

THEME :

Etude sur les pratiques contraceptives et d'avortement dans la ville de Douala au Cameroun

Initiée dans le cadre du projet mise en œuvre par :

L'Association Femmes et Enfants (AFE)



Sous la subvention de :

Global fund for women (Fonds Global pour les femmes)



Réalisé par :

Charles Bertin TIMACK

(Consultant).

Octobre 2023

Plan de l'étude

Sigles et abréviations	5
Responsabilités et mentions légales	6
Résumé	7
Avant-propos	8
Introduction	9
Chapitre un : Contexte général et cadre théorique de l'étude.....	10
1.1. Contexte général de l'étude	10
1.1.1 . Bref aperçu du contexte international.....	10
1.1.2 Contexte national : le Cameroun	12
1.1.3 Contexte local : Douala	14
1.2. Problématique de l'étude	15
1.3. Justification et objectifs de l'étude.....	16
1.3.1. Justification de l'étude	16
1.3.2. Objectifs de l'étude.....	16
1.4. Clarification conceptuelle	17
1.4.1. De la contraception au Cameroun : les défis de l'amplification des grossesses à risque et non désirées :	17
1.4.2. L'avortement au Cameroun ou le paradoxe de l'affirmation légale de l'interdiction et les pratiques courantes des avortements clandestins,	18
1.4.3. La planification familiale : Les enjeux de régulation de la fécondité, entre avortement et contraception.	20
1.5. Méthodologie de l'étude	21
1.5.1. Nature de l'étude et population cible.....	21
1.5.2. Cadre spatio-temporel de l'étude.....	21
1.5.3. Echantillonnage	22
1.5.4. Technique de collecte des données	22
1.6. Les étapes de la méthodologie.....	23
a) La préparation	23
b) La revue de la littérature	23
c) La collecte des données primaires	24
d) Dépouillement, traitement et analyse des données	24
e) Production du rapport de l'étude.....	24
1.7. Difficultés et limites de l'étude	24
1.7.1. Difficultés	24
1.7.2. Limites	24

Chapitre deux : Résultats de l'enquête : Réalités de la contraception et de l'avortement dans la ville de Douala	26
2.1. Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée.	26
2.1.1. Effectif de la population étudiée.....	26
2.1.2. Les âges de la population de l'étude.....	26
2.1.2. Statut matrimonial.....	27
2.1.3. Niveau d'instruction	27
2.1.4. Profession de la population enquêtée	28
2.1.5. Religion de la population étudiée.....	28
2.2. Description des pratiques en matière contraceptive	29
2.2.1. Connaissances des méthodes contraceptives	29
a) A entendu parler des méthodes contraceptives.....	30
b) Sources d'informations sur les méthodes contraceptives.....	30
c) Cite les méthodes contraceptives	30
d) Rôle des méthodes contraceptives	31
2.2.2. Utilisation des méthodes contraceptives.....	31
e) A déjà utilisé les méthodes contraceptives.....	32
f) Fréquence d'utilisation des méthodes contraceptives	32
g) Le type utilisé.....	32
h) Le prescripteur des méthodes contraceptives.	33
i) Lieu d'approvisionnement en contraceptif.....	34
j) Connaissance des inconvénients des contraceptions.....	34
2.3. Des avortements.....	35
2.3.1. Connaissances sur l'avortement	35
a) Statut de l'avortement	35
b) Les cas d'avortement autorisés	36
2.3.2. Les fréquences d'avortement	36
a) A entendu parler de l'avortement	36
b) La dernière fois	36
2.3.3. Le recours de l'avortement.....	37
a) A déjà fait recours à l'avortement.....	37
b) Motifs de l'avortement	37
c) Procédé de l'avortement.....	38
ii) L'automédication	38
2.3.4. Demande et accès aux services de planification familiale à Douala	38

a) A déjà entendu parler de planning familial.....	38
b) Source d'informations sur le PF	39
c) Demande volontaire d'information	39
d) A été approché par un prestataire de planning familial	39
2.4. Demande et offre des prestations de planning familial par les structures sanitaires ou non	40
2.4.1. Disponibilité des programmes de planning familial	40
2.4.3. Les méthodes contraceptives offertes.....	41
2.4.4. Critères de prescriptions des méthodes contraceptives.....	41
2.4.5. Client(e)s pour le PF	41
2.4.6. Les contraintes liées à l'offre contraceptive	41
Chapitre trois : Discussions, analyse des résultats de l'étude et élaboration des recommandations.	43
3.1. Discussions et analyse des résultats de l'étude.....	43
3.1.1. Niveau de connaissance élevé et faible utilisation des méthodes modernes de contraception.	43
3.1.2. L'insuffisance et la faiblesse de l'offre en matière de santé sexuelle et de reproduction.	43
3.1.3. Le désir de familles moins nombreuses :.....	44
3.1.4. Les avortements apparaissent comme une réponse à l'échec de la contraception ou comme le substitut de la contraception.	44
3.1.5. Planification et les préjugés ou rumeurs	45
3.1.6. Genre et planification familiale.....	45
3.1.7. La santé sexuelle et de reproduction est un droit fondamental de l'homme. 45	
3.1.8. La persistance des approches normatives en matière de la sexualité.....	46
3.1.9. Faible intérêt des populations pour des services de PF.	46
3.2. Elaboration des recommandations.....	46
Conclusion.....	Erreur ! Signet non défini.
Bibliographie.....	48
ANNEXES.....	50

Sigles et abréviations

AFE : Association Femmes et Enfants

ASC : Agent de Santé Communautaire

BUCREP : Bureau Camerounais de Recensement et des études de la population

CAD 1^{er}, 2^e, 3^e, 4^e et 5^e: Commune d'Arrondissement de Douala 1^{er}, 2^e, 3^e, 4^e et 5^e.

CEDEF(en français)/CEDAW(en anglais):Convention pour l'Élimination de toutes les Formes de Discrimination contre la Femme

CMA : Centre Médical d'Arrondissement

CSI : Centre de Santé intégré

CIPD Conférence Internationale pour la Population et le Développement

FOSA : Formation sanitaire

DSCE : Document de stratégie pour la croissance et l'emploi

DIU : Dispositif intra utérin

EDS : Enquête démographique et de santé

PF : Planification Familiale

INS : Institut National de statistique

ISF : Indice synthétique de fécondité

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse.

IST : Infection Sexuellement Transmissibles

Minsanté : Ministère de la santé

MST : Maladies Sexuellement Transmissibles

ODD : Objectif de Développement Durable

OMD : Objectif de développement pour le millénaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PVH : Personne Vivant avec un Handicap.

MAMA : la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)

SND 30 : Stratégie Nationale de Développement à l'horizon 2030

SSS : Stratégie secteur santé

SSR : Santé sexuelle et reproductive

TDR : Termes de Références

Responsabilités et mentions légales

Cette étude a été réalisée par Monsieur TIMACK Charles Bertin, consultant indépendant, à la demande de l'Association Femmes et Enfants(AFE) sous le financement de Global Fund For Women (GFW). Les résultats, interprétations et conclusions exprimés dans ce rapport appartiennent entièrement à son auteur et ne reflètent pas nécessairement celles de l'AFE, ni du bailleur. Les déclarations et propos cités dans le présent rapport sont les opinions et perceptions des personnes interrogées et doivent être considérées comme telles.

Copyright : TIMACK Charles Bertin, Etude sur les pratiques contraceptives et d'avortement dans la ville de Douala au Cameroun, Association Femmes et Enfants(AFE), 2023

Résumé

L'étude sur les pratiques contraceptives et d'avortement dans la ville de Douala au Cameroun a voulu comprendre, auprès de 733 filles et femmes âgées de 15 à 49 ans, supposées sexuellement actives, ce qu'elles font ou ne font pas pour éviter les grossesses non souhaitées et ou les IST d'une part et ce qu'elles font ou ne font pas lorsque malgré tout, advient la grossesse d'autre part.

L'étude a permis de se rendre compte que les avortements constituent une pratique courante généralisée qui n'épargne aucune catégorie sociale. Les filles/femmes célibataires, vivant en concubinage ou mariées et quelque soient leur âge, leur statut professionnel, leur appartenance religieuse y font recours.

Elle a permis également de mettre en relief un écart important entre la connaissance des méthodes contraceptives et leur utilisation. A l'analyse, plusieurs facteurs conjugués constituent à cet égard un terreau fertile. Il s'agit des préjugés, des inégalités de genre, la culture patriarcale, la pauvreté, les insuffisances du système de santé.

En définitive, l'on devrait améliorer et massifier les programmes d'information et d'éducation des populations étudiées sur la santé de reproduction en y associant les hommes et en tenant compte de l'ensemble des profils de la population, en l'occurrence l'âge, le niveau d'instruction et le statut matrimonial.

Mots clefs : Contraception, avortement, planification familiale, santé sexuelle et de reproduction.

Avant-propos

La connaissance des pratiques ambiantes est primordiale pour nourrir des interventions soucieuses, un tant soit peu, de leur efficacité et de leur impact. C'est sous ce prisme qu'il convient de comprendre et de situer la présente étude centrée sur les comportements en matière de contraception et d'avortement. Loin de nous l'ombre d'un souci de promotion des pratiques abortives, du moins celles qui s'écartent des conventions, lois et règlement dument établis. La modeste ambition qui est la nôtre, c'est d'apporter un peu de lumière sur un pan de la réalité sociale dont la situation est à la fois préoccupante et interpellative.

En effet, malgré les efforts constants à la fois au niveau mondial qu'au niveau des Etats et le développement des méthodes modernes de contraception, les grossesses non souhaitées sont toujours légion et les avortements clandestins, leur point de chute pour la plupart, constituent de nos jours une cause importante de la mortalité maternelle et infantile.

L'étude est entreprise avec la subvention de Global Fund for Women(GFW) sans laquelle elle n'aurait jamais eu lieu. Aussi, tenons-nous très sincèrement à lui présenter notre profonde gratitude. De cette étude, toute chose restant par ailleurs égale, nous retenons que la culture de la pratique contraceptive est primordiale pour la protection de la santé maternelle et infantile. Dans la mesure où elle permet d'éviter les conséquences des grossesses inopportunes dont les femmes et la société tout entière paie cher le lourd fardeau.

