilze Melingailis, John M. Pile, et Hannah Searing.

Ce rapport a été édité par Michael Klitsch et a été formalisé par Elkin Konuk. Nous les remercions tous pour leur travail minutieux. Nos remerciements vont également à Mamadou Khaly Diallo et Suzanne Lee qui ont contribué au travail d'édition de cette version française.

Enfin, nous présentons toute notre gratitude à l'Agence des Etats-Unis pour le développement international à Washington et à la Mission de l'USAID en Guinée pour l'appui financier de cette étude.

Résumé exécutif

Les taux de mortalité maternelle et infantile des enfants de moins de cinq ans constitue l'un des plus élevés au monde. L'utilisation de la contraception, une voie pour améliorer les statistiques, est très basse (taux de prévalence contraceptive de 4,2%). Pour accroître l'accès et la disponibilité de la contraception en Guinée, particulièrement de celle par les méthodes permanentes et de longue durée (MPLD), le projet ACQUIRE¹ a effectué une étude pour comprendre Les connaissances et les attitudes de la communauté envers les MPLD de contraception. Le dispositif intra-utérin (DIU) a été d'un intérêt particulier, une méthode à long et court effet extrêmement efficace qui a un taux de réussite très élevé parmi les utilisatrices et est économique à partir d'un point de vue programmatique. Les résultats de cette étude sont utilisés pour développer une stratégie de communication et des messages pour éduquer les communautés sur la planification familiale en général et le DIU en particulier.

Les objectifs spécifiques de l'étude sont les suivants :

1. Examiner la connaissance des communautés sur les MPLD et le DIU ;
2. Etudier les attitudes des communautés envers l'espacement et la limitation des naissances et envers les MPLD de contraception ;
3. Identifier les barrières potentielles (individuelle, institutionnelle, ou sociale) auxquelles les femmes et les hommes peuvent faire face dans l'utilisation des MPLD; et
4. Déterminer les types de messages et de stratégies qui peuvent être utilisés pour accroître la conscientisation et l'utilisation des MPLD par les communautés d'étude.

Méthodologie

Les données qualitatives ont été recueillies en 2004 à travers des interviews avec des informateurs clés (des religieux, des femmes, des cadres communautaires et des prestataires) et des discussions de groupes avec les femmes (utilisatrices et non utilisatrices de la contraception moderne) et avec les hommes. Quatre communautés, deux urbaines et deux rurales, ont été sélectionnées dans les préfectures de Kankan et de Siguiri en Haute Guinée. La plupart des interviews et toutes les discussions de groupes ont été effectuées en Malinké, la langue locale. Les données recueillies ont été analysées en utilisant Atlas TI.

Résultats

Les résultats ont été basés sur les relevés de 11 focus groupes et 11 interviews.

Attitudes des communautés envers l'espacement et la limitation des naissances

Selon les répondants individuels et des groupes de discussions, la culture Malinké préfère traditionnellement les grandes familles. Malgré ces conventions sociales, certains participants ont indiqué que les familles plus petites sont devenues préférables à cause des changements

¹ Le projet ACQUIRE (qui signifie accès, qualité et usage en santé reproductive) un leader mondial avec l'accord coopératif associé correspondant, financé par l'Agence Etats-Unis pour le développement international (USAID) Washington, a été récompensé en octobre 2003 à EngenderHealth et ses partenaires. Partenaires inclus: l'Agence Adventiste d'Aide et de Développement; CARE ; IntraHealth International, Inc. ; Meridian Group International, Inc. ; la Société pour Femmes et SIDA en Afrique ; et SATELLIFE.

économiques et sociaux. Les opinions quant à la prise de décision en ce qui concerne la taille de la famille, se sont relevées variées à travers les groupes focalisés.

Les répondants individuels et des discussions de groupes consentent que l'espacement des naissances est accepté et encouragé, à cause des avantages perçus pour la mère et l'enfant. La période d'espacement désirée de deux à trois ans, aurait son origine dans le coran. Pendant ce temps, l'abstinence et l'allaitement maternel sont observés et les époux doivent dormir sous différents toits.

Contrairement à l'espacement, la limitation ne paraît pas être sanctionnée au sein des communautés. Beaucoup de répondants individuels et des discussions de groupes déclarent que la culture Malinké s'oppose à mettre volontairement fin à la fertilité d'une personne et que très peu d'individus se permettent volontairement de le faire. La limitation est considérée comme une approche d'urgence, permise dans certaines conditions, tels qu'après une grossesse difficile ou un accouchement difficile.

Contraception

A travers les groupes, la planification familiale semble être largement acceptée lorsqu'elle se limite au concept d'espacement. La connaissance de la contraception varie à travers les groupes de discussion et les répondants individuels. Les non utilisateurs étaient plus familiers avec les méthodes traditionnelles (particulièrement, l'abstinence et l'allaitement) qu'avec les méthodes modernes, bien que certains aient entendu parler des pilules et des injectables.

Beaucoup de non utilisateurs et des participants mâles disent qu'ils ont peu confiance aux méthodes modernes parce que les amis qui les ont utilisées ont rapporté des effets secondaires. L'une des quelques méthodes modernes que les hommes supportent, était la capote qui a été perçue efficace et sécurisante parce qu'elle n'a produit aucun effet secondaire, une préoccupation commune parmi les participants mâles. Les hommes ont plutôt exprimé des préoccupations à propos de l'utilisation par les femmes de la contraception moderne conduisant à l'infidélité.

Malgré la perception négative envers les méthodes modernes parmi certains, l'appui pour la contraception était aussi fortement évident, principalement parmi les utilisateurs de la contraception moderne. Les utilisateurs paraissent avoir une très grande confiance aux méthodes modernes, en déclarant qu'elles étaient plus efficaces, qu'elles avaient des instructions claires pour l'utilisation et qu'elles avaient un dosage précis et des dates d'expiration.

Beaucoup de répondants dans les focus groupes, les leaders communautaires, les religieux et ceux des femmes étaient également divisés quant à leur appui à la contraception moderne. Bien que tous soient d'accord à propos des avantages de l'espacement, certains leaders communautaires ont négativement considéré les méthodes modernes de la contraception en citant l'inefficacité et les effets secondaires (y compris l'infertilité) alors que d'autres ont eu un avis contraire.

Prise de décision et l'usage

Comment la décision de choisir la contraception est faite, semble être affectée par un nombre de facteurs différents : par exemple la parité, les types de méthodes choisies (capote, injectable, ligature tubaire) la structure ménagère (polygamie contre monogamie).

Dans ces cas, les femmes peuvent très souvent garder l'information concernant leur décision et n'informent pas leur mari, même après le fait. Bien que certaines femmes utilisent secrètement la

contraception, les répondants males semblent être conscients que son utilisation a eu lieu parmi les femmes, bien qu'aucun homme n'ait rapporté qu'il savait que sa femme a utilisé l'une des méthodes. Les femmes gardent également secrète l'utilisation de la contraception de leurs coépouses. Outre les coépouses et les maris, d'autres barrières pour l'utilisation des méthodes modernes incluent les autres membres de la famille (tels que les beaux parents), le manque de connaissance ou la désinformation à propos des méthodes, la religion, le coût et le manque de disponibilité des contraceptifs.

Des sources d'information concernant la contraception moderne comprennent les conversations avec les amis et autres femmes ; les messages nationale ou rurale à la radio; « les réunions de sensibilisation » (réunions ayant pour but d'élever la conscience générale) ; les causeries éducatives lors des consultations pré-natales (CPN) et les séances de vaccination des enfants.

Le dispositif intra-utérin (DIU)

La connaissance du DIU varie à travers les participants et les groupes. Pour la plus grande partie, les femmes dans les groupes d'utilisateurs ont entendu parler du DIU. Dans chaque groupe d'hommes, les répondants étaient plus également divisés en terme de connaissance.

Parmi les non utilisateurs, la connaissance était faible, avec seulement quelques participants de quelques couples des groupes de discussions rapportant avoir entendu parler du DIU. Cette connaissance parmi les répondants individuels était également faible. Les sources d'information sur le DIU comprennent les amis, la famille et les formations sanitaires à la fois en Guinée et au Mali.

Dans certains cas, les participants ont indiqué qu'ils leur manquaient des informations suffisantes pour se faire une idée sur le DIU. Certains ont senti qu'avec des informations suffisantes, il y aurait eu des individus qui voudraient utiliser la méthode. Dans trois des groupes, les opinions étaient clairement pesées par rapport au DIU. Dans l'un des groupes d'hommes, beaucoup s'opposaient à son utilisation parce qu'ils sentaient qu'il pourrait conduire à la plus grande promiscuité. Une autre raison pour l'opposition au DIU comprenait la peur du délogement.

Cependant, beaucoup d'utilisateurs ont favorablement parlé du DIU. Ils ont décrit avoir entendu à partir des amis comment il est une méthode efficace, réversible ne demandant aucune intervention chirurgicale, avec aucun risque et aucun effet secondaire. Le peu d'utilisateurs du DIU présents se sont référés à l'absence d'effets secondaires lorsqu'ils ont décrit pourquoi ils ont choisi le DIU. Parmi tous les groupes, les aspects positifs de la méthode comprenaient :son utilisation non contraignante, la discrétion et l'efficacité.

Beaucoup de répondantes individuelles et dans les discussions de groupes ont déclaré que leurs maris constituaient la plus grande barrière à l'utilisation du DIU, comme ils le font avec les autres méthodes. D'autres barrières importantes comprenaient les parents et les amis ; le manque de la disponibilité de méthode et de prestataires qualifiés pour exécuter l'insertion et la peur d'être « découverte » au niveau des formations sanitaires par les voisins et les amis.

Les recommandations pour un programme de revitalisation du DIU sont axées sur ces problèmes de barrière. Les participants dans les groupes des femmes (utilisatrices de la contraception moderne tout come les non utilisatrices) ont dit que le sexe du prestataire est moins important que le niveau d'aptitude, parce que l'insertion par un prestataire apte, garantie contre les effets secondaires tel que le délogement et la douleur abdominale. L'espace physique où les services de sensibilisation sur le DIU doivent être mis en œuvre pour surmonter le manque d'information à propos de la méthode. Beaucoup (principalement les utilisateurs de la contraception moderne) ont suggéré que des

campagnes d'éducation ciblent les hommes pour accroître leur implication dans la planification familiale. Certains ont également énoncé que les leaders religieux et ceux de la communauté soient inclus dans les campagnes d'éducation car ils servent comme gardiens dans la communauté et ils communiquent avec les membres de la communauté à la fois en public et individuellement. En termes de media, les participants ont recommandé l'utilisation de la radio pour communiquer les messages.

