

Croyance aux mythes relatifs à la planification familiale aux niveaux individuel et communautaire et pratique de la contraception moderne en Afrique urbaine

CONTEXTE: Les mythes négatifs et les idées reçues sur la planification familiale font obstacle à la pratique contraceptive moderne. La plupart de la recherche sur la question se concentre sur les croyances individuelles au sujet de la contraception. Comme les mythes se propagent toutefois aisément dans les communautés, il importe aussi de considérer l'effet de la prévalence de mythes négatifs sur la pratique contraceptive.

MÉTHODES: Les données de base collectées en 2010–2011 dans le cadre du projet *Measurement, Learning and Evaluation* (Measurement, Learning and Evaluation) concernant les femmes de 15 à 49 ans vivant dans certaines villes du Kenya, du Nigeria et du Sénégal sont utilisées. Les associations entre la pratique contraceptive moderne et les mythes négatifs acceptés au niveau individuel et communautaire sont examinées par analyses multivariées.

RÉSULTATS: Dans chaque pays, les mythes sur la planification familiale les plus répandus au niveau individuel et communautaire sont que «les personnes qui pratiquent la contraception finissent par avoir des problèmes de santé», «les contraceptifs nuisent à la santé des femmes» et «les contraceptifs peuvent endommager l'utérus». En moyenne, les Nigériennes et les Kényanes croient, respectivement, 2,7 et 4,6 sur huit mythes sélectionnés, et les Sénégalaises, 2,6 sur sept. La croyance individuelle des femmes à l'égard des mythes est associée négativement à leur pratique de la contraception moderne dans les trois pays (rapports de probabilités, 0,2–0,7). Au Nigeria, la variable mythe de niveau communautaire relative aux femmes est associée positivement à la pratique contraceptive moderne (1,6), alors que celle relative aux hommes l'est négativement (0,6) ; ni l'une ni l'autre n'est associée à la pratique contraceptive moderne au Kenya ni au Sénégal.

CONCLUSION: Des programmes d'éducation sont nécessaires pour dissiper les mythes courants et les idées reçues concernant la contraception moderne. Au Nigeria, les programmes qui encouragent la discussion communautaire semblent utiles à l'affaiblissement des mythes et à l'accroissement de la pratique contraceptive moderne.

Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique, numéro spécial de 2016, pp.11–19, doi: 10.1363/FR01116

Par Abdou Gueye,
Ilene S. Speizer,
Meghan Corroon et
Chinelo C. Okigbo

Abdou Gueye est responsable national, Measurement, Learning & Evaluation Project, IntraHealth International, Dakar, Sénégal. Ilene S. Speizer est professeur-chercheuse et Chinelo C. Okigbo est candidate au doctorat, toutes deux au Department of Maternal and Child Health, Gillings School of Global Public Health, University of North Carolina à Chapel Hill, États-Unis. Meghan Corroon est responsable technique, Measurement, Learning & Evaluation Project, Carolina Population Center, University of North Carolina à Chapel Hill.

Les besoins non satisfaits de planification familiale – définis comme la proportion de femmes en union qui sont sexuellement actives et fécondes et qui désirent différer leur prochaine maternité d'au moins deux ans ou ne plus avoir d'enfants du tout mais qui ne pratiquent aucune méthode de contraception^{1,2} – sont élevés dans toute l'Afrique subsaharienne.³ Bien des femmes et des couples qui présentent un besoin non satisfait d'espacement ou de limitation des naissances ne pratiquent pas la contraception parce qu'ils ne disposent pas d'une connaissance adéquate des avantages socioéconomiques et sanitaires que procure la planification familiale, ignorent les méthodes qui leur sont disponibles ou qui leur conviendraient, ou ne savent pas où se les procurer.⁴ La conviction que leur partenaire, famille, communauté ou religion s'opposent à la contraception en décourage d'autres de pratiquer une méthode.

Autres obstacles importants à la pratique contraceptive, les mythes et les idées reçues abondent concernant les méthodes modernes, notamment les rapports erronés ou exagérés sur les effets secondaires, les faux problèmes de santé à court ou long terme et les stéréotypes négatifs

concernant les personnes qui pratiquent la planification familiale.^{5,6} Par exemple, dans les pays développés comme dans ceux en développement, beaucoup de femmes perçoivent erronément l'usage de la contraception orale comme étant plus dangereuse que la grossesse.⁷ Dans une étude menée dans huit pays en développement, 50% à 70% des femmes pensaient que la pilule posait des risques de santé considérables.⁸ D'après une étude menée au Mali, beaucoup redoutent que la pilule ou le contraceptif injectable puissent causer une stérilité permanente.⁹ Une étude qualitative réalisée au Kenya auprès de femmes sexuellement actives de 15 à 25 ans a démontré que de nombreuses femmes avaient des idées reçues sur les effets secondaires de la contraception moderne (qui serait par exemple cause de stérilité ou de lésions utérines), mais peu avaient effectivement expérimenté ou connaissaient quelqu'un qui avait expérimenté un effet secondaire (comme par exemple, un gain de poids).¹⁰ Dans une autre étude qualitative kenyane auprès de femmes en âge de procréer, une répondante a déclaré que la pilule «risque de s'accumuler et de former une masse mortelle dans le ventre, de faire saigner par le

TABLEAU 1. Pourcentages de répartition des femmes âgées de 15 à 49 ans de villes sélectionnées au Kenya, au Nigeria et au Sénégal, par caractéristiques, projet MLE, 2010–2011

Caractéristique	Kenya (N=5 588)	Nigeria (N=8 880)	Sénégal (N=4 952)
Âge			
15 à 19 ans	10,2	14,0	18,7
20 à 24 ans	29,2	17,2	22,1
25 à 29 ans	24,6	20,7	18,3
30 à 34 ans	15,0	17,6	14,3
35 à 39 ans	10,6	14,1	12,3
40 à 44 ans	6,5	9,4	8,8
45 à 49 ans	3,9	7,1	5,6
Éducation			
Aucune/coranique	5,9	8,4	30,9
Primaire	36,4	14,3	33,4
Secondaire	39,8	48,0	29,0
>secondaire	17,9	28,6	6,7
Info manquante	0,0	0,7	0,0
Religion			
Musulmane	9,8	48,2	89,7
Non musulmane	90,1	51,2	10,3
Info manquante	0,1	0,6	0,0
État matrimonial			
Jamais mariée	32,9	31,6	39,7
Mariée ou l'ayant été	67,1	68,4	60,3
Quintile de richesse			
Le plus pauvre	17,0	16,4	18,7
Deuxième	19,4	18,7	19,2
Moyen	19,5	19,9	19,8
Quatrième	20,8	21,4	19,4
Le plus riche	23,4	23,6	22,9
Ville de résidence			
Dakar/Abuja/Nairobi	74,8	17,4	48,8
Guédiawaye/Ibadan/Mombasa	19,8	29,6	12,6
Pikine/Ilorin/Kisumu	5,4	23,6	13,2
Mbao/Kaduna/na†	na†	29,4	25,3
Méthode moderne‡			
Oui	42,1	26,5	16,9
Non	57,9	73,5	83,1
Total	100,0	100,0	100,0