Que les résultats de cette étude contribuent à l'amélioration des interventions des différents acteurs sur le champ des droits sexuels et reproductifs, ferait notre fierté car c'est le but recherché.

Pauline Matchim Kenmogne

Présidente Exécutive AFE)

Introduction

Le bien-être intégral de l'enfant, de la jeune fille et de la femme constitue le cœur des missions de l'Association Femmes et Enfants (AFE). Dans le souci d'asseoir ses interventions en matière d'information, de sensibilisation et d'éducation à la santé sexuelle et reproductive sur des bases factuelles contextuelles et actuelles, AFE a entrepris une « *étude sur les pratiques contraceptives et d'avortement dans la ville de Douala au Cameroun* ».

Cette étude tire ses fondements de la situation sanitaire préoccupante en matière de la sexualité et de la reproduction au Cameroun en général et dans la ville de Douala en particulier. Celle-ci est marquée entre autre par la prévalence croissante des grossesses non désirées qui se terminent par des avortements clandestins et qui sont à l'origine de nombreuses conséquences dont les décès maternels et infantiles. Il n'en a pas fallu davantage pour que le gouvernement camerounais en fasse une priorité de santé publique comme le démontrent à souhait ses documents cadres de planification stratégique, qu'ils soient nationaux ou sectoriels.

Cet engagement rentre d'ailleurs dans la dynamique mondiale qui a désormais intégré les questions de la sexualité et de la reproduction dans le bloc des droits fondamentaux inhérents à la personne humaine.

La présente étude qui s'inscrit parfaitement dans ce sillage, se veut une contribution à la connaissance des problématiques de la contraception et des avortements en contexte urbain au Cameroun. Elle nourrit le vœu d'être une base de l'action sur le terrain pour des stratégies plus efficaces à la disposition des différents acteurs.

Le présent document qui constitue le rapport de ladite étude est subdivisé en trois chapitres inter reliés qui sont :

- ✂ CHAPITRE UN : CONTEXTE GENERAL ET CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE
- ✂ CHAPITRE DEUX : REALITES DE LA CONTRACEPTION ET DES AVORTEMENTS A DOUALA : RESULTATS DE L'ETUDE.
- ✂ CHAPITRE TROIS : DISCUSSIONS, ANALYSES ET ELABORATION DES RECOMMANDATIONS.

CHAPITRE UN : CONTEXTE GENERAL ET CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE

Ce premier chapitre, consacré sur le contexte général et le cadre théorique postule une meilleure compréhension de l'environnement dans lequel l'étude s'est déroulée et qui d'ailleurs est fondamental pour mieux camper la thématique. Davantage, la mise en relief des facteurs contextuels permettent de mieux aborder la cadre théorique de l'étude.

1.1. Contexte général de l'étude

Parler du contexte général lorsque l'on aborde les questions liées à la contraception et à l'avortement, revient à mettre en exergue les facteurs clefs, qu'ils soient d'ordre conventionnel, normatif, politique, institutionnel ou socioéconomique en matière de santé sexuelle et de la reproduction qui soient les plus à même de contribuer à baliser l'étude. De la sorte, la présentation du contexte en plusieurs paliers s'est avérée assez judicieuse à savoir le niveau international, national et local.

1.1.1 . Bref aperçu du contexte international

De nos jours, les questions liées à la contraception et à l'avortement font plus que jamais partie des composantes importantes des engagements de la communauté internationale.

La Convention pour l'Élimination de toutes les Formes de Discrimination contre la Femme (CEDEF/CEDAW :1981) dispose en son article 12 : « *les États parties prendront toutes les mesures pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine des soins de la santé en vue de leur assurer [...] les moyens d'accéder aux services médicaux y compris ceux qui concernent la planification de la famille* ».

A vrai dire, l'accès aux services de planification familiale constitue un droit fondamental de l'homme¹ communément appelé droits sexuels et reproductifs. Ceux-ci s'inscrivent dans le droit à disposer librement de son corps, le droit à l'égalité entre les sexes, le droit à la santé pour tous, ainsi que le droit de régulation des naissances et de choisir son schéma familial².

L'OMS définit les droits sexuels et reproductifs comme étant entre autre «... *le droit fondamental de tous les couples et de toutes les personnes de décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement des naissances et de disposer des informations et de moyens pour ce faire(...)le droit des femmes d'avoir prise sur leur sexualité,*

¹ Confère les déclarations au chapitre 7.3

²Guillaume A, Rossier C. *L'avortement dans le monde. État des lieux des législations, mesures, tendances et conséquences*. Population. 18 oct. 2018;Vol. 73(2):225-322.

et de prendre des décisions libres et responsables en matière de santé sexuelle et génésique, sans être en butte à la coercition, à la discrimination ou à la violence »³.

La conférence internationale pour la population et le développement (CIPD) tenue au Caire en 1994 a permis un débat international assez poussé y afférent en préconisant de développer l'accès à la planification familiale et d'universaliser les droits reproductifs et sexuels, c'est-à-dire le droit au libre-choix concernant le nombre et l'espacement des enfants. (2,7).

Le protocole de Maputo quant à lui en son article 14 dispose « que les femmes doivent avoir (...) *le droit d'exercer un contrôle sur leur fécondité ; le droit de décider de leur maternité, du nombre d'enfants et de l'espacement des naissances ; le libre choix des méthodes de contraception ; le droit à l'éducation sur la planification familiale*»⁴

Cette dynamique planétaire, s'accompagne au niveau des gouvernements par l'adoption des lois tantôt libérales tantôt restrictives ou répressives en matière d'avortement.

Par ailleurs, avec l'avènement des Objectifs du Millénaire pour le Développement(OMD) qui ont été mutés en Objectifs de Développement Durable(ODD), les ODD3 et ODD5 sont expressément consacrés à la santé sexuelle et reproductive. Ils parlent effectivement de la santé et de l'égalité entre les sexes et visent des aspects liés à la santé de la reproduction et les droits afférents, y compris la planification familiale. La cible 3.7 de l'ODD3 invite les gouvernements à assurer aux populations un accès élargi aux services de santé sexuelle et reproductive, notamment à des fins de régulation de la fécondité, d'information et d'éducation. La cible 5.6 de l'ODD5 met l'accent sur la garantie de la mise en place d'un cadre qui favorise l'exercice des droits sexuels et reproductifs dans le respect des textes fondamentaux qui les consacrent.

Malgré cet engagement au niveau de la communauté internationale, l'effectivité du droit à la planification familiale est loin d'être un acquis particulièrement en ce qui concerne les pratiques de conception et les avortements. Partout dans le monde et à des degrés variables, la faible prévalence contraceptives et l'amplification des avortements à risque sont de mise. Cette indignation du Dr BelaGanatra en est une illustration frappante : *«Lorsque les femmes et les filles ne peuvent pas avoir accès à des services de contraception et d'avortement sécurisé, cela entraîne des conséquences graves pour leur propre santé et celle de leur famille. Cela ne devrait pas être le cas. Malgré les récents progrès technologiques et en matière de bases*

³Organisation mondiale de la santé. *Avortement sécurisé: directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé*. Genève: Ed. de l'OMS; 2013.

⁴Maputo, 2003; *Protocole à la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples Relatif aux Droits des Femmes*; 13 juillet 2003.

factuelles, beaucoup trop d'avortements non sécurisés sont toujours pratiqués et un nombre trop important de femmes continue de souffrir et de mourir»⁵.

En commençant par les aspects de la contraception, la situation est contrastée. A l'échelle mondiale, en 2013 on avait 63 % des femmes de 15-49 ans vivant en couple qui utilisaient une méthode de contraception dont 57 % une méthode moderne. En Afrique subsaharienne les proportions tombent à 25 % et 20 %. La situation est pire encore en Afrique centrale (21 et 9 %) et occidentale (15 et 11 %)⁶.

Par ailleurs, suite à une étude réalisée par l'institut Guttmacher et publiée dans la revue The Lancet en 2017, l'OMS fait le constat selon lequel « 25 millions d'avortements non sécurisés sont pratiqués dans le monde chaque année », soit 45% du nombre total d'avortements ».

On estime que 290 000 ou 303 000 décès maternels surviennent chaque année, presque tous se produisant dans les pays du Sud. 7,5 à 7,9 % d'entre eux sont dus à des complications liées à l'avortement à risque.

D'ailleurs, en Afrique subsaharienne, les niveaux de fécondité figurent parmi les plus élevés au monde. La moyenne en Afrique subsaharienne se situe à 5,4 enfants par femme, contre 2,5 en moyenne mondiale⁷ du fait des obstacles à l'accès aux services de planification familiale. Lesquels sont aussi bien d'ordre économique, politico-institutionnel, que socioculturel ainsi que la persistance des coutumes et mentalités favorisant la forte fécondité. Aussi, l'avortement provoqué constitue-t-elle, dans cette partie du monde, une cause importante de morbidité et de mortalité maternelle. Cette situation est la conséquence d'une faible prévalence contraceptive et qui ne repose pas toujours sur des méthodes efficaces.

On note qu'il y a 80 millions de grossesses non désirées par an.

Au terme de ce survol de l'environnement international, les engagements forts pris par la communauté internationale en faveur de la santé sexuelle sont clairement établis. Toutefois, de nombreux défis à restant à relever. Il en est quasiment de même au niveau national.

1.1.2 Contexte national : le Cameroun

⁵Dr Bela Ganatra, est scientifique au Département Santé reproductive et recherche de l'OMS et Auteur principal de l'étude intitulé : OMS. 25 millions d'avortements non sécurisés sont pratiqués dans le monde chaque année [Internet]. [Cité 10 mai 2020].

