



CESA G CENTRE AFRICAIN D'ETUDES SUPERIEURES EN GESTION

**DEPARTEMENT CESAG SANTE
MBA ECONOMIE DE LA SANTE
20e Promotion**



**LES DETERMINANTS SOCIOECONOMIQUES DE
L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION MODERNE AU
NIGER**

Mémoire soutenu pour l'obtention du diplôme de
MASTER OF BUSINESS ADMINISTRATION EN ECONOMIE DE LA SANTE

Présenté par :

Dr DIALLO Nouhou Amadou

Membres du jury :

Pr THIAM Mamadou Moustapha : Président du jury

Dr DIOP Rosalie : Correcteur

Dr NDIAYE Mansoum : Encadreur

Année académique 2017-2018

Dédicace

Je dédie ce modeste travail :

- ❖ A *ALLAH* le Tout Miséricordieux, le Très Miséricordieux, le seul à être imploré pour ce que nous désirons. Nous sommes entièrement reconnaissants pour la santé, l'inspiration et la force que vous nous avez données, qui nous ont permis d'accomplir ce travail.

- ❖ A mes *PARENTS*. Puisse ce travail vous faire honneur
- ❖ A mes *ONCLES et TANTES*
- ❖ A ma *FAMILLE*
- ❖ A mes *FRERES et SCEURS*
- ❖ A mes *COUSINS ET COUSINES*
- ❖ A mes *NEUVEUX et NIECES*
- ❖ A mon cher pays le *NIGER*
- ❖ Au pays hôte, le *SENEGAL*

Puisses Allah nous aider à bénéficier des fruits de cette étude

Remerciements

Nos sincères remerciements à *tous ceux* qui d'une manière ou d'une autre ont contribué à la réalisation de ce travail.

- ❖ Nous tenons avant tout à exprimer toute notre reconnaissance et tous nos remerciements à l'endroit de notre directeur de mémoire, le **Docteur Mansoum NDIAYE** pour avoir accepté de nous encadrer dans ce travail malgré les multiples occupations et sollicitations. Veuillez trouver ici l'expression de nos sentiments de profond respect et de gratitude,
- ❖ Nous remercions le Chef du Département Santé, le **Docteur El Hadji GUEYE**, pour la patience, la disponibilité et surtout les judicieux conseils qui le caractérisent, qui ont contribué à alimenter notre réflexion.
- ❖ Nos vifs remerciements à *toutes les intervenantes et à tous les intervenants du Cesag*, particulièrement *aux enseignants et aux personnels* du Département Santé pour les enseignements et la coordination dont ils ont su faire montre.
- ❖ Nous voudrions exprimer enfin, notre reconnaissance envers *les amis et collègues*, qui nous ont apporté leur soutien moral et intellectuel tout au long de ce travail.

Liste des sigles et abréviations

CIPD	: Conférence Internationale sur la Population et le Développement
DBC	: Distribution à Base Communautaire
DHS	: Demographic and Health Surverys
DIU	: Dispositif Intra Utérin
DPG	: Déclaration de Politique Générale
ECVMA	: Enquête sur les Conditions de Vie des Ménages et l'Agriculture
EDSN-MICS I	: 1 ^e Enquête Démographique et de Santé du Niger et à Indicateurs Multiples
EDSN-MICS II	: 2 ^e Enquête Démographique et de Santé du Niger et à Indicateurs Multiples
EDSN-MICS III	: 3 ^e Enquête Démographique et de Santé du Niger et à Indicateurs Multiples
EDSN-MICS IV	: 4 ^e Enquête Démographique et de Santé du Niger et à Indicateurs Multiples
FAR	: Femmes en Age de Reproduction
IEC	: Information Education Communication
ISF	: Indice Synthétique de Fécondité
IST	: Infections Sexuellement Transmissibles
IST/SIDA	: Infection Sexuellement Transmissible / Syndrome Immunodéficient Acquis
MAMA	: Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée
ODD 3	: 3 ^e Objectif de Développement Durable
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ONU	: Organisation des Nations Unies
PDES	: Plan de Développement Économique et Social
PF	: Planification Familiale
PF-SR	: Planification Familiale - Santé de la Reproduction
PIB	: Produit Intérieur Brute
PMA	: Paquet Minimum d'Activité
PMA	: Pays les Moins Avancés
PPTE	: Pays Pauvres Très Endettés

RGPH	: Recensements Généraux de la Population et de l'Habitat
SDRP	: Stratégie de Développement Accéléré et de Réduction de la Pauvreté
SR/SF	: Santé de la Reproduction/Planification Familiale
SRP	: Stratégie de Réduction de la Pauvreté
SSP	: Soins de Santé Primaires
TPC	: Taux de Prévalence Contraceptive
UNDAF	: Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement
VIH/ sida	: Virus de l'Immunodéficience Humaine/Syndrome Immunodéficient Acquis
ZD	: Zones de Dénombrement

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Sommaire

INTRODUCTION GENERALE.....	1
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE	8
Chapitre 1 : REVUE DE LA LITTERATURE.....	8
1.1. Arguments de la Planification familiale.....	8
1.2. Concepts de la contraception moderne.....	10
1.3. Cadre empirique	15
1.4. Cadre conceptuel	21
1.5. Définitions des éléments conceptuels du cadre.....	22
Chapitre 2 : METHODOLOGIE	25
2.1. Méthodes statistiques et économétriques	25
2.2. Présentation théorique du modèle	26
2.3. Test d'adéquation du modèle	27
2.4. Interprétation des résultats obtenus	28
2.5. Source et description des données.....	28
DEUXIEME PARTIE : CADRE PRATIQUE DE L'ETUDE	31
Chapitre 1 : PRESENTATION DU NIGER	32
1.1. Présentation cartographique	32
1.2. Situation géographique.....	33
1.3. Situation démographique.....	34
1.4. Situation économique	35
1.5. Situation Sanitaire	36
Chapitre 2 : PRESENTATION DES RESULTATS	39
2.1. Lien entre les déterminants socioéconomiques, intermédiaires et l'utilisation de la contraception moderne	39
2.2. Influence des déterminants socioéconomiques et intermédiaires sur l'utilisation de la contraception moderne	43
2.3. Hiérarchisation des déterminants socioéconomiques et intermédiaires de l'utilisation de la contraception moderne	45
Chapitre 3 : DISCUSSIONS DES RESULTATS ET RECOMMANDATIONS	47
3.1. Discussions des résultats	47
3.2. Recommandations	52
CONCLUSION GENERALE	53
BIBLIOGRAPHIE	55
ANNEXES	59
TABLE DES MATIERES	72

Liste des tableaux et figures

➤ Tableaux

Tableau 1 : Liste des variables et leur distribution.....	30
Tableau 2 : Caractéristique des enquêtées.....	40
Tableau 3 : Résultat du test de Khi-deux entre l'utilisation de la contraception moderne et les intermédiaires	41
Tableau 4 : Résultat de test de Khi-deux entre l'utilisation de la contraception moderne et les variables socioéconomiques	42
Tableau 5 : Effets des déterminants socioéconomiques et intermédiaires sur l'utilisation de la contraception moderne	44
Tableau 6 : Contribution et rang des variables à l'explication de l'utilisation de la contraception moderne	46

➤ Figures

Figure 1 : Cadre conceptuel	22
Figure 2 : Carte Administrative du Niger.....	32

Liste des annexes

Annexe 1 : Fréquences	60
Annexe 2 : Tableaux croisés	63
Annexe 3 : Régression logistique.....	68

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CESAG - BIBLIOTHEQUE

INTRODUCTION GENERALE

Les réflexions et les débats sur les politiques de population se posent avant tout en termes de pertinence, même si leur efficacité constitue un autre point d'interrogation important. Pour cela, depuis les années 1970, nous avons assisté à une prise de conscience remarquable et quasi universelle du rôle important que jouent les mouvements de population dans le processus de développement. Cette prise de conscience s'est manifestée à travers la tenue de plusieurs assemblées internationales des Nations Unies sur la Population et le Développement. Nous notons précisément : la conférence mondiale sur la population de Bucarest (Roumanie) en 1974, la conférence internationale sur la population de Mexico en 1984 et la conférence internationale sur la population et le développement du Caire (Egypte) en 1994. A la conférence de Bucarest en 1974, les pays ont décidé d'agir sur la composante fécondité pour maintenir l'équilibre entre population et développement. Aussi, la maîtrise de la fécondité passe-t-elle pour y être un objectif prioritaire ?

La prise de conscience des enjeux démographiques a donné lieu au développement des programmes de population (la Santé de la Reproduction) soutenus par les programmes de Planification Familiale (PF). Or, en dépit des efforts considérables menés dans le cadre des programmes de planification, les taux de prévalence contraceptive moderne restent aujourd'hui encore relativement faibles dans les pays d'Afrique subsaharienne. Les conditions socio-économiques peu favorables, le manque de soutien politique durable, la faiblesse des institutions, l'absence des infrastructures sociales et économiques adéquates, y compris des services de PF facilement accessibles, constituent autant de facteurs justifiant la faible adhésion des populations aux programmes de planification familiale (LENAN GANGUINON, 2009).

La Planification Familiale est une composante de la santé de la reproduction qui vise à aider les couples et les individus à espacer les naissances ; à prévenir les grossesses précoces, tardives, non désirées ; à prendre en charge les cas d'infertilité, d'infécondité ; à assurer la prise en charge et la prévention des IST/SIDA. Elle regroupe l'ensemble des moyens et des méthodes permettant aux couples et aux individus de choisir librement le nombre d'enfants souhaités, au moment opportun pour eux et ce avec le maximum d'informations sur les conséquences possibles de leur décision au niveau personnel et social.

Il est prouvé que la contraception est l'un des moyens les plus sûrs et efficaces pour lutter contre la mortalité maternelle, néonatale et infantile. Il est aussi établi que la Planification Familiale (PF) est l'une des méthodes disponibles aujourd'hui, les plus efficaces, pour sauver des vies et améliorer la santé de la femme et de l'enfant. Au-delà des bénéfices sanitaires,

l'augmentation du Taux de Prévalence Contraceptive (TPC) permettra une meilleure maîtrise de la croissance démographique. Au sommet mondial de l'organisation des nations unies de 2010, les états membres se sont engagés à « assurer que toutes les femmes, tous les hommes et tous les jeunes disposent des renseignements nécessaires relatifs à l'information, à l'accès et au choix de toutes les options possibles en matière de méthodes de planification familiale sûres, efficaces, abordables et acceptables ».

Au niveau mondial l'utilisation des contraceptifs a augmenté, passant de 54% en 1990 à 57,4% en 2014. En Asie, elle a légèrement progressé passant de 60,9 à 61% (OMS, 2015).

En Afrique, elle est passée de 23,6% à 27,6% (OMS, 2015), malgré le ratio de mortalité maternelle le plus élevé (500 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes) détenu par l'Afrique subsaharienne (ONU, 2012). Cependant, l'OMS estime à 225 millions le nombre de femmes dans les pays en développement qui souhaiteraient éviter ou espacer les grossesses mais qui n'utilisent aucune méthode de contraception, notamment pour les raisons suivantes :

- choix limité des méthodes ;
- accès limité à la contraception, en particulier chez les jeunes, les groupes de population les plus pauvres ou les couples non mariés ;
- crainte ou expérience d'effets secondaires ;
- opposition culturelle ou religieuse ;
- médiocre qualité des services disponibles ;
- aprioris des utilisateurs et des professionnels ;
- obstacles fondés sur le sexe.

Au Niger, pays enclavé de la sous-région ouest africaine et de la zone sahélo-saharienne, le taux de fertilité est l'un des plus élevés au monde. L'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) est estimé à 7,6 enfants par femme. Il est beaucoup plus élevé en milieu rural (en moyenne 8,1 enfants par femme) qu'en milieu urbain (5,6 enfants) (EDSN MICS IV, 2012). La croissance démographique exceptionnelle du Niger est la conséquence d'une baisse de la mortalité infantile (de 300‰ en 1990 à 130,5‰ en 2010) et du maintien sur une longue période, d'une forte fécondité. Le taux d'accroissement naturel est de 3,3% par an, ce qui prédit un doublement de la population tous les 23 ans. Il est ainsi projeté que la population nigérienne atteindra 53 millions d'habitants à l'horizon 2050 si le taux d'accroissement actuel se maintient.

Conscient de cette croissance démographique rapide et des conséquences sociales, sanitaires et économiques qu'elle engendre, le ministère de la santé publique à travers la direction de la santé de la reproduction a mis en œuvre de nombreuses stratégies et actions afin de rehausser le taux de prévalence contraceptif et de maîtriser la croissance démographique. La planification familiale reste l'axe stratégique pour accélérer le progrès vers la réalisation du 3^e Objectif de Développement Durable (ODD3) : « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge ».

Le plan national de la planification familiale 2012-2020 fixe un objectif de 12% en 2012 à 25 % en 2015 et 50% en 2020 de taux de prévalence contraceptive pour les femmes en union, à travers plusieurs interventions à savoir : la disponibilité des intrants PF (contraceptifs, matériels PF, etc.) ; l'intégration de la PF dans le PMA de case de santé ; la distribution des contraceptifs à base communautaire (DBC) ; le renforcement de la distribution des contraceptifs à grande échelle y compris par le marketing social ; l'IEC en faveur de la PF-SR et les stratégies mobile/avancée pour l'offre de la SR/PF. Atteindre 50% de taux de prévalence contraceptive au niveau national en 2020, signifie qu'il faut un recrutement annuel de 5% des FAR (Femmes en Age de Reproduction) en méthode contraceptive soit environ 854000 FAR en union en plus.

Cependant, force est de constater que l'objectif de 25% d'utilisation de contraceptifs en 2015 fixé par la politique nationale de planification familiale (2012-2020) n'a pas pu être atteint. En effet, le taux de prévalence contraceptive est de 14% chez les femmes en union et 12% parmi elles utilisent une méthode moderne de contraception (EDSN MICS IV, 2012) contre 11 % en 2006 (EDSN MICS III, 2006).

Face à ce constat alarmant du niveau de la prévalence contraceptive à l'heure où la majorité des pays africains prônent la parité responsable, pour maintenir l'équilibre entre la «population» et le «développement», il y a lieu de s'interroger sur les facteurs explicatifs entre autre les facteurs socio-économiques de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes par les femmes au Niger, dans l'optique de mettre à la disposition du gouvernement quelques informations nécessaires pouvant lui permettre, d'élaborer une bonne politique de population mieux adapter aux caractéristiques de la population nigérienne.

Question principale de recherche :

Quels sont les déterminants socioéconomiques qui influencent davantage la contraception moderne chez les femmes nigériennes en âge de procréer ?

Questions spécifiques de recherche :

- existe-t-il un lien entre les différents déterminants socioéconomiques, intermédiaires et l'utilisation de la contraception moderne ?
- les déterminants socioéconomiques et intermédiaires ont-ils un effet significatif sur l'utilisation de la contraception moderne ?
- quel est l'ordre hiérarchique de l'influence des différents déterminants socioéconomiques sur l'utilisation de la contraception moderne ?

Objectif général :

L'objectif général de cette étude est d'analyser les déterminants socioéconomiques de l'utilisation de la contraception moderne chez les femmes nigérienne en âge de procréer.

Objectifs spécifiques :

De façon spécifique, l'étude vise à :

- identifier le lien entre les déterminants socioéconomiques, intermédiaires et l'utilisation de la contraception moderne ;
- mesurer l'influence des déterminants socioéconomiques et intermédiaires sur l'utilisation de la contraception moderne ;
- hiérarchiser l'influence de chacun de ces déterminants.

Hypothèses de l'étude :

L'atteinte de nos objectifs spécifiques passe par la vérification des hypothèses suivantes :

- **H1** : il existe une dépendance entre les différents déterminants socioéconomiques, intermédiaires et l'utilisation de la contraception moderne ;
- **H2** : les déterminants socioéconomiques et intermédiaires ont un effet significatif sur l'utilisation de la contraception moderne ;
- **H3** : les déterminants socioéconomiques sont plus influents sur l'utilisation de la contraception moderne que les déterminants intermédiaires.

Intérêts de l'étude :

- Pour nous-même : Cette étude nous permettra d'abord de mettre en pratique les connaissances acquises durant la formation, surtout celles des outils d'analyse des

données ; d'avoir ensuite une meilleure lecture des politiques de santé de la reproduction du Niger à travers la revue de la littérature ; enfin, elle nous permettra de contribuer à diminuer la fécondité galopante chez les femmes nigériennes en âge de procréer, fléau qui gangrène le développement du Niger.

- Pour l'Etat et les parties prenantes : Cette étude contribuera à une meilleure politique en matière de la santé de la reproduction. En effet, elle va mettre à la disposition des décideurs politiques, des ONG et des responsables des programmes de la planification familiale, des informations pertinentes relatives à l'utilisation de la contraception moderne chez les femmes nigériennes en âge de procréer afin de combattre plus efficacement la non utilisation des contraceptifs modernes.