Discussions et conclusions

Dans l'ensemble, la planification familiale est un concept largement adopté par les communautés avec lesquelles nous avons parlé. Les gens reconnaissent les avantages d'espacement des naissances et en dépit du type de méthode, la planification familiale dans ce sens est largement pratiquée. Le défi reste dans le travail avec les communautés pour surmonter les préjugés sur les méthodes modernes et à élargir l'éventail et la connaissance des autres méthodes tel que le DIU.

Les considérations clés pour un programme de revitalisation du DIU comportent les interventions suivantes :

- ◆ Des efforts de communication doivent fournir des informations sur les méthodes de la planification familiale en général. La désinformation et la non perspicacité existent à propos des pilules et des injectables. Bien que le manque de conscientisation soit un très grand défi pour le DIU, des mythes existent néanmoins. Fournir de bonnes informations sur des aspects comme les effets secondaires par exemple, peut faciliter l'introduction du DIU.
- ◆ Etant donné le fort désir de maintenir la période de deux à trois ans d'espacement, les efforts de communication doivent présenter la réversibilité du DIU à la fois comme une méthode à long et court effet, faisant d'elle une méthode appropriée pour l'intervalle d'espacement désiré par beaucoup.
- ◆ Les perspectives d'introduction du DIU sont très grandes. Aussi, la méthode est discrète et engendre un minimum d'effets secondaires et les espoirs d'un retour immédiat de la fécondité après insertion constituent les trois caractéristiques préférées notées parmi les femmes qui ont participé à cette étude.
- ◆ Les perspectives d'introduction de la vasectomie et de la ligature tubaire comme méthodes de choix, exigeront de très grands efforts d'éducation comme la permanence de ces méthodes ne constitue pas une caractéristique désirée.
- ◆ Plus de travail d'éducation intensif est à exécuter avec les groupes des hommes pour vaincre leur résistance à s'impliquer dans la planification familiale et à appuyer l'usage de leurs femmes de la contraception moderne. Des projets d'avenir doivent se bâtir sur le succès des projets antérieurs ciblant les hommes comme moyen d'accroissement à l'accès des femmes à la contraception.
- ◆ Les hommes reconnaissent l'importance de l'espacement dans l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant, ainsi ces aspects doivent être mis en valeur dans les campagnes d'éducation sur la contraception. Une attention spéciale doit être soutenue pour faciliter la communication entre maris et femmes pour amoindrir la suspicion autour de l'utilisation par les femmes de la contraception.
- ◆ Des efforts d'éducation doivent comprendre les leaders religieux et ceux des femmes qui jouent un rôle important aux yeux du public aussi bien que dans les rapports individuels avec les membres de la communauté.

Parmi les populations que nous avons rencontrées, le désir d'espacer les naissances est presque universel. Les hommes, les femmes croient en la promotion de la bonne santé des femmes et des

enfants, et ils voient l'espace des naissances comme un moyen d'y parvenir. Bien que l'introduction des méthodes permanentes dans la gamme de méthodes disponibles en Guinée soit un défi, exigeant plus de temps et de sensibilisation, l'introduction du DIU peut s'avérer un excellent accès en termes de préférences des communautés et la nécessité de leur offrir des méthodes dont la flexibilité dans la durée et le retour immédiat de la fécondité sont des préférences clés. Bâti sur les succès des projets antérieurs dans la planification familiale et travailler au sein du tissu culturel des communautés, favoriseront une plus grande connaissance de la méthode et la possibilité d'aider les individus à satisfaire leur attente de la taille familiale.

Introduction

Les indicateurs de sante en Guinée pour de la mère, le nourrisson et l'enfant sont alarmants. Les taux de mortalité maternelle sont parmi les plus élevés au monde, avec un ratio de mortalité maternelle estimé à 740 décès pour 100 000 Naissances Vivantes ou près de deux fois le ratio global de 400 pour 100 000 naissances directes (OMS/UNICEF/FUNEAP, 2000). Des 192 etats membres de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la Guinée occupe le 28^{ème} rang pour les taux les plus élevés de mortalité infantile (94,3 décès pour 1000 naissances directes) et 23^{ème} pour la mortalité des enfants de moins de cinq ans (160,0 décès pour 1 000 naissances directes) (OMS, 2003).

L'utilisation de la contraception, reconnue comme un important moyen pour empêcher la mortalité maternelle et promouvoir l'espacement des naissances contribuant à la meilleure santé de l'enfant est très basse en Guinée. La connaissance d'au moins une méthode de planification familiale chez les femmes mariées en âge de procréer est de 70,3 % (la connaissance de toute méthode moderne est légèrement plus basse, à 69,1 %) ² un examen plus approfondi de la connaissance de la planification familiale montre une connaissance erronée envers les pilules (36,2 %), les injectables (54,9 %) et les capotes (55,1 %). La connaissance des méthodes de longue durée, plus efficaces, est considérablement basse avec celle de la stérilisation de la femme, le dispositif intra-utérin (DIU) et la vasectomie à 32,5 %, 15,3 % et 3,9 % respectueusement. La prévalence de l'une de ces trois méthodes n'excède pas 0,5 % comparée aux 4,2 % pour toute méthode moderne (ORC Macro, 2005).

Peu de données récentes existent pour expliquer la basse prévalence de la planification familiale en Guinée. La faible demande peut ne pas nécessairement expliquer cette situation, étant donné que le besoin non satisfait pour la planification familiale est évident. Parmi les femmes mariées, le besoin non satisfait pour la planification familiale est de 24% avec 16% exprimant un désir d'espacement. Les jeunes femmes (entre 15 et 34 ans) ont tendance à indiquer un désir d'espacement, mais demandent des changements à se limiter aux femmes âgées de 35 ans et plus.

Le manque de disponibilité et de la connaissance aussi bien que les facteurs religieux et sociaux constituent quelques barrières à la contraception identifiées avant les études. En décrivant la campagne de média du projet PRISM³ en Guinée, Blake et Babalola (2002) ont noté que les épouses discutent rarement de la planification familiale et ont indiqué que l'appui pour les méthodes est bas. Une étude qualitative conduite parmi les jeunes Guinéens de (15 à 24 ans) à N'Zérékoré, Faranah et Kankan ont indiqué que bien les jeunes soient très conscients de la contraception, leur connaissance était superficielle et beaucoup de fausses rumeurs existaient à propos des méthodes spécifiques (centre pour les programmes de communication 2003). Dans une autre étude conduite avec les hommes et les femmes non mariés âgés de 15 à 24 ans à Faranah, Kissidougou et Guekédou se méfient des méthodes modernes qui abondent (Görge et al., 1998).

Les participants à ces discussions associaient la contraception moderne à l'infertilité, à la promiscuité et la prostitution accrue, particulièrement chez les jeunes femmes. Des sondages avec

² Toutes les données qui suivent sont tirées des enquêtes de Démographie et de santé de 1999 en Guinée (DHS) (DNS, 2000) sauf indication contraire.

³ Pour renforcer les interventions en santé reproductive et MST/ SIDA, un projet dirigé par Management Sciences for Health.

les leaders religieux dans les régions de N'Zerekoré, Faranah et Kankan ont montré qu'approximativement un tiers de ces leaders croient que la planification familiale encourage l'adultère (Blake et Babalola, 2002). D'autres croient également que les méthodes spécifiques sont interdites par l'Islam, en particulier les méthodes chirurgicales permanentes.

En outre, les facteurs affectant la demande, les problèmes d'approvisionnement en contraceptifs peuvent entraver davantage la disponibilité et conduire aux subséquents bas niveaux d'utilisation. Une enquête au niveau des formations sanitaires conduite en Guinée, a identifié un manque d'équipements essentiels pour les services de santé de la reproduction, un manque de DIU et un manque d'information sur le DIU, durant les consultations de planification familiale (Eckert et al., 2002). Les évaluateurs ont noté la nécessité de centrer la consultation plus sur les besoins individuels des femmes que sur leur connaissance limitée de la contraception. Une évaluation des besoins de performance effectuée dans les régions de Conakry, Faranah et Kankan a révélé des résultats similaires avec des prestataires qui engagent rarement les clientes dans des discussions à propos de leurs intentions reproductives (Projet ACQUIRE 2005). Les liaisons entre la planification familiale et les soins prénataux ou postnataux ont été également jugées faibles car seulement trois sur 20 clientes ont reçu les informations sur la planification familiale pendant ces interactions.

Pour une meilleure compréhension des problèmes liés à la demande et à l'offre autour de la planification familiale en Guinée, le projet ACQUIRE⁴ avec l'assistance technique de Family Health International (FHI) a entrepris un projet de recherche pour identifier les connaissances et les barrières des communautés à l'utilisation des méthodes permanentes et de longue durée de contraception (MPLD)⁵. Le DIU est d'un intérêt particulier qui globalement est hautement efficace à la fois en tant que méthode à court et à long effet, qui a un taux élevé de satisfaction parmi les utilisatrices et qui est économique à partir du point de vue d'programmation. Cette étude est une composante d'un programme de trois phases qui a pour but d'accroître la conscience et l'accès aux MPLD en Guinée, de ce fait accroître la gamme des méthodes disponibles aux femmes au delà des méthodes hormonales leur permettant de mieux satisfaire les besoins d'espacement et de limitation des naissances.

Le programme pilote global, qui focalise la région de la Haute Guinée est le complément du travail de formation et de supervision en insertion/retrait du DIU déjà entrain d'être effectué à travers PRISM. Il implique une collaboration étroite avec PRISM, aussi bien que l'Agence Adventiste d'Aide et de Développement (ADRA), un partenaire de ACQUIRE et Sauvez les Enfants-US qui sont tous deux membres formateurs de la communauté dans la promotion de la santé. Les résultats tirés de cette étude sont entrain d'être utilisés pour développer une stratégie de communication et de marketing social et des messages IEC pour éduquer les communautés sur la planification familiale en général et sur le DIU en particulier.

⁴ Le projet ACQUIRE (qui signifie accès, qualité et usage en santé reproductive), un leader mondial avec l'accord coopératif associé, financé par l'Agence Etats-Unis pour le développement international (USAID) Washington, a été récompensé en octobre 2003 à EngenderHealth et ses partenaires, qui sont l'Agence Adventiste d'Aide et de Développement, CARE, IntraHealth International, Inc., Meridian Group International, Inc., la Société pour les Femmes et Sida en Afrique et SATELLIFE.

⁵ Cette terminologie a été changée à partir des méthodes permanentes et à long terme à méthodes permanentes et à long effet pour plus souligner l'avantage de la méthode et moins la durée de son usage.