⁶BONGAARTS J. et CASTERLINE J. Fertility transition : Is Sub-Saharan Africa différent, Population and Development Review, 2013 ; 38(1) :153–168

⁷Idem

Le Cameroun est un pays d'Afrique centrale dont la population est estimée à ce jour à plus de 26 millions d'habitants (INS, 2016) parmi lesquels les femmes représentent plus de la moitié avec un taux d'accroissement annuel de 2,5% (entre 2018 et 2020). Elle est essentiellement jeune car 43,6% avaient moins de 15 ans et seulement 5,5% de personnes étaient âgées de 60 ans ou plus (BUCREP, 2010). Bien plus, la population de femmes en âge de procréer (15-49 ans) représente 25% de la population totale (INS, 2016). La population du Cameroun est inégalement répartie sur l'ensemble du territoire national avec les villes de Douala et Yaoundé qui en abritent à elles seules près de 25%. La population camerounaise est caractérisée par une fécondité élevée avec l'indice synthétique de fécondité (ISF⁸) qui est de 4,8. On note également un rapport de mortalité maternelle élevé (406 décès pour 100 000 naissances), une faible prévalence contraceptive (16,4%) et un niveau élevé des besoins non satisfaits en PF (17,7%). Pareillement, il est établi qu'au Cameroun, environ 40% de toutes les grossesses ne sont pas planifiées, et 36% de ces grossesses non planifiées se terminent par un avortement⁹. Particulièrement les adolescents et les jeunes sont les affectés. On évalue à 18% les adolescentes enceintes qui ont subi des avortements (Leké 1998). Ces avortements, souvent pratiqués dans des conditions malsaines sont à l'origine de la plupart des complications qu'on retrouve dans les maternités. Il s'en suit parfois des pertes en vie humaine, des dépenses importantes et des séquelles à vie telle que l'infertilité.

Certains auteurs justifient le recours aux avortements clandestins par les restrictions législatives. En effet, au Cameroun, l'avortement est quasiment illégal car l'article 337 du code pénal l'incrimine. Du moins il est restreint à trois principaux cas à savoir lorsque la grossesse représente un grave danger pour la santé de la mère, ou en cas de viol ou de l'inceste. A cela s'ajoute la désapprobation sociale qui caractérise encore largement le recours à l'avortement car celui-ci reste encore fortement stigmatisé et condamné dans l'imaginaire populaire, ce qui fait qu'il est difficile d'en parler ouvertement et d'accéder à des informations précises.

Au Cameroun, la pauvreté demeure importante car 39,9% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté. Sur le plan socioculturel, le Cameroun est un pays à la fois multiethnique constitué de plus de 200 tribus et pluri religieux avec comme principales religions, catholique (38,3%) ; protestants (25,5%) et musulmans (24%).

⁸L'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) est une mesure synthétique qui représente le nombre de naissances vivantes qu'une femme aurait si elle était soumise aux taux de fécondité de la période de référence par âge durant ses années de procréation (15-49 ans)

⁹ 1 Fiche de l'Institut Guttmacher : *Le coût et les avantages de l'investissement dans les services de contraception au Cameroun*, Juillet 2014, Institut Guttmacher, États-Unis. (<https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/fb-cameroon.pdf>)

L'amélioration de la Santé de la Reproduction est une préoccupation constante du Gouvernement camerounais. Dans cette perspective, il a souscrit à l'essentiel des engagements internationaux y relatifs (CIPD, OMD, Déclaration de Paris, Accord de Maputo, l'Agenda 2063 de l'Union Africaine...etc).

Depuis 2015, le Cameroun a souscrit aux Objectifs du Développement Durable (ODD). Il a actualisé sa Stratégie Sectorielle de Santé (SSS : 2016 – 2027) qui prend en compte les ODD numéro 3 (la bonne santé et le bien-être) et numéro 5 (l'égalité entre les sexes et l'autonomisation des femmes et des filles) et dont l'un des principaux objectifs (1.4) est « *d'ici 2027, amener 75% des familles à adopter les pratiques familiales essentielles notamment la planification familiale* ». La Politique Nationale de la Santé de la Reproduction, le Plan Stratégique National de la Santé de la Reproduction, le Plan CARMMA sont autant de documents à visée stratégique élaborées dans cette perspective.

De manière générale, il apparaît que malgré l'engagement du gouvernement camerounais et des efforts consentis pour améliorer la santé reproductive des populations, de nombreux défis restent à relever. A cet égard, la faible prévalence contraceptive qui est révélatrice des difficultés d'accès aux méthodes contraceptives, conjuguée à l'utilisation de méthode d'une moindre efficacité source des grossesses non prévues et donc des avortements constitue une interpellation.

1.1.3 Contexte local : Douala

Douala, à la fois chef-lieu du département du Wouri et de la région du Littoral et capitale économique du Cameroun est la plus grande ville du pays¹⁰. Il compte à ce jour environ 3 666 d'habitants, dont 49% de femmes avec un taux de croissance annuelle de 3,6%¹¹ inégalement réparti dans les six(06) communes que compte le département. La population féminine en âge de procréer (15-49 ans) est estimée à 45% de la population féminine. Globalement, le taux de pauvreté est de 4,2%. Mais varie d'une commune à une autre. Les communes de Douala IV (5,8%), Douala II (5,6%), Douala III (5,5%) et Douala I (4,2%) constituant la deuxième catégorie avec des taux de pauvreté variant de 4,2% à 5,8% ; Enfin, Douala V où le taux de pauvreté (2,3%) est le plus faible¹².

Arrondissements	Populations	
	Effectif (2018)	Pourcentage

¹⁰ Institut Nationale de Statistiques (INS) ; *Enquête Complémentaire à la quatrième Enquête Camerounaise Apres des Ménages (EC-ECAM4) : Monographie de la ville de Douala* ; P.19 ; **Edition 2020**

¹¹ Moliseyourcity global Monitor 2021

¹² Monographie, P.14

Douala 1	352 275	10,74%
Douala 2	412 551	12,57%
Douala 3	1 020 061	31,10%
Douala 4	395 536	12,06%
Douala 5	859 988	26,22%
Douala 6/Manoka	8 623	0,26%
Total	3 049 034	100%
Répartition de la population du département du Wouri par arrondissement(2018) ; Sources : Annuaire statistique de la région du littoral P. 25.		

La population de Douala est cosmopolite à différents points de vue notamment ethno-communautaire, religieux et culturel. Elle exerce majoritairement dans le secteur privé informel, soit 72,1% d'actifs occupés(2016) ¹³avec une prédominance des femmes.

Sur le plan sanitaire, la ville de Douala est dotée d'importantes infrastructures allant de la 2^e à la 6^e catégorie avec la prédominance des Formation Sanitaires(FOSA) « privé laïc/lucratif » qui représente près de 47% des 85% dans le Wouri; alors que le statut « public » est prédominant dans les autres départements.

En 2014, l'indice Synthétique de Fécondité(ISF) était de 3,4 en 2014 tant dis le pourcentage des femmesde15 à 49ansutilisantuneméthodecontraceptivequelconque était de 34,4%¹⁴.

Douala ainsi présenté, constitue le site de l'« *Etude sur les pratiques contraceptives et d'avortement dans la ville de Douala au Cameroun* ». Celle-ci renferme un certain nombre d'interrogations constitutives de la problématique.

1.2. Problématique de l'étude

Il apparait clairement qu'en dépit de sa pénalisation, la pratique des avortements clandestins, avec ses multiples et graves conséquences est devenue une réalité notoire. Cet état de choses est fortement corrélé avec les pratiques contraceptives qui se situent en amont. C'est une question complexe de santé publique qui interpelle aussi bien les pouvoirs publics, les organisations de la société civile que les familles.

Autrement dit, le paradoxe de la pénalisation de l'avortement, de l'ampleur du phénomène dans la réalité quotidienne ainsi que la gravité de ses conséquences observées invite à la réflexion.

¹³ EC-ECAM4 (2016-2016)

¹⁴ Agence Régionale de l'Institut National de la Statistique/ Annuaire statistique de la région du littoral, P.176.

La question principale que nous nous posons est celle de savoir : « ***Que font les populations de la ville de Douala, mieux les filles/femmes de 15-49 ans en matière contraceptive et d'avortement*** » : autrement dit que font-elles pour éviter les grossesses non désirées/précoces et/ou les maladies et, lorsqu'advient une grossesse non souhaitée, que font-elles pour avorter?

1.3. Justification et objectifs de l'étude

Pour des besoins de clarté de l'exposé, Il convient de présenter séparément la justification de l'étude et ses objectifs.

1.3.1. Justification de l'étude

En dépit des engagements pris par le gouvernement camerounais, de sa volonté et des efforts constants consentis jusqu'à ce jour en matière de santé sexuelle et reproductive, particulièrement en ce qui concerne la planification familiale, la situation reste assez préoccupante. Elle reste marquée par un niveau de prévalence contraceptive assez faible et l'amplification des avortements à risque avec leur cortège de conséquences psychologiques, démographiques, sanitaires, sociales, économiques et politiques.

Nombre d'études ont été effectuées au Cameroun visant à mieux cerner le phénomène dans sa complexité et qui ont jeté la lumière sur plusieurs de ses aspects mais de nombreux pans restent encore à objectiver particulièrement dans les quartiers pauvres en milieu urbain.

Davantage, les interventions soucieuses de leur efficacité ont besoin d'être adossées sur des informations contextualisées et actualisées. C'est du moins la raison d'être de la présente étude qui se veut une recherche-action. Elle intervient dans le cadre du projet de Sensibilisation, d'Information et d'Education sur la santé sexuelle et reproductive(PSIESSR) des populations de la ville de Douala. Donc son ambition est de mettre en relief les informations de terrain pour faciliter la mise en œuvre de l'action.

1.3.2. Objectifs de l'étude

Dans sa finalité, l'étude entreprise se veut une contribution à la compréhension des pratiques contraceptives et de l'avortement dans le contexte urbain Camerounais et dans la ville de Douala en l'occurrence.

Elle a pour objectifs spécifiques :

- ✓ D'évaluer les connaissances en matière de contraception et de l'avortement, de mieux cerner les tendances, les motivations, les profils, les lieux et les moyens utilisés ;

- ✓ Evaluer la demande et l'offre des prestations en matière de santé de reproduction (planification familiale) et leurs contraintes dans la ville de Douala.
- ✓ Elaborer des recommandations d'amélioration des interventions pour plus d'impact sur les bénéficiaires.

1.4. Clarification conceptuelle

Le sujet qui est soumis à la réflexion regorge des notions dont la clarification est nécessaire pour mieux baliser et tracer la trajectoire des investigations afin d'éviter la dispersion. Il s'agit de la contraception, de l'avortement et de la planification familiale.