†na=non applicable. ‡Les méthodes modernes incluent la pilule, le stérilet, le contraceptif injectable, l'implant, la pilule contraceptive d'urgence, la méthode de l'aménorrhée liée à l'allaitement, le préservatif (masculin et féminin), le spermicide, le diaphragme ou la stérilisation (masculine ou féminine). N.B.: Tous les pourcentages sont pondérés et reposent sur des échantillons analytiques qui excluent les femmes présentant des données manquantes et celles issues d'unités primaires comptant moins de cinq observations.

nez et la bouche et de causer la naissance d'enfants à deux têtes et sans peau ». ¹¹ Les mythes et idées reçues concernant les méthodes peuvent se répandre par communication informelle à travers les réseaux sociaux et mener à des perceptions négatives persistantes. ^{12,13}

La prévalence de ces mythes et idées reçues a été démontrée dans diverses études de niveau national ^{3,14,15} et dans les milieux ruraux. ¹⁶ Les données du projet *Measurement, Learning & Evaluation*/Mesure, Apprentissage et Évaluation (MLE) au Kenya, au Nigeria et au Sénégal révèlent des niveaux élevés d'information erronée sur la planification familiale dans les milieux urbains. ^{17–19} Lors des enquêtes MLE de référence menées entre 2010 et 2011, la moitié au

moins des femmes interviewées dans six villes du Sénégal croyaient que les utilisatrices de la contraception auraient des problèmes de santé; ¹⁹ des résultats similaires ont été obtenus parmi les hommes. Dans six villes nigérianes, la proportion des femmes qui croyaient en ce mythe variait entre 33% à Abuja et 57% à Ibadan; ¹⁸ côté masculin, cette proportion allait de 25% à 48%. Au Kenya enfin, 65% à 82% des femmes et des hommes interviewés dans les cinq villes soumises à l'étude pensaient que la contraception nuit à la santé. ¹⁷ Lors des évaluations MLE intermédiaires, deux ans après les enquêtes de référence, ces mythes persistaient parmi les femmes des trois pays, en légère baisse toutefois. ^{20–22}

La connaissance inadéquate et incorrecte de la contraception moderne a été associée à de faibles adoption et pratique de méthodes. ²³ Même dans les contextes de connaissance élevée de la planification familiale, toutefois, les mythes et les idées reçues sont associés à de faibles demande et pratique de la contraception. ^{3,23} Une étude des données d'Enquêtes démographiques et de santé (EDS) de 2006 à 2013 sur les raisons de l'absence contraceptive a constaté que, dans 26 des 51 pays considérés, 20% à 50% des femmes mariées ou en union qui couraient le risque d'une grossesse non planifiée avaient invoqué la peur d'effets secondaires et de problèmes de santé comme raisons principales de ne pas pratiquer la planification familiale. ³ De plus, parmi les femmes présentant des besoins non satisfaits dans les pays d'Afrique subsaharienne, 28% avaient déclaré les effets secondaires et problèmes de santé comme raisons principales de l'absence de pratique. ³ L'importance des mythes parmi les raisons de cette absence varie d'un pays à l'autre en Afrique subsaharienne: au Kenya, par exemple, 43% des non utilisatrices en 2008–2009 invoquaient les effets secondaires et les préoccupations de santé comme raisons principales, alors qu'en 2010–2011 au Sénégal, ce pourcentage n'était que de 14% (l'opposition des partenaires ou d'autres intervenants étant la raison principale invoquée ici). ³ Il s'agit peut-être là du reflet de contextes différents dans les deux pays: le Kenya présente une prévalence contraceptive globale supérieure parmi les femmes en union ou non, alors que la prévalence est moindre et concerne principalement les femmes en union au Sénégal.

D'autres études ont démontré que les mythes et la fausse information sont souvent liés aux préoccupations relatives aux effets secondaires perçus ou à la stérilité future redoutée. ^{7,11,14,15,24,25} En Égypte et au Kenya, par exemple, la peur des effets secondaires ou d'avoir un enfant déformé s'est révélée associée positivement à l'absence contraceptive moderne. ^{11,15} Au Nigeria, la peur des effets secondaires et les préoccupations de stérilité à long terme en sont les raisons majeures. ^{14,24,25} Des résultats similaires ont été observés au Mexique, où les femmes qui n'avaient jamais pratiqué la contraception déclarent avoir choisi de ne pas utiliser la pilule pour raisons de sécurité. ⁸ Dans les cas où les femmes disent craindre les risques de santé associés à la pratique de la contraception, l'information erronée

TABLEAU 2. Pourcentage des femmes et des hommes qui se disent d'accord avec les mythes relatifs à la planification familiale sélectionnés, par pays

Mythe	Kenya		Nigeria		Sénégal	
	Femmes (N=5 684)	Hommes (N=2 477)	Femmes (N=9 130)	Hommes (N=5 041)	Femmes (N=5 109)	Hommes (N=2 244)
L'injection contraceptive peut rendre une femme stérile de façon permanente	51,7	52,1	41,0	31,2	34,0	31,6
Les gens qui utilisent la contraception finissent par avoir des problèmes de santé	74,1	71,8	47,6	37,7	58,9	50,0
Les contraceptifs peuvent endommager l'utérus	62,1	na	42,4	na	36,9	44,1
Les contraceptifs réduisent le désir sexuel des femmes	59,1	61,2	22,7	25,9	24,7	39,6
Les contraceptifs peuvent causer le cancer	55,5	51,7	25,2	30,1	24,0	26,0
Les contraceptifs peuvent donner des enfants déformés	62,0	59,6	26,0	33,7	23,2	24,5
Les contraceptifs nuisent à la santé des femmes	71,5	68,0	46,6	43,2	50,2	43,8
La planification familiale/l'espace des naissances femmes encouragent les mœurs légères chez les femmes	35,0	40,2	23,0	25,7	na	na
La planification familiale/l'espace des naissances sont une affaire de femmes et les hommes ne doivent pas s'en inquiéter	na	15,6	na	13,9	na	na
Moyen (étendue) [†]	4,6 (0-8)	4,3 (0-8)	2,7 (0-8)	2,5 (0-8)	2,6 (0-7)	2,8 (0-7)

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

pourrait bien être le véritable obstacle.