Plan de l'étude :

Cette étude s'articulera autour de deux grandes parties respectivement le cadre théorique et le cadre pratique.

- Dans la première partie (deux chapitres) :
 - *le premier chapitre* abordera le cadre théorique de l'étude à travers la revue de la littérature.
 - *le deuxième chapitre* traitera de la méthodologie.
- Dans la deuxième partie (trois chapitres) :
 - nous débiterons par la présentation du Niger, comme présentation du contexte de l'étude dans *le premier chapitre*.
 - *le deuxième chapitre* présentera les résultats.
 - nous discuterons dans *le troisième chapitre* des résultats issus de l'analyse différentielle de l'utilisation de la contraception moderne, qui nous conduira à l'élaboration de quelques recommandations.

PREMIERE PARTIE :
CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE

Chapitre 1 : REVUE DE LA LITTERATURE

Dans ce chapitre, nous ressortirons principalement de la revue de la littérature ; tout d'abord, les arguments en faveur de la planification familiale, les concepts de la contraception moderne ; ensuite, les éléments qui sont considérés comme déterminant ou affectant l'utilisation des méthodes modernes de contraception au niveau du cadre empirique ; enfin, nous résumerons dans un cadre conceptuel les concepts fondamentaux relatifs à l'utilisation de la contraception moderne et nous définirons les différents éléments conceptuels du cadre.

1.1. Arguments de la Planification familiale

Des études épidémiologiques ont relevé les bienfaits de l'usage des méthodes contraceptives. La planification familiale, surtout moderne est importante dans une société contemporaine et des arguments militent en sa faveur. NASAH (1998) en a dénombré trois : l'argument sanitaire, l'argument socioéconomique et démographique et l'argument des droits de l'Homme.

1.1.1. Arguments sanitaires

A ce niveau, un accent particulier est mis sur la promotion de la santé maternelle et infantile. Il est fondé sur l'idée selon laquelle certaines méthodes anticonceptionnelles offrent une protection (excellente ou relative) contre les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) dont les Maladies Inflammatoires Pelviennes (MIP) et contre la stérilité aussi bien masculine que féminine (VEKEMANS, 1993).

Il se base sur l'appréciation des conséquences négatives de la grossesse dans certaines situations comme : les naissances très rapprochées ; l'accouchement chez les adolescentes et les femmes ayant plus de 35 ans ; la parité élevée au-delà de 5 enfants ; les contre-indications médicales pour la grossesse et les naissances prématurées.

La planification familiale offre aussi aux femmes d'énormes facilités en leur permettant de prévenir toutes complications liées aux grossesses comportant des risques élevés (maladies cardiaques et rénales, grossesses trop précoces, trop tardives ou trop nombreuses).

Enfin, les méthodes de planification familiale, en prévenant les grossesses non-désirées, permettent également d'éviter les avortements provoqués dont le taux est très élevé dans la

plupart des pays au sud du Sahara. Ces avortements volontaires constituent une cause importante de morbidité et de mortalité maternelle (NASAH, 1998).

1.1.2. Arguments socioéconomiques et démographiques

L'argument socioéconomique et démographique met un accent particulier sur les conséquences négatives d'une famille ou d'une population nombreuse en termes de bien-être familial ou communautaire.

Une famille nombreuse est source de pauvreté si les moyens nécessaires ne suivent pas pour satisfaire les besoins de logement, de nourriture, d'habillement, d'éducation etc. Par ailleurs, à l'échelle plus grande c'est-à-dire communautaire ou nationale, un déséquilibre entre la croissance de la population et les capacités économiques peuvent anéantir tout effort de développement durable. La croissance très rapide de la population aurait entre autres pour conséquences un taux de chômage plus élevé ; surtout en raison de la migration des ruraux vers les centres urbanisés, un accroissement de la criminalité urbaine et une détérioration importante des infrastructures sociales. Bien plus à l'échelon mondial, il sera question des effets irréversibles de la surconsommation des pays industrialisés sur les écosystèmes ainsi que d'immigration clandestine qui agace sans doute les pays occidentaux (NASAH, 1998).

1.1.3. Arguments des droits de l'Homme

Cet argument a été d'un apport capital, Il a par ailleurs suffi pour convaincre certains pays, demeurés réfractaires, pour s'arrimer aux autres pays.

La planification familiale est un droit reconnu par la communauté internationale. D'une part ce droit figure bien évidemment dans la Charte des Droits de l'Homme des Nations Unies (révisée en 1986), stipulant distinctement que : « les parents ont le droit de déterminer librement de façon responsable le nombre de leurs enfants, l'espacement des naissances, de disposer des connaissances et des moyens nécessaires pour leur permettre d'exercer ce droit ». D'autre part, cette idée a été réitérée lors de la conférence mondiale des Nations Unies sur la population (Mexico, 1984) ; le forum international sur la population et le développement au XXIème siècle (Amsterdam, 1989) et la conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) (Caire, 1994). Aussi en 1985, la conférence mondiale de la décennie des Nations Unies pour la femme a fait remarquer que la planification familiale offre aux femmes l'opportunité

d'exercer leur droit de maîtrise de leur fécondité et d'élargir surtout leur horizon dans le but d'améliorer leur propre condition (SEVERYNS, 1993).

1.2. Concepts de la contraception moderne

Nous présenterons les différents types de méthodes contraceptives (préciserons ceux qui seront considérés comme modernes dans la présente étude) avant de parler des déterminants socioéconomiques.

1.2.1. Contraception moderne

La contraception moderne est définie comme étant un ensemble de procédés chimiques ou mécaniques artificiels visant à prévenir la grossesse ou l'empêcher, non seulement de façon réversible mais aussi temporaire (ONU, 2008). Aujourd'hui, un panel de méthodes contraceptives est mis à la disposition des populations afin de réguler les naissances et éviter les IST et le VIH/sida : les méthodes naturelles et les méthodes de barrière (SEMONDJI, 2016).

1.2.1.1. Méthodes naturelles

Au nombre de trois : Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA), l'abstinence périodique et le retrait ou coït interrompu. Les méthodes naturelles ne sont composées d'aucun produit chimique et ne demandent aucun dispositif. Elles sont gratuites et n'ont pas d'effets secondaires. Notons aussi que ces méthodes sont totalement réversibles.

➤ Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)

C'est l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois après l'accouchement. Elle peut constituer une méthode efficace à condition que ces trois conditions soient réunies : le bébé a moins de six mois ; les règles ne sont pas encore revenues ; le bébé ne tète que le lait maternel, il est nourri à la demande, le jour comme de nuit et l'intervalle entre deux tétées ne dépasse jamais six heures. Si une de ces conditions manque, il est plus sage d'utiliser une méthode contraceptive supplémentaire pour éviter tout risque de grossesse.

➤ Abstinence périodique

Elle est basée sur la surveillance des signes du corps féminin, indicateurs de la période de fécondité. Parmi ces signes, nous avons : les changements de la glaire cervicale pendant le cycle menstruel.

Dans la première partie du cycle, le rôle de la glaire est de faciliter la pénétration du spermatozoïde dans l'utérus. Tous les jours, en introduisant deux doigts dans le vagin, la femme recueille un peu de glaire et observe les changements de texture qui indiquent le moment où la période de fécondité commence et quand elle est à son maximum. Quand la femme est féconde, la glaire est claire et liquide, et peut s'étirer entre les doigts.

Dans la deuxième période du cycle, le rôle de la glaire est d'empêcher le spermatozoïde de pénétrer dans l'utérus. Ainsi, dès la fin de la période féconde, la glaire s'épaissit et se dessèche facilement.

Les deux partenaires décident d'éviter les rapports sexuels les jours où la femme est fertile, c'est à dire ceux qui sont situés au milieu du cycle. Cette méthode demande aux partenaires une excellente connaissance du cycle menstruel de la femme, car la période où la femme féconde est très courte. Il s'agit d'une pratique qui a un taux d'échec élevé.

➤ **Retrait ou coït interrompu**

Elle consiste au retrait de l'homme avant éjaculation. Cette méthode enregistre un taux d'échec important. En effet, l'homme peut ne pas être capable de se retirer à temps avant d'éjaculer. Et même s'il y arrive, des gouttes de sperme peuvent s'échapper de son pénis avant l'éjaculation, et les spermatozoïdes peuvent pénétrer dans l'utérus de la femme.

1.2.1.2. Méthodes de barrière

Elles ont pour fonction d'empêcher les spermatozoïdes d'atteindre les ovules. Les méthodes de barrière sont peu coûteuses, n'affectent en rien le fonctionnement du corps de l'homme ou de la femme, et ont très peu d'effets secondaires, même si la femme allaite. Elles sont complètement réversibles, car si la femme désire à nouveau être enceinte, elle en arrête simplement l'utilisation. Comme méthodes de barrière, nous avons : le préservatif masculin et féminin, les spermicides, le stérilet ou DIU), la pilule, le patch, l'implant, l'anneau vaginal, le diaphragme, la cape cervicale, le progestatif injectable et la stérilisation à visée contraceptive.

➤ **Préservatif masculin**

En latex ou en polyuréthane, il se déroule sur le pénis en érection avant la pénétration et retient le sperme. Avant la fin de l'érection, il faut se retirer en retenant le préservatif à la base du pénis, puis faire un nœud et le jeter à la poubelle. Le préservatif doit être changé à chaque

rapport sexuel. Un gel lubrifiant peut être associé à l'utilisation du préservatif. C'est un moyen de contraception qui protège également du Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) et de la plupart des autres Infections Sexuellement Transmissibles (IST).

➤ **Préservatif féminin**

C'est une gaine en nitrile ou en polyuréthane munie d'un anneau souple aux deux extrémités qui se place dans le vagin. Il peut être mis en place plusieurs heures avant le rapport sexuel. Le préservatif doit être changé à chaque rapport sexuel. Avec le préservatif masculin, ce sont les seuls moyens de contraception qui protègent du VIH et de la plupart des autres IST.

➤ **Spermicides**

Les spermicides se présentent sous forme de gel et d'ovule qui se placent dans le vagin quelques minutes avant chaque rapport et détruisent les spermatozoïdes. Une contraception de dépannage.

➤ **DIU**

Il en existe deux types : au cuivre ou lévonorgestrel. Le DIU, auparavant appelé « stérilet », est placé dans l'utérus par un médecin ou une sage-femme. La pose dure quelques minutes. Il peut être enlevé par le médecin ou la sage-femme dès que la femme le désire. Il est efficace de 4 à 10 ans, selon le modèle. Il a une longue durée d'action et permet d'avoir l'esprit tranquille.

➤ **Pilule**

Il en existe deux types : les pilules combinées oestroprogestatives qui contiennent deux hormones et les pilules progestatives qui n'en contiennent qu'une. Les pilules oestroprogestatives sont classées selon la génération du progestatif. Le type de génération privilégié sera envisagé avec le professionnel de santé consulté.

Un comprimé à prendre quotidiennement et à heure régulière pendant 21 jours ou 28 jours, selon le type de pilule.

➤ **Patch**

Le patch est une méthode oestroprogestative car il contient deux types d'hormones : un oestroprogestatif et un progestatif. Son opportunité sera envisagée avec le professionnel de

santé consulté. Un patch à coller soi-même sur la peau une fois par semaine et à renouveler chaque semaine, pendant 3 semaines. Durant la 4ème semaine, la femme ne met pas de patch, mais elle est tout de même protégée. L'arrêt provoque l'apparition des règles.

➤ **Implant**

Un bâtonnet cylindrique de 4 cm de long et de 2 mm de large inséré sous la peau du bras, sous anesthésie locale. La pose dure quelques minutes. Il peut être retiré par un médecin ou une sage-femme dès que la femme le désire. L'implant peut être laissé en place pendant 3 ans. L'implant est une méthode contraceptive hormonale.

➤ **Anneau vaginal**

Un anneau souple à placer soi-même dans le vagin, simplement, comme un tampon. La femme le laisse en place pendant 3 semaines. Au début de la 4ème semaine, elle enlève l'anneau elle-même, ce qui provoque l'apparition des règles. Elle est protégée même pendant la période d'arrêt. Il permet de bénéficier d'une contraception efficace sans y penser pendant 3 semaines. L'anneau vaginal est une méthode oestroprogestative car il contient deux types d'hormones : un oestroprogestatif et un progestatif. Son opportunité sera envisagée avec le professionnel de santé consulté.

➤ **Diaphragme**

Le diaphragme est une coupelle en silicone que la femme place elle-même dans le vagin. Il s'utilise, associé à un produit spermicide. Cela empêche le passage des spermatozoïdes.

➤ **Cape cervicale**

La cape est un dôme très fin, en silicone, qui vient recouvrir le col de l'utérus. Le diaphragme ou la cape cervicale peut être posé(e) au moment du rapport sexuel, mais aussi plusieurs heures avant. Il est important de la garder pendant 8 heures après le rapport. Elle est réutilisable.

➤ **Progestatif injectable**

Un progestatif de synthèse (médroxyprogestérone) est injecté par piqûre intramusculaire tous les trois mois. Pendant 12 semaines, le produit assure une contraception constante. Les injections doivent être faites à intervalles réguliers par un médecin, une infirmière ou une sage-femme. Les progestatifs injectables sont une méthode contraceptive hormonale.

➤ **Stérilisation**

Elle peut être envisagée chez des personnes majeures, hommes ou femmes. Elle provoque une stérilité considérée comme définitive. L'intervention doit résulter d'une décision personnelle.

- **Stérilisation masculine (vasectomie)**

C'est une opération simple visant à bloquer le passage des spermatozoïdes des testicules au pénis. L'opération, qui ne dure que quelques minutes, consiste à couper et à attacher ensemble avec un fil les canaux déférents. Elle n'a aucun effet sur les capacités d'un homme à avoir des relations sexuelles, à éjaculer et à éprouver du plaisir sexuel. Ce qui change après l'opération, c'est que son sperme ne contient plus de spermatozoïdes. Il doit éjaculer vingt fois après l'opération pour éliminer tous les spermatozoïdes restants. Pendant ce temps, il est recommandé de continuer à utiliser la méthode habituelle de planification familiale.

- **Stérilisation féminine (ligature des trompes)**

Le médecin pratique une petite ouverture (incision) dans l'abdomen qui permet de saisir les trompes de Fallope qu'il attache alors avec un fil (ligature) et coupe. L'opération n'affecte en rien les capacités d'une femme à avoir des relations sexuelles et à éprouver du plaisir. Elle continue à avoir ses règles.

L'opération, qui dure environ trente minutes, doit être faite dans une clinique de planification familiale ou à l'hôpital, sous anesthésie locale et par un personnel médical formé. Bien qu'elle soit plus compliquée que l'opération masculine, elle est également efficace barrière (RESAR).

Selon le Larousse, le terme moderne se définit comme quelque chose qui appartient au temps présent ou à une époque relativement récente ; quelque chose qui bénéficie des progrès les plus récents ou encore quelque chose qui s'adapte pleinement aux innovations de l'époque.

Dans la présente étude, la contraception moderne comprend la stérilisation masculine et féminine, la pilule, le DIU, les injectables, les implants, le condom masculin et féminin, la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée, la pilule du lendemain.

1.2.2. Concept de déterminants socioéconomiques

Le rôle de la position sociale et de l'inégalité économique ne fait plus de doute dans l'explication des inégalités de santé. Les situations de bas revenus, de faible niveau d'éducation et d'emploi précaire entraînent une baisse de la qualité de la santé par le biais de plusieurs mécanismes indirects.

Le concept de déterminants sociaux de la santé vise à expliquer comment les inégalités sociales se « transforment » en inégalités de santé. Parmi les grandes catégories de déterminants mises en évidence par la recherche figurent à côté de l'âge, du sexe et des facteurs héréditaires ; les comportements individuels (dont la consommation de tabac et d'alcool, l'alimentation, l'exercice physique...) ; les réseaux sociaux et les communautés dans lesquelles s'inscrivent les individus ; les conditions de vie et de travail (emploi, logement, transports, accès aux services publics essentiels) et enfin les conditions économiques, culturelles et environnementales (GUICHARD et POTVIN, 2010).

1.3. Cadre empirique

De nombreuses recherches ont été menées et continuent d'être menées dans le but d'étudier les déterminants socioéconomiques de l'utilisation de la contraception moderne. Le milieu de résidence, le niveau de vie du ménage, l'occupation de la femme, le niveau d'instruction et le statut matrimonial, sont les variables socioéconomiques retenues pour notre étude.