1.4.1. De la contraception au Cameroun : les défis de l'amplification des grossesses à risque et non désirées :

Par contraception, selon l'acception que nous allons en donner dans le présent travail, il s'agit de *l'ensemble des moyens qu'une personne peut utiliser dans le cadre des rapports sexuels non protégés-avant, pendant ou après- pour prévenir une grossesse non désirée*. Généralement, on distingue la contraception moderne et la contraception naturelles¹⁵. De là, on en déduit que les pratiques contraceptives traduisent la manière dont les individus procèdent pour utiliser une méthode contraceptive. Dans tous les cas, il est établi que l'utilisation des contraceptifs efficaces et modernes permet aux femmes d'avoir le nombre d'enfants qu'elles désirent, et quand elles le souhaitent. Et c'est une préoccupation séculaire, qui ne date pas d'aujourd'hui, elle remonte dans les sociétés préhistoriques¹⁶.

Malgré tout, selon une étude, la prévalence contraceptive moderne chez les femmes en âge de procréer était de 16% en 2018; avec des besoins non satisfaits en planification familiale estimés à 18%(rapport enquête 2018). Plus de six femmes sur 10 souhaitant éviter une grossesse ne pratiquent pas de contraception, ou utilisent une méthode traditionnelle relativement inefficace.

Par ailleurs, selon l'Institut Guttmacher, au Cameroun, en 2013, environ 40% des grossesses au Cameroun étaient non planifiées. Pourtant, il est établi qu'au Cameroun, environ

¹⁵La contraception moderne par opposition aux méthodes contraceptives traditionnelles, désigne les contraceptifs mécaniques (le préservatif, la stérilisation, le stérilet) et les contraceptifs hormonaux oraux (pilule, pilule du lendemain), vaginaux (anneau, diaphragme, spermicide), transdermiques (patch), injectables, intra-utérins (dispositif intra-utérin hormonal). L'abstinence périodique, le retrait, la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) sont des méthodes contraceptives naturelles

¹⁶**M. Togni René DJOSSOU : *Connaissances, attitudes et pratiques des élèves du Lycée Askia Mohamed de la Commune III de Bamako en matière de contraception en 2019***, Thèse doctorat en pharmacie ; Année académique 2019-2020, P. 39.

40% de toutes les grossesses et 36% de ces grossesses non planifiées se terminent par un avortement¹⁷. Pareillement on évalue à 18% les adolescentes enceintes qui ont subi des avortements (Leké 1998).

Les motifs avancés par les jeunes pour justifier leur absence de pratique contraceptive sont : la difficulté (surtout pour les jeunes filles) de négocier des rapports sexuels protégés, les difficultés d'accès aux moyens de contraception, la crainte d'effets secondaires, une activité sexuelle peu fréquente.

1.4.2. L'avortement au Cameroun ou le paradoxe de l'affirmation légale de l'interdiction et les pratiques courantes des avortements clandestins,

De manière simple l'avortement renvoie à l'arrêt ou l'interruption d'une grossesse. Selon les cas, il peut être spontané¹⁸ lorsqu'il se produit naturellement, sans interférence ou provoqué quand il s'agit de l'arrêt intentionnel d'une grossesse confirmée. Dans cette perspective, il convient de souligner, que dans le cadre de cette étude, nous nous intéressons essentiellement aux avortements provoqués et, plus particulièrement ce que d'aucun nomme avortement « *de convenance* » ou « *à la demande* »¹⁹ ou encore ce qu'il est convenu de nommer l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)²⁰. D'un autre angle, on distingue l'avortement sécurisé et l'avortement non sécurisé ce dernier renvoyant aux grossesses qui sont interrompues à l'aide d'une méthode reconnue comme étant sécurisée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)²¹. Dans ce sens, un avortement sécurisé peut être obtenu dans une clinique/formation sanitaire auprès d'un prestataire formé et attentionné, et également grâce à des informations correctes et l'utilisation de comprimés en dehors d'une clinique. L'avortement non sécurisé en revanche, selon l'OMS est une procédure pour interrompre une grossesse réalisée par des personnes ne disposant pas des compétences nécessaires ou dans un environnement qui ne répond pas aux normes médicales minimales, ou les deux. D'autres auteurs parlent des

¹⁷ Institut Guttmacher : *Le coût et les avantages de l'investissement dans les services de contraception au Cameroun*, Juillet 2014. in <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/fb-cameroon.pdf>

¹⁸ L'avortement spontané est également appelé fausse couche ou perte de la grossesse

¹⁹ Alain CHABO BYAENE, La problématique des avortements criminels dans le district sanitaire de Bukavu, P.8, Mémoire, année universitaire: 2006-2007

²⁰ L'évacuation intentionnelle du produit de conception

²¹ Il s'agit des avortements pratiqués par un prestataire de santé qualifié, dans un établissement de santé propre et bien équipé, avec des techniques modernes adaptées de D&E ou d'AM. Cela inclut également les avortements autogérés utilisant le régime adéquat de médicaments d'AM, selon des critères de recevabilité corrects.

avortements dangereux²² qui comprennent les avortements «*moins sûrs*» (pratiqués par une personne non qualifiée ou selon une méthode non recommandée) et «*les moins sûrs*» (pratiqués par une personne non qualifiée).

Quoiqu'on dise, l'avortement demeure tiraillé entre les considérations d'ordre religieux, éthique et politique. Davantage, de par les conséquences sanitaires qui en découlent en termes de maladie, d'incapacité ou de décès maternels, il constitue un problème épineux de santé publique. Au demeurant, l'avortement est une question de réglementation, de loi, car le législateur doit pouvoir s'élever au-dessus des débats et trancher dans un sens ou dans un autre, soit pour l'autorisation soit pour l'interdiction.

Le recours à l'avortement n'est pas laissé au bon vouloir de tout un chacun. Il est encadré par les textes. Au Cameroun, l'avortement est quasiment illégal car l'article 337 du code pénal l'incrimine. Du moins il est restreint à trois principaux cas à savoir lorsque la grossesse représente un grave danger pour la santé de la mère, ou en cas de viol ou de l'inceste. A cela s'ajoute la désapprobation sociale qui caractérise encore largement le recours à l'avortement car celui-ci reste encore fortement stigmatisé et condamné dans l'imaginaire populaire. Ce qui rend la connaissance du sujet assez complexe et des informations y relatives à la fois rares et pas toujours fiables

En fait, pour diverses raisons, toute personne peut, à un moment donné avoir besoin d'y faire recours : grossesses prématurées, non désirées, rapports contraints, agression sexuelles, en cas de viol...etc...L'EDS effectuée en 2011 montre que 7% des femmes ayant déjà eu des rapports sexuels ont déclaré avoir recouru à un avortement provoqué. Bien plus, il est établi qu'au Cameroun, environ 40% de toutes les grossesses ne sont pas planifiées, et 36% de ces grossesses non planifiées se terminent par un avortement²³. La pratique abortive est plus fréquente chez les femmes résidant dans les métropoles de Yaoundé et Douala (14% et 8,5% respectivement en 2011 et 2004).

Ces avortements, souvent pratiqués dans des conditions malsaines sont à l'origine de la plupart des complications qu'on retrouve dans les maternités. Il s'en suit parfois des pertes en vie humaine, des dépenses importantes et des séquelles à vie telle que l'infertilité.

²² GUTTMACHER INSTITUTE/ (AkinrinolaBankole, Lisa Remez, OnikepeOwolabi Jesse Philbin et Patrice Williams) : *Des avortements non sécurisés aux avortements sécurisés en Afrique : Des progrès lents mais constants*, 2020

²³ 1 Fiche de l'Institut Guttmacher : *Le coût et les avantages de l'investissement dans les services de contraception au Cameroun*, Juillet 2014. Institut Guttmacher, États-Unis. (<https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/fb-cameroon.pdf>)

Parmi les obstacles à un accès sûr et respectueux à l'avortement figurent notamment les coûts élevés, la stigmatisation à l'égard des femmes souhaitant avorter et des personnels de santé, ainsi que le refus des agents de santé de pratiquer un avortement du fait de leur conscience personnelle ou de leurs croyances religieuses.

Des situations pouvant conduire à un avortement non sécurisé ont été identifiées par plusieurs auteurs: Besoins non satisfaits en contraception ; Grossesse non intentionnelle ; lois restrictives sur l'avortement, notamment sur le consentement de tiers ; Peur de la stigmatisation : Absence de soutien social ; Manque d'intimité dans un établissement de soins d'avortement sécurisé ; Manque ou inadéquation des informations ou de l'éducation en matière de sexualité en général ; Manque de prestataires sécurisés ou de médicaments d'AM sécurisés dans une communauté ; Temps excessif pour rassembler l'argent et payer les frais d'un avortement sécurisé ; Coût du transport vers un site sécurisé ; Pauvreté et obstacles sociaux et financiers à l'information, aux ressources aux transports ; Discrimination basée sur le genre ; Reproduction sous la contrainte ou violences sexuelles Mariage précoce et force : Conséquences de l'avortement non sécurisé ;

1.4.3. La planification familiale : Les enjeux de régulation de la fécondité, entre avortement et contraception.

Selon Amadou et Wayack, la planification familiale doit être entendue comme l'utilisation des méthodes modernes de contraception pour espacer les naissances ou les limiter²⁴. En fait, le couple contraception-avortement se tient dans la mesure où c'est l'absence ou l'échec de la contraception qui entraîne dans bon nombre des cas des avortements. D'ailleurs, il convient de le souligner que, l'avortement et la contraception ont toujours participé de la régulation de la fécondité²⁵. L'avortement est utilisé à la place de la contraception par les adolescentes qui n'ont pas accès à la planification familiale soit par manque de services disponibles ou parce qu'elles ont des difficultés pour y accéder. Prenant ainsi à contrepieds les résolutions de la CIPD²⁶.

²⁴Amadou Noubissi et Madeleine Wayack, *La femme camerounaise face aux méthodes contraceptives modernes Rejet ou inaccessibilité ?*

²⁵ENFANTS D'AUJOURD'HUI DIVERSITÉ DES CONTEXTES PLURALITÉ DES PARCOURS Colloque international de Dakar (Sénégal, 10 -13 décembre 2002 ; IDELF. 2006. Actes du colloque international de Dakar (Sénégal, 10-13 décembre 2002), Association internationale des démographes de langue française, ISBN : 978-2-9521220-1-6, 1 083 pages

²⁶«L'avortement ne devait en aucun cas, être promu en tant que méthode de planification familiale. Tous les gouvernements et les organisations et non gouvernementales intéressées sont vivement invités à renforcer leur engagement en faveur de la santé de la femme, à traiter les conséquences des avortements pratiqués dans de

C'est pour cette raison qu'il importe, dans la cadre d'une réflexion sur les questions de contraction et d'avortement, d'interroger l'offre et la demande des prestations de planification familiale.