Objectifs de l'étude

Comme antérieurement énoncé, l'objectif principal de cette étude était de comprendre les connaissances et les barrières de la communauté à l'utilisation des MPLD en particulier, le DIU. Les objectifs spécifiques sont les suivants :

1. Evaluer les connaissances des communautés sur les MPLD, en particulier le DIU ;
2. Comprendre les attitudes des communautés envers l'espace et la limitation des naissances et envers les MPLD ;
3. Identifier les barrières potentielles (individuelles, institutionnelles ou sociales) auxquelles les femmes et les hommes peuvent faire face en choisissant les MPLD ; et
4. Déterminer les types de messages et de stratégies qui peuvent être utilisés pour accroître la demande et l'utilisation des MPLD dans les communautés d'étude.

Enfin, le but de l'étude est d'utiliser les informations recueillies pour développer une stratégie d'information et de communication qui accroîtront l'accès et l'utilisation des MPLD avec un accent particulier sur le DIU.

Méthodologie

Les méthodes de collecte des données ont consisté à faire des interviews avec des informateurs clés et des discussions de groupes (focus groupes) dans les communautés d'étude. ACQUIRE/EngenderHealth a élaboré le protocole et les guides d'entretien pour les discussions de groupes et les interviews approfondis, avec l'assistance technique de FHI. Le protocole de l'étude et les outils de collecte des données ont été revus par les Comités d'Ethique de EngenderHealth et FHI. Ils ont été traduits en Français et soumis à la section recherche du Ministère Guinéen de la Santé Publique qui les ont approuvés en septembre 2004.

Pour ce qui est de la préparation de l'étude, le personnel du programme et un consultant local de EngenderHealth se sont réunis avec les partenaires que sont PRISM, ADRA, l'Association Guinéenne pour le bien-être familiale (AGBF) et Sauvez les enfants qui sont très actifs dans les deux préfectures identifiées pour l'étude, Kankan et Siguiri en Haute Guinée. Le but de cette réunion était de discuter le protocole proposé et de bien accorder beaucoup de détails du projet (telles que les catégories des informateurs clés) pour qu'il soit adapté aux communautés de l'étude. La conclusion de cette réunion a été que, quatre communautés en tout, deux urbaines et deux rurales ont été choisies dans les préfectures de Kankan et de Siguiri.

Deux membres du personnel provenant de FHI se sont chargés de la formation des équipes de collecte des données. La session de formation d'une semaine a consisté à l'initiation aux méthodes qualitatives, une révision de tous les guides de l'étude, les jeux de rôle et un réexamen du consentement éclairé et des procédures éthiques. Pendant ce temps, les guides ont été testés sur le terrain et des ajustements ont été faits.

La conception de l'étude a comporté des interviews individuelles avec 16 informateurs clés. Les prestataires de service, les leaders des groupes féminins, les leaders de communauté et ceux religieux (Imams) ont également été interrogés.

Douze discussions de groupes (focus groupes) de neuf à douze participants ont également été incluses dans la conception de l'étude. La stratégie de stratification a consisté à des groupes organisés à travers les communautés et leurs sexes. Huit des douze focus groupes ont consisté en des participants qui ont été des femmes en âge de procréer (âgées de 16 – 44 ans). Les groupes des femmes ont été davantage stratifiés selon leur utilisation de la contraception moderne contre la non utilisation pour avoir une meilleure compréhension des points de vue en ce qui concerne la contraception à partir de ces deux groupes. Compte tenu du fait que les estimations nationales notent que près des trois quarts (73,5 %) des femmes se marient à l'âge de 20 ans), la conception de l'étude a proposé seulement l'inclusion des femmes mariées.

Les quatre groupes restants ont consisté à des hommes. Selon la EDS II - Guinée de 1999, les hommes se marient plus tard que les femmes, en plus, les partenaires locaux ont indiqué que même des hommes de 60 ans se sont rendus dans des cliniques pour chercher la planification familiale pour leurs épouses. En conséquence, l'éventail de l'âge des participants a été de 25 à 60 ans. Bien que la polygamie soit ordinaire dans les régions de l'étude, la conception de l'étude n'a pas stratifié par type d'union matrimoniale (polygame contre monogame) ni pour les femmes, ni pour les hommes pour maintenir un nombre gérable de groupes de discussion.

Les participants ont été recrutés avec l'aide des leaders communautaires. Les leaders ont organisé des rencontres au cours desquelles les détails de l'étude ont été partagés et des individus invités à y participer. Les membres communautaires qui ont pris part à cette rencontre ont été assurés que l'implication dans l'étude était volontaire. Le consentement verbal des participants a également été recherché avant les discussions des groupes et les interviews individuelles approfondies.

La collecte des données a eu lieu en octobre 2004. La plupart des interviews et toutes les discussions des groupes ont été conduites en Malinké, la langue locale en Haute Guinée. Cinq interviews ont été conduites en Français. Toutes les interviews ont été traduites à partir du magnétophone et transcrites en Français. Celles qui étaient en Français ont été directement transcrites. Toute l'analyse a été effectuée en Français.

Les codes de l'analyse ont été élaborés avec l'assistance de FHI et un représentant de Group International, Inc., un partenaire de ACQUIRE et l'agence qui dirige l'effort de développement de la stratégie de la campagne. Les données ont été analysées en utilisant Atlas TI. Tout le codage a été effectué par l'auteur principal, un membre du personnel de ACQUIRE/EngenderHealth.

L'analyse a été limitée à 11 focus groupes et 11 interviews⁶. La table N°1 ci-dessous montre le nombre de personnes d'interrogées et les participants des groupes de discussions pour chacune des communautés de l'étude.

Table N° 1 : Description de l'échantillon de l'étude¹

Préfecture/ communauté	Méthode de collecte des données	Type et nombre de répondant/s
Kankan/Salamani	Interviews approfondies (3)	Leader communautaire (1) Leader religieux (1) Leader des femmes (1)
	Discussions de groupes (3)	Femmes utilisatrices de la contraception moderne (pas disponible) Femmes non utilisatrices (12) Hommes (12)
Kankan/Balandou	Interviews en approfondies (3)	Leader communautaire (1) Prestataire (1) Leader des femmes (1)
	Discussions de groupes (3)	Femmes utilisatrices de la contraception moderne (9) Femmes non utilisatrices (10) Hommes (12)
Siguiiri/Kouradakoro	Interviews approfondies (4)	Leader communautaire (1) Prestataire (1) Leader religieux (1) Leader des femmes (1)
	Discussions des groupes (2)	Femmes utilisatrices de la contraception moderne (7) Femmes non utilisatrices (12)
Siguiiri/Doko	Interviews approfondies (1)	Leader communautaire (1)
	Discussions des groupes (3)	Femmes utilisatrices de la contraception moderne (12) Femmes non utilisatrices (12) Hommes (12)

¹ Ce tableau ne montre pas les groupes focalisés ou les interviews en profondeur qui ont été exclus de l'analyse finale.

⁶ Nous avons exclus une discussion de groupe focalisé et cinq interviews en profondeur de l'analyse parce que les procédures de consentement informé n'ont pas été suivies selon nos directives de l'étude.

Résultats

Les résultats ont été analysés pour 11 Focus groupes et 11 interviews approfondies à travers les communautés de l'étude de Salamani, Balandou, Kouradakozo et Doko tous situés dans la région administrative de la Haute Guinée.

Dans la section qui suit, nous examinerons certains des problèmes économiques et socioculturels définissant la région de l'étude.

Contexte

La Haute Guinée se situe dans la partie Nord Est du pays et borde le Mali. La zone est plutôt connue comme une zone minière et beaucoup moins pour l'agriculture car le sol est aride. Plus précisément, Salamani est une zone urbaine de Kankan où les habitants s'impliquent principalement dans le commerce et l'agriculture. Balandou est une zone périurbaine avec l'agriculture et le commerce comme principales activités. Kouradakoro (urbaine) et Doko (rurale) toutes situées dans Siguiri sont connues comme des zones minières et Karifomoriah dans la préfecture de Kankan, une zone périurbaine avec des activités commerciales et minières ont été choisies pour servir de site pour le test expérimental.

Les Malinkés (ou Mandinkas) constituent le groupe ethnique prédominant en Haute Guinée. Les musulmans sont majoritaires dans la région, l'islam sunni étant la branche suivie par la plupart des musulmans dans le pays et dans cette région (le Département d'Etat Américain, 2005). Le Rapport International sur la Liberté Religieuse de 2005 cite l'estimation du Ministère de la Ligue Islamique Nationale que 70% des musulmans pratiquent leur foi régulièrement. Les imams, les leaders religieux et les enseignants jouent un rôle d'influence dans les communautés de la Haute Guinée (Blake et Babalola, 2002)

Le mariage précoce (Görge et al., 1998), la grossesse et les grandes familles constituent la norme culturelle chez les Malinkés en Haute Guinée (Levin, 2002). Comme dans la plupart de la société en Guinée, celle de la Haute Guinée est patrilinéaire (Levin, 2002; Blake et Babalola, 2002) et à dominance masculine (Blake et Babalola, 2002). Les ménages consistent en un homme et sa femme ou ses femmes s, les enfants de ces femmes et sa mère, ne serait-ce qu'une petite partie de l'année (Levin, 2002).

L'étude qualitative de Levin sur les décisions de naissance chez les femmes Fulbé et Malinkés à Dabola (également en Haute Guinée) a examiné le rôle des femmes dans ces cultures. Les résultats de l'étude ont souligné l'importance du mariage, des accouchements multiple liés au standing et rang social des femmes et leur accès aux ressources au sein d'un ménage. Les stades de la vie plutôt que les années chronologiques définissent les cours de la vie féminine et ses étapes sont liées au mariage et à l'accouchement. Ainsi les femmes au second stade (ou *sunkuru ni*) cherchent à avoir plusieurs enfants dès que possible pour s'établir dans le ménage de leur mari. Un autre exemple, *koro muso* (vieilles femmes qui ont cessé les accouchements après six ou sept enfants) tournent leur attention vers l'affaiblissement des ressources ménagères et autres demandes parmi leurs différents enfants et les femmes de leurs enfants. De cette façon, les belles mères ont une influence considérable sur les ménages de leurs enfants.

Cet ensemble de témoignages utilisé comme contexte, nous considérons à présent les résultats provenant des discussions de groupes et des interviews approfondies effectués dans les communautés de l'étude.

Taille de la famille

Selon les répondants individuels et des groupes, la culture Malinké a traditionnellement préféré les grandes familles :

Avoir beaucoup d'enfants, c'est mieux que de ne pas avoir beaucoup d'enfants.