1.3.1. Milieu de résidence

Le milieu de résidence apparaît comme une variable pertinente quant à la variation des comportements en matière de la contraception. En effet, selon que nous résidons en milieu urbain ou rural, nous aurons des attitudes et des comportements différents face à la contraception dans la mesure où chaque milieu regorge un certain nombre d'infrastructures en matière de la PF et aussi des valeurs propres à inculquer aux individus. En général, en Afrique, les structures sanitaires sont concentrées dans les centres urbains. Cette répartition inégale en équipement limite considérablement l'accès à la contraception moderne dans les milieux ruraux. Les contraintes sociales sont marquées en milieu rural et restreignent la liberté des femmes. Aussi, en milieu rural, les enfants sont appréciés non seulement parce qu'ils perpétuent la lignée mais aussi parce qu'ils représentent une main-d'œuvre, notamment dans les travaux agricoles. L'expérience montre qu'il y a une demande croissante de contraception moderne

dans les villes que dans les campagnes ou villages. Certaines études montrent justement que la pratique contraceptive est répandue en milieu urbain qu'en milieu rural.

ZRA (2008) dans son étude portant sur les facteurs associés à la non-utilisation de la contraception moderne chez les femmes en union dans la partie septentrionale du Cameroun a retrouvé que l'association du milieu de résidence avec la non-utilisation de la contraception moderne laisse apparaître une très forte corrélation au seuil de 1%. Autrement dit, la pratique contraceptive n'est nullement indépendante du milieu de résidence de la femme. En effet, parmi les femmes en union du milieu rural, 97,3% n'ont pas recours à la contraception moderne pendant que la tendance est moindre en milieu urbain, soit 88,5% favorables à la non-utilisation de la contraception moderne.

ALE et BALOGOUN (2009) dans leur étude sur les déterminants de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes chez la femme béninoise ont retrouvé que les femmes qui résident en milieu urbain ont 1,6 fois plus de chance d'utiliser une méthode moderne de contraception.

LEYE et collaborateurs (2012) ont étudié les facteurs associés à l'utilisation de la contraception moderne au niveau de la commune d'Aïoun. Ils retrouvent que la provenance du milieu urbain était un des facteurs associés à la contraception moderne.

BAZONGO (2014) a retrouvé dans son étude sur l'analyse économétrique de l'efficacité des méthodes contraceptives modernes sur la réduction de la fécondité au Burkina Faso que les femmes qui résident en capitale ont 1,29 fois plus de chance d'utiliser une contraception moderne.

1.3.2. Niveau de vie du ménage

Le niveau de vie de la femme a été considéré pour expliquer l'utilisation ou la non-utilisation (selon le titre donné à l'étude) de la contraception moderne. Il permet de distinguer les ménages qui seront en mesure de s'offrir les services de la planification familiale. L'accès à la contraception moderne sera donc fonction des moyens financiers dont le ménage pourrait disposer, ce qui conduit à présumer une association positive entre le niveau de vie du ménage et l'utilisation des méthodes contraceptives.

ZRA (2008) retrouve que le niveau de vie du ménage est significativement associé à la non-utilisation des méthodes contraceptives modernes au seuil de 1%. En fait, presque toutes les

femmes pauvres ne recourent pas à la contraception moderne (97,8%). Cependant, c'est parmi les femmes ayant un niveau de vie élevé c'est-à-dire riches que la non-utilisation de la contraception moderne est moins importante (84%). Le comportement des femmes issues des ménages de niveau de vie moyen est non loin de celui de celles issues des ménages pauvres (96,3%),

ABDURAHMAN et al (2010) ont étudié les déterminants de l'utilisation de contraceptifs modernes chez les femmes mariées du groupe d'âge de procréer dans Shoa Zone Nord, la région d'Amhara. Ils ont retrouvé que le revenu familial mensuel était significativement associé à l'utilisation de la contraceptifs modernes.

BAZONGO (2014) note que le niveau de vie de la femme est également un des facteurs qui influencent significativement le choix de la contraception moderne. L'impact est positif par rapport à la situation de référence (pauvre). En effet, les femmes issues des ménages riches ont 2,20 fois plus de chance d'utiliser une contraception moderne.

1.3.3. Occupation de la femme

Cette variable permet d'appréhender la capacité des femmes à se procurer des contraceptifs. La relation entre l'occupation de la femme et la pratique contraceptive a été largement abordée dans les études.

RWENGE (1994) note que l'activité économique détermine la capacité de l'individu à disposer des moyens requis pour s'offrir les services de planification familiale.

ZRA (2008) avait noté que l'occupation de la femme, c'est-à-dire son activité économique est significativement associée au seuil de 1% à la non-utilisation des méthodes contraceptives modernes. Aussi, il constate une nette différence de comportement contraceptif selon qu'il s'agisse des femmes sans emploi ou de celles travaillant dans le secteur moderne ou encore de celles œuvrant dans le secteur traditionnel. En effet, il constate que presque toutes les femmes en union du secteur traditionnel ne recourent pas à la contraception moderne (97,4%). Toutefois, la propension à l'utilisation de la contraception moderne est beaucoup plus élevée chez les femmes du secteur moderne avec une proportion à la non-utilisation de l'ordre de 87,4% plus faible que celle des femmes du secteur traditionnel.

LEYE et collaborateurs (2011) retrouvent que les femmes en âge de procréer qui ont une activité génératrice de revenus sont plus inclinées à utiliser les méthodes contraceptives modernes.

BAZONGO (2014) note une association statistiquement significative entre l'occupation de la femme et l'utilisation de la contraception moderne. En effet, il retrouve que les manuelles qualifiées ont 1,29 fois plus de chance d'utiliser une contraception moderne comparativement à celles qui n'ont aucune occupation.

1.3.4. Niveau d'instruction

Le rôle joué par l'instruction a un impact significatif non seulement sur le nombre d'enfants qu'un individu désire avoir, mais aussi sur le niveau de connaissance et d'utilisation de la contraception. C'est la raison pour laquelle nous avons toujours tendance à associer la pratique contraceptive moderne et le niveau d'instruction des individus.

Cette relation résulterait du fait que l'instruction a la capacité d'affecter les normes et les valeurs des individus au point de remettre en question la morale, les us et les coutumes traditionnelles jusque-là intériorisées par les individus. Par ailleurs, les personnes instruites sont aussi censées être plus réceptives aux idées nouvelles et aussi celles capables d'introduire des innovations dans la société, du fait de leur contact avec le monde extérieur. L'instruction de la femme favorise son ouverture aux valeurs modernes et, partant, sa faculté de remettre en cause les valeurs traditionnelles en matière de procréation et d'engager une discussion sur la PF avec son partenaire. Plus ce niveau augmente ou est élevé, moins nous désirons d'enfants et plus la connaissance et l'utilisation des méthodes contraceptives s'améliorent (ZRA, 2008).

La relation peut aussi résulter de la forte association entre l'instruction de la femme et son activité. Cette dernière étant, d'une part, un facteur de la capacité de la femme à disposer des ressources requises pour supporter les coûts liés à la PF ; d'autre part une femme qui exerce un travail professionnel dispose de peu de temps pour s'occuper de ses enfants. Alors, elle décidera de limiter les naissances ou de s'en empêcher et cela n'est possible que par les moyens contraceptifs modernes (LENAN GANGUINON, 2009).

SEPOU et al (1997) ont étudié les difficultés liées à l'expansion de la contraception en zones urbaine et semi-urbaine. Ils observent que parmi les raisons freinant l'expansion de la contraception, l'analphabétisme a joué un rôle assez important.

ZRA (2008) retrouve que le niveau d'instruction de la femme est significativement associé à la non-utilisation de la contraception moderne au seuil de 1%. En effet, il remarque que le niveau d'instruction discrimine fortement la non-utilisation des méthodes contraceptives modernes. Ainsi, presque toutes les femmes sans niveau d'instruction ne recourent pas à la contraception moderne (98,7%) alors que la non-utilisation est relativement moins importante chez les femmes du niveau « secondaire et plus » (77,4%).

LEYE et collaborateurs (2011) ont étudié les déterminants de l'utilisation de la contraception moderne dans le district sanitaire de Mbacké. Ils retrouvent que les femmes en âge de procréer qui ont un niveau d'études secondaires ou supérieures sont plus enclines à utiliser les méthodes contraceptives modernes.

LEYE et collaborateurs (2012) ont retrouvé que seulement 3% des femmes en âge de procréer étaient scolarisées. La scolarisation des femmes en âge de procréer était un des facteurs associés à la contraception moderne.

BAZONGO (2014) retrouve que le niveau d'instruction est le principal déterminant dans le choix de la contraception moderne. Les coefficients associés aux modalités de cette variable sont significatifs (p value < 1%). Ainsi, une femme ayant un niveau d'instruction primaire est plus susceptible (β second = 1,12) d'utiliser la contraception moderne que celle qui n'a aucun niveau (situation de référence). L'Odd Ratio associé à cette modalité est statistiquement supérieur à 2 (Odd Ratio = 3,07 ; IC (95%) = [2,55 ; 3,68]).

1.3.5. Statut matrimonial

La variable « état matrimonial » est censée donner une idée sur la catégorie d'état matrimonial la plus susceptible d'utiliser la contraception. L'Afrique se caractérise par une grande diversité de situations matrimoniales différentes les unes des autres selon leur degré de permanence ou leur relation avec la loi, la coutume ou la religion.

MATUNGULU MATUNGULU et collaborateurs (2014) dans les déterminants de l'utilisation des méthodes contraceptives dans la zone de santé Mumbunda à Lumumbashi, République Démocratique du Congo ont trouvé que le statut matrimonial est associé à l'utilisation de la contraception moderne.

A côté de ces déterminants socioéconomiques, nous avons également des déterminants intermédiaires : la connaissance de la contraception moderne et le nombre d'enfants désiré.

1.3.6. Connaissance de la contraception moderne

L'adoption d'une pratique exige un minimum de connaissance sur cette dernière, c'est-à-dire en être informé. Alors, la connaissance des méthodes contraceptives modernes s'avère très importante, préalable à toute utilisation.

SEPOU et al (1997) notent la désinformation constitue une des raisons qui freinent l'expansion de la contraception.

CHIESA-MOUTANDOU et TIEMENI WANTOU (1998) ont étudié le comportement contraceptif des gabonaises, les méthodes modernes : faible taux d'utilisation et déficit d'information. Ils retrouvent que l'absence d'une bonne information sur les moyens contraceptifs modernes semble être un facteur important limitant leur utilisation.

ALE et BALOGOUN (2009) trouvent que la connaissance des méthodes moderne de contraception fait partir des facteurs qui influencent l'utilisation des méthodes modernes de contraception.

LEYE et collaborateurs (2011) ont noté que les femmes qui ont des connaissances sur la contraception moderne ont plus de chance de l'utiliser.

LEYE et collaborateurs (2012) retrouvent également que l'information sur la contraception était un des facteurs associés à la contraception moderne.

1.3.7. Nombre d'enfants désiré

Cette variable pourrait se définir comme le nombre total d'enfants qu'une femme souhaite avoir au cours de sa vie génésique. Elle décrit les attitudes des femmes relatives à la dimension de la famille. Ainsi, elle pourrait avoir une influence sur la décision d'utiliser une contraception moderne.

ZRA (2008) notait que la taille idéale de la famille, entendue comme étant le nombre d'enfants désiré est fortement corrélée à la non-utilisation des méthodes contraceptives modernes au seuil de 1%. Des différences sensibles en matière de comportement contraceptif apparaissent selon

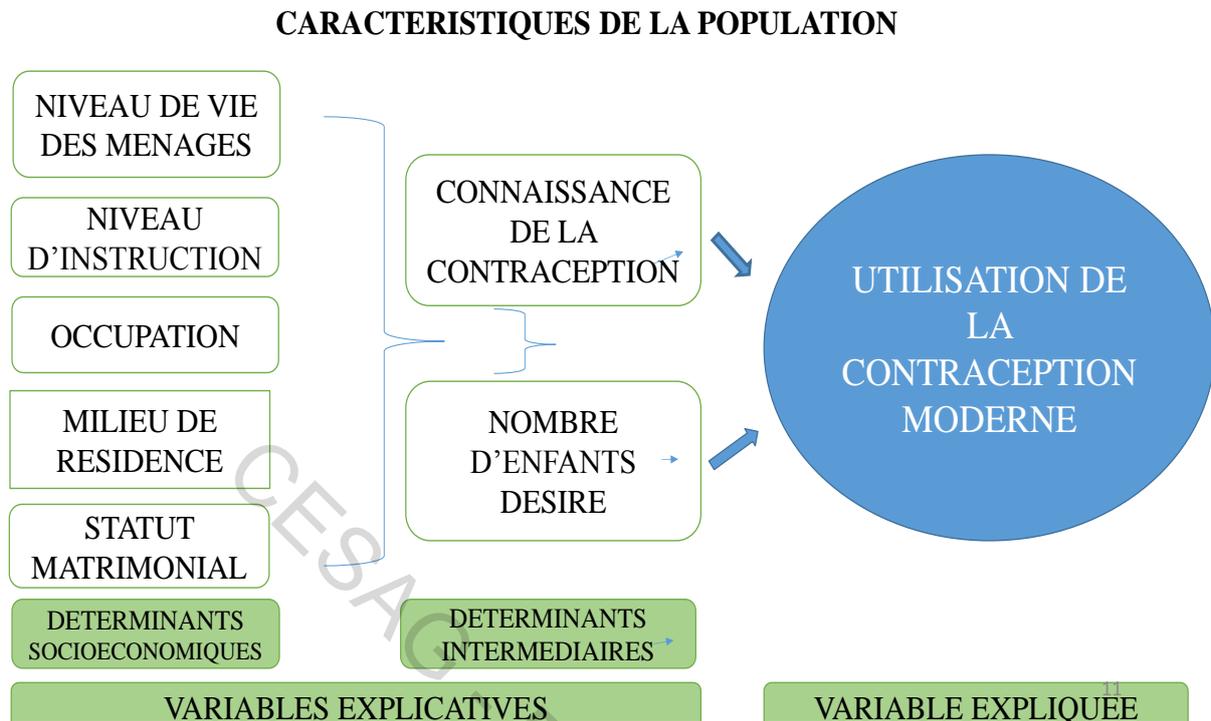
que la femme estime ce nombre. Il va de soi que plus le nombre d'enfants désirés augmente plus la propension à la non-utilisation de la contraception moderne augmente. Il constatait aussi que la propension à la non-utilisation de la contraception moderne est plus élevée chez les femmes qui pensent que ce nombre dépend de la volonté divine (99,4%) et plus faible chez les femmes qui désirent entre 0-4 enfants (87,6%).

ABDURAHMAN et al (2010) observent après analyse que la nécessité de plus d'enfants (AOR 9,27, IC à 95% 5,43 à 15,84) était significativement associée à l'utilisation des contraceptifs modernes.

1.4. Cadre conceptuel

Toute recherche en sciences sociales exige l'élaboration d'un cadre conceptuel. Ce dernier permet d'expliquer la démarche scientifique à suivre dans la conception.

Après le parcours des littératures traitant des facteurs expliquant la pratique contraceptive moderne ou non, nous constatons qu'elles restent très vastes et complexes. Alors, nous résumerons sous forme de schéma les différents concepts retenus pour l'explication de la pratique contraceptive moderne avant de les définir. L'hypothèse à la base de notre travail est que l'utilisation des méthodes contraceptives modernes au Niger dépend des facteurs socio-économiques. L'influence de ces facteurs passe directement ou indirectement par d'autres facteurs dits facteurs intermédiaires. Ainsi, il découle de cette hypothèse générale le schéma conceptuel ci-après, qui met en relation les différents facteurs afin de mieux expliquer l'enchaînement des mécanismes conduisant à l'explication de l'utilisation de la contraception.

Figure 1 : Cadre conceptuel

Source : Nous-même

1.5. Définitions des éléments conceptuels du cadre

Dans le souci de bien faire comprendre le cadre conceptuel, nous définirons les différents éléments ayant servi de base au cadre conceptuel

1.5.1. Planification familiale

Divers synonymes sont utilisés pour exprimer cette notion, notamment régulation des naissances, parenté planifiée, parenté responsable, plan familial, planning familial, planification de la famille, limitation des naissances, etc. d'une manière générale, ils définissent un même comportement, à savoir l'effort fait par un couple pour déterminer volontairement l'échelonnement des naissances et la taille de la famille. Cette définition met l'accent sur trois concepts importants de la planification familiale, la liberté, l'aspect espacement, et l'aspect limitation des naissances (SZYKMAN, 1989).

1.5.2. Contraception moderne

C'est l'ensemble des méthodes contraceptives qui comprend : la stérilisation féminine et la stérilisation masculine, la pilule, le stérilet ou DIU, les injectables, les implants (Norplant), le condom masculin, le condom féminin, le diaphragme, les méthodes vaginales (spermicides, mousses et gelées), la pilule du lendemain et l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA) (ZRA, 2008).