En fait, la planification familiale apporte de nombreux avantages aux femmes et à leur famille sur les plans social, économique et de la santé, tels qu'un accroissement de la productivité et une plus grande accumulation de capital humain. Elle est également source des économies sanitaires et financières que permet la prévention des naissances non planifiées et des avortements à risque.

Au terme de la clarification des concepts on retient que les pratiques contraceptives et de d'avortement revoient selon qu'on utilise une méthode contraceptive ou non, et selon que l'on fait recours à l'IVG ou non.

1.5. Méthodologie de l'étude

La méthodologie adoptée dans le cadre de l'étude s'articule autour de quatre points clefs que sont la nature de l'étude et population cible, le cadre spatio-temporel, l'échantillonnage, les techniques et outils de collecte des données, les étapes de la démarche, les difficultés et limites de l'étude.

1.5.1. Nature de l'étude et population cible

Il s'agit d'une étude exploratoire qualitatif-quantitatif de type recherche-action. Elle a consisté à recueillir les informations liées aux pratiques contraceptives et d'avortement auprès des populations de la ville de Douala avec en arrière-plan la quête des éléments de sens susceptibles de nourrir l'action de terrain.

Comme population cible, l'étude s'est concentrée sur les filles et les femmes dont l'âge varie entre 15 et 49 ans et qui sont supposées être sexuellement actives et en âge de procréer. Ainsi, aucune autre discrimination n'a été prise en compte. Au contraire, l'étude s'est voulue inclusive en cherchant à toucher une diversité de population cible, y compris les personnes vivant à avec un handicap (PVH).

1.5.2. Cadre spatio-temporel de l'étude

mauvaises conditions de sécurité en tant que problème majeur de santé publique et à réduire le recours à l'avortement en étendant et en améliorant les services de planification familiale. La plus haute priorité doit toujours être accordée à la prévention des grossesses non désirées et tout devrait être fait pour éliminer la nécessité de recourir à l'avortement. Les femmes qui ont des grossesses non désirées devraient

L'étude a été menée dans cinq(05) des six communes que compte le département du wouri. Il s'agit des communes d'arrondissement de Douala(CAD) 1^{er} ; 2^e ; 3^e ; 4^e et 5^e. Un quartier a été sélectionné dans chacune des communes sauf à Douala 5^e ou en dehors du quartier Bépanda, Ange Raphael a été également retenu comme « *un quartier latin* », lieu de résidence de bon nombre d'étudiants ; étant donné que l'AFE mène des activités avec ces derniers. Donc, au total, l'étude est réalisée dans six(06) quartiers présentés dans le tableau ci-dessous.

Quartiers dans lesquels l'étude a été réalisée	
Quartiers	Communes d'appartenance
Bessengué	CAD 1 ^{er}
Mambanda	CAD 4 ^e
Bépanda	CAD 5 ^e
Ange Raphael	
New-bell	CAD 2 ^e
Ndogpassi (Village)	CAD 3 ^e

Toute chose restant par ailleurs égale, tous ces quartiers relèvent de ce qu'on appelle des quartiers précaires, spontanés car caractérisés par leur sous urbanisation notamment le faible accès aux services sociaux de base, l'enclavement, la promiscuité...etc.

Sur le plan temporel, l'étude a été réalisée au cours de la période allant du 04 septembre au 11 octobre 2023.

1.5.3. Echantillonnage

L'étude repose sur un échantillon aléatoire qui est composé comme suit :

Populations		Effectif
Filles/femmes de 15-49 ans		750
Formations sanitaires	Public	6
	Privés confessionnels	6
	Privés laïcs	6

1.5.4. Technique de collecte des données

Les entretiens face à face avec la population cible moyennant un questionnaire comprenant à la fois des questions fermées et ouvertes. Lesquels durent en moyenne entre 10 à 15 minutes.

- ♦ Equipes d'enquêtes : différentes équipes ont participé à la collecte des données. Dans chaque quartier, le consultant a fait recours à une personne résidente pour constituer un

binôme. Autrement dit, en dehors du consultant, six (06) personnes, les filles ont participé au travail de terrain. A chaque fois, il fallait au préalable les brieffer afin de permettre la compréhension des enjeux et des objectifs de l'étude ainsi l'appropriation des outils de collecte des données.

- ◆ Les entretiens avec les filles / femmes visaient à explorer leurs connaissances en matière de contraception et de l'avortement, l'utilisation des méthodes contraceptives et le recours à l'avortement, les sites d'approvisionnement en contraceptifs et des opérations d'avortements,
- ◆ Les entretiens avec les responsables des formations sanitaires portaient essentiellement sur l'offre et la demande en matière de services de planifications et leurs suggestions pour l'amélioration.
- ◆ L'observation participante dans les formations sanitaires et autres lieux de prestataires en la matière.

1.6. Les étapes de la méthodologie.

De manière schématique, le travail s'est déroulé en cinq principales étapes qui sont présentées ci-après.

a) La préparation

La phase préparatoire avait pour finalité d'asseoir un protocole consensuel de recherche. Aussi s'est-elle agité de l'élaboration et de la validation des termes de références (TDR) entre les différentes parties. Puis, il y a eu un accord contractuel entre le consultant et le commanditaire de l'étude (AFE) pour définir les responsabilités. Enfin, la Présidente de l'Association Femmes et Enfants (AFE) a produit et signé les lettres d'introduction pour la facilitation du travail sur le terrain.

b) La revue de la littérature

Faire la somme de la littérature a été l'une des étapes clef de l'étude. Il a été question de rechercher via internet les écrits liés à la conception, à l'avortement, à la planification familiale et aux droits sexuels et reproductifs réalisés au Cameroun ou ailleurs en Afrique et dans le monde. Nous avons également consulté auprès de l'AFE et de nos connaissances certains ouvrages liés au thème. Ainsi, les ouvrages scientifiques, les articles dans les revus, les thèses, les mémoires, les conventions, les rapports et déclarations des conférences ainsi que les textes de lois ont-ils été lus et exploités et dont l'essentiel est inséré dans la bibliographie ci-jointe.

Cette revue de la littérature a permis de mettre en relief une masse importante d'informations sur les thématiques de l'étude et qui ont été associées aux données primaires.

c) La collecte des données primaires

Par données primaires, il faut entendre les informations qui ont été collectées auprès des populations dans le cadre de la présente étude. Au moyen des guides d'entretiens préalablement élaborés, des échanges ont eu lieu avec les filles et les femmes de 15-49 ans ciblées et les responsables des FOSA. L'ensemble des données collectées ont par la suite fait l'objet de traitement et d'analyse.

d) Dépouillement, traitement et analyse des données

Les données collectées ont, par la suite, fait l'objet d'un traitement à travers le logiciel Excel. Ce traitement a permis de produire des tableaux d'analyse mettant en exergue des fréquences des différentes variables. Des tableaux croisés ont également permis de mettre en rapport plusieurs paramètres.

e) Production du rapport de l'étude.

C'est la dernière étape de la démarche. Le premier draft du rapport a d'abord été soumis à l'appréciation du commanditaire. Ensuite la mouture finale a été rédigée.

1.7. Difficultés et limites de l'étude

Il convient de présenter d'abord les difficultés rencontrées dans le cadre de l'étude avant d'exposer ce qui apparaît comme limites de celle-ci.

1.7.1. Difficultés

La réalisation de cette étude a fait face à un certain nombre de contraintes et difficultés qu'il convient de ne pas mettre en quarantaine. Il s'agit de :

- La réticence de certaines personnes à répondre aux questions car estimant que c'est les questions liées à la vie privée, donc quasiment taboues.
- Les intempéries aussi bien les pluies que le canicule qui ont parfois freiné ou retarder les enquêtes sur le terrain.
- La demande de motivations pour répondre aux questions dans la mesure où certaines personnes réclamaient une sorte de rétribution avant de se prêter au jeu de questions.

1.7.2. Limites

L'étude a été réalisée auprès d'un échantillon de 733 filles/femmes qui n'est pas représentatif de l'ensemble de la population de la ville de Douala. Ce qui appelle à beaucoup de prudence dans les extrapolations.

CHAPITRE DEUX : RESULTATS DE L'ENQUETE : REALITES DE LA CONTRACEPTION ET DE L'AVORTEMENT DANS LA VILLE DE DOUALA

Cette partie du rapport, comme son nom l'indique, fait l'économie des résultats de l'enquête sur les pratiques contraceptives et d'avortement dans la ville de Douala. Elle décrit de manière synthétique les tendances lourdes de la réalité telle que révélée par les données collectées.

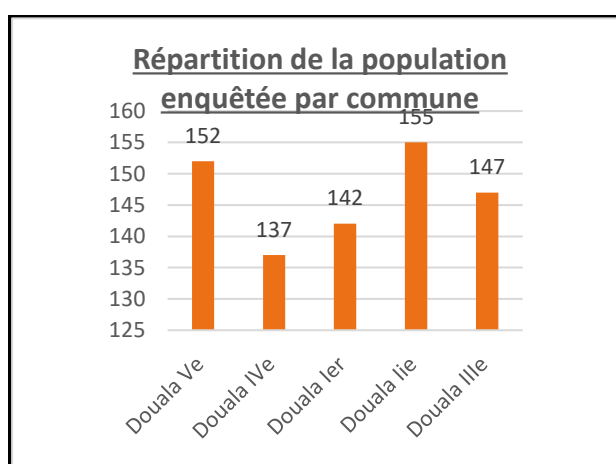
2.1. Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée.

Ces caractéristiques se réfèrent à l'effectif de la population étudiée, à leur statut matrimonial, leur niveau d'instruction, à leur profession et à leur religion.

2.1.1. Effectif de la population étudiée.

Dans le cadre de l'étude, 733 personnes constituées des filles/femmes âgées de 15 à 49 ans ont été interviewées. Elles sont réparties de manière plus moins égale entre les différents quartiers ciblés et les communes d'arrondissement correspondants. Comme le démontre les tableaux qui suivent.