—participant homme, Salamani

Avoir de nombreux enfants, fournit à un père, une extra main d'œuvre pour le travail de la ferme. Il donne à la famille, particulièrement aux parents, la sécurité à leur vieillesse, à cause de l'espoir qu'au moins un des nombreux enfants réussira dans la vie. La mortalité infantile, comme beaucoup de répondants l'ont indiqué, souligne davantage le besoin de grande famille. Les grandes familles ont également une importance symbolique dont la signification est la force, le pouvoir et l'influence sociale. Des hommes dans l'un des groupes ont indiqué que :

C'est la masse qui a la force.

—participant homme, Salamani

Les hommes riches se marient habituellement à plus d'une femme, desquelles doivent naître de lui beaucoup d'enfants.

Malgré ces conventions sociales, quelques participants ont indiqué que les petites familles deviennent plus préférables, étant donné les changements économiques et sociaux. La vie communautaire a antérieurement plus contribué pour les grandes familles, avec chacun dans la communauté contribuant pour la famille en cas de difficulté. Toutefois, les temps modernes ont apporté des difficultés économiques plus grandes. Les parents peuvent mieux supporter, nourrir et éduquer une famille avec peu d'enfants. Les femmes, en particulier, lient l'idée de grandes familles à la souffrance en indiquant que les femmes souvent portent le fardeau de soins pour les enfants elles seules :

C'est la femme qui fait tout, donc quand tu feras beaucoup d'enfants la souffrance devient grande, les hommes ne dépensent plus pour nous.

—femme utilisatrice, Balandou

Dans les groupes des hommes, peu ont souligné que les accouchements sont devenus chers et que les dépenses s'ajoutent au fur et à mesure que vous payez les coûts médicaux liés à la grossesse et à l'accouchement.

Les opinions sur comment s'effectue la prise de décision en ce qui concerne la taille de la famille ont varié à travers les groupes. Selon certaines participantes, les femmes elles – mêmes prennent la décision pour la taille de la famille étant donné le rôle minimal que les hommes jouent dans la vie de la famille. D'autres ont souligné que les décisions sont prises conjointement avec les hommes. En général, pourtant, beaucoup de participants ont déclaré que les hommes tendent de prendre les décisions sur la taille de la famille, notamment parce qu'ils choisissent le nombre de femmes qu'ils veulent avoir. Si un homme ne veut que peu d'enfants, il se marie à peu de femmes :

Le problème de nourriture est assez difficile et quand on a assez d'enfants il y aura assez de raté parce qu'on n'aura pas le temps de s'occuper de tous ces enfants donc raison pour laquelle on doit se planifier et limiter aussi le nombre d'épouses. Quand on a assez de femmes, on aura assez d'enfants..

— leader communautaire, Salamani

En plus du couple, d'autres individus semblent également jouer un rôle dans le processus de la prise de décision. Il a été noté que les parents et les beaux parents influencent la prise de décision précisément parce que les femmes vont dans la demeure de leurs beaux parents après leur accouchement pour une période d'abstinence et d'allaitement (maternel)⁷. Les coépouses ont été également décrites comme ayant un rôle important alors indirect dans les problèmes de la taille de la famille. Les sentiments de jalousie qui existent entre les femmes peuvent les motiver à porter beaucoup d'enfants pour maintenir un rôle proéminent comme femme favorite. La peur qu'un époux se mariera à une autre femme pour avoir des enfants existe également.

Participant n° 1

C'est les hommes qui poussent les femmes à faire beaucoup d'enfants. Quand une femme leur dit qu'elle veut seulement trois ou quatre enfants, ils disent qu'il vont épouser une deuxième femme pour faire beaucoup d'enfants. Et par jalousie les femmes font maintenant plus qu'elles n'en voulaient. Actuellement avec l'introduction des produits de la planification familiale et l'information les gens commencent à comprendre avec la cherté de la vie. C'est pourquoi les femmes ont eu l'idée de se planifier car cette lourde charge de la famille les appartient.

Participant n° 2

Les hommes ne sont pas les mêmes il y a des hommes dès que leurs femmes font un temps sans faire des enfants il se décide de marier une autre en disant de celle qu'elle ne fait pas d'enfants.

—femme non utilisatrice, Doko

Selon beaucoup de répondants, Dieu et la religion jouent un rôle dans la prise de décision de la taille et la composition de la famille. Quelques répondants soulignent que les individus ont un devoir religieux de veiller au bien être de leurs enfants qu'ils peuvent supporter. Cette perception qui représente un rôle plus actif pour l'individu, néanmoins, contraste avec la perception exprimée par d'autres que Dieu seul contrôle tous les aspects de l'accouchement. Bien qu'essentiellement, les individus n'aient aucun contrôle sur le nombre d'enfants ou la composition de leur famille, ils peuvent se reconforter de connaître que seul Dieu leur fournit autant d'enfants qu'ils peuvent en supporter. Il est intéressant de noter que quelques participants ont initialement répondu que Dieu seul peut décider du nombre d'enfants qui peuvent être considérés comme une réponse plus normative, mais ensuite ont suivi des réponses avec un nombre exact d'enfants, en indiquant qu'ils ont en effet des préférences personnelles.

Espacement et limitation des naissances

Les répondants individuels et des discussions de groupes soulignent que l'espacement entre les naissances est accepté et encouragé. En général, la période d'espacement convenable est de deux à trois ans, bien que peu de participants aient indiqué quatre à cinq ans à leur idéal. La période d'espacement de deux ans est dite originaire du coran et est approuvée dans la culture Malinké. Les leaders religieux et les participants dans les discussions, en fait, ont souligné que les leaders religieux prêchent que les enfants doivent être espacés de deux à trois ans et que cet espacement est réalisé à travers l'abstinence et l'allaitement combinés. Pendant ce temps, le mari et la femme dorment séparés, sous des toits différents.

⁷ Les participants ont souligné que, selon la tradition culturelle et religieuse, les femmes sont supposées s'abstenir des rapports sexuels avec leur mari pendant la durée de leur allaitement. Certaines femmes peuvent aller vivre dans leur famille ou chez leurs beaux pendant cette période.

Selon la plupart des répondants, l'acceptabilité de l'espacement des naissances est enracinée dans ses avantages perçus à la fois pour la mère et pour l'enfant. Beaucoup se sont référés à la nécessité de donner aux femmes une opportunité de « se reposer » entre les grossesses aussi bien que de renforcer la santé du nouveau né. Peu de participants ont également mentionné la « paix de l'esprit » que l'espacement apporte au père, en sachant que sa femme et son enfant seront en bonne santé. L'espacement semble également avoir une très grande importance étant donné les changements contextuels dans la vie quotidienne. Des participants ont décrit les défis économiques et sociaux comme facteurs dans la décision d'espacement en disant que le coût de la vie est trop élevé. Les utilisateurs, en particulier ont parlé de la « souffrance » à la fois physique et financière que les femmes éprouvent quand les naissances ne sont pas bien espacées.

A partir de nos données, il n'est pas clair si l'espacement des naissances se discute habituellement entre les couples. Un certain nombre de femmes (utilisatrices et non utilisatrices) ont indiqué que les femmes prennent la décision d'espacer les naissances de leur propre chef. Beaucoup ont souligné que la décision dépend de l'intéressée car les femmes (souffrent) les conséquences des grossesses mal espacées. Elles sont les seules qui prennent soin des enfants lorsque ceux-là tombent malades et elles sont également les pourvoyeuses de ces enfants. Vu que leur attention se focalise sur les enfants, elles sont incapables de satisfaire leurs propres besoins. D'autre part les hommes sont vus comme n'ayant aucune implication dans la planification familiale, l'espacement des naissances et dans certains cas, les soins de leurs enfants.

D'autres femmes (utilisatrices et non utilisatrices) ont souligné que les hommes et les femmes prennent ensemble la décision d'espacement, bien qu'il ne soit pas clair si ceci reflète la réalité du processus de prise de décision ou son idéalisation. En plus, il n'est pas clair si l'espacement des naissances résulte d'une discussion active entre les couples ou si les couples simplement suivent les normes sociales sans beaucoup de discussion. Les participants dans les groupes des hommes ont rapporté que les hommes décident, mais dans ces cas la décision est habituellement prise avec les informations fournies par les femmes.

A la différence de l'espacement, la limitation au premier coup d'œil ne paraît pas être sanctionnée au sein des communautés. Quelques participants ont souligné que dans la culture Malinké et la religion, on s'attend à ce que l'individu se marie et fasse des enfants, donc la limitation n'est pas une option. Un participant a souligné, la fierté d'une femme est de faire des enfants pour son mari, si une femme choisit de ne pas avoir des enfants, ceci peut être un motif de divorce. Arrêter la fertilité d'une femme n'est généralement pas permis et très peu d'individus cherchent volontairement à le faire.

La limitation est pourtant précise dans certaines conditions. Un imam a souligné qu'il y a deux situations dans lesquelles mettre fin à sa fertilité est admissible : Premièrement, dans l'éventualité d'une grossesse difficile et deuxièmement, si la femme fait face à un accouchement difficile. Dans ces scénarios, la limitation n'est pas vue comme un choix, mais comme une nécessité ou un acte divin. La prise de décision n'est pas du ressort du couple, mais plutôt de celui du médecin qui assiste les naissances de la cliente.

En outre, bien que l'idée de terminer activement sa fertilité puisse ne pas être acceptable comme un choix volontaire, les attitudes envers la limitation de la taille de la famille sont moins claires. Peu d'hommes ont souligné que la taille de la famille peut être limitée en ayant peu d'épouses ; d'autres ont suggéré qu'une autre voie pour limiter la taille de la famille, est de prolonger la durée de l'espacement. Une femme continue les accouchements jusqu'à la ménopause, mais elle peut faire peu d'enfants en n'étant en grossesse que chaque quatre ou cinq ans plutôt que chaque deux ans.

Contraception

A travers les discussions de groupes, la planification familiale paraît être largement acceptée mais explicitement dans le concept d'espacement. Les différences d'opinion tendent à se produire sur le type de contraception qui doit être utilisé pour l'espacement et comment cette décision doit être prise. Dans la section ci-dessous, nous considérerons la connaissance, les attitudes et l'utilisation de la contraception chez les répondants ainsi que le processus de prise de décision de la contraception.