1.5.3. Utilisation de la contraception moderne

La contraception moderne est un ensemble de procédés chimiques ou mécaniques artificiels visant à prévenir la grossesse ou l'empêcher, non seulement de façon réversible mais aussi temporaire (NKWA, 1997). De ce qui précède, l'utilisation de la contraception moderne est donc le fait de recourir aux méthodes modernes de contraception afin que les rapports sexuels n'entraînent pas une grossesse non souhaitée. Il faut noter que c'est une variable dichotomique à modalité oui ou non.

1.5.4. Facteurs socio-culturels

Ce sont des facteurs situés aussi bien au niveau macro (pays, région), méso (communauté ou famille) que micro ou individuel et susceptibles d'influencer le comportement contraceptif de l'individu. Il s'agit ici des normes et valeurs culturelles ainsi que des caractéristiques individuelles d'identification sociale. Le milieu de résidence et le niveau d'instruction de la femme sont considérés dans cette étude comme les variables relatives à ces facteurs.

1.5.5. Facteurs socio-économiques

Les facteurs socio-économiques sont aussi des caractéristiques individuelles d'identification sociale susceptibles d'entraîner au niveau individuel une modification, voire une rupture, par rapport aux modèles traditionnels de procréation et de PF. Il s'agit notamment dans cette étude, de l'occupation de la femme et le niveau de vie du ménage (ZRA, 2008).

1.5.6. Facteurs socio-démographiques

Il s'agit de l'ensemble des caractéristiques socio-démographiques qui influencent le recours ou non à la contraception moderne chez une femme. Ces facteurs sont appréhendés pour notre part à travers le nombre d'enfants désirés et l'état matrimonial.

1.5.7. Facteurs intermédiaires

C'est l'ensemble des facteurs par lesquels passe l'effet des facteurs situés en amont. Ils comprennent entre autres la connaissance de la contraception (les attitudes face à la PF, l'exposition aux médias) et le nombre d'enfants désiré, ce dernier étant soumis aux variables individuelles de comportement notamment la discussion avec le partenaire au sujet du PF et l'avis du conjoint face à la PF (LENAN GANGUINON, 2009).

A l'issue de cette brève revue de la littérature sur la pratique contraceptive moderne, il se dégage un certain nombre d'hypothèses en matière de la contraception moderne. Ces hypothèses, avant toute confirmation ou infirmation seront soumises à une vérification scientifique par le biais d'un certain nombre de méthodes statistiques retenues à cet effet. L'hypothèse fondamentale de cette étude est que l'utilisation de la contraception moderne chez les femmes en âge de procréer est largement tributaire des facteurs socio-culturels, socio-économiques et socio-démographiques. L'effet de ces différents facteurs est non seulement direct mais aussi indirect sur l'utilisation, dans la mesure où leurs influences passent également par d'autres facteurs intermédiaires. La recherche des facteurs associés à l'utilisation de la contraception moderne s'articulera autour de nos hypothèses spécifiques.

Chapitre 2 : METHODOLOGIE

Dans ce chapitre, nous parlerons dans le cadre d'analyse de nos données, des méthodes statistiques et économétriques adaptées ; nous procéderons à une présentation théorique du modèle ; nous présenterons le test d'adéquation du modèle ; nous parlerons des moyens d'interprétation des résultats obtenus ; enfin, nous expliquerons la source et la description des données qui serviront de base à notre étude, avec la présentation des variables retenues pour l'étude

2.1. Méthodes statistiques et économétriques

Nos hypothèses ayant établi des relations entre différents concepts, le cadre d'analyse aura pour but de mettre en relief les relations entre ces différentes hypothèses et associations liant l'ensemble des concepts.

Compte tenu de nos objectifs et la nature de nos variables, nous avons recouru aussi bien à l'analyse descriptive qu'explicative. Une approche descriptive, dans laquelle il s'agira de mettre en relation deux types de variables (expliquée et explicatives) en établissant le degré d'association (par la statistique du khi-deux) ; la deuxième approche, de type explicatif fera recours au modèle de la régression logistique. Par conséquent, les méthodes descriptives et analytiques utilisant le programme SPSS (Statistical Package for Social Science) nous a paru utile pour cette fin. Nous nous sommes servis des procédures statistiques suivantes : les fréquences, les tableaux croisés, et la régression logistique.

Le logiciel SPSS version 25.0 nous a permis de faire l'analyse univariée, bivariée et de déterminer l'influence relative nette de chaque variable explicative.

L'analyse univariée nous a permis de décrire les caractéristiques des enquêtées. Ainsi, nous avons pu faire un tri à plat sur les différentes variables afin de recoder certaines de leurs modalités pour faciliter l'analyse.

L'analyse bivariée qui a pour but d'identifier les associations entre deux variables et d'apprécier la signification statistique de cette association à partir d'un seuil donné a permis l'identification du lien entre la variable expliquée et chacune des variables explicatives. Dans le cadre de notre étude, elle a permis non seulement de voir à certain seuil, la signification ou non de l'association entre la variable dépendante et chacune des variables indépendantes, mais de mesurer les variations du phénomène selon ces dernières. A cet effet, la commande « crosstabs » du logiciel SPSS a permis

d'obtenir les tableaux croisés avec les statistiques de Chi-2 et les probabilités associées à leur signification statistique.

Rappelons que, compte tenu de la nature dichotomique de notre variable dépendante, la régression logistique nous a permis de mesurer l'influence relative nette de chaque variable explicative. Si P est la probabilité que l'événement étudié (utilisation de la contraception moderne) se réalise, alors $1 - P$ est la probabilité que cet événement ne se réalise pas (non utilisation de la contraception moderne).

2.2. Présentation théorique du modèle

Soit Y une variable dépendante dichotomique à expliquer par n variables indépendantes X_1, X_2, \dots, X_n . Soit P la probabilité pour que Y se réalise, c'est-à-dire $P = \text{Prob}(Y = 1)$. On peut calculer un indicateur appelé Odd (θ) tel que :

$$\theta(Y = 1) = \frac{P}{1-P}$$

Pour rendre linéaire, on prend son logarithme népérien. Ce qui ramène à la fonction logit de W.

$$\text{Brass (1971) : } \text{Log}(\theta) = \text{Log}\left(\frac{P}{1-P}\right) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_n X_n$$

$\Rightarrow \theta = \exp(\beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_n X_n)$ où X_1, X_2, \dots, X_n sont les variables indépendantes (ou variables explicatives) et $\beta_0, \beta_1, \beta_2, \dots, \beta_n$ les coefficients de régression du modèle.

De façon spécifique, notre modèle se présente comme suit :

$$\text{Log(UCM)} = \beta_0 + \beta_1 (\text{MR}) + \beta_2 (\text{NI}) + \beta_3 (\text{SM}) + \beta_4 (\text{NVM}) + \beta_5 (\text{OCCUP}) + \beta_6 (\text{NED}) + \beta_7 (\text{CMM})$$

Avec :

- UCM : utilisation de la contraception moderne
- MR : milieu de résidence
- NI : niveau d'instruction
- SM : statut matrimonial
- NVM : niveau de vie du ménage
- OCCUP : occupation
- CMM : connaissance de la contraception moderne
- NED : nombre d'enfants désiré

A cette forme de Y est associée une forme non linéaire de la probabilité P qui se présente comme suit :

$$\begin{aligned} \text{En posant } Z = \text{Log}(\theta), \text{ nous aurons } \exp(Z) = \theta = \frac{P}{1-P} &\Rightarrow (1-P)\exp(Z) = P \\ &\Rightarrow \exp(Z) - P(\exp(Z) + 1) = 0 \\ &\Rightarrow P = \frac{\exp(Z)}{\exp(Z) + 1} \end{aligned}$$

$$\text{Finalement, la forme non linéaire de la probabilité } P \text{ est : } P = \frac{1}{1 + \exp(-Z)}$$

La procédure Logistic Régression du logiciel SPSS permet de produire les résultats de la régression logistique.

2.3. Test d'adéquation du modèle

Il est difficile de déterminer la contribution individuelle de chaque variable dans la régression logistique. Ceci pose des problèmes quand les variables considérées comme indépendantes sont fortement corrélées. Une mesure de la corrélation partielle entre la variable dépendante et chacune des variables indépendantes est la statistique du pseudo R^2 . Cette grandeur donne la part de la variance expliquée par le modèle. Le pseudo R^2 varie entre 0 et 1. Une valeur du pseudo R^2 proche de 0 indique une faible contribution partielle de la variable au modèle d'analyse. Mais en sciences sociales, la variance résiduelle, c'est à dire non expliquée par le modèle, est souvent très importante. Une variance résiduelle importante ne signifie pas que les variables sélectionnées ne sont pas pertinentes. Généralement, on s'attache d'abord à savoir si la variance expliquée par le modèle est suffisante au regard du nombre de variables que l'on introduit dans le modèle à l'aide d'un test appelé F-test.

Etant donné les paramètres estimés, une autre façon de valider le modèle logistique est de considérer la vraisemblance (likelihood) des résultats de l'échantillon ; c'est à dire la probabilité d'apparition des résultats obtenus. La mesure de l'ajustement du modèle aux données est égale à moins deux fois le logarithme de la vraisemblance ($-2 \text{ Log}(\text{likelihood})$). Plus la vraisemblance est proche de 1, plus le modèle est considéré comme bon. Sous l'hypothèse nulle, le modèle est parfaitement ajusté, $-2 \text{ Log}(\text{likelihood})$ a une distribution du khi-deux avec $N-p$ degrés de liberté, où N est le nombre de cas et p le nombre de paramètres estimés.

2.4. Interprétation des résultats obtenus

Les résultats sont interprétés au moyen des coefficients β_i ($i=1, 2, \dots, n$).

Si β_i est positif (e^{β_i} est supérieur à 1), les individus de la modalité considérée ont e^{β_i} fois plus de chances que leurs homologues de la modalité de référence de subir l'événement étudié (c'est à dire plus de chances de réaliser l'événement $Y=1$) ou encore qu'ils ont $(e^{\beta_i} - 1)$ % fois plus de chances de connaître l'événement étudié. Autrement dit, un Odd Ratio plus grand que 1 indique qu'il y a une plus grande probabilité que la femme en âge de procréer utilise une contraception moderne.

A l'opposé, si β_i est négatif, les individus de la modalité considérée de la variable indépendante ont $(1 - e^{\beta_i})$ % moins de chances que leurs homologues de la modalité de référence de réaliser l'événement étudié. Autrement dit, un Odd Ratio plus petit que 1 signifie une probabilité plus faible que la femme utilise une contraception moderne.

Le seuil de significativité choisi dans la présente étude est de 5%.

2.5. Source et description des données

Pour notre étude, nous avons utilisé les données secondaires obtenue de Demographic and Health Surveys - MEASURE DHS d'ICF International à partir du site <http://www.measuredhs.com>. Nous avons eu à remplir sur leur site un questionnaire où nous avons répondu à des questions entre autres sur notre identité, notre titre, notre étude, les données dont on a besoin, les raisons de ce besoin et le sujet de notre étude. Soixante-douze heures après, nous avons été répondu favorablement en nous envoyant la base de données issue de la dernière enquête démographique et de santé à indicateurs multiples du Niger disponible (EDSN-MICS IV 2012). Elle fait suite à l'EDSN I de 1992, l'EDSN II de 1998 et l'EDSN-MICS III de 2006. The Demographic and Health Surveys (DHS) est une banque de données des EDS de nombreux autres pays qui sont inscrits au programme DHS.

Les données de notre étude proviennent donc de l'enquête démographique et de santé à indicateurs multiples du Niger de 2012 (EDSN-MICS IV). Elle est la quatrième enquête du genre pour les EDSN et la deuxième de la série des MICS au Niger. Elle a été réalisée par l'INS avec l'assistance technique du programme mondial des Enquêtes Démographiques et de Santé (Demographic and Health Surveys - MEASURE DHS) d'ICF International.

Cette enquête a permis de disposer d'un échantillon national représentatif de 11160 femmes âgées de 15-49 ans.

L'objectif de l'enquête est de produire et d'estimer des indicateurs socio-économiques, démographiques et sanitaires au niveau de l'ensemble de la population et au niveau des sous-populations des femmes de 15 à 49 ans, des enfants de moins de 5 ans et des hommes de 15 à 59 ans, dans le but d'évaluer l'impact des programmes mis en œuvre et de planifier de nouvelles stratégies pour l'amélioration de la santé et du bien-être de la population nigérienne.

Trois questionnaires ménage, femme et homme ont été conçus pour assurer la collecte des données. L'échantillon est obtenu par un sondage par grappes stratifié à deux degrés. L'EDSN-MICS IV comprenait 10 domaines d'études constitués de chacune des huit régions du pays (Agadez, Diffa, Dosso, Maradi, Tahoua, Tillabéri, Zinder et Niamey), du milieu urbain et du milieu rural.

Au premier degré, 480 grappes ont été sélectionnées, et tirées proportionnellement à leur taille, à partir de la liste des Zones de Dénombrement (ZD) établie lors du Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH) de 2001. Toutes les grappes sélectionnées ont fait l'objet d'un dénombrement exhaustif des ménages.

Au deuxième degré, des ménages ont été tirés, à probabilité égale, à partir de la liste des ménages établie lors de l'opération de dénombrement. Le nombre de ménages tirés est de 25 dans chaque grappe urbaine ou rurale.

Toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans (résidentes habituelles ou visiteuses) qui se trouvaient dans ces ménages, identifiées comme étant éligibles pour l'enquête ont été enquêtées individuellement.

Un résumé des variables de l'étude est présenté dans le tableau suivant :

Tableau 1 : Liste des variables et leur distribution

Variables	Modalités	Effectifs	Fréquence relative
V025 Milieu de résidence	Urbain Rural	2095 9065	18,8 81,2
V106 Niveau d'instruction	Aucun Primaire Secondaire Supérieur	8928 1276 880 65	80,1 11,4 7,9 0,6
V190 Niveau de vie du ménage	Très pauvre Pauvre Moyen Riche Très riche	2019 2102 2201 2294 2544	18,1 18,8 19,7 20,6 22,8
V301 Connaissance de la contraception	Aucune méthode Méthode folklorique ¹ Méthode traditionnelle ² Méthode moderne ³	1229 140 1 9790	11 1,3 0,0 87,7
V313 Méthode contraceptive utilisée	Aucune méthode Méthode folklorique Méthode traditionnelle Méthode moderne	9765 157 11 1227	87,5 1,4 0,1 11,0
V501 Statut matrimonial	Jamais mariée Mariée Conjoint de fait Veuve Divorcée Séparée ou fiancée	883 9862 19 121 260 15	7,9 88,4 0,2 1,1 2,3 0,1
V614 Nombre d'enfants désiré	0 1 2 3 4 5 6 et plus Réponses non numériques	22 12 69 128 394 839 8866 830	0,2 0,1 0,6 1,2 3,5 7,5 79,4 7,4
V717 Occupation	Aucune occupation Technicienne ou professionnelle Religieux Commerçante Agricultrice auto-employée Ménagère Prestataires de service Professionnelle qualifiée Autre	7905 177 141 2175 354 59 6 313 29	70,8 1,6 1,3 19,5 3,2 0,5 0,1 2,8 0,3

Source : Données de l'EDSN-MICS IV 2012

DEUXIEME PARTIE :
CADRE PRATIQUE DE L'ETUDE

Chapitre 1 : PRESENTATION DU NIGER

Ce chapitre traitera de la présentation du Niger : cartographique, géographique, démographique, économique et sanitaire.

1.1. Présentation cartographique

Figure 2 : Carte Administrative du Niger



Source : Données de l'EDSN-MICS IV 2012

1.2. Situation géographique

Le Niger, avec une superficie de 1 267 000 kilomètres carrés, est un pays continental situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest. Il est situé entre 11° 37' et 23° de latitude nord et entre le méridien de Greenwich et 16° de longitude est, à 700 km au nord du Golfe de Guinée, à 1 900 km à l'est de la côte Atlantique et à 1 200 km au sud de la Méditerranée. Il est limité au nord par l'Algérie et la Libye, à l'est par le Tchad, au sud par le Nigeria et le Bénin, à l'ouest par le Burkina Faso et au nord-ouest par le Mali. C'est un pays complètement enclavé, à mi-chemin entre la Méditerranée et le Golfe de Guinée.

Du point de vue climatique, le Niger est caractérisé par un climat tropical de type soudanien qui alterne une longue saison sèche d'octobre à mai et une courte saison de pluies de mai à septembre. Il est situé dans l'une des régions les plus chaudes du globe. Les températures moyennes les plus élevées sont enregistrées entre mars et avril où elles dépassent les 40°C, et les plus basses de décembre à février où elles peuvent descendre en dessous de 10°C. Le territoire est partagé en trois zones climatiques :

- au nord, une immense zone saharienne, couvrant les trois cinquièmes du pays et renfermant les principaux minerais exploités ;
- au centre, une zone sahélienne, qui reçoit des précipitations moyennes de 200 à 300 mm d'eau par an ;
- au sud, une zone soudanienne qui est la partie la plus arrosée du pays, avec des hauteurs moyennes de pluies de 300 à 650 mm par an. Zone à vocation agricole, elle est caractérisée par une végétation de savane et elle est consacrée essentiellement à des cultures de mil, de sorgho, de maïs et d'arachide.