Répartition de la population étudiée par quartier	
Quartier	Effectif
Bépanda	85
Ange Raphael	67
Mambanda	137
Vallée Bessengué	142
Newbell	155
village (Elf, Shell, Ndopassi)	147
Total	733

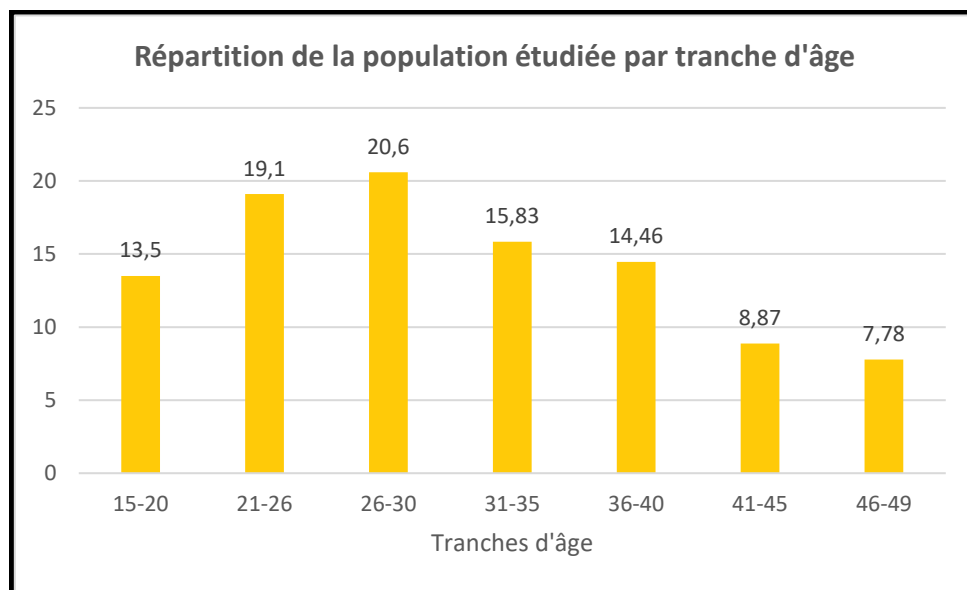


Les différences somme toute marginales qui apparaissent sont liées au fait que lors du dépouillement certains questionnaires se sont avérés inexploitables à cause du peu d'informations qu'ils contenaient. Ça a été le cas lorsque certaines personnes désistaient au cours de l'entretien.

2.1.2. Les âges de la population de l'étude

Comme déjà relevé ci-dessus, l'étude a ciblé les filles et les femmes dont les âges varient de 15 à 49 ans. De manière conventionnelle, cette tranche d'âge est celle de la procréation.

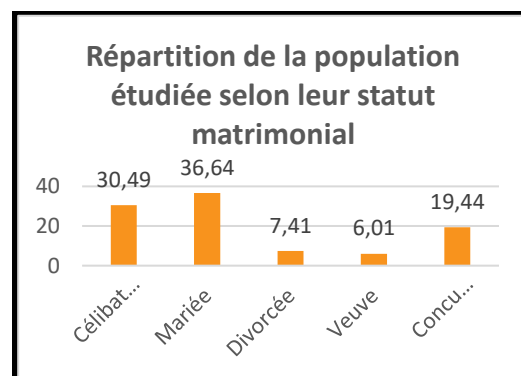
Donc la population concernée est potentiellement en activité sexuelle. Le tableau qui suit rend compte des tendances générales des tranches de 5 ans chacune.



Il ressort de ce tableau que toutes les tranches d'âges sont relativement représentées. On constate que les tranches de 26-30 et 21-26 tiennent la tête du peloton, suivies des 31-35 et des 36-40.

2.1.2. Statut matrimonial

Selon le statut matrimonial, les données collectées montrent que les mariées sont plus nombreuses (36,64%) suivi des célibataires(30,64%). Le concubinage, les divorcées et les veuves viennent après avec respectivement 19,44%, 7,41% et 6,01%. Le tableau ci-contre permet de visualiser cette situation.



Bien que de façon discriminatoires, toutes les catégories de statut matrimonial sont représentées.

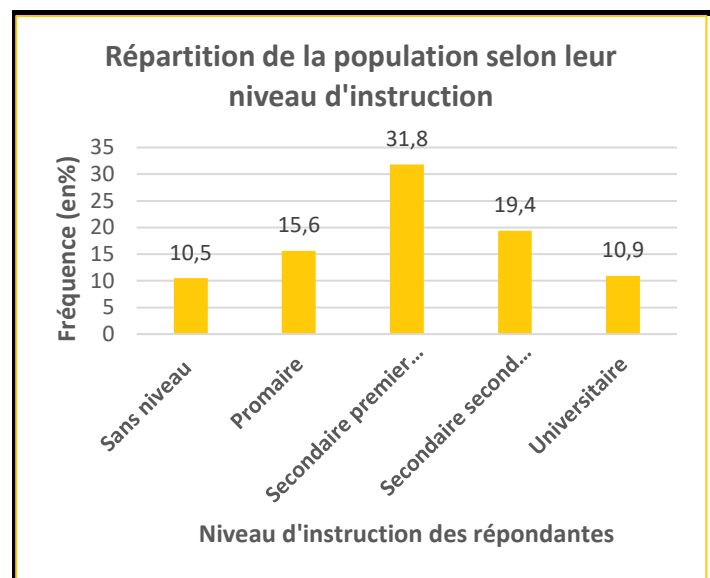
2.1.3. Niveau d'instruction

Relativement au niveau d'instruction des populations étudiées, les données laissent apparaître la

prépondérance du niveau secondaire premier cycle qui représente 31,8% suivi du second cycle secondaire qui est de 19,4%.

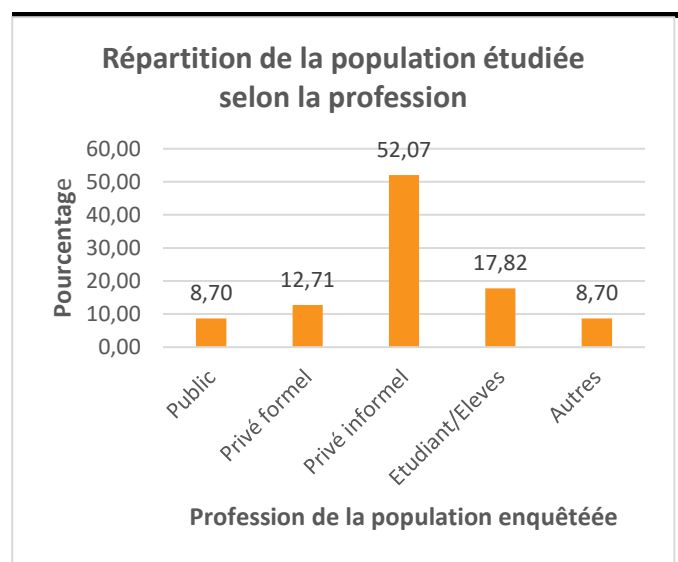
Ensuite viennent le niveau primaire, universitaire et les sans niveau qui sont respectivement 15,6%, 10,9% et 10,5%.

Le tableau ci-contre en est la représentation graphique.



2.1.4. Profession de la population enquêtée

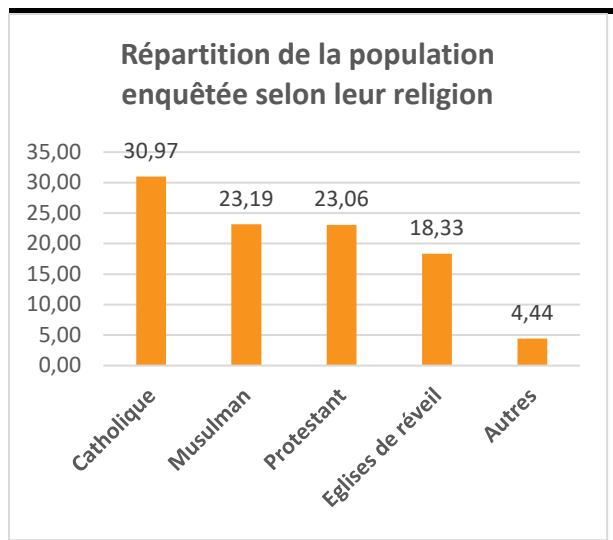
Le tableau ci-contre présente les professions de la population enquêtée telle qu'il ressort des données collectées. Celles-ci montrent la prédominance du secteur privé informel (52,07%), suivi des élèves et étudiants (17,82%) et Autres ferment la queue. Il s'agit en l'occurrence du privé formel (12,71%), du public (8,70%) et autres (8,70%). Dans « Autres » sont rangées des personnes qui ont déclarées ne rien faire, sont à la maison...etc.



2.1.5. Religion de la population étudiée.

Sur le plan de la croyance, les données de l'étude est à forte prédominance catholique qui, dans le cas d'espèce représente 30,97% talonnée à la fois par les musulmans et les protestants qui sont respectivement de l'ordre de 23, 19 et 23 06%. Les églises dites de réveil et autres

viennent en dernière position. Le tableau ci-contre présente la situation.



Les caractéristiques sociodémographiques des populations de l'étude ainsi présentée permettent de relever leur diversité et leur complexité.

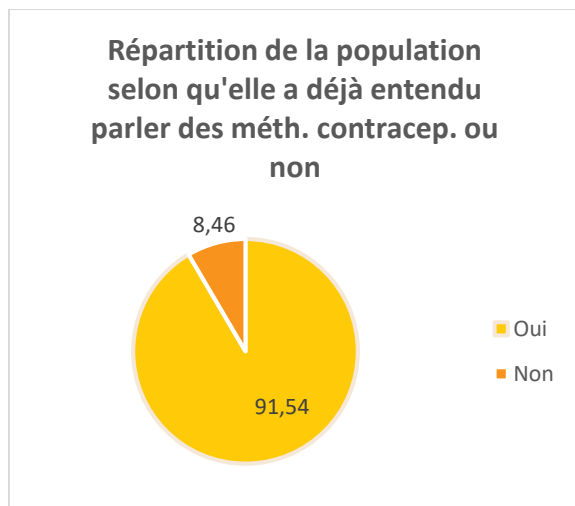
2.2. Description des pratiques en matière contraceptive

Pour dégager les pratiques des populations cibles en ce qui concerne leur comportement et leurs attitudes vis-à-vis de la contraception, l'étude s'est appuyée sur l'évaluation de la connaissance des méthodes contraception, la connaissance des sources d'information et des lieux d'approvisionnement, le rôle et l'utilisation. Les différents résultats sont présentés ci-après.