De plus, les mythes et les idées reçues sur la planification familiale ont été associés positivement à l'abandon de la contraception et aux besoins non satisfaits qui s'ensuivent.⁶ Selon les résultats observés au Mexique, une nette proportion des femmes urbaines avaient arrêté la pilule par crainte d'effets secondaires.⁸ Si certaines méthodes contraceptives s'accompagnent parfois d'effets secondaires reconnus, les études antérieures démontrent que lorsque les femmes en sont informées à l'avance, elles sont plus susceptibles de les tolérer et de persévérer ou de changer de méthode plutôt que d'abandonner la pratique.^{5,26}

À ce jour, la recherche sur les mythes et les idées reçues concernant la contraception s'est très souvent concentrée sur les attitudes et la pratique au niveau individuel.^{3,11,14,15,23-25} Cette recherche antérieure ne s'est cependant pas penchée sur le rapport entre la pratique contraceptive moderne et la proportion de femmes ou d'hommes, au sein d'une communauté, qui croient aux mythes relatifs à la planification familiale. De nombreuses études axées sur les résultats de santé au niveau communautaire ont examiné si la situation socioéconomique, l'environnement de l'offre et la qualité des soins de santé sont associés à un comportement ou à un résultat de santé particulier, démontrant que les comportements féminins (ou masculins) sont associés aux comportements ou aux attitudes des autres membres de la communauté.²⁷⁻³³ Par exemple, Speizer et al. ont constaté que la prévalence grandissante de la violence sexuelle déclarée par les femmes au sein d'une communauté était associée négativement à leur usage du préservatif lors de leur dernier rapport et positivement à leur séropositivité au HIV ou au fait d'avoir eu une grossesse à l'adolescence.³⁴ D'autres études en population adulte ont produit des résultats similaires.^{27,35,36} Selon une analyse des données d'EDS menées en 2005-2009 dans 21 pays d'Afrique, la pratique contraceptive reste associée aux caractéristiques démographiques et normes

de fécondité de la communauté, aux normes de genre et aux inégalités sexuelles au niveau de la communauté et à la connaissance en matière de santé après correction des facteurs individuels.³⁷

Il importe de comprendre l'association entre la croyance aux mythes et aux idées reçues sur la planification familiale dans la communauté – dans l'ensemble ainsi qu'au niveau individuel – et les comportements contraceptifs si l'on veut mettre au point des programmes et des politiques aptes à accroître la prévalence contraceptive. La demande latente de planification familiale peut se traduire en pratique effective si les programmes réussissent à dissiper les perceptions erronées sur la contraception. De plus, la compréhension des mythes relatifs à la planification familiale, qui reflètent souvent les normes et les attitudes de la communauté, illustrera l'importance d'envisager des stratégies qui vont au-delà de la connaissance et du changement comportemental au niveau individuel.

MÉTHODES

Données et échantillon

En 2009, la Fondation Bill et Melinda Gates a inauguré l'Initiative de Santé Urbaine dans le but d'accroître la pratique contraceptive dans les zones urbaines de quatre pays: l'Inde (Uttar Pradesh), le Kenya, le Nigeria et le Sénégal. Aux fins de cette étude, nous avons utilisé les données collectées par le composant d'évaluation de l'initiative, le projet MLE (Measurement, Learning & Evaluation ou Mesure, Apprentissage et Évaluation). Dans chaque pays à l'étude, le projet MLE a collecté des données de référence auprès d'échantillons représentatifs de femmes âgées de 15 à 49 ans et d'hommes âgés de 15 à 59 ans vivant dans des villes d'intervention sélectionnées à dessein en raison de leur besoin de pratique contraceptive moderne accrue: Nairobi, Kisumu et Mombasa au Kenya; Abuja, Ibadan, Ilorin et Kaduna au Nigeria; et Dakar, Pikine, Guédiawaye et Mbao au Sénégal.

TABLEAU 3. Pourcentage moyen (et écart type) des femmes et des hommes par unité primaire d'échantillonnage qui se disent d'accord avec les mythes sélectionnés sur la planification familiale, par pays

Mythe	Kenya		Nigeria		Sénégal	
	Femmes (N=287)	Hommes (N=265)	Femmes (N=339)	Hommes (N=334)	Femmes (N=155)	Hommes (N=153)
L'injection contraceptive peut rendre une femme stérile de façon permanente	0,50 (0,15)	0,54 (0,22)	0,40 (0,18)	0,32 (0,23)	0,38 (0,16)	0,36 (0,22)
Les gens qui utilisent la contraception finissent par avoir des problèmes de santé	0,75 (0,13)	0,75 (0,19)	0,47 (0,20)	0,39 (0,24)	0,63 (0,17)	0,53 (0,23)
Les contraceptifs peuvent endommager l'utérus	0,63 (0,17)	na	0,42 (0,18)	na	0,43 (0,18)	0,47 (0,25)
Les contraceptifs réduisent le désir sexuel des femmes	0,61 (0,15)	0,61 (0,22)	0,22 (0,15)	0,27 (0,24)	0,30 (0,18)	0,45 (0,25)
Les contraceptifs peuvent causer le cancer	0,55 (0,17)	0,54 (0,23)	0,25 (0,17)	0,29 (0,23)	0,28 (0,14)	0,32 (0,23)
Les contraceptifs peuvent donner des enfants déformés	0,65 (0,17)	0,65 (0,22)	0,25 (0,16)	0,34 (0,27)	0,27 (0,15)	0,31 (0,23)
Les contraceptifs nuisent à la santé des femmes	0,71 (0,15)	0,71 (0,22)	0,23 (0,18)	0,45 (0,27)	0,54 (0,19)	0,48 (0,24)
La planification familiale/l'espacement des naissances encouragent les mœurs légères chez les femmes.	0,31 (0,16)	0,43 (0,22)	0,46 (0,20)	0,28 (0,23)	na	na
La planification familiale/l'espacement des naissances sont une affaire de femmes et les hommes ne doivent pas s'en inquiéter	na	0,16 (0,15)	na	0,16 (0,17)	na	na
Niveau communautaire (global)†	0,93 (1,16)	0,53 (0,54)	0,39 (0,31)	0,30 (0,25)	0,71 (0,63)	0,43 (0,45)
Nombre moyen d'observations par unité primaire (étendue)	20,1 (6-37)	9,0 (5-21)	30,5 (6-61)	16,3 (5-40)	33,6 (11-62)	14,8 (5-37)