Connaissances, attitudes et l'utilisation de la contraception

Les participants ont été demandés d'identifier ce que font les femmes lorsqu'elles veulent éviter une grossesse ou un espacement de naissances. Les réponses ont révélé que la connaissance de la contraception varie à travers les différents groupes et selon les répondants. Les non utilisatrices étaient plus familières avec les méthodes traditionnelles (explicitement, l'abstinence et l'allaitement) qu'avec les méthodes modernes ; bien que certaines aient entendu parler de pilules et d'injectables. Par contre, les utilisatrices ne savaient que très peu des méthodes traditionnelles, mais étaient particulièrement familières avec les pilules et les injectables. Elles ont souligné que ces dernières sont les deux méthodes offertes dans les centres de santé. Les participants dans les groupes des hommes et la plupart des répondants individuels semblaient être familiers avec les capotes, les pilules et les injectables ainsi que l'allaitement et l'abstinence et les autres méthodes traditionnelles. Personne n'a spontanément mentionné la vasectomie ou la ligature tubaire comme une méthode de la contraception. (Une discussion de DUI suit.)

Quelques utilisatrices et des participants hommes semblent n'avoir qu'une toute petite confiance aux méthodes modernes. Ceci semblait particulièrement être le cas chez les participants et les leaders de Salami. Ils avaient confiance aux femmes âgées du village.

Participant :

Y a d'autres qui évitent les grossesses à travers ces comportements, par les méthodes des vieilles femmes ; eux préfèrent ça là que les méthodes hè modernes.

Enquêteur :

Pourquoi ?

Participant :

Parce ils ont confiance aux vieilles femmes que hè, comment on appelle hè, les la modernisation de la santé, pour la santé arrive souvent à trompe, hè tromper les vieilles femmes, d'autres vieilles femmes ah eux, elles ne trompent pas hè.

— leader communautaire, Salamani

Les non utilisatrices ont expliqué que leurs amies et certaines d'entre elles qui ont utilisé les méthodes modernes, ont éprouvé des effets secondaires tels que le gain de poids, les maux de tête, les règles prolongées ou leur absence et en particulier le retard au retour à la fertilité ou même l'infertilité. Les hommes ont également exprimé des inquiétudes sur beaucoup d'effets secondaires. Dans le passage qui suit, un participant homme explique ce qu'il voit comme rapport entre injectables, aménorrhée (un des effets secondaires) et infertilité (une des effets secondaires perçus) :

Vous savez, tant que la femme a ses règles, elle est fertile. Mais quand elle ne voit plus ces règles à cause des piqûres, elle ne peut pas faire des enfants.

— participant homme, Balandou

Beaucoup de non utilisatrices et des participants hommes n'ont donc pas approuvé l'utilisation des méthodes modernes. Peu ont cru que les méthodes modernes sont réversibles et que les injectables peuvent causer les avortements. Les méthodes modernes ont été également vues inefficaces avec

peu de participants décrivant les grossesses non désirées que leurs amis ou qu'eux-mêmes ont éprouvé en utilisant les pilules. L'une de quelques méthodes modernes que les hommes ont appuyée, a été la capote, qui a été perçue efficace et sûre parce qu'elle ne produit aucun effet secondaire.

Les hommes ont particulièrement exprimé leurs inquiétudes sur l'usage des femmes de la contraception moderne conduisant à leur infidélité. La contraception moderne permet à une femme d'avoir des relations sexuelles sans peur de grossesse à partir, soit de leur époux ou tout amant potentiel. Certains hommes ont mentionné que l'utilisation de la contraception exige une justification raisonnable, habituellement la maladie. Si une femme prend la décision d'utiliser une méthode moderne de contraception avec l'approbation de son mari, l'époux fera face au ridicule de ses amis et de sa femme.

Ces individus ont également exprimé l'inquiétude que les adolescentes et les jeunes femmes feraient usage de la planification familiale avant le mariage. Certains ont eu peur que ce nombre croissant de jeunes femmes ne recherchent la contraception moderne car protégées contre la grossesse, elles se comportent avec promiscuité et de manière irresponsable. Toutefois, quelques répondants mâles et femelles ont contré cette perception ; ils ont décrit comment les jeunes femmes et particulièrement leur mère, peuvent voir en la contraception moderne, une opportunité pour s'assurer que ces jeunes femmes continuent leurs études dans les écoles.

Les participants mâles ont également indiqué que les méthodes traditionnelles sont de loin moins chères par rapport à celles modernes. Certains ont indiqué que la planification familiale est nécessaire, particulièrement à cause de l'économie courante, mais le coût constitue la barrière à l'utilisation des méthodes modernes de contraception. Un participant a indiqué qu'après que sa femme ait commencé l'utilisation des injectables, elle a commencé à éprouver des effets secondaires et que le traitement demandé pour faire face à ces effets secondaires a de loin excédé le coût de l'injectable.

Les hommes en particulier tendaient à considérer la tension entre l'utilisation des méthodes modernes et traditionnelles en terme de lutte culturelle. Les facilitateurs et les participants se sont souvent référés aux méthodes modernes comme les méthodes des blancs et les traditionnelles comme celles des noirs. Les méthodes traditionnelles ont été liées à la culture Malinké et l'avènement de celles modernes a été une indication de la perte des valeurs et des traditions sociales. La décision d'allaiter et de résider avec l'un des beaux parents jusqu'à ce que le nourrisson soit âgé de deux à trois ans a été vue comme une décision d'adhérer à la culture. L'avènement de la contraception moderne a perturbé cette tradition. Un participant a souligné :

Depuis que les blancs sont venus, on est devenu inquiet.

—participant homme, Salamani

En réponse, pourtant, un autre participant dans le même groupe a formulé ce qui suit :

On doit faire tout possible d'adopter les méthodes des blanc qui sont bonnes. Mais il ne faut pas qu'on laisse toute notre culture à cause des coutumes des blancs. Donc comme ça, on peut faire quelque chose.

—participant homme, Salamani

Malgré les perceptions négatives des méthodes modernes chez certains, l'appui à la contraception était aussi fortement évident, particulièrement au niveau des utilisateurs. Les utilisateurs paraissent avoir une très grande confiance aux méthodes modernes, indiquant que celles-ci sont efficaces et ont des instructions claires pour l'usage, un dosage précis et des dates d'expiration. Bien que

certains aient éprouvé des effets secondaires, néanmoins ils appuient l'usage des méthodes. D'autres ont souligné qu'ils ne peuvent pas comprendre pourquoi les femmes utiliseraient les méthodes traditionnelles ou ils ont indiqué que les femmes utiliseraient celles-ci à cause de l'ignorance en ce qui concerne les modernes.

En dépit de cette évidence avec les discussions de groupes les leaders communautaires, religieux et les groupes féminins étaient également divisés dans leur appui à la contraception moderne. Bien que tous soient unanimes sur les avantages de l'espacement des naissances, quelques leaders ont négativement considéré les méthodes contraceptives modernes, en citant l'inefficacité et les effets secondaires (y compris l'infertilité). A l'opposé, les supporters ont assuré que les méthodes modernes étaient sûres et efficaces.

La ligature tubaire a été positivement vue à travers tous les groupes et les répondants individuels, malgré qu'elle n'ait pas été mentionnée comme une méthode utilisée pour éviter la grossesse pendant les discussions initiales sur la contraception. Une fois, qu'ils ont été explicitement sondés, les répondants ont indiqué qu'ils avaient entendu parler d'elle. A travers les groupes, beaucoup ont décrit la ligature tubaire comme une procédure de « sauver la vie » à utiliser lorsqu'une femme à une grossesse ou un accouchement difficile ou si elle a subi de multiples césariennes. Dans ce contexte, une légère opposition a existé sur la méthode :

On peut accepter cette méthode parce que c'est la souffrance qui fait que la femme accepte la ligature des trompes en vue de sauvegarder sa vie donc on peut ne pas refuser.

— non usagère femme, Balandou

Dans cette voie, la plupart des participants ont vu la ligature tubaire comme une méthode à ne pas choisir volontairement mais imposée à cause des circonstances.

Parmi quelques participants, particulièrement des groupes usagers mais aussi parmi les répondants individuels et groupes choisis, il y a eu la reconnaissance qu'une femme peut choisir la ligature tubaire parce qu'elle ne veut plus être fertile et avoir plus d'enfants. Dans ce contexte particulier, ils n'ont pas exprimé leur approbation pour cette méthode :

Je considère cette méthode pour les femmes qui ont des maternités à grand risque de santé. Mais je ne la désire pas comme méthode de planification.

— femme usagère, Balandou

La question pourquoi n'importe qui voudrait volontairement devenir infertile, avait été également soulevée pendant les discussions sur la vasectomie. A plusieurs occasions, la description de la vasectomie a engendré des rires à travers les groupes. Les répondants ont souligné que ni les hommes ni les femmes n'approuvent la méthode. Ils ont déclaré que les hommes polygames ne peuvent jamais avoir une vasectomie parce que celle-ci décevrait leurs épouses qui souhaiteraient continuer à faire des enfants. Aussi, la vasectomie a été comprise comme une entrave à l'éjaculation du sperme.

Prise de décision et utilisation de la contraception

Comment la décision de choisir la contraception est faite, paraît être affectée par une gamme de facteurs différents : la parité, le type de méthode choisie (capote, injectable, ligature tubaire, etc...) et la structure du ménage (polygamie contre monogamie) par exemple.

Certaines femmes dans les groupes des non utilisatrices, ont rapporté qu'elles voulaient avoir des enfants et n'étaient en conséquence pas intéressées à l'utilisation de la planification familiale.

Facilitateur :

Que pensez-vous du sujet qui nous réunit (planification familiale) ?

Participant n° 1

Moi je veux faire des enfants d'abord, je n'ai jamais pris de produits pour espacer les enfants mais quand j'accouche, je veux faire deux ans sans qu'il n'y ait de contact entre mon mari et moi. Si je veux faire des enfants après deux ans, avec le contact c'est sans problème. Pour le moment, on ne prend pas les produits quand je finirai de faire des enfants alors je prendrai les produits pour me planifier.

Participant n° 2

Moi, je n'ai qu'un seul enfant pour le moment, je ne dirai rien sur ce sujet d'abord parce que je veux faire des enfants.

— femme non utilisatrice, Balandou

D'autres ont dit qu'elles ont utilisé l'allaitement maternel et l'abstinence (refus catégorique) pour espacer leurs naissances. La décision d'utiliser cette méthode était mutuelle. Les hommes approuvent l'allaitement et l'abstinence et ne contestent pas la décision pendant le temps d'allaitement.

Facilitateur :

Décrivez le processus de prise de décision à l'égard des méthodes d'espacement des grossesses.

Participant n° 1

Ce que je sais, c'est de faire d'allaiter mon enfant. Il n'y a aucune décision à part de ça.

Participant n° 2

Ce que je vois dans ça, c'est faire allaiter l'enfant sans s'approcher de son mari pendant deux ans. Dans mon cas, mon mari approuve ma décision.