2.2.1. Connaissances des méthodes contraceptives

Pour évaluer le niveau de connaissance sur les méthodes contraceptives, l'étude s'est attelée à discriminer les populations selon qu'elles ont entendu parler des méthodes contraceptives ou non, selon qu'elles peuvent citer les sources d'information, selon qu'elles peuvent les citer et selon qu'elles peuvent indiquer leur rôle. C'est ce qui est présenté ci-après.

a) A entendu parler des méthodes contraceptives



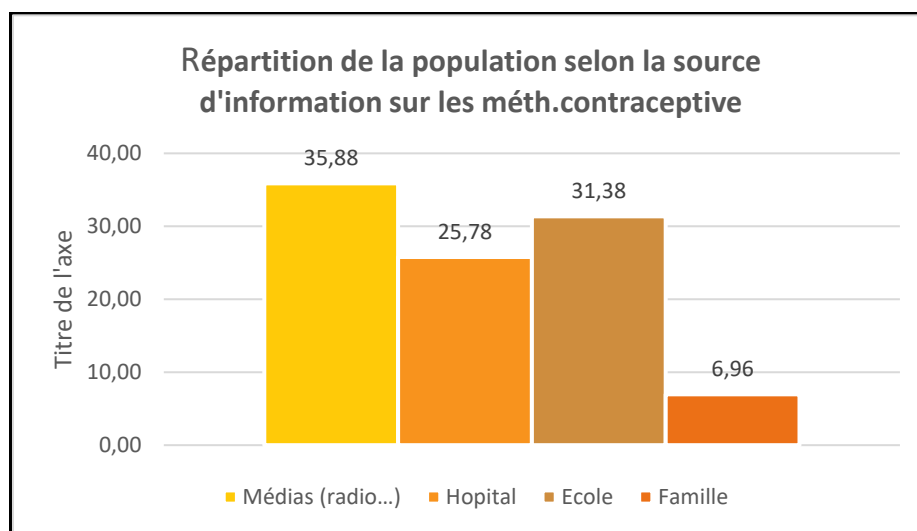
Selon les données collectées une très grande partie de la population a déclaré avoir déjà entendu parler des méthodes contraceptives. La proportion des réponses positives est ainsi de l'ordre de 91,46% contre 8,46 seulement de réponses négatives.

La figure ci-contre rend compte de cette tendance.

b) Sources d'informations sur les méthodes contraceptives

Il s'agit ici des réponses à la question de savoir où est ce qu'elles en ont entendu parler ; c'est-à-dire des méthodes contraceptives. Celles-ci montrent que les médias constituent la principale source d'information avec un poids de 35,88%. Et les médias ici, selon les commentaires des personnes rencontrées renvoient à la radio et à la télévision. Viennent ensuite l'école avec 31,38%. L'hôpital vient après avec un poids non négligeable de 25,78% et la famille ferme la queue avec 6,96%.

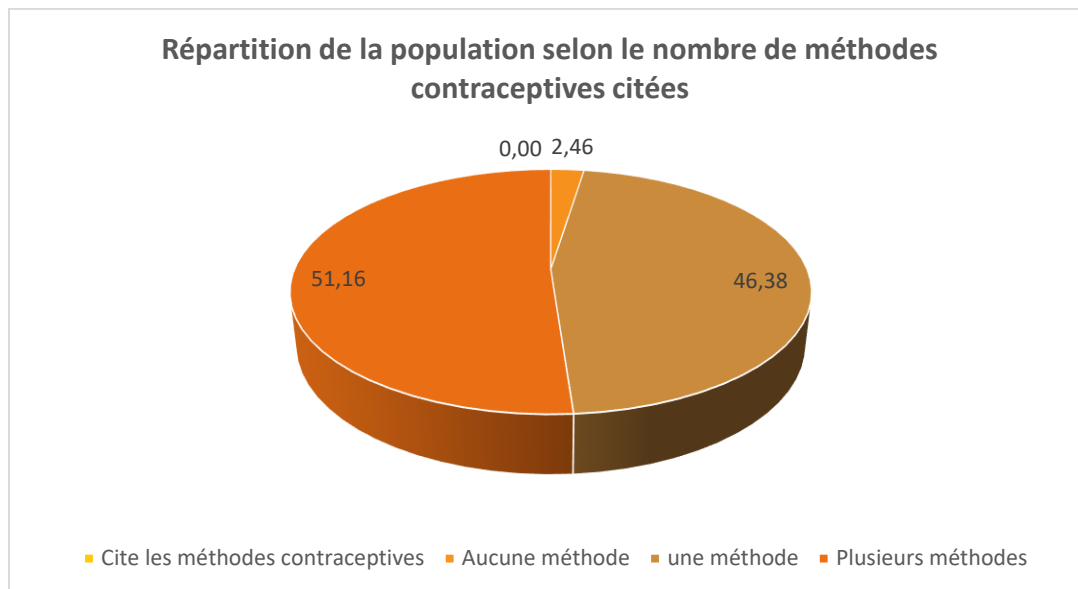
Le tableau qui suit présente les données ainsi obtenues.



Il importe de bien le souligner, que la famille qui est pourtant sensée être le lieu par excellence d'éducation de base depuis la tendre enfance de la personne, fait piètre figure en matière d'éducation sur la sexualité.

c) Cite les méthodes contraceptives

Il a été demandé aux enquêtées de citer les méthodes contraceptives qu'elles connaissent. Dans les analyses, les données ont été sériées selon que la personne n'a cité aucune méthode, a cité une méthode, a cité plus d'une méthode. La figure ci-après présente les résultats obtenus.



Il en ressort qu'une franche assez importante des populations cite une méthode (51, %) et 46, 38% cite plusieurs méthodes. Ne cite aucune méthode est assez marginal et représente 2,46% de l'échantillon.

d) Rôle des méthodes contraceptives

Parlant du rôle des méthodes contraceptives, il s'agit de la réponse à la question de savoir à quoi servent les méthodes contraceptives. Il en ressort qu'elles servent à éviter les grossesses non désirées ou prématurées d'une part et les maladies sexuellement transmissibles (IST/MST) d'autre part. Mais il convient de souligner qu'à l'observation, c'est la dimension prévention des grossesses qui a été le plus mis en exergue malgré qu'on n'ait pas dégagé les statistiques pour pouvoir le démontrer.

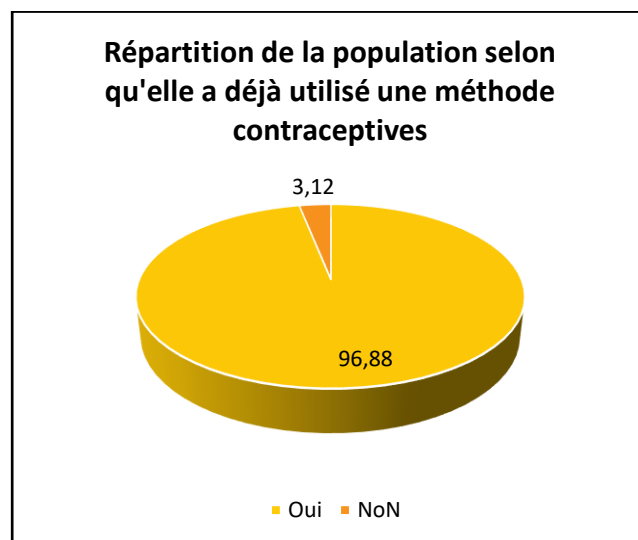
2.2.2. Utilisation des méthodes contraceptives

Ce paragraphe rend compte de l'évaluation de l'utilisation des méthodes contraceptives par la population étudiée. Il a été précisément question de savoir si on a déjà utilisé une méthode contraceptive, si oui la fréquence, le prescripteur, le type utilisé, le prescripteur, les lieux

d'approvisionnement et l'énonciation des conséquences. Les résultats récoltés sont présentés ci-après

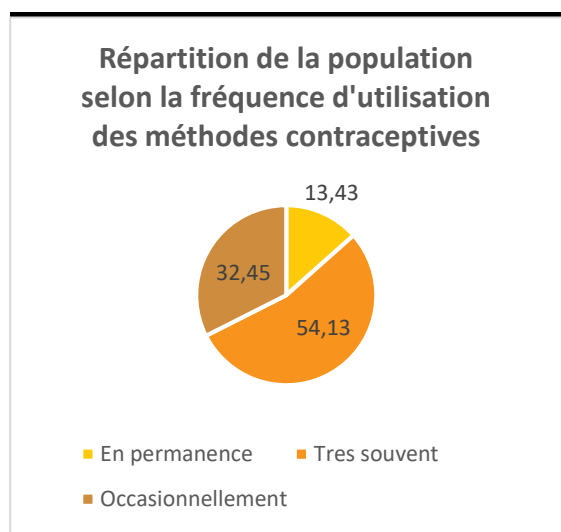
e) A déjà utilisé les méthodes contraceptives

Les résultats de l'étude révèle une forte prévalence contraceptive. En effet, Il ressort des données collectées que 96% de la population étudiée déclare avoir déjà utilisé une méthode contraceptive contre seulement 3,12% des réponses négatives. La figure ci-contre présente cette situation.



f) Fréquence d'utilisation des méthodes contraceptives

La fréquence d'utilisation des contraceptifs a été évalué à travers les variables utiliser en permanence, très souvent ou occasionnellement. Les résultats présentés dans la figure ci-contre montrent que la variable « *très souvent* » emporte sur les autres avec un pourcentage de 54,13%. L'usage occasionnel vient ensuite avec 32,45% et en permanence qui a 13,43%.



g) Le type utilisé

Une panoplie des méthodes ont été citées par la population de l'étude. Le tableau qui suit en donne le récapitulatif.