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

Les détails relatifs à la collecte des données sont publiés ailleurs.¹⁷⁻¹⁹ En résumé, un plan d'échantillonnage à deux degrés similaire a été utilisé dans chaque pays, dans le but d'inclure un échantillon représentatif de la population pauvre urbaine, si possible. Au Kenya, le cadre du recensement national de 2009 a servi à déterminer si chaque unité primaire d'échantillonnage était informelle (sans régime foncier/bidonville) ou formelle (régime foncier/hors bidonville). Au Sénégal, les dirigeants municipaux ont classifié les quartiers comme pauvres ou non pauvres en fonction des caractéristiques de la majorité des ménages; les critères de logement d'ONU-Habitat (type de logement, sécurité résidentielle, densité du quartier, accès à l'eau et accès à des toilettes avec chasse d'eau) ont été utilisés. Les quartiers classifiés ont été liés à la base d'échantillonnage du recensement avant la sélection. Au Nigeria, la base d'échantillonnage du recensement de 2006 a été utilisée, sans possibilité toutefois de distinguer le caractère pauvre ou non pauvre d'une unité primaire avant ou après la sélection. Pour chaque ville

*Les unités primaires d'échantillonnage proviennent du dernier recensement effectué dans chaque pays. Comme le recensement avait eu lieu plusieurs années avant notre étude, nous avons effectué un exercice préalable à l'enquête, en nous rendant dans toutes les unités primaires sélectionnées afin de dresser la liste de tous les ménages et de collecter les coordonnées géographiques. La liste actualisée a été utilisée pour la sélection des ménages invités à participer à l'étude, tandis que les coordonnées géographiques ont servi à tracer les cartes utilisées par nos intervieweurs pour localiser aisément les ménages sélectionnés lors de l'enquête principale. Les autres critères d'échantillonnage étaient de savoir si le groupe était pauvre ou non pauvre et s'il s'agissait d'un bidonville ou non.

à l'étude dans les trois pays, un échantillon représentatif d'unités primaires a été sélectionné; là où la stratification par bidonville ou non était possible, la moitié des unités sélectionnées l'a été dans chaque groupe.

Un échantillon aléatoire de ménages a été sélectionné (30 par unité primaire au Kenya, 41 au Nigeria et 21 au Sénégal) en fonction de la liste et de la carte dressées dans l'unité sélectionnée, ainsi que d'autres critères d'échantillonnage.* Toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans qui avaient passé la nuit précédente dans un ménage sélectionné étaient admises à l'entretien; dans la moitié des ménages sélectionnés, tous les hommes âgés de 15 à 59 ans qui avaient passé la nuit précédente dans le ménage ont été interviewés. Au Kenya, 5 774 femmes et 2 503 hommes ont été interviewés; au Nigeria, 10 353 femmes et 5 547 hommes l'ont été; et au Sénégal, 5 209 femmes et 2 270 hommes l'ont été.

Les femmes et les hommes qui ne connaissaient aucune méthode contraceptive n'ont pas été interrogés sur les mythes et les idées reçues – notre variable indépendante clé – et ont été supprimés de l'analyse, de même que celles et ceux qui avaient choisi de ne répondre à aucune des questions relatives aux mythes. De plus, les femmes des unités primaires comptant moins de cinq femmes fournissant une information de niveau communautaire ont été exclues, de même que les hommes des unités comptant moins de cinq hommes fournissant une telle information. Les échantillons analytiques finaux comptaient

ainsi 5 588 femmes au Kenya, 8 880 femmes au Nigeria et 4 952 femmes au Sénégal.

Les méthodes d'étude ont été approuvées par le comité d'éthique indépendant de l'University of North Carolina à Chapel Hill et par les comités nationaux d'éthique respectifs du Kenya, du Nigeria et du Sénégal.

Variables

Notre objectif principal concernait la pratique féminine d'une méthode de contraception moderne, mesurée par la question posée aux femmes concernant leur pratique actuelle ou non d'une méthode contraceptive et, si oui, laquelle. Nous avons considéré que les femmes pratiquaient actuellement une méthode moderne si elles avaient déclaré utiliser la pilule, le stérilet, le contraceptif injectable, l'implant, la pilule contraceptive d'urgence, la méthode de l'aménorrhée liée à l'allaitement, le préservatif (masculin ou féminin), le spermicide, le diaphragme ou la stérilisation (masculine ou féminine).

Les variables indépendantes clés reposaient sur l'accord avec des énoncés spécifiques reflétant les mythes et idées reçues répandus sur la planification familiale. Par exemple: « L'utilisation d'une piqûre contraceptive peut provoquer la stérilité permanente d'une femme » ou « Les gens qui utilisent les contraceptifs finissent par avoir des problèmes de santé ». Ces énoncés avaient été formulés en fonction d'études antérieures sur les obstacles à l'utilisation de la planification familiale et de discussions de groupe qualitatives menées durant les études d'évaluation des besoins sur certains des sites à l'étude.^{10,11,38} Huit énoncés de mythes sur la planification familiale ont été sélectionnés sur la base de leur pertinence culturelle au Kenya et au Nigeria, et sept au Sénégal. Les options de réponse proposées étaient: « tout à fait d'accord », « d'accord », « pas d'accord » et « pas du tout d'accord ». Pour chaque énoncé, la femme avait reçu le code 1 si elle était d'accord ou tout à fait d'accord et 0 si elle n'était pas d'accord ou pas du tout d'accord.

Pour la mesure de niveau individuel, nous avons calculé le nombre moyen de mythes sur la planification familiale avec lesquels une femme s'était dite d'accord ou tout à fait d'accord. Pour les mesures de niveau communautaire, nous avons calculé la proportion pondérée globale des mythes avec lesquels les femmes ou les hommes des unités primaires s'étaient dits d'accord. Pour assurer une taille d'échantillon adéquate pour les moyennes de niveau communautaire, nous avons exclu les unités comptant moins de cinq femmes (pour les mythes féminins) ou de cinq hommes (pour les mythes masculins). Le nombre d'unités primaires varie entre 153 pour les hommes au Sénégal et 339 pour les femmes au Nigeria. La corrélation entre la variable féminine de niveau individuel et celle de niveau communautaire est faible dans les trois pays (moins de 0,10 au Kenya et au Sénégal, et 0,21 au Nigeria); celle entre la variable féminine et masculine de niveau communautaire est cependant élevée dans les trois (0,77 au Kenya, 0,42 au Nigeria et 0,58 au Sénégal).