— femme non utilisatrice, Balandou

Certaines femmes ont souligné que ceci ne pose aucun problème chez les hommes polygames, qui peuvent tout simplement avoir des rapports sexuels avec les co-épouses pendant la période d'abstinence ; toutefois ceci est vu d'un mauvais œil chez les hommes monogames.

Nous pratiquons la méthode MAMA qui est en fait basée sur l'abstinence. Elle est très efficace et ne cause aucun problème de santé ni à la femme ni à l'homme. C'est seulement difficile pour un homme monogame. Pour les polygames c'est simple car il y a d'autres femmes pour lui satisfaire.

— femme non utilisatrice, Salamani

Quelques répondants ont discuté comment la décision de choisir l'allaitement et l'abstinence est faite chez les couples monogames, si discussion il y a, ou qu'est ce qui arrive quand un individu ou un couple ne respecte pas les pratiques d'allaitement et de l'abstinence avant la fin de la période des deux à trois ans. Par exemple, dans un ménage polygame, une femme peut couper court à la période d'allaitement et l'abstinence et reprendre les relations sexuelles avec son mari pour obtenir ou regagner le statut de la femme favorite.

C'est par jalousie elle font un sevrage brusque et oublie le problème de contraceptif.

— femme non utilisatrice, Doko

Les utilisatrices de la contraception moderne ont indiqué qu'on peut habituellement apprendre la contraception moderne à travers les conversations avec les amies ou d'autres femmes ainsi qu'à travers les messages à la radio à la fois nationale et rurale. Quelquefois, elles peuvent recevoir l'information dans les formations sanitaires (principalement des centres de santé mais aussi des hôpitaux) et les meetings de sensibilisation et les séances d'éducation sanitaire. Parmi les utilisatrices, certaines ont également mentionné qu'elles ont reçu l'information à partir d'un prestataire alors qu'elles emmenaient leurs enfants dans une formation sanitaire pour un contrôle ou des vaccinations.

Les femmes suivent souvent l'introduction à la contraception lors d'une visite à un centre de santé pour des informations supplémentaires. Quelquefois, un conseiller en planification familiale ou un autre prestataire décrit les différentes méthodes disponibles (habituellement les pilules et les injectables) et ensuite demande à la femme de prendre une décision. En d'autres circonstances, le prestataire peut simplement demander à une femme laquelle des méthodes elle préfère. Une autre source de méthode, est le marché local, bien que peu de répondantes aient souligné que les méthodes vendues dans cette situation sont quelquefois gardées d'une manière médiocre et donc rendues inefficaces.

Beaucoup d'utilisatrices de la contraception moderne ont rapporté qu'elles ont pris la décision d'utiliser une méthode de planification familiale sans consulter leur mari. Dans les circonstances où la femme prend la décision personnellement, elle garde aussi l'information pour son choix, n'informant donc pas son mari même après le fait.

Participant n° 1

Je suis partie sans le consentement de mon mari et jusqu'ici il ne sait si je prends la piqûre.

Participant n° 2

Moi je me suis cachée pour faire la planification familiale dès que j'ai entendu à la radio.

— femmes utilisatrice, Kouradakoro

Le contexte pourquoi les femmes gardent le secret autour de l'utilisation de la contraception de leur mari n'est pas clair : Les femmes gardent-elles l'utilisation de la contraception secrète après n'avoir pas obtenu antérieurement la permission d'utiliser la planification familiale ? Ou les femmes supposent-elles que leur mari ne les approuve point ? Comme il a été souligné, certains hommes ont des attitudes négatives envers les méthodes modernes, ainsi il peut être présumé qu'un homme s'opposera à l'utilisation par sa femme de la planification familiale. En plus, quelques femmes ont souligné quelques problèmes qui résultent de leur utilisation de la planification familiale.

Une femme, par exemple, a décrit avoir été renvoyée chez ses parents parce qu'elle faisait usage de la contraception car elle a empêché une grossesse pour trois ans. Pour revenir dans son foyer, elle promet d'avoir un enfant

Quand j'ai choisi les contraceptifs avant, j'ai fait trois ans sans grossesse ce qui n'a pas plus à mon mari et il m'a renvoyé chez mes parents. Pour pouvoir rejoindre mon foyer j'ai promis d'avoir un enfant dans un mois. C'est ainsi que j'ai changé d'avis.

— femme utilisatrice, Balandou

En dépit du fait que les femmes utilisent la contraception d'une manière secrète, les répondants dans les groupes des hommes étaient conscients que l'utilisation de la contraception se produisait chez les femmes, bien qu'aucun homme n'est souligné qu'il savait que sa femme utilisait secrètement

une méthode. L'utilisation de la contraception est gardée secrète non seulement du mari mais également des coépouses. Etant donné la compétition entre les femmes, les utilisatrices s'ont peur que leurs coépouses ne le sachent et ne le révèlent à leur mari. Une répondante utilisatrice a décrit comment ses coépouses ont appris qu'elle utilisait une méthode contraceptive et en ont informé leur mari. En conséquence la femme a failli faire face au divorce.

La femme changerait d'avis si ses coépouses apprennent qu'elle pratique la planification familiale. Mes coépouses m'ont rapportée à mon mari et j'ai failli quitter mon foyer.

—female ever-user, Balandou

En plus des coépouses et des maris, d'autres barrières à l'utilisation des méthodes modernes comportent les autres membres de la famille (tels que les beaux parents), le manque de connaissance sur les méthodes, la religion, le coût et le manque de disponibilité des contraceptifs. Une femme qui utilise une méthode de planification familiale, peut décider et même arrêter la méthode de contraception pour des raisons tels que la réprobation de l'époux, la découverte par les autres ou les effets secondaires. Comme il a été souligné plus haut, deux utilisatrices s'ont décrit comment elles ont été forcées de quitter leur foyer ou même ont fait face à la menace de divorce. Les idées fausses sur la contraception ont été également observées avec quelques personnes en indiquant que les pilules et les injectables sont des méthodes permanentes. Dans certaines circonstances, la décision de choisir une méthode moderne a été faite conjointement avec le mari et la femme. Dans le passage qui suit, un chef communautaire (monogame) décrit comment lui et sa femme sont arrivés à choisir la capote pour espacer les naissances.

Moi-même je suis planifié, donc chaque mois ma femme se rend au centre de santé alors elle discute ses problèmes alors qu'elle a eus au cours hè de ces deux premiers mois ou en tout cas des discussions qu'elle mène souvent avec la sage femme chargée de la planification familiale au centre de santé. Ma petite femme hè chaque fois que, qu'elle quitte aussi le centre de santé, elle vient m'expliquer de ce qui s'est passé entre elles c'est-à-dire que les à causeries qui se sont passées entre elles, parce moi-même, alors j'ai trouvé nécessaire avec ma femme nous avons trouvé nécessaire de, de se procurer des capotes au lieu de prendre les pilules ou bien des piqûres injectables ou bien hè comment dirais-je, un appareil pour placer donc elle a trouvé nécessaire de hè d'utiliser les capotes ; c'est ce qui fait que alors chaque fois qu'elle se rencontre avec la sage femme chargée de la planification familiale, elle vient me faire un compte-rendu.

— leader communautaire, Balandou

Bien que les hommes aient paru être peu impliqués dans la planification familiale, il est important de souligner que quelques répondants dans les groupes des hommes ainsi que dans les groupes des femmes utilisatrices ont dit avoir fait usage de la capote pour éviter les grossesses. Des hommes qui utilisaient la contraception traditionnelle ainsi que les utilisatrices de celle moderne dans les groupes des femmes, ont senti que la capote était la méthode la plus désirable car elle n'engendre aucun effet secondaire en particulier l'infertilité ou le retard du retour retardé à la fertilité. Il a été souligné que la capote est un moyen efficace pour se protéger contre les maladies. Il n'était pas clair si l'utilisation de la capote s'est produite lors des relations à la fois pendant et en dehors du mariage.

Comme beaucoup de répondants l'ont souligné, le processus de prise de décision pour la ligature tubaire a également lieu lors d'une situation urgente, après un accouchement difficile ou de multiples césariennes ou s'il apparaissait qu'une grossesse future pouvait présenter une menace à la vie. Dans ces circonstances, les médecins ont joué un rôle important dans le processus de prise de

décision en informant les maris des risques de la grossesse ou de l'accouchement auxquels les clientes font face.

Le dispositif intra-utérin (DIU)

La connaissance du DIU diffère à travers les participants et les groupes. Pour la plupart, les femmes dans les groupes des utilisatrices avaient entendu parler du DIU. Dans chacun des groupes d'hommes, les répondants étaient divisés plus également en termes de leur connaissance. Parmi les non-utilisateurs, la connaissance était faible, avec seulement quelques participants dans quelques discussions de groupes qui ont rapporté qu'ils auraient entendu parler du DIU. La connaissance chez les répondants individuels était également faible. Les sources d'information sur le DIU comportaient les amis, la famille, les formations sanitaires, à la fois en Guinée et au Mali, le Mali qui a une longue expérience en cette méthode.

Dans certains cas, les participants ont senti qu'il leur manquait des informations suffisantes pour qu'ils se fassent une opinion sur le DIU. Ils n'en avaient ni entendu parler, ni vu, donc ils n'étaient pas en position de dire si les gens dans la communauté avaient la volonté d'en faire usage. Certains ont senti qu'avec des informations suffisantes il y aurait des gens dans la communauté qui en auraient fait usage. Les autres participants et les leaders de tous les trois types ont exprimé leur approbation du DIU après avoir écouté une description de la méthode par les enquêteurs.

Dans trois des groupes, les opinions ont clairement pesé contre le DIU. Une participante dans un groupe de non utilisatrices, par exemple, n'avait jamais entendu parler du DIU et a défavorablement réagi quand elle a entendu dire que ceci est placé dans l'utérus.

Ce qu'on place dans l'utérus, je ne suis pas dans ça.

— femme non usagère, Balandou

Dans un groupe d'utilisateurs de la contraception, la plupart ont apporté avoir entendu parler du DIU et, en particulier, de bonnes choses du procédé, mais ils ont néanmoins souligné qu'ils ne feront jamais usage de la méthode ni la recommander. (Aucune raison n'avait été donnée et plus d'investigations n'avaient pas été effectuées.) Dans l'un des groupes des hommes, beaucoup se sont opposés à l'utilisation du DIU parce qu'ils ont estimé qu'il pouvait conduire à une très grande promiscuité. Ils ont estimé que les amis et la famille leur poseraient des questions sur leur appui à leurs femmes pour la même raison :

Participant n° 1

La famille ne va même pas accepter.

Participant n° 2

La famille va dire que sa femme veut commencer à blaguer et elle deviendra promiscueuse.