Le relief nigérien est peu contrasté. Au nord-est, les hauts plateaux (800 à 1 000 m d'altitude) sont bordés d'escarpements qui en rendent l'accès difficile. À l'ouest et au sud se trouvent de bas plateaux (200 à 500 m d'altitude), tandis qu'au nord du « 17e parallèle » s'étend le Massif de l'Aïr, bordé à l'ouest et au sud, par une dépression périphérique.

Sur le plan hydrographique, le pays ne possède qu'un seul cours d'eau permanent, le fleuve Niger, qui traverse le pays sur une longueur d'environ 500 km dans sa partie ouest. On trouve aussi quelques lacs permanents dont le principal, le lac Tchad, est situé dans la partie sud-est du pays et plusieurs rivières semi permanentes dont les affluents de la rive droite du Niger à l'ouest et la Komadougou Yobé au sud-est. Malgré cela, selon les estimations des spécialistes,

les ressources en eau du sous-sol du Niger seraient assez importantes même si elles demeurent inégalement réparties. Ainsi, le potentiel d'irrigation est estimé à 270 000 hectares en termes d'eaux de surface et d'eaux souterraines. Celles-ci, bien que très abondantes, sont difficilement exploitables parce qu'essentiellement constituées de nappes fossiles assez profondes. Elles sont estimées à près de 36 milliards de m³. Enfin, les terres agricoles, principales ressources de la majorité de la population, se regroupent en deux grandes catégories pédologiques classiques :

- les sols ferrugineux tropicaux ou sols dunaires représentant 80 à 85 % de la superficie agricole cultivable,
- les sols hydromorphes ou « goulbi », moyennement argileux, représentant 15 à 20 % de la superficie agricole cultivable.

Au niveau administratif, le Niger a mis en place un processus de décentralisation pour créer les conditions d'un meilleur partage et d'une mise en œuvre plus organisée de la réforme administrative, contribuer à l'enracinement de la démocratie et responsabiliser les communautés de base dans la gestion de leur développement. Ainsi, le pays est subdivisé en 8 régions administratives. Les régions sont subdivisées en départements (au nombre de 63). On dénombre 266 communes dont 52 urbaines et 214 rurales.

1.3. Situation démographique

Le Niger a réalisé quatre Recensements Généraux de la Population et de l'Habitat (RGPH de 1977, RGPH de 1988, RGPH de 2001 et RGPH de 2012) et plusieurs enquêtes d'envergure nationale : Enquête sur le Budget et la Consommation en 1989-1990 en milieu urbain, en 1992-1993 en milieu rural ; Enquête sur la Survie et la Mortalité 2010 ; Enquête Nationale sur la Migration en 2011 et quatre Enquêtes Démographiques et de Santé (1992, 1998, 2006 et 2012). Ces différentes investigations ont permis d'obtenir des indicateurs démographiques de base à différentes dates.

D'après les résultats préliminaires du RGPH 2012, la population est estimée à 17 129 076 habitants. En 2012, la densité moyenne était de 13,5 habitants au kilomètre carré. Cependant, cette population est inégalement répartie entre les huit régions administratives du pays. La région la plus étendue, celle d'Agadez occupe 53 % de la superficie du territoire national et abrite seulement 2,8 % de la population totale. La région la moins étendue, Niamey abrite 37 % de la population urbaine.

La croissance démographique demeure encore élevée. Le taux d'accroissement intercensitaire est passé de 3,3 % pour la période 1988-2001 à 3,9 % pour la période 2001-2012. Les éléments qui expliquent cette forte croissance sont essentiellement : une baisse importante de la mortalité des enfants de moins de cinq ans, un niveau élevé de la fécondité, une meilleure couverture sanitaire, une amélioration de la collecte des données et le retour massif des migrants à la suite des événements sociopolitiques survenus dans certains pays de la sous-région (Mali, Libye, Côte d'Ivoire, Nigéria etc.).

La population du Niger est extrêmement jeune : les moins de 15 ans représentaient 48 % en 2001.

Le taux d'alphabétisation est fortement corrélé au degré d'urbanisation. C'est à Niamey que l'on observe le taux le plus élevé de personnes alphabétisées (71 %) contre une moyenne nationale de 29 % en 2007-2008. Avec une proportion de 48 %, Agadez occupe la deuxième position.

La population du Niger est essentiellement musulmane (99 %). Les chrétiens représentent moins d'un pour cent (0,8 %) et l'animisme et les autres religions 0,2 % de la population.

1.4. Situation économique

Le Niger est un pays sahélien à prédominance rurale et disposant de ressources naturelles limitées. Il est classé parmi les Pays les Moins Avancés (PMA) et éligible à l'initiative Pays Pauvres Très Endettés (PPTE). Le phénomène de la pauvreté est apparu et s'est amplifié dans les années 90 avec une détérioration continue des conditions de vie des ménages. Le taux de croissance économique a connu une augmentation au cours des dernières années. Entre 2008-2012, il était évalué à 6,1 % pour une population qui augmente de 3,9 % d'après les résultats préliminaires du quatrième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH 2012). Le PIB par habitant est passé de 124 600 FCFA en 2000 à 212 500 FCFA en 2012, soit une augmentation de près de 70 %. Ce résultat enregistré sur le plan macroéconomique au cours des dernières années, malgré une légère amélioration, n'a pas été suffisant pour créer les conditions d'un développement durable soutenu. En effet, selon l'enquête sur les conditions de vie des ménages et l'agriculture (ECVMA 2011), 48,2 % de la population vivent en dessous du seuil de pauvreté contre 59,5 % selon l'enquête sur le Budget et la Consommation des Ménages réalisée en 2007-2008. À cet égard, pour lutter contre ce phénomène de pauvreté, l'État du Niger, avec l'appui des partenaires au développement avait mis en œuvre de 2002 à 2011 une

Stratégie de Réduction de la Pauvreté (SRP). Depuis 2012, le Niger a élaboré un Plan de Développement Économique et Social (PDES) 2012-2015. Le PDES 2012-2015 se veut le cadre unique de référence des interventions au titre de l'agenda du développement du Gouvernement pour le moyen terme et prend en compte les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). À cet effet, il capitalise les objectifs et progrès réalisés dans la mise en œuvre de la Stratégie de Développement Accéléré et de Réduction de la Pauvreté (SDRP), des stratégies sectorielles et des plans d'action ministériels. Il constitue l'instrument d'opérationnalisation du Programme de Renaissance du Niger et prend en compte la Déclaration de Politique Générale (DPG) du Premier Ministre, Chef du Gouvernement.

1.5. Situation Sanitaire

Au lendemain des indépendances, la politique sanitaire du Niger était axée essentiellement sur la médecine curative individuelle. Les éléments essentiels de cette politique reposaient sur la gratuité des soins. Les perspectives décennales 1965-1974 préconisaient une médecine décentralisée intégrant l'aspect curatif et préventif. La politique du programme triennal 1974-1976 a mis l'accent sur une médecine de masse ; l'option fondamentale était une médecine globale et intégrée coordonnant les activités préventives, éducatives, curatives et promotionnelles pour toutes les communautés et visant l'autosuffisance sanitaire. Pour renforcer cette option fondamentale, le Niger a souscrit à plusieurs déclarations régionales et internationales dont la déclaration d'Alma Ata en 1978 pour la stratégie des soins de santé primaires (SSP). Afin d'accélérer l'application des stratégies des SSP, le Niger a aussi souscrit, depuis 1987, à l'Initiative de Bamako qui a pour but de redynamiser le système de santé en réorganisant son fonctionnement et en impliquant davantage les populations bénéficiaires dans sa gestion. En juillet 1995, l'État a adopté la Déclaration de Politique Sectorielle de Santé qui avait comme objectif l'amélioration de l'état sanitaire et nutritionnel des individus, des familles et des communautés. Elle impliquait le développement des activités prioritaires préventives et promotionnelles intégrées aux soins curatifs et aux actions intersectorielles coordonnées dans le cadre d'un processus gestionnaire. En dépit des efforts consentis, au cours de la mise en œuvre de ces différentes politiques, les indicateurs sanitaires sont demeurés préoccupants. Afin d'accélérer la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires et l'objectif universel de la santé pour tous au XXI^e siècle, le gouvernement a adopté la Déclaration de Politique Sanitaire en mai 2002. Le Plan de Développement Sanitaire 2011-2015, le troisième après ceux de 1994-2000 et 2005-2010, constitue l'outil principal de mise en œuvre de la politique nationale de santé pour les cinq années à venir. Il est en cohérence avec les Objectifs du

Millénaire pour le Développement (OMD), le Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement (UNDAF) et les orientations stratégiques définies par le ministère de la Santé pour la période 2002-2011.

En effet, le PDS 2011-2015 vise l'atteinte des Objectifs du Développement du Millénaire dont six sur les huit sont directement en rapport avec la santé. Il s'agit de :

- éliminer l'extrême pauvreté et la faim (réduire de moitié la malnutrition d'ici 2015) ;
- réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans (réduire des 2/3 le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans entre 1990 et 2015) ;
- améliorer la santé maternelle (réduire des 3/4 le taux de mortalité maternelle entre 1990 et 2015) ;
- combattre le VIH/ sida, le Paludisme et d'autres maladies endémiques (arrêter la propagation du VIH/Sida et inverser la tendance actuelle d'ici 2015 ; maîtriser le paludisme et inverser la tendance) ;
- assurer un environnement durable (réduire de moitié d'ici à 2015 le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau de boisson salubre et à des services d'assainissement) ;
- mettre en place un partenariat mondial pour le développement (rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement en coopération avec l'industrie pharmaceutique).

L'OMS recommande d'allouer 10 % du budget national pour subvenir aux besoins essentiels de santé de la population. Les Chefs d'État et de Gouvernement Africains sont encore beaucoup plus ambitieux parce qu'ils se sont engagés à porter le budget de la santé de leurs pays respectifs à 15 % du budget lors de la réunion sur le sida, le paludisme et la tuberculose qui s'est tenue à Abuja (Nigeria) en 2001. En dépit de la démographie élevée entraînant l'accroissement important des besoins en santé et nonobstant la priorité accordée au secteur et les déclarations successives de bonnes intentions, le budget de la santé n'a pas suivi l'évolution du budget national. Ainsi, celui-ci n'a jamais atteint la barre des 10 % du budget national de l'indépendance à nos jours, y compris pendant les années du boom de l'uranium. Au contraire, des baisses se sont opérées au moment des différents plans d'ajustements structurels qui ont entraîné la contraction des ressources de l'État. Le PDS 2011-2015 prévoit une augmentation de la part du budget de la santé sur le budget national de 9,5 % en 2010 à 13,4 % en 2015. L'État demeure le principal garant des dépenses nationales de santé (40 %). Les autres efforts

de financement proviennent des ménages (28 %) et des partenaires techniques et financiers (27 %). Le secteur privé, bien qu'en plein essor, contribue à hauteur de 4 %. Quant à la participation des ONG nationales, elle est encore très faible (0,2 %).

La mortalité infantile et infanto-juvénile ainsi que la mortalité maternelle sont en baisse. Une étude récente menée par l'Institut national de la Statistique a montré que la mortalité infanto-juvénile a baissé de près de 40 % au cours des dix dernières années. Les principales pathologies pour lesquelles les malades consultent et qui constituaient les principales causes de morbidité en 2011, restent le paludisme (27,3 %), la toux et le rhume (18,6 %), la pneumonie (10,7 %) et les maladies diarrhéiques (10,1 %). Au Niger, la malnutrition demeure un problème de santé publique et elle varie traditionnellement avec la période de soudure. Certes, cette situation est aussi liée aux déficits alimentaires chroniques observés dans plusieurs zones vulnérables. Elle résulte également des maladies infectieuses et parasitaires (paludisme, rougeole, diarrhées, infections respiratoires aiguës) fréquentes chez l'enfant, dans un contexte de système de soins déficients, de connaissance insuffisante des besoins nutritionnels du jeune enfant et de pratiques culturelles inadaptées aux besoins du jeune enfant. La couverture vaccinale s'est améliorée au cours des dernières années avec l'intensification des campagnes de vaccination, ce qui a permis d'enregistrer une baisse sensible de la mortalité des enfants de moins de cinq ans (EDSN MICS IV, 2012).

Chapitre 2 : PRESENTATION DES RESULTATS

Les méthodes statistiques et économétriques appliquées à l'échantillon ont conduit aux résultats ci-dessous, respectivement : le lien entre les déterminants socioéconomiques, intermédiaires et l'utilisation de la contraception moderne ; l'influence des déterminants socioéconomiques et intermédiaires sur l'utilisation de la contraception moderne et la hiérarchisation des déterminants socioéconomiques et intermédiaires de l'utilisation de la contraception moderne.

2.1. Lien entre les déterminants socioéconomiques, intermédiaires et l'utilisation de la contraception moderne

2.1.1. Caractéristiques des enquêtées

Sur un total de 11160 Femmes en Age de Procréer (FAP), l'analyse des données indique que : 81,2% résident en milieu rural et 18,8% en milieu urbain. Les FAP résidant en milieu rural seraient plus représentées que celles résidant en milieu urbain.

Les femmes n'ayant aucun niveau d'instruction seraient les plus représentées avec 80,1% suivies de celles ayant un niveau primaire 11,4% et celles ayant un niveau secondaire et plus 8,5%.

Les femmes en union représentent 88,6% et celles non en union 11,4%. Les femmes en union seraient les plus représentées.

Les ménages riches représentent 43,4%, suivis des ménages pauvres 36,9% et ceux moyens 19,7%.

Les femmes ayant déclaré connaître une méthode contraceptive moderne représentent 87,7% et celles qui l'utilisent représentent 11%.

Les femmes qui désirent 6 enfants et plus représentent 79,4%, suivies de celles qui désirent entre 3 et 5 enfants 12,2%, les réponses non numériques représentent 7,4% et de celles qui désirent entre 0 et 2 enfants 0,9%. Les femmes qui désirent entre 0 et 2 enfants seraient les moins représentées, contrairement à celles qui désirent 6 et plus qui sont les plus représentées.

Les femmes n'ayant aucune occupation représentent 70,8 %, suivies des commerçantes 19,5%, des autres occupations 5,9%, des agricultrices auto-employées 3,2%, des ménagères 0,5% et

des prestataires de services 0,1%. Les femmes n'ayant aucune occupation seraient les plus représentées.

Le tableau ci-dessous présente les caractéristiques des enquêtées.

Tableau 2 : Caractéristique des enquêtées

Variables	Modalités	Effectifs	Fréquence relative
Milieu de résidence	Urbain	2095	18,8
	Rural	9065	81,2
Niveau d'instruction*	Aucun	8928	80,1
	Primaire	1276	11,4
	Secondaire et plus	945	8,5
Niveau de vie du ménage*	Pauvre	4121	36,9
	Moyen	2201	19,7
	Riche	4838	43,4
Connaissance de la contraception moderne*	Oui	9790	87,7
	Non	1370	12,3
Utilisation de la contraception moderne*	Oui	1227	11
	Non	9933	89
Statut matrimonial*	Union	9881	88,6
	Pas en union	1279	11,4
Nombre d'enfants désiré*	0-2	103	0,9
	3-5	1361	12,2
	6 et plus	8866	79,4
	Réponses non numériques	830	7,4
Occupation*	Aucune occupation	7905	70,8
	Commerçante	2175	19,5
	Agricultrice auto-employée	354	3,2
	Ménagère	59	0,5
	Prestataires de service	6	0,1
	Autre	660	5,9

* = variable recodée

Source : Données de l'EDSN-MICS IV 2012

2.1.2. Etude de la dépendance entre la variable expliquée et les variables explicatives

2.1.2.1. Variables intermédiaires

Considérons :

H0 : il n'y a pas de différence

H1 : il y a une différence

Le tableau ci-dessous présente le résultat du test de Khi-deux entre l'utilisation de la contraception moderne et les variables intermédiaires

Tableau 3 : Résultat du test de Khi-deux entre l'utilisation de la contraception moderne et les intermédiaires

Variables	Utilisation de la contraception moderne		Probabilité de Khi-deux
	Oui (%)	Non (%)	
Connaissance d'une méthode moderne			0,000
Oui	1227 (12,53)	8563 (87,47)	
Non	0 (00)	1370 (100)	
Nombre d'enfants désirés			0,000
0-2	12 (11,65)	91 (88,35)	
3-5	193 (14,17)	1169 (85,83)	
6 et plus	914 (10,31)	7952 (89,69)	
Réponses non numériques	108 (13,01)	722 (86,99)	

Source : Données de l'EDSN-MICS IV 2012

La dépendance est très significative.