Les autres variables indépendantes comprenaient l'âge

TABLEAU 4. Rapports de probabilité (et intervalles de confiance à 95%) issus des analyses de régression logistique examinant la probabilité d'usage féminin de la contraception moderne, suivant la croyance individuelle et communautaire aux mythes relatifs à la planification familiale, par pays

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

p<0,01. *p<0,001. N.B.: Tous les modèles corrigent l'âge, l'éducation, la religion, l'état matrimonial, le quintile de richesse et la ville de résidence des femmes.

de la femme (codé en sept tranches d'âge de cinq années), l'éducation (nulle ou coranique, primaire, secondaire, supérieure et manquante) et la religion (musulmane, non musulmane ou manquante); pour le Nigeria et le Kenya, le faible nombre de femmes à données manquantes de religion ou d'éducation a été supprimé des analyses. Les analyses ont en outre tenu compte de l'état matrimonial (jamais mariée ou déjà mariée), de la richesse (quintiles calculés sur les villes des pays d'après les biens du ménage, comme dans l'EDS)³⁹ et la ville de résidence (pour la standardisation, la capitale de chaque pays a été sélectionnée comme groupe de référence).

Analyses

Nous avons utilisé Stata version 12 pour toutes les analyses. Étant donné le résultat d'intérêt dichotomique, la régression logistique était appropriée. Nous avons exécuté trois modèles: le premier comprend la variable individuelle féminine comme variable indépendante clé; le deuxième ajoute la variable communautaire féminine au modèle 1 et le troisième ajoute la variable communautaire masculine au modèle 2. Les trois modèles sont exécutés sous correction des caractéristiques sociodémographiques et de la ville de résidence. Tous les modèles tiennent aussi compte du plan d'enquête en grappes propre au pays et toutes les analyses descriptives et multivariées sont pondérées de manière spécifique au pays.

RÉSULTATS

Caractéristiques démographiques

Plus de la moitié des femmes de chaque pays étaient âgées de 20 à 34 ans (69% au Kenya, 56% au Nigeria et 55% au Sénégal; Tableau 1, page 12). Soixante-dix-sept pour cent des femmes du Nigeria avaient une éducation secondaire ou supérieure, de même que 58% au Kenya et 36% au Sénégal. Quatre-vingt-dix pour cent des femmes étaient musulmanes au Sénégal, par rapport à une même proportion

TABLEAU 5. Rapports de probabilité (et intervalles de confiance à 95%) issus des analyses de régression logistique examinant la probabilité d'utilisation par les femmes de la contraception moderne au Nigeria, suivant la croyance individuelle et communautaire dans les mythes relatifs à la planification familiale, par ville

Modèle	Abuja (N=1 872)	Ibadan (N=2 720)	Ilorin (N=2 124)	Kaduna (N=1 640)
Modèle 1				
Croyances individuelles des femmes	0,25 (0,17–0,39)***	0,26 (0,20–0,36)***	0,39 (0,27–0,57)***	0,24 (0,13–0,45)***
Modèle 2				
Croyances individuelles des femmes	0,26 (0,17–0,40)***	0,26 (0,19–0,34)***	0,38 (0,26–0,56)***	0,21 (0,11–0,40)***
Croyances des femmes au niveau communautaire	0,79 (0,40–1,60)	1,33 (0,78–2,26)	1,40 (0,66–3,0)	1,60 (1,20–2,14)**
Modèle 3				
Croyances individuelles des femmes	0,26 (0,17–0,40)***	0,26 (0,19–0,34)***	0,39 (0,27–0,57)***	0,23 (0,12–0,44)***
Croyances des hommes au niveau communautaire	0,55 (0,16–1,82)	1,46 (0,83–2,56)	0,61 (0,32–1,16)	0,53 (0,32–0,90)*
Modèle 4				
Croyances individuelles des femmes	0,26 (0,17–0,41)***	0,25 (0,18–0,34)***	0,36 (0,24–0,53)***	0,19 (0,09–0,37)***
Croyances des femmes au niveau communautaire	0,92 (0,45–1,91)	1,20 (0,69–2,11)	3,29 (1,25–8,66)*	1,87 (1,36–2,59)***
Croyances des hommes au niveau communautaire	0,60 (0,16–2,28)	1,33 (0,75–2,38)	0,33 (0,15–0,71)**	0,38 (0,21–0,67)***

*p≤0,05. **p≤0,01. ***p≤0,001. N.B.: Tous les modèles corrigent l'âge, l'éducation, la religion, l'état matrimonial et le quintile de richesse.

de non musulmanes au Kenya et à une répartition à peu près égale entre les deux religions au Nigeria. La majorité des femmes de chaque pays étaient ou avaient été mariées (60% à 68%) et, comme prévu, les femmes de chaque pays étaient assez uniformément réparties entre les quintiles de richesse. Au Kenya et au Sénégal, la plus grande proportion des femmes vivait dans la capitale (75% et 49%, respectivement), alors qu'au Nigeria, les plus grandes proportions vivaient dans d'autres villes (30% à Ibadan et 29% à Kaduna).

La proportion des femmes déclarant la pratique actuelle d'une méthode contraceptive moderne était de 42% au Kenya, 27% au Nigeria et 17% au Sénégal. Au Kenya, les méthodes modernes les plus pratiquées étaient le contraceptif injectable et la pilule (17% et 10%, respectivement; non indiqué), suivies du préservatif masculin (8%). Au Nigeria, le préservatif masculin et le contraceptif injectable étaient les deux méthodes modernes les plus pratiquées (10% et 5%, respectivement), suivies du stérilet et de la pilule (3% chacune). Au Sénégal, les méthodes modernes les plus pratiquées étaient la pilule et le contraceptif injectable (5% chacune), suivies du préservatif masculin (3%).

Niveaux de croyance aux mythes

Dans chaque pays, les trois mythes le plus souvent acceptés par les femmes (Tableau 2, page 13) étaient que « les gens qui utilisent la contraception finissent par avoir des problèmes de santé » (48% à 74%), « les contraceptifs nuisent à la santé des femmes » (47% à 72%) et « les contraceptifs peuvent endommager l'utérus » (37% à 62%). Concernant chaque mythe, la proportion des femmes qui y croyaient était la plus grande au Kenya. Ainsi, les femmes croyaient en une moyenne de 4,6 mythes au Kenya, par rapport à 2,7 au Nigeria et à 2,6 au Sénégal (sept énoncés de mythes avaient été utilisés au Sénégal, par rapport à huit

dans les deux autres pays). La tendance parmi les hommes est identique: le nombre moyen de mythes acceptés était de 4,3 au Kenya, 2,5 au Nigeria et 2,8 au Sénégal.