Participant n° 3

La famille ne sera pas contente.

Participant n° 4

Les membres de la famille qui sont au courant vont tous être découragés.

Participant n° 5

La famille n'acceptera pas. Et si vous tu l'expliques à tes amis, ils vont dire que tu est perdu.

Facilitateur :

Encore, une autre question : Si vos amis entendent que vous avez accepté, qu'est-ce qu'ils vont dire ?

Participant n° 6

Ils vont vous juger comme un fou parce que tu as autorisé ta femme d'être bordelle.

Participant n° 7

Ce que les autres ont dit, c'est ça l'essentiel. Ils vont dire que c'est toi-même qui a mis ta femme dans la prostitution.

Participant n° 8

Ils diront que tu as mis ta femme à la disposition de tout le monde.
—participants homme, Salamani

Les hommes dans ce groupe ont décrit les circonstances dans lesquelles le DIU se déplace et se perd dans le corps des femmes, entraînant de blessures, la stérilité ou la mort.

En plus de la peur que le DIU viendrait à se déplacer, d'autres perceptions négatives et fausses rumeurs étaient patentes parmi les groupes de participants et de répondants individuels. Un répondant a même décrit comment un enfant est né avec le DIU qui s'était bloqué sur son front. Une autre, dans l'un des groupes de femmes non utilisatrices a expliqué qu'une amie à elle, avait eu son DIU déplacé durant le rapport sexuel. Des femmes ont souligné que les fils du DIU sont visibles, rendant difficile le secret de la méthode aux époux. Dans peu de cas, il est apparu que les gens (à la fois répondants individuels et participants des discussions de groupes) aient épousé la fausse rumeur que le DIU était une méthode permanente.

Toutefois, beaucoup d'utilisateurs ont parlé du bien du DIU; peu de gens, y compris les utilisateurs du DIU ont dit qu'ils l'avaient conseillé aux amis et aux membres de la famille, ils ont décrit avoir entendu des amis, comment elle était une méthode efficace et réversible, ne demandant aucune opération avec aucun risque et aucun effet secondaire. Les prestataires ont souligné le retour immédiat à la fertilité et l'absence d'effets secondaires comme étant des avantages. Le peu d'utilisateurs du DIU participant aux discussions se sont référés à l'absence d'effets secondaires expliquant leur choix d'en faire usage.

Dans les autres groupes, les autres avantages du DIU qui ont été soulignés, comportaient le fait que les femmes n'avaient aucune inquiétude d'oublier la méthode, c'est une méthode qui peut s'utiliser discrètement et selon le peu de répondants, c'est une bonne méthode pour les jeunes femmes qui veulent continuer leurs études et conséquemment empêcher toute grossesse. Quelques hommes et les utilisateurs ont également présenté le DIU comme une option de stérilisation, en indiquant qu'elle est la meilleure méthode parce deux des groupes ont demandé que la méthode soit introduite dans leurs communautés.

Beaucoup d'individus et de répondants des discussions de groupes ont déclaré que comme la plupart des méthodes de la contraception, les maris constituent la plus grande barrière à l'utilisation du DIU par une femme. Certaines femmes (utilisatrices et non utilisatrices) ont souligné que les maris n'ont pas la volonté d'accepter le DIU, bien qu'ils n'aient pas donné plus de détails pourquoi elles ont pensé que c'était le cas. Les parents et les amis peuvent aussi faire obstacle à l'utilisation de la méthode par les femmes. Une autre barrière importante est simplement un manque de disponibilité et de prestataires formés en insertion/retrait du DIU. Des femmes ont souligné que la peur d'être vues dans les centres de santé par les voisines et les amies pour une méthode de PF peut également constituer une barrière. Les prestataires sont d'accord avec la plupart des barrières

identifiées dans les discussions de groupes. Ils ont également cité l'absence de méthode et de personnel formé comme barrières.

Les recommandations des participants et des répondants individuels pour un programme de relance du DIU concernent les solutions aux problèmes soulevés comme barrières. Ils ont suggéré que les programmes garantissent que des prestataires qualifiés offrent les services du DIU. Les réponses ont indiqué que le sexe du prestataire est d'une moindre importance par rapport à son niveau de compétence dans les insertions du DIU, principalement parce que la perception est que l'insertion par un (e) prestataire compétent(e) garantie contre les effets secondaires tels que le déplacement et les douleurs abdominales. Les participants ont suggéré que les prestataires travaillent en dehors des hôpitaux et des centres de santé. Globalement, l'espace physique est important pour que la confidentialité de la cliente puisse être gardée. Garder la confidentialité dans l'offre des services du DIU était vue comme une priorité étant donné les barrières que constituent les maris et les parents. Les utilisatrices de la contraception moderne ont aussi insisté sur la proximité comme une caractéristique importante pour l'environnement en déclarant que les structures sanitaires doivent être près des communautés pour faciliter l'accès.

Pour surmonter le manque d'information sur la méthode, les répondants ont recommandé dans le monde entier, que les gestionnaires des programmes effectuent des sessions de sensibilisation sur le DIU. Certains ont souligné qu'avec une éducation et une information adéquate, les gens seront plus ouverts pour une utilisation de la méthode. Beaucoup, (principalement les utilisateurs) ont suggéré que des campagnes d'éducation ciblent les hommes pour accroître leur implication dans la planification familiale et minimiser leur action négative qui constitue des barrières. Un leader de femmes et un prestataire ont conseillé que l'éducation soit faite lors des cérémonies parce qu'elles constituent l'un des moments où les hommes peuvent être atteints.

Quelques participants ont également souligné que les leaders religieux et communautaires doivent être membres des programmes d'éducation à cause de leur rôle de gardiens dans la communauté. Selon les répondants, les leaders religieux discutent largement de la planification familiale durant les services et les consultations privées, discussions focalisées sur la nécessité d'espacer les naissances par l'allaitement maternel et de l'abstinence. Chez les femmes leaders, ces discussions ont lieu le plus souvent d'une femme à une autre. Quelques répondants ont indiqué que les décideurs jouent un rôle prépondérant dans la planification familiale.

En termes de media, les participants ont conseillé l'utilisation de la radio pour communiquer les messages. Un prestataire a également souligné l'importance des posters, spécialement pour atteindre les individus qui ne peuvent pas avoir accès à la radio rurale.

Discussion et conclusions

La planification familiale est un concept largement embrassé dans les communautés avec lesquelles nous avons parlé. Les gens reconnaissent les avantages de l'espace des naissances et les différentes méthodes contraceptives, la planification familiale dans ce sens est largement pratiquée. Le défi reste dans le travail avec les communautés pour surmonter les préjugés à l'égard des méthodes modernes et d'élargir la gamme et la connaissance des autres méthodes telle que le DIU.

Dans cette section, nous prendrons en compte quelques facteurs qui peuvent avoir un effet sur les résultats de notre étude. Nous passerons alors en revue certains résultats clés, spécialement dans le cadre de la revue de la littérature et informations rassemblées sur les sujets connexes. Finalement, nous tirerons la conclusion avec quelques recommandations pour un programme de relance du DIU dans les communautés d'étude.

Limitations potentielles

Selon les consultations des experts à l'intérieur du pays avant le début de l'étude, la planification familiale est considérée comme un sujet sensible en Guinée. Pour cette raison, le concept de l'étude a proposé l'usage de facilitateurs et d'enquêteurs du même sexe. Toutefois, il n'y avait pas assez d'enquêteurs femmes. En conséquence, pour certaines discussions avec les participants femmes, les assistants hommes ont documenté les comptes rendus des réunions. Il n'est pas clair si ceci n'a pas produit quelques hésitations de la part des femmes pour faire leurs commentaires pendant les discussions.

Une autre restriction potentielle de cette étude peut être l'affectation des participants, dans quelques cas, à des groupes incorrects. Bien que les participants aient été soumis à des procédures de sélection pour déterminer leur affectation, il a été déterminé plus tard que certains qui ont été inclus dans les groupes de non utilisateurs avaient en fait antérieurement fait usage des méthodes modernes de la contraception.

Par ailleurs, ce ne sont pas tous les participants qui étaient mariés pendant la période de l'enquête ; quelques femmes qui étaient célibataires divorcées ou veuves ont participé aux discussions. De même les groupes des hommes comportaient des célibataires. De cette façon, certains groupes n'étaient pas homogènes et ainsi certains participants pouvaient ne pas divulguer l'information aussi librement que ne l'a été dans un groupe d'individus du même statut matrimonial.

La traduction d'une langue à une autre pour des objectifs d'analyse, conduit à la perte de beaucoup de nuances dans les discussions, entraînant une traduction moins correcte de la représentation de ce qui s'est réellement passé. Dans cette étude, la traduction a été un processus à deux étapes, exigeant la traduction du Malinké vers le français. En plus, aucune transcription écrite n'a été faite dans les discussions en Malinké parce que l'élaboration d'une forme écrite et standardisée du Malinké est plutôt nouvelle. Nous pensons donc, qu'il y a eu probablement quelque niveau de variabilité dans la façon comment les conversations ont été finalement traduites. Enfin, ces facteurs là, peuvent avoir conduit à quelque perte de signification à partir des discussions originales.

Nous avons pris un nombre de dispositions pour aborder ces lacunes. Les facilitateurs et les secrétaires ont revu les termes clés en Malinké et leurs traductions respectives pour assurer un degré

de standardisation. Aussi, un petit échantillon choisi d'interviews a été traduit du Malinké vers le Français par un traducteur indépendant pour examiner la fidélité des transcriptions. Les transcriptions finales ont été comparées aux notes des facilitateurs et des « secrétaires » pour s'assurer de la qualité. L'analyse a été centrée essentiellement plutôt sur les thèmes que sur les mots choisis et sur la manière dont les réponses ont été exprimées. En dernier lieu, les résultats provenant de nos discussions de groupes et les interviews approfondies ont été aussi comparées avec celles obtenues d'une série de discussions informelles des focus groupes organisés par les communications des programmes et les campagnes de marketing et communications; les deux séries de thèmes et les résultats généraux se sont avérés similaires.

Enfin, compte tenu du fait que c'est une étude qualitative avec une petite taille d'échantillons, les résultats ne sont pas généralisables au-delà des populations de l'étude. Toutefois, l'utilisation des méthodes qualitatives nous a permis de rassembler des informations sur les perceptions et les croyances de la population à l'étude, des informations qui auraient pu avoir été obtenues moins facilement par une enquête quantitative.