Connaissance d'une méthode moderne (Khi-deux = 192,915, ddl = 1, p = 0,000)

Nombre d'enfants désiré (Khi-deux = 21,794, ddl = 3, p = 0,000)

Au regard des tests du Khi-deux, nous rejetons H0 au profit de H1. Nous concluons qu'il y a une différence statistiquement significative entre les variables intermédiaires (connaissance d'une méthode moderne et nombre d'enfants désiré) et l'utilisation de la contraception moderne au seuil de 1%.

2.1.2.2. Variables socioéconomiques

Considérons :

H0 : il n'y a pas de différence

H1 : il y a une différence

Le tableau suivant présente le résultat du test de Khi-deux entre l'utilisation de la contraception moderne et les variables socioéconomiques.

Tableau 4 : Résultat de test de Khi-deux entre l'utilisation de la contraception moderne et les variables socioéconomiques

Variables	Utilisation de la contraception moderne		Probabilité de Khi-deux
	Oui (%)	Non (%)	
Milieu de résidence			0,000
Urbain	406 (19,38)	1689 (80,62)	
Rural	821 (9,06)	8244 (90,94)	
Niveau d'instruction			0,000
Aucun	874 (9,79)	8053 (90,21)	
Primaire	190 (14,89)	1086 (85,11)	
Secondaire et plus	160 (16,93)	785 (83,07)	
Statut matrimonial			0,000
Union	1201 (12,18)	8661 (87,82)	
Pas union	25 (1,93)	1272 (98,07)	
Niveau de vie du ménage			0,000
Pauvre	315 (7,64)	3806 (92,36)	
Moyen	176 (8,00)	2025 (92,00)	
Riche	736 (15,21)	4102 (84,79)	
Occupation			0,000
Aucune occupation	768 (9,72)	7137 (90,28)	
Commerçante	277 (12,74)	1898 (87,26)	
Agricultrice auto-employée	46 (12,99)	308 (87,01)	
Ménagère	6 (10,17)	53 (89,83)	
Prestataires de service	3 (50)	3 (50)	
Autre	126(19,06)	535 (80,94)	

Source : Données de l'EDSN-MICS IV 2012

La dépendance est très significative.

Milieu de résidence (Khi-deux = 185,300, ddl = 1, p = 0,000)

Niveau d'instruction (Khi-deux = 67,127, ddl = 2, p = 0,000)

Statut matrimonial (Khi-deux = 123,155, ddl = 1, p = 0,000)

Niveau de vie du ménage (Khi-deux = 155,474, ddl = 2, p = 0,000)

Occupation (Khi-deux = 74,787, ddl = 5, p = 0,000)

Au regard des tests du Khi-deux, nous rejetons H0 au profit de H1. Nous concluons qu'il y a une différence statistiquement significative entre les variables socioéconomiques (milieu de résidence, niveau de résidence, statut matrimonial, niveau de vie du ménage et occupation) et l'utilisation de la contraception moderne.

2.2. Influence des déterminants socioéconomiques et intermédiaires sur l'utilisation de la contraception moderne

Les déterminants explicatifs de l'utilisation de la contraception moderne au Niger sont identifiés à travers le modèle 2, dans la mesure où il met en exergue les effets de toutes les variables explicatives retenues pour cette étude. Le modèle estimé est globalement significatif (p value < 1%).

Ainsi, toutes choses étant égales par ailleurs, les variables qui ont un effet net et pouvant être considérées comme déterminants explicatifs de l'utilisation de la contraception moderne au Niger sont :

- le milieu de résidence,
- le niveau d'instruction,
- le statut matrimonial,
- le niveau de vie du ménage,
- l'occupation de la femme,
- le nombre d'enfants désiré.

L'effet du milieu de résidence, du niveau d'instruction et de l'occupation de la femme sur l'utilisation de la contraception moderne est positif par rapport aux situations de référence, respectivement (milieu rural, aucun niveau et aucune occupation).

Tandis que l'effet du statut matrimonial, du niveau de vie du ménage et du nombre d'enfants désirés sur l'utilisation de la contraception moderne est négatif par rapport aux références, respectivement (être en union, être riche et 3-5 comme nombre d'enfants désiré).

Le tableau suivant résume les effets des déterminants socioéconomiques et intermédiaires sur l'utilisation de la contraception moderne.

Tableau 5 : Effets des déterminants socioéconomiques et intermédiaires sur l'utilisation de la contraception moderne

Variables	Modèle 1		Modèle 2	
	Coefficient	Odd Ratio	Coefficient	Odd Ratio
Constante	-2,083***	0,125	-1,697***	0,183
Milieu de résidence	***		***	
Référence = Rural				
Urbain	0,743***	2,102	0,670***	1,954
Niveau d'instruction	***		***	
Référence = Aucun				
Primaire	0,366***	1,442	0,278***	1,320
Secondaire et plus	0,566***	1,760	0,434***	1,543
Statut matrimonial	***		***	
Référence = Union				
Pas union	-2,733***	0,065	-2,638***	0,071
Niveau de vie du ménage	***		***	
Référence = Riche				
Pauvre	-0,427***	0,653	-0,336***	0,714
Moyen	-0,423***	0,655	-0,385***	0,680
Occupation	***		***	
Référence = Aucune				
Commerçante	0,174**	1,190	0,120ns	1,127
Agricultrice auto-employée	0,450***	1,569	0,336**	1,399
Ménagère	-0,277ns	0,758	-0,353ns	0,702
Prestataires de service	3,730***	41,664	3,486***	32,656
Autre	0,453***	1,574	0,412***	1,510
Connaissance d'une méthode moderne			Ns	
Référence = Oui			Ns	
Non			-18,798ns	0,000
Nombre d'enfants désirés			***	
Référence = 3-5				
0-2			0,163ns	1,177
6 et plus			-0,306***	0,737
Réponses non numériques			-0,101ns	0,904
Valeur du Khi-deux	568,545		807,844	
Significativité du Khi-deux	***		***	
Pseudo-R2	10		14	

Ns= non significatif ; *= significatif à 10% ; **= significatif à 5% ; ***= significatif à 1%

Source : Données de l'EDSN-MICS IV 2012

2.3. Hiérarchisation des déterminants socioéconomiques et intermédiaires de l'utilisation de la contraception moderne

A ce niveau, nous tenterons de hiérarchiser les déterminants explicatifs selon leur contribution à la prédiction de l'utilisation de la contraception moderne chez les femmes nigériennes en âge de procréer.

Les effets des facteurs socio-économiques et intermédiaires sitôt dégagés, il est alors fondamental de les classer. Parmi les sept (7) variables retenues pour l'explication de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes, six (6) sont avérées déterminantes. Alors, il est ici question de les classer selon leur pouvoir explicatif ou leur importance sur l'utilisation de la contraception.

La procédure de calcul de la contribution de ces déterminants s'effectue de la manière suivante :

$C_x = [(\chi^2_f - \chi^2_s) / \chi^2_f] * 100$, avec :

C_x = Contribution de la variable ;

χ^2_f = Khi-deux du modèle saturé (Modèle 2);

χ^2_s = Khi-deux sans la variable considérée et dont on cherche sa contribution.

Pour obtenir χ^2_s , on retire la variable qu'on cherche de la contribution dans le modèle saturé et on obtient le Khi-deux sans cette variable. On fait un tirage avec remise au fur et à mesure pour finir les six (6) variables déterminantes.

Cette hiérarchisation est d'autant plus importante qu'elle permet d'établir les priorités dans les actions visant à augmenter le taux de prévalence contraceptive. Cela dans le souci d'aider à la prise de décision et à l'élaboration des stratégies efficaces et efficientes.

Dans un contexte de contrainte budgétaire, la hiérarchie contributive des déterminants est très pertinente dans la mesure où elle permet de prioriser les actions (BENINGUISSE, 2001).

Le tableau ci-dessous présente la contribution et le rang des variables à l'explication de l'utilisation de la contraception moderne.

Tableau 6 : Contribution et rang des variables à l'explication de l'utilisation de la contraception moderne

Variabiles	χ^2_f	χ^2_s	Cx(%)	Rang
Milieu de résidence	807,844	750,411	7,11	2ème
Niveau d'instruction	807,844	794,645	1,63	5ème
Statut matrimonial	807,844	527,835	34,66	1er
Niveau de vie du ménage	807,844	786,465	2,65	4ème
Occupation	807,844	780,285	3,41	3ème
Nombre d'enfants désirés	807,844	794,705	1,63	5ème
χ^2_f : khi-deux du modèle final ; χ^2_s : khi-deux sans la variable ; Cx : contribution de la variable = $(\chi^2_f - \chi^2_s)/\chi^2_f$				

Source : Données de l'EDSN-MICS IV 2012

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Chapitre 3 : DISCUSSIONS DES RESULTATS ET RECOMMANDATIONS

Dans ce chapitre, nous discuterons des résultats issus des méthodes statistiques et économétriques appliquées à l'échantillon, qui nous conduiront à la formulation de quelques recommandations.

3.1. Discussions des résultats

Tous nos déterminants socioéconomiques influencent significativement l'utilisation de la contraception moderne au seuil de 1% chez les femmes nigériennes en âge de procréer. La hiérarchisation selon leur contribution à l'explication de cette utilisation, qui est différente d'une étude à une autre, met en exergue que : le statut matrimonial des femmes occupe le premier rang, suivi de leur milieu de résidence, de leur occupation, du niveau de vie de leur ménage, de leur niveau d'instruction et de leur nombre d'enfant désiré.

Le *statut matrimonial* : Les femmes qui ne sont pas en union ont moins de chance d'utiliser la contraception moderne avec un Odd ratio inférieur à 1 (0.071). Ce constat trouve une explication selon laquelle les femmes qui ne sont pas en union ne jugeraient pas encore de la nécessité d'utiliser une méthode contraceptive. Ce qui est corroboré par l'étude de LENAN GANGUINON (2009) qui a retrouvé que les femmes célibataires et divorcées ont 5,6 et 1,5 fois plus de risque de ne pas utiliser la contraception moderne que celles qui sont mariées. Si nous considérons l'hypothèse que c'est la fécondité que les femmes tchadiennes cherchent à maîtriser en utilisant les méthodes contraceptives, il est bien normal que les célibataires et les divorcées recourent moins à la contraception moderne puisqu'elles ne sont pas encore mariées ou ne sont plus en mariage. ZRA (2008) aussi a retrouvé que les femmes dont les conjoints approuvent la contraception moderne ont 0,62 fois moins de chance de ne pas utiliser la contraception moderne. *A cet effet, l'hypothèse selon laquelle les femmes dont les conjoints sont favorables aux méthodes contraceptives modernes sont moins enclines à la non-utilisation de la contraception moderne est parfaitement confirmée.* SEMONDJI (2016) enfin, a retrouvé dans son étude que sur l'ensemble de son échantillon, les femmes en union représentent 66,00% et celles qui ne sont pas en union 34,00%. Parmi celles qui sont en union, seulement 12,10% utilisent une méthode contraceptive moderne contre 02,60% parmi leurs homologues qui ne sont pas en union. En termes d'effet, les femmes qui ne sont pas en union ont 87,10% moins de chance d'utiliser une contraception moderne.

Comme on s'y attendait avec le *lieu de résidence*, les femmes résidant en milieu urbain utilisent plus la contraception moderne comparativement à leurs homologues résidant en milieu rural. Toutes choses étant égales par ailleurs, les rapports de côte montrent dans notre étude que les femmes urbaines ont 1,954 fois plus de chance d'utiliser une contraception moderne. Ce qui reste vérifié du moment où, dans les pays en développement, nous constatons une concentration des couches aisées en villes et les pauvres en milieu rural. Cette situation influence l'utilisation de la contraception moderne. Il faut par ailleurs ajouter que contextuellement, les villes africaines sont mieux dotées en infrastructures socio-sanitaires que les villages. SEMONDJI (2016) dans son étude a retrouvé un rapport de cote qui montre que les femmes urbaines ont 2,028 fois plus de chance d'utiliser une contraception moderne. AKOTO et al (2002) eux ont avancé, que classiquement en milieu rural, les femmes sont moins instruites et réceptrices des soins traditionnels dont elles partagent le mode de fonctionnement et les valeurs. L'inégale répartition des ressources humaines et matérielles, est aussi une des principales raisons qui oppose le milieu urbain et le milieu rural, dans l'explication des choix thérapeutiques dans certains pays africains. De grandes inégalités subsistent encore entre les infrastructures sanitaires rurales et les équipements des structures urbaines malgré les efforts faits au Sénégal pour en limiter l'ampleur.

Les inégalités entre milieux de résidence se retrouvent également en matière « d'ouverture sur le monde » ; selon la thèse culturaliste « urbanophile », le cadre urbain est en effet beaucoup plus propice que le milieu rural à une adoption des comportements novateurs. Ce que TABUTIN (1995) dans une synthèse de la littérature axée sur le rôle dévolu à la ville et à l'urbanisation dans les changements démographiques, a soutenu l'universalité de cette observation, lorsqu'il pense qu'au plan mondial, dans une grande majorité des cas, c'est aujourd'hui en ville, chez les urbains que se déclenchent, s'amorcent et souvent s'accélèrent les grands changements d'ordre démographique et sanitaire.

LENAN GANGUINON (2009) a rapporté que par rapport au milieu de résidence, les femmes habitant le milieu urbain ont 42% moins de risque de ne pas utiliser la contraception moderne que celles qui habitent en milieu rural. A cet effet, *l'hypothèse selon laquelle, les femmes qui résident en milieu rural utilisent moins la contraception moderne que celles qui habitent en ville est confirmée. Aussi, en milieu urbain, les femmes ont plus de chance d'être instruites et ouvertes aux valeurs occidentales en matière de PF que leurs congénères du milieu rural.*

Généralement au Tchad, les femmes du milieu rural sont souvent natalistes parce que les enfants leur donnent l'opportunité d'être acceptées dans la société et ne cherchent en aucun cas à maîtriser ou à freiner leurs naissances. Les enfants constituent également leurs seules sécurités pendant leurs vieux jours. Ce qui leur donne encore plus de raison d'être enclines à la non-utilisation de la contraception moderne.

Nous avons retrouvé dans notre étude que les femmes exerçant une **activité génératrice** de revenu ont plus de chance d'utiliser la contraception moderne que leurs homologues ménagères et celles qui n'ont aucune occupation. Toutes les activités génératrices, quel que soit l'activité ont un Odd Ratio supérieur à 1. Cela est corroboré par l'étude de ZRA (2008) qui a retrouvé que les femmes sans emploi ont 2,12 fois plus de chance de ne pas recourir à la contraception moderne par rapport à celles qui sont dans le secteur traditionnel. Aussi, les femmes qui travaillent dans le secteur moderne ont 2,24 fois plus de chance de recourir à la contraception comparativement à celles qui sont sans (aucune activité). SEMONDJI (2016) a aussi retrouvé que les femmes pratiquant un commerce ont 1,402 fois plus de chance d'utiliser la contraception moderne que celles qui n'ont aucune occupation.

Il est retrouvé aussi dans notre étude que comparativement aux femmes des **ménages** riches, les femmes des ménages pauvres et moyens ont moins de chance d'utiliser la contraception moderne. Ces deux modalités ont chacune un Odd Ratio inférieur à 1 au seuil de 1%. LENAN GANGUINON (2009) a retrouvé dans les siennes que, les femmes qui ont un niveau de vie faible ont 1,3 fois plus de risque de ne pas utiliser la contraception moderne que celles qui ont un niveau de vie modeste. *Ces femmes souffrent d'accessibilité financière et d'accessibilité géographique parce qu'elles sont généralement dans les campagnes reculées où les services de PF y sont rares ainsi que les moyens médiatiques, leur empêchant de prendre connaissance des méthodes contraceptives modernes. Ainsi, par rapport à la précarité de leur situation économique, elles préfèrent une descendance nombreuse pour assurer leur « sécurité » pendant leurs « vieux jours ».*

ZRA (2008) contrairement, a retrouvé que comparativement aux femmes pauvres, les femmes du niveau de vie moyen ont 2,71 fois plus de chance de ne pas utiliser la contraception moderne ; mais les femmes issues des ménages riches ont 1,97 fois plus de chance de l'utiliser que les femmes pauvres (modalité de référence). *Ceci est d'autant plus vrai dans la mesure où les femmes issues des ménages pauvres vivent dans des conditions ne leur permettant pas non seulement de s'émanciper et aussi de s'offrir les services de la PF.* SEMONDJI (2016) a aussi

retrouvé dans son étude que les ménages moyens ont 1,002 plus de chance d'utiliser la contraception moderne que les ménages riches (situation de référence), alors que les ménages pauvres ont moins de chance (0,697) d'utiliser que la situation de référence.