Les énoncés de mythe prédominants au niveau individuel l'étaient généralement aussi au niveau de la communauté (Tableau 3, page 14). Pour les femmes, la variable de niveau communautaire varie de 0,39 au Nigeria à 0,93 au Kenya; celle correspondante, côté masculin, va de 0,30 au Nigeria à 0,53 au Kenya. Comme indiqué plus haut, la corrélation entre les cotes de niveau communautaire des femmes et des hommes est relativement élevée, ce qui veut dire que dans une communauté où une grande proportion des femmes croit aux mythes, une grande proportion des hommes y croit aussi.

Analyse multivariée

Le nombre de mythes relatifs à la planification familiale auxquels les femmes croyaient s'est avéré associé négativement à la pratique contraceptive moderne dans le premier modèle de régression pour chacun des trois pays (RP 0,2 à 0,7; Tableau 4, page 15). Au Kenya, par exemple, une hausse d'un point du nombre de mythes auxquels une femme croit est associée à une baisse de 35% de la probabilité qu'elle pratique une méthode moderne. L'importance et l'ampleur de la variable de niveau individuel restent inchangées dans chaque pays après ajout séquentiel des variables de niveau communautaire féminine et masculine aux modèles 2 et 3.

Côté féminin, les variables de croyance communautaire ne sont pas associées à la pratique contraceptive moderne dans le deuxième modèle de régression du Kenya et du Sénégal; sous restriction des analyses aux femmes en union, la variable communautaire féminine devient significative pour le Sénégal, mais pas pour le Kenya (non indiqué). Dans le troisième modèle, après ajout de la variable com-

munautaire masculine, ni celle-ci ni la variable correspondante féminine n'est significative dans aucun des pays.

Au Nigeria, toutefois, la variable de niveau communautaire féminine est associée positivement à la pratique contraceptive moderne dans le modèle 2 (RP 1,4). L'ajout de la variable de niveau communautaire masculine au modèle 3 accroît l'ampleur de celle des femmes (1,6); la variable masculine en elle-même est associée négativement à la pratique contraceptive moderne (0,6). Cela dit, sous exécution d'un modèle avec la variable de niveau communautaire masculine seule et correction des mythes au niveau individuel féminin, l'association n'est plus significative (non indiqué).

Les résultats obtenus pour le Nigeria laissant entendre la nécessité d'un examen approfondi, nous avons effectué des analyses au niveau des villes (Tableau 5, page 16). Le modèle 1 inclut la variable de croyance individuelle féminine; le modèle 2 y ajoute celle de niveau communautaire des femmes et le modèle 3, la variable communautaire masculine; enfin, le modèle 4 inclut les trois variables. Les quatre modèles sont exécutés sous contrôle des caractéristiques démographiques des femmes. La variable individuelle féminine est associée négativement à la pratique d'une méthode moderne dans tous les modèles pour les quatre villes nigérianes (RP 0,2 à 0,4). En ce qui concerne les variables de niveau communautaire, à Kaduna, la croyance aux mythes parmi les femmes est associée positivement à la pratique contraceptive moderne dans le modèle à variable individuelle et le modèle complet (1,6 et 1,9, respectivement); côté masculin, la variable communautaire est également significative, mais de manière négative (0,4 à 0,5). À Ilorin, les variables de niveau communautaire des femmes comme des hommes ne sont pas significatives dans les modèles 2 et 3, respectivement, mais elles le deviennent toutes deux dans le modèle complet, et les associations le sont dans les mêmes directions que celles observées à Kaduna (3,3 pour les femmes et 0,3 pour les hommes). À Abuja et à Ibadan, ces mêmes variables ne sont significatives dans aucun des modèles.

DISCUSSION

Cette étude avait pour objectif principal d'examiner les associations entre la pratique contraceptive moderne et l'accord individuel et communautaire avec les mythes relatifs à la planification familiale au Kenya, au Nigeria et au Sénégal en milieu urbain. Comme on pouvait s'y attendre, nous avons constaté qu'au niveau individuel, la croyance des femmes en ces mythes est associée négativement au recours à la contraception moderne. Des études antérieures ont démontré ce rapport.^{14,15,24}

Au niveau communautaire, toutefois, nous avons observé de nettes différences spécifiques aux pays. Au Kenya, la croyance des femmes et des hommes en ces mythes au niveau de la communauté n'est pas associée à la pratique contraceptive moderne, reflétant peut-être la plus grande pratique contraceptive générale du pays. Curieusement, le Kenya présente les plus grandes proportions de femmes et

d'hommes déclarant croire aux mythes qui circulent sur la planification familiale, laissant entendre la nécessité d'activités de sensibilisation à leur rencontre.

Au Sénégal, comme au Kenya, aucune association n'est relevée entre la croyance des femmes et des hommes aux mythes au niveau communautaire et la pratique contraceptive moderne parmi l'ensemble des femmes. Nos résultats donnent cependant à penser que la croyance aux mythes au niveau individuel et communautaire est associée négativement à la pratique contraceptive chez les femmes en union. La pratique contraceptive étant pour la plupart limitée aux femmes en union au Sénégal,¹⁹ il n'est pas surprenant de voir une association au niveau communautaire pour ce groupe particulier.

Nous avons observé des associations inattendues entre la croyance communautaire aux mythes relatifs à la planification familiale et la pratique contraceptive moderne des femmes au Nigeria: cette croyance élevée parmi les femmes est associée positivement à la pratique contraceptive, alors que si elle est élevée chez les hommes, l'association est négative. L'examen de ces résultats au niveau des villes révèle que Kaduna et Ilorin semblent à l'origine de ces rapports. Une explication possible des associations positives parmi les femmes de Kaduna et d'Ilorin serait que ces villes sont plutôt conservatrices et musulmanes, des tribus Haoussa et Yoruba, respectivement. Par rapport à Abuja et à Ibadan, dont les populations sont plus diversifiées, Ilorin et Kaduna sont ethniquement et religieusement plus homogènes.¹⁸ Aussi les femmes de ces villes sont-elles plus susceptibles d'appartenir à des réseaux sociaux étroits propices à la circulation des mythes et idées reçues sur la planification familiale, et plus susceptibles aussi de déclarer une croyance en ces mythes et idées reçues même si elles pratiquent une méthode moderne. Ainsi, l'association positive entre les mythes relatifs à la planification familiale et la pratique contraceptive moderne est plausible et souligne le fait que, même si ces femmes croient fermement aux mythes, leur besoin de contraception l'emporte sur les idées reçues concernant les effets secondaires des méthodes modernes. Renforcée d'une information correcte sur le mode d'action et les effets secondaires potentiels des méthodes modernes, la prévalence de la contraception moderne parmi ces femmes pourrait augmenter de manière exponentielle. Une recherche approfondie sur les voies de propagation des mythes et des idées reçues au sein de différentes populations culturelles et religieuses est nécessaire à l'identification des approches appropriées pour y remédier.