Recommandations

Beaucoup de résultats sur la planification familiale, la contraception moderne, l'espacement et la limitation des naissances qui sont apparus à partir de nos discussions ne sont pas exceptionnels à notre étude. Par exemple, Theophin (1999) a souligné que les hommes en Guinée sont peu impliqués dans questions de planification familiale et Blake et Babalola (2002) ont révélé que la planification familiale n'est pas beaucoup discutée dans les ménages. Les informations sur la conscience à partir des résultats miroirs des interviews et des discussions de groupes de l'EDS Guinée, avec la conscientisation sur la contraception moderne, ont pesé en faveur des pilules et des injectables. L'espacement de deux à trois ans des naissances est à encourager par le biais des enseignants islamiques, alors que la limitation en est fortement condamnée.

Les recherches antérieures ont également aidé à expliquer beaucoup de réponses typiques dans les discussions. Comme beaucoup de réponses des participants dans notre étude. Levin (2002) a souligné que les femmes dans son étude ont initialement manqué de définir les idéaux de la taille et de la composition de la famille. Cette étude a également indiqué un sens très fort de compétition entre les coépouses dans les ménages polygames, aussi trouvé dans les communautés de notre étude, qui a existé comme un facteur d'influence dans la prise de décision sur la contraception.

Les résultats, à partir de notre étude, ont indiqué que l'utilisation combinée de l'allaitement et de l'abstinence pour deux à trois ans après la naissance d'un enfant est une méthode de planification familiale largement utilisée et la plus socialement acceptée. Néanmoins, il est apparu une légère mention de ce qui arrive lorsque les couples (ou un individu dans un couple) sont répugnants à l'abstinence pour le temps nommé, malgré les indications provenant de quelques participants disant qu'une telle situation n'était pas inhabituelle. La compétition farouche entre les coépouses pour obtenir le statut de favorite, suggère davantage que les femmes peuvent avoir la volonté d'en finir avec la période d'abstinence avant l'achèvement de la norme de la période de deux à trois ans. Theophin (1999) a trouvé que, en plus de l'allaitement et l'abstinence, des couples dans la commune de Kaloum ont également fait usage du retrait, une méthode hautement inefficace à l'espacement des naissances. Etant donné le désir ardent de maintenir la période de deux à trois ans pour l'espacement, des efforts de communication doivent présenter le caractère réversible du DIU comme une méthode à la fois à court et à long effet convenable pour réussir l'espacement pour tout intervalle.

L'une des premières étapes pour l'amélioration à l'accès de la contraception en général, est de fournir de meilleures informations sur la gamme des méthodes de planification familiale. Les fausses rumeurs sur les effets secondaires des pilules et injectables existent particulièrement chez les hommes. Ces fausses rumeurs résultent des rumeurs à propos des méthodes modernes en général. En plus, bien que le manque de connaissance sur le DIU soit plus un défi qu'une désinformation, des mythes existent le concernant. Les meilleures informations sur les méthodes modernes en général, tels que les pilules et les injectables n'aideraient pas seulement à améliorer la satisfaction des utilisatrices actuelles, mais elles aideraient également à accroître l'acceptation chez les non utilisatrices et les hommes et bâtiraient un consentement plus grand pour son introduction.

En termes programmatiques pour étendre la gamme des méthodes au-delà des pilules et des injectables, les perspectives pour l'introduction du DIU sont très bonnes. Soit les femmes connaissent très peu la méthode ou ont principalement entendu parler de choses positives sur elle. De cette manière, un petit effort est nécessaire pour aborder les rumeurs antérieures et les attitudes négatives que les femmes peuvent avoir face à la méthode. A la place, les programmes peuvent viser à permettre aux femmes de connaître que la méthode existe. Aussi, la méthode est discrète, possède des effets secondaires minimum et se vante d'un retour immédiat à la fertilité, trois avantages qui ont été soulignés chez les femmes dans cette étude.

Pour les deux méthodes examinées dans cette étude, la vasectomie et la ligature tubaire comme une méthode de choix (c'est-à-dire pas dans les cas de grossesse difficile ou de césarienne) de grands efforts d'éducation sont nécessaires pour agrandir l'accès à ces méthodes. Une part de l'absence d'appel dans la décision de choisir l'une de ces méthodes est que ces méthodes sont permanentes et peu d'individus semblent volontairement vouloir mettre fin à leur fertilité. L'accroissement de l'acceptabilité des méthodes permanentes dépendra en grande partie de l'effort qui rendra le concept de la limitation des naissances plus acceptable aux individus. Pendant ce temps, les discussions des hommes dans les discussions de ses groupes suggèrent qu'il y a des barrières à la ligature tubaire pour des buts médicaux. Le fait que les utilisateurs de cette méthode aient largement eu à la chercher dans un autre pays (comme le Mali ou le Liberia par exemple) ou ils paient chère la prestation, comme il est souligné dans les groupes des hommes, indique le besoin d'accroître la disponibilité de cette méthode en Guinée pour les femmes qui peuvent en avoir besoin. On doit également offrir aux femmes l'opportunité de choisir le DIU pour la limitation des naissances, comme les participants ont indiqué son efficacité et son effet durable et qu'il pourrait en conséquence être utilisé lorsque l'opération est à éviter.

Un travail d'éducation plus intensif aura besoin d'être effectué avec les groupes des hommes pour surmonter leur résistance que nous avons rencontrée à s'impliquer dans la planification familiale et appuyer l'utilisation par leurs épouses de la contraception moderne. D'autres projets, tels que la campagne de sensibilisation des hommes de PRISM de EngenderHealth, ont reconnu la barrière que constituent les hommes à l'utilisation par les femmes de la planification familiale et ont fait des hommes une leurs cibles principalement pour améliorer l'accès à la contraception. Les projets futurs doivent suivre cet exemple.

Les hommes reconnaissent l'importance de l'espacement des naissances dans l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant, en conséquence ces aspects doivent être soulignés dans les campagnes d'éducation. Une attention spéciale doit être accordée à la communication entre les maris et les femmes pendant les sessions d'éducation pour amoindrir la suspicion autour de l'utilisation par les femmes de la contraception. Les efforts de sensibilisation des hommes doivent aborder les inquiétudes des hommes à propos de la promiscuité, les effets secondaires et le cadre de la contraception moderne comme un instrument pour mieux espacer les naissances. Certains participants (hommes) ont également souligné leur désir de connaître l'expérience avec les

méthodes modernes telle que le DIU dans d'autres pays. De telles informations peuvent aider à minimiser certaines perceptions (de suspicion envers) la contraception moderne comme étant trop culturellement étrangère.

Les hommes et les femmes à la fois sont conscients que les femmes peuvent faire face à des conséquences si leur utilisation de la contraception est découverte par un mari antipathique. Toutefois, il apparaît que ce ne sont pas tous les hommes qui sont contre la PF. Les campagnes de sensibilisation des hommes doivent être couplées avec un bon counseling des femmes, counseling qui donne aux femmes de meilleures aptitudes pour braver les réticences des époux et négocier l'utilisation de la contraception avec leurs maris.

Par ailleurs, des efforts d'éducation doivent comprendre les leaders religieux et ceux des femmes. (L'inclusion des décideurs et les leaders communautaires dépendra de la communauté comme certains de nos groupes ont indiqué que ces individus n'ont qu'une légère implication dans la planification familiale.) Les efforts d'éducation sont d'importance critique parce que les leaders religieux et ceux de femmes peuvent discuter ces problèmes à la fois au niveau personnel et en public. De tels efforts peuvent produire le grand support pour favoriser l'appui de la communauté pour la contraception dans ces cercles qui ne sont habituellement pas atteints par les activités au niveau de la communauté générale.

Conclusions

Chez les populations que nous avons rencontrées, le désir d'espacer les naissances est universel. Les hommes et les femmes croient en la promotion de la bonne santé des femmes et des enfants et voient en l'espacement un moyen d'y parvenir. Bien que l'introduction des méthodes permanentes dans la gamme des méthodes contraceptives disponibles en Guinée soit une tâche avec une véritable gageure qui exige plus de temps et de sensibilisation, l'introduction du DIU peut s'avérer excellente en termes des préférences et des besoins des communautés sur les projets proposés, étant donné que la flexibilité de la durée, de l'efficacité et l'immédiateté du retour à la fertilité après son retrait constituent des préférences clés. Bâti sur les succès des projets passés dans la planification familiale et travailler au sein de la structure culturelle des communautés, favoriseront une grande connaissance de la méthode et ses possibilités à aider les individus à satisfaire leurs attentes de la planification familiale.

Références

Blake, M., et Babalola, S. 2002. Impact of a male motivation campaign on family planning ideation and practice in Guinea. *Rapport de Terrain n° 13*. Baltimore, MD: Ecole Bloomberg de l'Université Johns Hopkins de la Santé Publique, Centre pour Programmes de Communications. avril.

Bureau de démocratie, droits de l'homme et de travail. 2006. *International religious freedom report 2005: Guinea*. www.state.gov/g/drl/rls/2005/51476.html, cité 6 avril 2006.

Centre pour les programmes de communication. 2003. Campagne des jeunes de Guinée pour la prévention du VIH et de la grossesse. Données non publiées. Baltimore, MD: Ecole Bloomberg de l'Université Johns Hopkins de la Santé Publique.

Direction Nationale de la Statistique (DNS), Ministère du Plan et de la Coopération. 2000. *Enquête Démographique et de Santé Guinée 1999*. Calverton, MD.

Eckert, E., et al. 2002. *Guinea Health Facility Survey 2001. Evaluation MEASURE* séries de rapport technique n° 11. Chapel Hill: Centre Population de la Caroline, University de la Caroline du Nord.

Görge, R., et al. 1998. Sexual behavior and attitudes among unmarried urban youths in Guinea. *International Family Planning Perspectives* 24(2):65–71.

Levin, E. 2002. Women's childbearing decisions in Guinea: Life course perspectives and historical changes. *Africa Today* 47(3/4):63–81.

OMS/UNICEF/FUNEA. Estimates of maternal mortality for 2000. <http://www.childinfo.org/areas/maternalmortality/countrydata.php>, examinée 12 avril 2005.

ORC Macro. 2005. MEASURE DHS STATcompiler. <http://www.measuredhs.com>, compilée 15 novembre 2005.

Projet ACQUIRE. 2005. Improving the use of long-acting and permanent methods of contraception in Guinea: A performance needs assessment. *Etude de E&R n° 1*. New York: Le Projet ACQUIRE/EngenderHealth.

Système d'Informations Statistiques de l'OMS (WHOSIS). 2003. www3.who.int/whosis/core/core_select_process.cfm, crée 18 avril 2005.

Théophin, C. 1999. *Hommes comme partenaires en Guinée*. Rapport non publié préparé par EngenderHealth, février.