La chance d'utilisation de la contraception moderne augmente avec l'augmentation du **niveau d'instruction** du « primaire » au « secondaire et plus », avec respectivement un Odd Ratio de 1,320 et 1,543 de plus de chance, comme retrouvée dans notre étude. Notre résultat est corroboré par plusieurs recherches sur le lien entre contraception moderne et niveau d'instruction de (LOAIZA et al, 2010). LENAN GANGUINON (2009) a retrouvé qu'en matière de la non-utilisation de la contraception moderne, les femmes ayant un niveau primaire ont 34,2% moins de risque de ne pas recourir à la contraception moderne par rapport à celles qui n'ont aucun niveau. Celles qui ont un niveau secondaire et plus sont encore plus ou moins enclines puisqu'elles ont 79,1% moins de risque de ne pas utiliser la contraception moderne que les femmes sans niveau d'instruction. *En effet, l'instruction donne aux femmes une nouvelle manière de penser et apporte les nouvelles valeurs occidentales en matière de PF. Il faut noter qu'au Tchad, les femmes instruites sont généralement celles qui travaillent et du fait de leur statut d'activité, elles disposent peu de temps pour s'occuper des enfants. Ce qui les prédispose à l'utilisation de la contraception moderne.* SEMONDJI (2016) a aussi retrouvé que les femmes qui sont instruites sont les plus disposées à utiliser une contraception moderne. Cependant la grande majorité de celles qui n'utilisent pas une contraception moderne n'ont aucun niveau d'instruction. L'influence associée à la modalité « primaire », « secondaire et plus » est respectivement de 1,883 et de 1,730. Ce qui signifie qu'une femme qui a un niveau d'instruction « primaire » ou « secondaire et plus » a respectivement 1,883 fois ou 1,738 fois plus de chance d'utiliser une contraception moderne par rapport à celle qui n'a aucun niveau d'instruction.

Parmi les déterminants intermédiaires, seul **le nombre d'enfants désiré** par les femmes nigériennes en âge de procréer influence significativement l'utilisation de la contraception moderne. En effet, il est ressorti dans notre étude que les femmes désirant 6 enfants et plus et celles qui supposent que le nombre d'enfant dépend de la volonté Divine ont moins de chance d'utiliser la contraception moderne avec, respectivement un Odd Ratio de 0,737 et 0,904 (tous inférieur à 1). Mais les femmes désirant entre 0 et 2 enfants ont 1,177 fois plus de chance d'utiliser la contraception par rapport à la situation de référence qui est de 3-5 enfants. ZRA (2008), a retrouvé que la variable « nombre d'enfants désirés » a un pouvoir significatif important en ce qui concerne la non-utilisation de la contraception moderne chez les femmes

en union. En effet, comparativement aux femmes désirant entre 5 et 6 enfants, les femmes qui supposent que le nombre d'enfant dépend de la volonté du bon Dieu ont 3,14 fois plus de chance de ne pas recourir à la contraception moderne, ce qui confirme l'hypothèse selon laquelle les femmes qui désirent plus d'enfants ont une propension très importante à la non-utilisation de la contraception moderne. En effet, dans l'explication de la non-utilisation de la contraception moderne chez les femmes en union dans le septentrion, le nombre d'enfants désiré est fondamental.

Contrairement au nombre d'enfants désiré dans les déterminants intermédiaires, la **connaissance d'une méthode contraceptive** est non significative. Autrement dit, elle n'a aucune influence sur l'utilisation de la contraception moderne chez les nigériennes âgées de 15 à 49 ans. Cependant, 87,7% d'entre elles ont répondu connaître une méthode moderne. Il en est de même dans l'étude de SEMONDJI (2016) qui a aussi retrouvé que la connaissance de la contraception moderne n'a eu aucune influence sur l'utilisation de la contraception chez les femmes sénégalaise en âge de procréer, alors que 90,10 % d'entre elles ont cité au moins une méthode contraceptive moderne, qu'elles connaissent. NDIAYE et al (2003) ont expliqué que la faible utilisation des contraceptions moderne pourrait s'expliquer par le fait que les femmes ne maîtriseraient pas correctement la physiologie de la reproduction. Aussi, la faiblesse de l'offre de services de qualité en planification familiale notamment en milieu rural, la pauvreté de la population et un large ensemble de pesanteurs socioculturelles ont été exprimées comme une autre explication par (AFFRE, 2012). BONNET et GUILLAUMET (2004) pensent que l'information dispensée dans les centres de PF ne couvre pas l'ensemble des avantages et inconvénients liés à chacune des méthodes (risques éventuels et les effets secondaires, la nécessité d'un suivi médical, voire leur caractère irréversible de certaines d'entre elles), sous prétexte que les patientes ne seraient pas en mesure de les comprendre.

LENAN GANGUINON (2009) contrairement, a retrouvé dans son étude que « la connaissance des méthodes contraceptives contribue à 24,02% et occupe le premier rang dans l'explication de la non-utilisation des méthodes contraceptives. La connaissance des méthodes contraceptives reste une variable déterminante pour l'explication du phénomène étudié. Les femmes qui connaissent les méthodes contraceptives ont 97% moins de risque de ne pas utiliser la contraception moderne. Cela confirme l'hypothèse selon laquelle, les femmes qui ne connaissent pas les méthodes contraceptives utilisent moins ces dernières que celles qui

connaissent. Ce qui est vrai, lorsqu'une femme ne connaît pas une méthode contraceptive, il serait difficile qu'elle l'utilise, car elle méconnaît l'utilité de la contraception moderne ».

3.2. Recommandations

Au terme de cette étude, nous proposons avant de conclure, un certain nombre de recommandations qui, nous espérons, pourront être exploitées par toutes les parties prenantes des programmes de PF.

Pour augmenter le TPC, nous formulons

3.2.1. A l'endroit des autorités :

- adapter les stratégies des programmes de PF aux réalités du pays ;
- mettre en œuvre des stratégies en faveur de l'autonomisation des femmes en union, surtout celles des milieux ruraux ;
- créer des activités génératrices de revenu et accroître la scolarisation des jeunes filles.

3.2.2. A l'endroit des programmes de PF, des associations de bien-être familial, des leaders traditionnels et religieux, de la société civile et des ONG spécialités

- d'intégrer largement les maris et les leaders communautaires dans les campagnes d'information et de sensibilisation sur la PF ;
- de promouvoir le dialogue sur la PF au sein des couples, d'impliquer les hommes aussi bien que les femmes dans les programmes de PF ;
- de cultiver auprès des hommes par les canaux de communication adaptés à eux, la place importante de la maîtrise de la fécondité et de celle de la démographie dans le développement économique du pays.

CONCLUSION GENERALE

CESAG - BIBLIOTHEQUE

L'idée qui a suscité l'attention pour cette recherche est de savoir : quels sont les déterminants socioéconomiques de l'utilisation de la contraception moderne chez les femmes nigérienne en âge de procréer ? afin de mettre à la disposition des décideurs politiques, des ONG et des responsables des programmes de la planification familiale, des informations pertinentes relatives à l'utilisation de la contraception moderne chez les femmes nigériennes en âge de procréer pour pouvoir combattre plus efficacement la non utilisation des contraceptifs modernes au Niger.

Cette étude portant sur les déterminants socioéconomiques de l'utilisation de la contraception moderne a pris en compte certaines variables socioéconomiques et intermédiaires au nombre de sept (7).

A l'issu de nos analyses, il est ressorti que toutes les variables socioéconomiques et intermédiaires ont une dépendance, un lien (les valeurs p des tests de Khi-deux très significatives à 1%) avec l'utilisation de la contraception moderne qui est la variable expliquée. Aussi, toutes les variables socioéconomiques influencent significativement (les odd ratio du modèle 2 de la régression logistique sont supérieurs à 1) l'utilisation de la contraception moderne, tandis que parmi les variables intermédiaires, seul le « nombre d'enfants désiré » influence l'utilisation de la contraception moderne, contrairement à la « connaissance d'une méthode contraceptive moderne ». La hiérarchisation selon la contribution de chacune des variables à l'explication de cette utilisation classe : le statut matrimonial des femmes au premier rang, suivi de leur milieu de résidence, de leur occupation, du niveau de vie de leur ménage, de leur niveau d'instruction et de leur nombre d'enfant désiré.

Ces principaux résultats nous ont permis de confirmer nos trois hypothèses H1 : il existe une dépendance entre les différents déterminants socioéconomiques, intermédiaires et l'utilisation de la contraception moderne, H2 : les déterminants socioéconomiques et intermédiaires ont un effet significatif sur l'utilisation de la contraception moderne (à l'exception de l'une des deux déterminants intermédiaires) et H3 : les déterminants socioéconomiques sont plus influents sur l'utilisation de la contraception moderne que les déterminants intermédiaires.

La hiérarchisation a permis la suggestion de quelques recommandations basées sur l'adaptation des programmes de PF aux réalités locales par le renforcement des campagnes de sensibilisation, surtout pour les femmes en union et qui vivent en milieu rural ; par la mise en œuvre des stratégies éducatives, basées sur la scolarisation des filles. Elle a permis également

de recommander la création des activités génératrices de revenu à l'endroit des femmes et la facilitation de leur accès aux services de PF. Elle a enfin permis de suggérer : de diriger les sensibilisations vers les hommes également et leur intégration dans les programmes de PF.

Cette étude n'a pas la prétention d'avoir cerné tous les facteurs explicatifs de l'utilisation de la contraception moderne. Dans toute recherche en sciences sociales, il est difficile d'appréhender totalement les faits sociaux caractérisés par leur complexité et leur variabilité. Dans le souci de le parfaire, nous nous proposons de :

- Poursuivre la réflexion et les études avec un large éventail d'indicateurs, incluant les facteurs socioculturels, religieux, etc. Une analyse prenant en compte plus de variables socioéconomiques et intermédiaires en vue de capturer plus de variables significatives pourrait mieux nous renseigner. Elle nous aidera dans la prise de décision pour une promotion plus efficace et plus efficiente de la contraception moderne en vue de maîtriser la croissance démographique galopante du Niger, pour une meilleure réussite des politiques de développement.
- Appliquer la même étude aux autres EDS MICS du Niger à venir, pour voir le degré de changement ou de variation par rapport aux variables explicatives et par rapport aux priorités à promouvoir.
- Promouvoir les recherches et les études comparées entre pays de mêmes réalités socioculturelle, économique, religieuse et d'autres études entre pays de réalités contraires pour enfin dégager les facteurs les plus pertinents et les plus communs.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

BIBLIOGRAPHIE

1. **ABDURAHMAN M., DESALEGN W., AMSALU F. et BERIHUN M. (2010)**, *Les déterminants de l'utilisation des contraceptifs modernes chez les femmes mariées en âge de procréer dans Shoa Zone Nord, la région d'Amhara, en Ethiopie, santé reproductive* 2014, 13, DOI : 10.1186/1742-4755-11-13.
2. **AFFRE Y. J. (2012)**, *Fécondité et contraception en Afrique de l'ouest : Une Contribution Anthropologique*, Editions Faustroll, Clauney, ISBN 2-915436-23-1.
3. **AKOTO E., AKA K. et LAMLENN B. (2002)**, *Se soigner aujourd'hui en Afrique de l'ouest : pluralisme thérapeutique entre tradition et modernité (Bénin, Côte d'Ivoire et Mali)*, Les cahiers de l'IFORD n°27, 169p.
4. **ALE F. et BALOGOUN A. (2009)**, *Les déterminants de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes chez la femme béninoise*, http://fpconference.org/2009/media/DIR_169701/15f1ae857ca97193ffff82e4ffffd524.pdf. Consulté le 09-08-2018.
5. **BAZONGO B. (2014)**, *Analyse économétrique de l'efficacité des méthodes contraceptives modernes sur la réduction de la fécondité au Burkina Faso*, Mémoire de master de recherche en santé publique, Aix Marseille Université, Marseille, 30p.
6. **BENINGUISSE G. (2001)**, *Entre tradition et modernisme : fondements sociaux et démographiques de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au Cameroun*, Louvain-la-neuve, UCL, 297p.
7. **BONNET D. et GUILLAUME A. (2004)**, « La santé de la reproduction : une émergence des droits individuels », in GUILLAUME A. et KHLAT M. (eds), *Santé de la reproduction au temps du Sida en Afrique*, CEPED, Paris, pp.11-32.
8. **CHIESA-MOUTANDOU S. et TIEMENI WANTOU G. (1998)**, *Le comportement contraceptif des gabonaises, les méthodes modernes : faible taux d'utilisation et déficit d'information*, www.santetropicale.com/Resume/54802.pdf. Consulté le 20-08-2018. Consulté le 12-08-2018.
9. **GUICHARD A. et POTVIN L. (2010)**, *La réduction des inégalités sociales de santé : un objectif prioritaire des systèmes de santé*, www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000580.pdf.
10. **INS-NIGER, ICF International-USA. (2013)**, *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSN-MICS IV) 2012*, Niger, 457p.

11. **LENAN GANGUINON S. (2009)**, *Les facteurs explicatifs de la non-utilisation des méthodes contraceptives modernes par les femmes au Tchad*, Mémoire de DESSD, IFORD, Yaoundé, 100p.
12. **LEYE M. M. M., FAYE A., NDIAYE P. DIONGUE M., WONE I., SECK I. et TAL-DIA A. (2011)**, *Déterminants de l'utilisation de la contraception moderne dans le district sanitaire de Mbacké, Sénégal*, www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-1-page-107.htm. Consulté le 08-10-2018.
13. **LEYE M. M. M., WONE I., HAMADI M. M. O., TINE J. A.D., FAYE A., SECK I. et TAL-DIA A. (2012)**, *Les facteurs associés à l'utilisation de la contraception moderne au niveau de la commune d'Aïoun, Mauritanie*, <http://publication.lecames.org/index.php/sante/article/viewFile/64/284>. Consulté le 09-08-2018.
14. **LOAIZA E. et BLAKE S. (2010)**, *How universal is access to reproductive health? A review of the evidence*, UNFPA, https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/universal_rh.pdf. Consulté le 18-10-2018.
15. **MATUNGULU MATUNGULU C., ILUNGA KANDOLO S., NTAMBUE MUKENGESHAYI A., MUSAU NKOLA A., ILUNGA MPOYI D., KATANGA MUMBA S., NDAYI KABAMBA J., COWGILL K. et MALONGA KAJ F. (2014)**, *Déterminants de l'utilisation des méthodes contraceptives dans la zone de santé Mumbunda à Lubumbashi, République Démocratique du Congo*, www.panafrican-med-journal.com/content/article/22/329/full. Consulté le 02-09-2018.
16. **NASAH B. T. (1998)**, *Planification familiale, sexualité et santé reproductive des adolescents en Afrique Subsaharienne*, Edi conseil, Boucherville.
17. **NDIAYE C. A. T., DELAUNAY V. et ADJAMAGBO A. (2003)**, *Connaissance et utilisation des méthodes contraceptives en milieu rural Sereer au Sénégal*, Cahiers d'études et de recherches francophones/santé, volume 13, Article paru dans Cahiers Santé 2003 (13) : pp.31-37
18. **NKWA R. C. (1997)**, *Contraception. En savoir plus...et choisir*, Edition Etoile des Tropiques, Yaoundé.
19. **OMS. (2015)**, *Planification familiale*, www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/fr/. Consulté le 13-08-2018.
20. **ONU. (2008)**, *Rapport sur les objectifs du millénaire pour le développement*, ONU. New York : DAES 2008, 52p.