Limites

Cette étude n'est pas sans limites. D'abord, nous avons groupé les femmes (et les hommes) d'une unité primaire d'échantillonnage de manière à représenter la croyance globale à l'égard des mythes des individus de cette unité, selon l'approche standard des analyses d'influences communautaires sur la base de données EDS.^{27-29,37} Le recours aux unités primaires pour la représentation des communautés urbaines n'a peut-être pas été la meilleure stratégie,

toutefois, car les femmes des milieux urbains peuvent être influencées par des personnes extérieures à leur communauté (au travail, au magasin et autres endroits où elles se rendent, notamment). Les analyses futures de cohésion des communautés urbaines aideront à déterminer comment définir la « communauté » dans les contextes urbains complexes. Ensuite, les données relatives aux croyances des femmes et des hommes concernant les mythes relatifs à la planification familiale reflètent peut-être les réponses qu'ils estiment socialement désirables plutôt que leurs convictions intimes, notamment dans les contextes conservateurs de Kaduna et d'Ilorin au Nigeria. Une erreur de mesure a peut-être été commise aussi dans la collecte des données sur la croyance aux mythes relatifs à la planification familiale, en particulier dans le nord du Nigeria. À Kaduna, par exemple, les femmes se sont montrées hésitantes à exprimer leur accord ou non avec les énoncés de mythe et plus à l'aise à répondre aux questions relatives à leurs propres comportements qu'à donner leur opinion sur des énoncés généraux. Le résultat en a été un plus grand nombre d'observations manquantes au Nigeria (le site présentant la plus faible connaissance de la planification familiale) et, par conséquent, un plus grand nombre de femmes éliminées lors des analyses.

Implications programmatiques et perspectives

Nos observations laissent entendre la nécessité pour les programmes de planification familiale de cibler les mythes et les idées reçues au sujet de la contraception moderne. Les médias peuvent être utilisés pour améliorer la connaissance des méthodes et changer les normes sociales relatives à leur pratique.^{40,41} La mobilisation communautaire et le conseil individuel avec l'aide d'utilisatrices satisfaites aptes à partager leur expérience de la contraception offrent aussi des stratégies idéales à la dissipation des mythes persistants. Une autre stratégie susceptible de réduire la croyance aux mythes, en particulier chez les femmes, est la formation des agents de santé à l'interaction et au partage d'information avec les clientes, qu'il s'agisse des clientes de la planification familiale ou de celles d'autres services de santé maternelle et infantile, dans le cadre d'une programmation intégrée.

Là où la croyance communautaire aux mythes relatifs à la planification familiale est associée négativement à la pratique contraceptive moderne, des programmes doivent être mis en place pour encourager la discussion communautaire de ces mythes et des normes sociales relatives à la pratique contraceptive. Dans le nord nigérian urbain (comme à Kaduna et à Ilorin), les programmes pourraient envisager des stratégies d'amélioration de la communication interpersonnelle et l'échange d'une information exacte propice au changement des attitudes. Ils pourraient pour ce faire recourir aux médias (un feuillet radiophonique, par exemple), à l'approche communautaire (théâtre de rue) ou au conseil individuel par des agents de proximité aptes à influencer dans les ménages et les communautés la connaissance, les attitudes, les compétences et

les pratiques relatives à la planification familiale.

Enfin, les conclusions de cette étude dressent un agenda de recherche future, concernant notamment le besoin d'études qualitatives qui aident à mieux cerner l'influence des mythes sur l'usage de la planification familiale au Nigeria et le rapport entre les attitudes d'autres membres de la communauté (les amies et les voisines, par exemple) et la décision d'une femme d'adopter une méthode moderne. Des discussions de groupe, généralement utiles à la compréhension des normes sociales, doivent être organisées, en particulier dans le nord du Nigeria, afin d'éclaircir l'effet et le mode d'influence des normes communautaires sur les comportements individuels, et de préciser aussi si l'effet communautaire est modéré par le genre, en particulier dans les sociétés patriarcales comme celle du Nigeria. Des entretiens en profondeur avec les informateurs clés (tels que les leaders des groupes communautaires féminins et les dirigeants religieux et traditionnels) peuvent révéler les mécanismes à travers lesquels les mythes se développent et par lesquels ils pourraient être dissipés. Enfin, des études ethnographiques pourraient aider à comprendre certaines des bases culturelles et sociétales fondamentales qui influencent le développement et la propagation de ces mythes et idées reçues.

RÉFÉRENCES

1. Westoff CF, The potential demand for family planning: a new measure of unmet need and estimates for five Latin American countries, *International Family Planning Perspectives*, 1988, 14(2): 45-53.
2. Bradley S et al., Revising unmet need for family planning, *DHS Analytical Studies*, Calverton, MD, États-Unis: ICF International, 2012, n° 25.
3. Sedgh G et Hussain R, Reasons for contraceptive nonuse among women having unmet need for contraception in developing countries, *Studies in Family Planning*, 2014, 45(2):151-169.
4. Singh S, Darroch J et Ashford L, *Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health 2014*, New York: Guttmacher Institute, 2014.
5. Creel LC, Sass JV et Yinger NV, Client-centered quality: clients' perspectives and barriers to receiving care, *New Perspectives on Quality of Care*, Washington, DC: Population Council et Population Reference Bureau, 2002, n° 2.
6. Ali MM, Cleland JG et Shah IH, *Causes and Consequences of Contraceptive Discontinuation: Evidence from 60 Demographic and Health Surveys*, Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2012.
7. Lee J et Jezewski MA, Attitudes toward oral contraceptive use among women of reproductive age: a systematic review, *Advances in Nursing Science*, 2007, 30(1):E85-E103.
8. Grubb GS, Women's perceptions of the safety of the pill: a survey in eight developing countries. Report of the perceptions of the pill survey group, *Journal of Biosocial Science*, 1987, 19(3):313-321.
9. Castle S, Factors influencing young Malians' reluctance to use hormonal contraceptives, *Studies in Family Planning*, 2003, 34(3):186-199.
10. Ochako R et al., Barriers to modern contraceptive methods uptake among young women in Kenya: a qualitative study, *BMC Public Health*, 2015, 15(1):118.
11. Rutenberg N et Watkins SC, The buzz outside the clinics: conversations and contraception in Nyanza Province, Kenya, *Studies in Family Planning*, 1997, 28(4):290-307.
12. Paz Soldan VA, How family planning ideas are spread within

social groups in rural Malawi, *Studies in Family Planning*, 2004, 35(4):275–290.

13. Yee L et Simon M, The role of the social network in contraceptive decision-making among young, African American and Latina women, *Journal of Adolescent Health*, 2010, 47(4):374–380.

14. Ankomah A, Anyanti J et Oladosu M, Myths, misinformation, and communication about family planning and contraceptive use in Nigeria, *Open Access Journal of Contraception*, 2011, 2(1):95–105.

15. DeClerque J et al., Rumor, misinformation and oral contraceptive use in Egypt, *Social Science & Medicine*, 1986, 23(1):83–92.

16. Hall MAK, Stephenson RB et Juvekar S, Social and logistical barriers to the use of reversible contraception among women in a rural Indian village, *Journal of Health, Population, and Nutrition*, 2008, 26(2):241–250.

17. Measurement, Learning & Evaluation of the Urban Reproductive Health Initiative (MLE), Tupange, et Kenya Medical Research Institute (KEMRI), Report of the Baseline Household Survey for the Kenya Urban Reproductive Health Initiative (Tupange), Chapel Hill, NC, États-Unis: MLE; et Nairobi, Kenya: Kenya Urban Reproductive Health Initiative (Tupange), et Kenya National Bureau of Statistics (KNBS), 2011.

18. MLE, Nigerian Urban Reproductive Health Initiative (NURHI) et National Population Commission (NPC), 2010–2011 Nigeria Baseline Survey for the Urban Reproductive Health Initiative, Chapel Hill, NC, États-Unis: MLE, 2011.

19. MLE et Initiative Sénégalaise de Santé Urbaine (ISSU), 2011 Baseline Survey for the Senegal Urban Health Initiative (ISSU) Household Survey: Final Report, Chapel Hill, NC, États-Unis: MLE et ISSU, 2012.

20. MLE, *Measurement, Learning & Evaluation of the Urban Reproductive Health Initiative: Kenya, 2013 Mid-term Survey*, [TWP 3–2013], Chapel Hill, NC, États-Unis: MLE, 2013.

21. MLE, NURHI et NPC, *Measurement, Learning & Evaluation of the Urban Reproductive Health Initiative: Nigeria, 2012 Midterm Survey*, Chapel Hill, NC, États-Unis: MLE, 2013.

22. MLE et al, *Les résultats de l'évaluation à mi-parcours du projet ISSU/MLE. L'enquête auprès des ménages et l'enquête au niveau des points de prestations de services (PPS)*, Chapel Hill, NC, États-Unis: MLE, ISSU, Agence pour la Promotion des Activités de Population–Sénégal et Global Research and Advocacy Group, 2014.

23. Campbell M, Sahin-Hodoglugil NN et Potts M, Barriers to fertility regulation: a review of the literature, *Studies in Family Planning*, 2006, 37(2):87–98.

24. Orji EO et Onwudiegwu U, Prevalence and determinants of contraceptive practice in a defined Nigerian population, *Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2002, 22(5):540–543.

25. Otoide VO, Oronsaye F et Okonofua FE, Why Nigerian adolescents seek abortion rather than contraception: evidence from focus-group discussions, *International Family Planning Perspectives*, 2001, 27(2):77–81.

26. Bailey CE, *Three Papers on Side Effects and Modern Contraceptive Use Among Women in Ghana*, Southampton, R-U: School of Social Sciences, University of Southampton, 2009.

27. Stephenson R. et al., Contextual influences on modern contraceptive use in Sub-Saharan Africa, *American Journal of Public Health*, 2007, 97(7):1233–1240.

28. Stephenson R et Tsui AO, Contextual influences on reproductive health service use in Uttar Pradesh, India, *Studies in Family Planning*,

2002, 33(4):309–320.

29. Stephenson R, Community influences on young people's sexual behavior in 3 African countries, *American Journal of Public Health*, 2009, 99(1):102–109.

30. Tuoane M, Diamond I et Madise N, Use of family planning in Lesotho: the importance of quality of care and access, *African Population Studies*, 2003, 18(2):105–132.

31. Oliver R, Contraceptive use in Ghana: the role of service availability, quality, and price, *Living Standards Measurement Study Working Papers*, Washington, DC: Banque mondiale, 1995, n° 111.

32. Magnani RJ et al., The impact of the family planning supply environment on contraceptive intentions and use in Morocco, *Studies in Family Planning*, 1999, 30(2):120–132.

33. Dinkelman T, Lam D et Leibbrandt M, Household and community income, economic shocks and risky sexual behavior of young adults: evidence from the Cape Area Panel Study 2002 and 2005, *AIDS*, 2007, 21(Suppl. 7):S49–S56.

34. Speizer IS et al., Sexual violence and reproductive health outcomes among South African female youths: a contextual analysis, *American Journal of Public Health*, 2009, 99(Suppl. 2):S425–S431.

35. Pallitto CC et O'Campo P, Community level effects of gender inequality on intimate partner violence and unintended pregnancy in Colombia: testing the feminist perspective, *Social Science & Medicine*, 2005, 60(10):2205–2216.

36. McQuestion MJ, Endogenous social effects on intimate partner violence in Colombia, *Social Science Research*, 2003, 32(2):335–345.

37. Elfstrom KM et Stephenson R, The role of place in shaping contraceptive use among women in Africa, *PLoS ONE*, 2012, 7(7):e40670.

38. Otoide VO, Oronsaye F et Okonofua FE, Why Nigerian adolescents seek abortion rather than contraception: evidence from focus-group discussions, *International Family Planning Perspectives*, 2001, 27(2):77–81.

39. Rutstein SO et Johnson K, The DHS Wealth Index, *DHS Comparative Reports*, Calverton, MD, États-Unis: ORC Macro, 2004, n° 6.

40. Bankole A, Rodriguez G et Westoff CF, Mass media messages and reproductive behaviour in Nigeria, *Journal of Biosocial Science*, 1996, 28(2):227–239.

41. Gupta N, Katende C et Bessinger R, Associations of mass media exposure with family planning attitudes and practices in Uganda, *Studies in Family Planning*, 2003, 34(1):19–31.

Remerciements

Cette recherche a bénéficié du financement de la Fondation Bill et Melinda Gates, ainsi que d'une subvention (5 R24 HD050924) octroyée au Carolina Population Center par l'Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development. Les bailleurs de fonds n'ont nullement participé au plan de l'étude, à la collecte et à l'analyse des données, à la décision de publier ni à la préparation du manuscrit. Le contenu de ce document relève par ailleurs de la seule responsabilité des auteurs et ne représente pas nécessairement les opinions officielles des bailleurs de fonds.

Coordonnées de l'auteur: agueye@intrahealth.org