21. **ONU. (2012)**, *Rapport sur les objectifs du millénaire pour le développement*, ONU. New York : DAES 2012, 70p.
22. **RESEAU DE RECHERCHE EN SANTE DE LA REPRODUCTION EN AFRIQUE (RESAR)**, *La planification familiale*, www.ourbodiesourselves.org/cms/assets/uploads/2007/06/fr_family_planning5.pdf. Consulté le 12-08-2018.
23. **RWENGE M. (1994)**, *Déterminants de la fécondité des mariages selon le milieu d'habitat au Bénin : Examen par les variables intermédiaires*, Les cahiers de l'IFORD, n°7, 125p.
24. **SEMONDJI M. E. (2016)**, *Les déterminants socioéconomiques de l'utilisation de la contraception moderne au Sénégal*, Mémoire de MBA ES, CESAG, Dakar, 54p.
25. **SEPOU A., ENZA J. et NALI M.N. (1997)**, *Les difficultés liées à l'expansion de la contraception en zones urbaine et semi-urbaine, République Centrafricaine*, www.santetropicale.com/Resume/24703.pdf. Consulté le 20-08-2018.
26. **SEVERINS P. (1993)**, *Planification : Droit de la personne, clé du développement, élément essentiel des soins de santé primaires*, Edition de Boeck-Wesmael-University, Bruxelles.
27. **SZYKMAN M. (1989)**, *Problèmes de planification familiale*, Louvain-La Neuve, Belgique, 95p.
28. **TABUTIN D. (1995)**, « Transitions et théories de mortalité », in : GERARD, H. et PICHE, V., *La sociologie des Populations*, PUM/AUPELF-UREF, pp. 257-288.
29. **VEKEMANS M. (dir) (1993)**, *Pratique et gestion de la planification familiale dans les pays en voie de développement*, Edition de Boeck-Wesmael-University, Bruxelles.
30. **ZRA I. (2008)**, *Facteurs associés à la non-utilisation de la contraception moderne chez les femmes en union dans la partie septentrionale du Cameroun*, Mémoire de DESSD, IFORD, Yaoundé, 102p.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

ANNEXES

Annexe 1 : Fréquences**Annexe 1.1. : Type of place of residence**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Urban	2095	18,8	18,8	18,8
	Rural	9065	81,2	81,2	100,0
	Total	11160	100,0	100,0	

Annexe 1.2. : Highest educational level

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	No education	8928	80,0	80,1	80,1
	Primary	1276	11,4	11,4	91,5
	Secondary	880	7,9	7,9	99,4
	Higher	65	,6	,6	100,0
	Total	11148	99,9	100,0	
Manquant	9	12	,1		
Total		11160	100,0		

Annexe 1.3. : Wealth index

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Poorest	2019	18,1	18,1	18,1
	Poorer	2102	18,8	18,8	36,9
	Middle	2201	19,7	19,7	56,7
	Richer	2294	20,6	20,6	77,2
	Richest	2544	22,8	22,8	100,0
	Total	11160	100,0	100,0	

Annexe 1.4. : Knowledge of any method

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Knows no method	1229	11,0	11,0	11,0
	Knows only folkloric method	140	1,3	1,3	12,3
	Knows only traditional method	1	,0	,0	12,3
	Knows modern method	9790	87,7	87,7	100,0
	Total	11160	100,0	100,0	

Annexe 1.5. : Current use by method type

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	No method	9765	87,5	87,5	87,5
	Folkloric method	157	1,4	1,4	88,9
	Traditional method	11	,1	,1	89,0
	Modern method	1227	11,0	11,0	100,0
	Total	11160	100,0	100,0	

Annexe 1.6. : Current marital status

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Never in union	883	7,9	7,9	7,9
	Married	9862	88,4	88,4	96,3
	Living with partner	19	,2	,2	96,4
	Widowed	121	1,1	1,1	97,5
	Divorced	260	2,3	2,3	99,9
	No longer living together/separated	15	,1	,1	100,0
	Total	11160	100,0	100,0	

Annexe 1.7. : Ideal number of children (grouped)

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	22	,2	,2	,2
	1	12	,1	,1	,3
	2	69	,6	,6	,9
	3	128	1,2	1,2	2,1
	4	394	3,5	3,5	5,6
	5	839	7,5	7,5	13,1
	6+	8866	79,4	79,4	92,6
	Non-numeric response	830	7,4	7,4	100,0
	Total	11160	100,0	100,0	

Annexe 1.8. : Respondent's occupation (grouped)

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Not working	7905	70,8	70,8	70,8
	Professional/technical/managerial	177	1,6	1,6	72,4
	Clerical	141	1,3	1,3	73,7
	Sales	2175	19,5	19,5	93,2
	Agricultural - self employed	354	3,2	3,2	96,3
	Household and domestic	59	,5	,5	96,9
	Services	6	,1	,1	96,9
	Skilled manual	313	2,8	2,8	99,7
	Don't know	29	,3	,3	100,0
	Total	11160	100,0	100,0	

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Annexe 2 : Tableaux croisés**Annexe 2.1. : Connaissance de la contraception moderne * Utilisation de la contraception moderne****Tableau croisé**

Effectif

	Utilisation de la contraception moderne		Total
	Non	Oui	
Connaissance de la contraception moderne	Non	1370	0
	Oui	8563	1227
Total		9933	1227
			11160

Tests du khi-carré

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. exacte (bilatérale)	Sig. exacte (unilatérale)
khi-carré de Pearson	192,915 ^a	1	,000		
Correction pour continuité ^b	191,636	1	,000		
Rapport de vraisemblance	341,915	1	,000		
Test exact de Fisher				,000	,000
Association linéaire par linéaire	192,898	1	,000		
N d'observations valides	11160				

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 150,63.

b. Calculée uniquement pour une table 2x2

Annexe 2.2. : Nombre enfants désirés * Utilisation de la contraception moderne**Tests du khi-carré**

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
khi-carré de Pearson	21,794 ^a	3	,000
Rapport de vraisemblance	20,666	3	,000
Association linéaire par linéaire	3,106	1	,078
N d'observations valides	11161		

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 11,32.

Tableau croisé

Effectif

		Utilisation de la contraception moderne		Total
		Non	Oui	
Nombre enfants désirés	0-2	91	12	103
	3-5	1169	193	1362
	6 et plus	7952	914	8866
	Réponse non numérique	722	108	830
Total		9934	1227	11161

Annexe 2.3. : Type of place of residence * Utilisation de la contraception moderne**Tableau croisé**

Effectif

		Utilisation de la contraception moderne		Total
		Non	Oui	
Type of place of residence	Urban	1689	406	2095
	Rural	8244	821	9065
Total		9933	1227	11160

Tests du khi-carré

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. exacte (bilatérale)	Sig. exacte (unilatérale)
khi-carré de Pearson	185,300 ^a	1	,000		
Correction pour continuité ^b	184,246	1	,000		
Rapport de vraisemblance	162,773	1	,000		
Test exact de Fisher				,000	,000
Association linéaire par linéaire	185,283	1	,000		
N d'observations valides	11160				

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 230,34.

b. Calculée uniquement pour une table 2x2

Annexe 2.4. : Niveau Instruction * Utilisation de la contraception moderne**Tableau croisé**

Effectif

		Utilisation de la contraception moderne		Total
		Non	Oui	
Niveau Instruction	Aucun	8053	874	8927
	Primaire	1086	190	1276
	Secondaire et plus	785	160	945
Total		9924	1224	11148

Tests du khi-carré

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
khi-carré de Pearson	67,127 ^a	2	,000
Rapport de vraisemblance	61,505	2	,000
Association linéaire par linéaire	64,897	1	,000
N d'observations valides	11148		

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 103,76.

Annexe 2.5. : Statut matrimonial * Utilisation de la contraception moderne**Tableau croisé**

Effectif

		Utilisation de la contraception moderne		Total
		Non	Oui	
Statut matrimonial	Union	8661	1201	9862
	Pas en union	1272	25	1297
Total		9933	1226	11159

Tests du khi-carré

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. exacte (bilatérale)	Sig. exacte (unilatérale)
khi-carré de Pearson	123,155 ^a	1	,000		
Correction pour continuité ^b	122,109	1	,000		
Rapport de vraisemblance	173,427	1	,000		
Test exact de Fisher				,000	,000
Association linéaire par linéaire	123,144	1	,000		
N d'observations valides	11159				

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 142,50.

b. Calculée uniquement pour une table 2x2

Annexe 2.6. : Niveau de vie du ménage * Utilisation de la contraception moderne**Tableau croisé**

Effectif

		Utilisation de la contraception moderne		Total
		Non	Oui	
Niveau de vie du ménage	Pauvre	3806	315	4121
	Moyen	2025	176	2201
	Riche	4102	736	4838
Total		9933	1227	11160

Tests du khi-carré

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
khi-carré de Pearson	155,474 ^a	2	,000
Rapport de vraisemblance	154,077	2	,000
Association linéaire par linéaire	134,222	1	,000
N d'observations valides	11160		

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 241,99.

Annexe 2.7. : Occupation * Utilisation de la contraception moderne**Tableau croisé**

Effectif

		Utilisation de la contraception moderne		Total
		Non	Oui	
Occupation	Aucune occupation	7137	768	7905
	Commerçante	1898	277	2175
	Agricultrice auto-employée	308	46	354
	Ménagère	53	6	59
	Prestataire de service	3	3	6
	Autre	535	126	661
Total		9934	1226	11160

Tests du khi-carré

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
khi-carré de Pearson	74,787 ^a	5	,000
Rapport de vraisemblance	64,200	5	,000
Association linéaire par linéaire	64,044	1	,000
N d'observations valides	11160		

a. 1 cellules (8,3%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de ,66.

Annexe 3 : Régression logistique**Annexe 3.1. : Tests composites des coefficients du modèle**

		Khi-carré	ddl	Sig.
Pas 1	Pas	568,545	11	,000
	Bloc	568,545	11	,000
	Modèle	568,545	11	,000

Annexe 3.2. : Récapitulatif des modèles

Log de vraisemblance -2	R-deux de Cox et Snell	R-deux de Nagelkerke
7147,976 ^a	,050	,100

Annexe 3.3. : Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1 ^a	Type of place of residence(1)	,743	,087	73,083	1	,000	2,102
	Niveau Instrcuton			32,727	2	,000	
	Niveau Instrcuton(1)	,366	,092	15,842	1	,000	1,442
	Niveau Instrcuton(2)	,566	,116	23,807	1	,000	1,760
	Niveau de vie du menage			31,377	2	,000	
	Niveau de vie du menage(1)	-,427	,084	25,785	1	,000	,653
	Niveau de vie du menage(2)	-,423	,098	18,462	1	,000	,655
	Statut matrimonial(1)	-2,733	,218	157,714	1	,000	,065
	Occupation			38,891	5	,000	
	Occupation(1)	,174	,078	5,022	1	,025	1,190
	Occupation(2)	,450	,165	7,467	1	,006	1,569
	Occupation(3)	-,277	,452	,376	1	,540	,758
	Occupation(4)	3,730	,916	16,587	1	,000	41,664
	Occupation(5)	,453	,119	14,566	1	,000	1,574
	Constante	-2,083	,066	989,658	1	,000	,125

a. Introduction des variables au pas 1 : Type of place of residence, Niveau Instrcuton, Niveau de vie du menage, Statut matrimonial, Occupation.

Annexe 3.4. : Tests composites des coefficients du modèle

		Khi-carré	ddl	Sig.
Pas 1	Pas	807,844	15	,000
	Bloc	807,844	15	,000
	Modèle	807,844	15	,000

Annexe 3.5. : Récapitulatif des modèles

Pas	Log de vraisemblance -2	R-deux de Cox et Snell	R-deux de Nagelkerke
1	6908,677 ^a	,070	,140

Annexe 3.6. : Variables de l'équation

	B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1 ^a Type of place of residence(1)	,670	,088	57,832	1	,000	1,954
Niveau Instrcutio			18,442	2	,000	
Niveau Instrcutio(1)	,278	,093	9,010	1	,003	1,320
Niveau Instrcutio(2)	,434	,118	13,531	1	,000	1,543
Niveau de vie du menage			21,724	2	,000	
Niveau de vie du menage(1)	-,336	,085	15,789	1	,000	,714
Niveau de vie du menage(2)	-,385	,099	15,143	1	,000	,680
Statut matrimonial(1)	-2,638	,220	143,644	1	,000	,071
Occupation			30,005	5	,000	
Occupation(1)	,120	,078	2,359	1	,125	1,127
Occupation(2)	,336	,165	4,146	1	,042	1,399
Occupation(3)	-,353	,453	,609	1	,435	,702
Occupation(4)	3,486	,927	14,148	1	,000	32,656
Occupation(5)	,412	,120	11,879	1	,001	1,510
Connaissance de la contraception moderne(1)	-18,798	1049,840	,000	1	,986	,000
Nombre enfants désirés			13,587	3	,004	
Nombre enfants désirés(1)	,163	,336	,236	1	,627	1,177
Nombre enfants désirés(2)	-,306	,095	10,302	1	,001	,737
Nombre enfants désirés(3)	-,101	,139	,529	1	,467	,904
Constante	-1,697	,108	246,016	1	,000	,183

- a. Introduction des variables au pas 1 : Type of place of residence, Niveau Instrcutio, Niveau de vie du menage, Statut matrimonial, Occupation, Connaissance de la contraception moderne, Nombre enfants désirés.

Annexe 3.7. : Tests composites des coefficients du modèle

		Khi-carré	ddl	Sig.
Pas 1	Pas	750,411	14	,000
	Bloc	750,411	14	,000
	Modèle	750,411	14	,000

Annexe 3.8. : Tests composites des coefficients du modèle

		Khi-carré	ddl	Sig.
Pas 1	Pas	794,645	13	,000
	Bloc	794,645	13	,000
	Modèle	794,645	13	,000

Annexe 3.9. : Tests composites des coefficients du modèle

		Khi-carré	ddl	Sig.
Pas 1	Pas	786,465	13	,000
	Bloc	786,465	13	,000
	Modèle	786,465	13	,000

Annexe 3.10. : Tests composites des coefficients du modèle

		Khi-carré	ddl	Sig.
Pas 1	Pas	527,835	14	,000
	Bloc	527,835	14	,000
	Modèle	527,835	14	,000

Annexe 3.11. : Tests composites des coefficients du modèle

		Khi-carré	ddl	Sig.
Pas 1	Pas	780,285	10	,000
	Bloc	780,285	10	,000
	Modèle	780,285	10	,000

Annexe 3.12. : Tests composites des coefficients du modèle

		Khi-carré	ddl	Sig.
Pas 1	Pas	578,346	14	,000
	Bloc	578,346	14	,000
	Modèle	578,346	14	,000

Annexe 3.13. : Tests composites des coefficients du modèle

		Khi-carré	ddl	Sig.
Pas 1	Pas	794,705	12	,000
	Bloc	794,705	12	,000
	Modèle	794,705	12	,000

CESAG - BIBLIOTHEQUE

TABLE DES MATIERES

Dédicace	I
Remerciements	II
Liste des sigles et abréviations	III
Sommaire	V
Liste des tableaux et figures	VI
Liste des annexes.....	VII
INTRODUCTION GENERALE.....	1
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE	8
Chapitre 1 : REVUE DE LA LITTERATURE.....	8
1.1. Arguments de la Planification familiale.....	8
1.1.1. Arguments sanitaires	8
1.1.2. Arguments socioéconomiques et démographiques	9
1.1.3. Arguments des droits de l'Homme.....	9
1.2. Concepts de la contraception moderne.....	10
1.2.1. Contraception moderne	10
1.2.1.1. Méthodes naturelles.....	10
1.2.1.2. Méthodes de barrière	11
1.2.2. Concept de déterminants socioéconomiques.....	15
1.3. Cadre empirique	15
1.3.1. Milieu de résidence	15
1.3.2. Niveau de vie du ménage	16
1.3.3. Occupation de la femme.....	17
1.3.4. Niveau d'instruction.....	18
1.3.5. Statut matrimonial	19
1.3.6. Connaissance de la contraception moderne	20
1.3.7. Nombre d'enfants désiré	20
1.4. Cadre conceptuel.....	21
1.5. Définitions des éléments conceptuels du cadre.....	22
1.5.1. Planification familiale	22
1.5.2. Contraception moderne	23
1.5.3. Utilisation de la contraception moderne.....	23
1.5.4. Facteurs socio-culturels.....	23

1.5.5. Facteurs socio-économiques	23
1.5.6. Facteurs socio-démographiques	23
1.5.7. Facteurs intermédiaires	24
Chapitre 2 : METHODOLOGIE	25
2.1. Méthodes statistiques et économétriques	25
2.2. Présentation théorique du modèle	26
2.3. Test d'adéquation du modèle	27
2.4. Interprétation des résultats obtenus	28
2.5. Source et description des données	28
DEUXIEME PARTIE : CADRE PRATIQUE DE L'ETUDE	31
Chapitre 1 : PRESENTATION DU NIGER	32
1.1. Présentation cartographique	32
1.2. Situation géographique	33
1.3. Situation démographique	34
1.4. Situation économique	35
1.5. Situation Sanitaire	36
Chapitre 2 : PRESENTATION DES RESULTATS	39
2.1. Lien entre les déterminants socioéconomiques, intermédiaires et l'utilisation de la contraception moderne	39
2.1.1. Caractéristiques des enquêtées	39
2.1.2. Etude de la dépendance entre la variable expliquée et les variables explicatives	40
2.1.2.1. Variables intermédiaires	40
2.1.2.2. Variables socioéconomiques	41
2.2. Influence des déterminants socioéconomiques et intermédiaires sur l'utilisation de la contraception moderne	43
2.3. Hiérarchisation des déterminants socioéconomiques et intermédiaires de l'utilisation de la contraception moderne	45
Chapitre 3 : DISCUSSIONS DES RESULTATS ET RECOMMANDATIONS	47
3.1. Discussions des résultats	47
3.2. Recommandations	52
3.2.1. A l'endroit des autorités	52
3.2.2. A l'endroit des programmes de PF, des associations de bien-être familial, des leaders traditionnels et religieux, de la société civile et des ONG spécialités	52
CONCLUSION GENERALE	53

BIBLIOGRAPHIE	55
ANNEXES	59
TABLE DES MATIERES	72

CESAG - BIBLIOTHEQUE