Tableau récapitulatif des méthodes contraceptives citées par les populations.

a) Préservatif (masculin et féminin) : condom	i) Allaitement maternel (Méthodes de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée-MAMA)
b) Abstinence	j) Nivaquine avant les rapports sexuels
c) Comprimés	k) Lavage du sexe après les rapports sexuels
d) Pilules	l) Le Coït interrompu (technique de retrait
e) Implants (IMPLANT, JADELLE	m) Ligature des trompes
f) Dépôt(DIU) : Le Diaphragme et le cap cervical	n) Vasectomie
g) Injection	
h) Comptage du cycle(La méthode d'OGINO-KNAUS)	

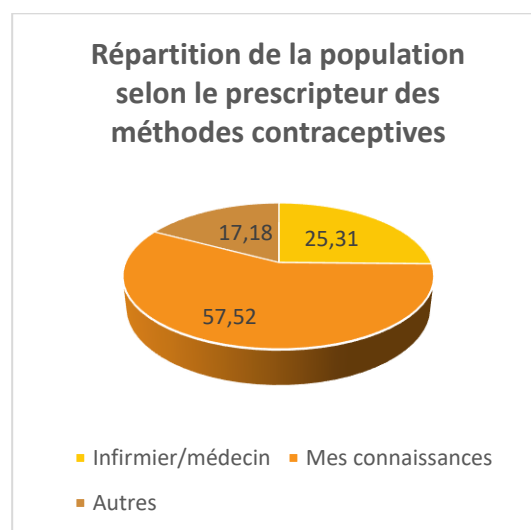
Il en ressort que les méthodes modernes et les méthodes traditionnelles sont d'usage au sein de la population. A l'observation, certaines méthodes apparaissent comme étant basique notamment l'abstinence et le préservatif masculin. Ensuite on a des pilules et des comprimés.

Quelques méthodes traditionnelles ont été évoquées à savoir :

- ✓ **Cordelette** avec des nœuds imprégnée d'incantations et attachée autour du bassin de la femme.
- ✓ **Le miel et le jus de citron** : introduit dans le vagin avant les rapports ; qui jouent le rôle de spermicides.

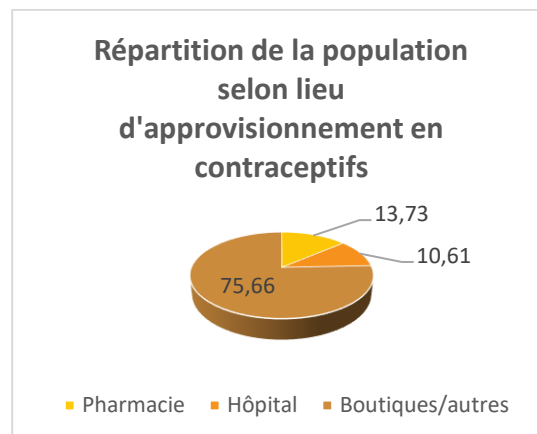
h) Le prescripteur des méthodes contraceptives.

Le prescripteur répond à la question de savoir qui vous l'a prescrit, en l'occurrence le contraceptif utilisé. Les résultats montrent que la majeure partie de la population est conseillée par les connaissances (amies, consigne, tante...) à concurrence de 57,52% contre, 31% par les médecins ou infirmiers et 17,18% autres. Dans autres on retrouve, celles qui obtiennent des informations sur le net ou disent qu'elles ont oublié.



i) Lieu d'approvisionnement en contraceptif

Au regard des données collectées, les boutiques/autres constituent le principal site d'approvisionnement en contraceptif au sein de la population avec 75,66%. Elles sont suivies des pharmacies (13,73%) et des hôpitaux (10,61%). La figure ci-contre l'illustre.

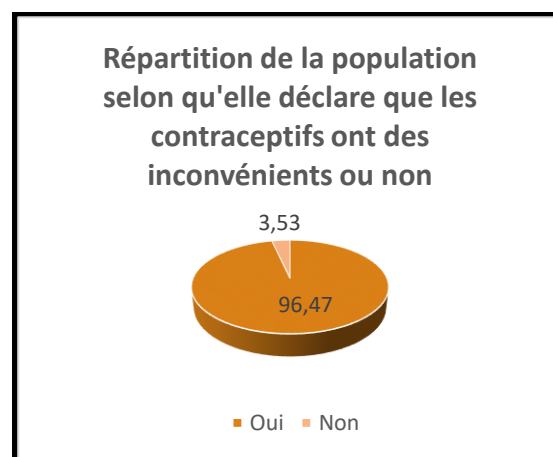


j) Connaissance des inconvénients des contraceptions

Afin de vérifier si les populations ont des appréhensions vis-à-vis des contraceptifs par rapports à un quelconque inconvénient que ce soit, l'étude a voulu savoir si, selon elles, les contraceptifs ont ou n'ont pas des inconvénients et dans l'affirmative, qu'elles les citent.

◆ Les contraceptifs ont-ils des inconvénients ?

La quasi-totalité de la population affirme que les préservatifs ont des inconvénients, 96,47% contre 3,53% qui déclarent ne pas avoir remarqué jusqu'à présent. Comme le montre la figure ci-contre.



♦ **Si oui, les quels (Citer les)**

Les inconvénients des contraceptifs déclarés par la population de l'étude se présentent de la manière suivante.

Les inconvénients des contraceptifs déclarés par la population de l'étude	
a) Diminution du plaisir pour les préservatifs	h) L'abstinence trop longue provoque des maladies
b) Prise anormale de poids	i) Peut se perdre dans le corps (implants)
c) Distorsion du cycle menstruel (pilules)	
d) Saignement trop abondant (pilule)	
e) Démangeaison au bout des seins	
f) Risque de malformation après	
g) Provoque des lésions (quand c'est mal chaussé)	

Ce premier grand paragraphe portant sur les attitudes et les comportements en matière de contraception permet de souligner que dans l'ensemble, les populations ont un niveau de connaissance très appréciable des méthodes contraceptives tant elles peuvent les nommer, citer les lieux d'approvisionnement, les types, en définir les rôles et en donner les inconvénients.

2.3. Des avortements

Ce paragraphe porte à juste titre sur les comportements de la population en ce qui concerne les avortements. Il met en exergue leur niveau de connaissance, la fréquence d'avortement, les procédés, les avorteurs et les sites des opérations.

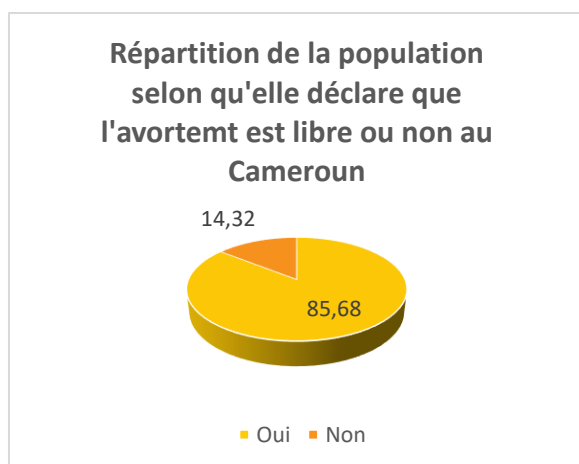
2.3.1. Connaissances sur l'avortement

L'appréciation des connaissances des populations en matière d'avortement s'est basée sur son statut d'une part et les cas d'avortement autorisés d'autre part.

a) Statut de l'avortement

Par rapport au statut, la question a été posée de savoir si au Cameroun on peut avorter librement. Les résultats obtenus

présentent 85,68% de réponses négatives contre 14,32% de réponse positive. Comme le montre la figure ci-contre.



b) Les cas d'avortement autorisés

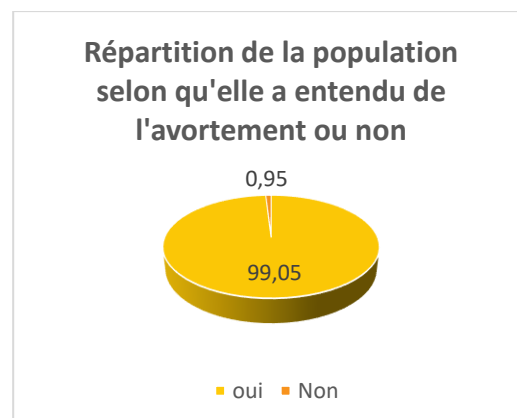
Interrogées sur les cas d'avortements autorisés au Cameroun, on constate que la plupart des personnes interviewées n'évoquent que le de malformation du fœtus et des risques liés à la santé de la mère. Les autres cas notamment l'inceste et le viol sont quasiment méconnus.

2.3.2. Les fréquences d'avortement

Afin d'apprécier les fréquences de l'avortement au sein de la population et partant dans la société en général, l'étude s'est basée sur deux variables : A déjà entendu parler de l'avortement et la dernière fois qu'on en a entendu parler.

a) A entendu parler de l'avortement

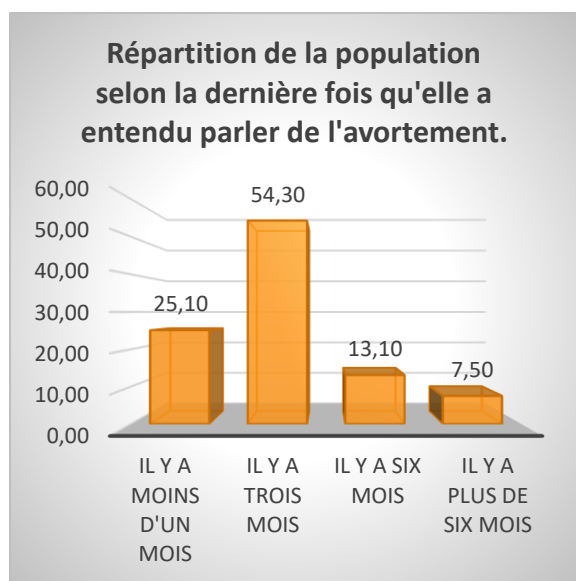
Des données collectées, il ressort que quasiment toute la population a entendu parlé de l'avortement. La proportion des réponses affirmatives est de 99,05% contre seulement 0,95% négatives. La figure ci-contre présente la situation.



b) La dernière fois

Allant toujours dans le sens de la fréquence, l'étude a voulu savoir la dernière que l'on a entendu parler de l'avortement. Il en ressort que plus de la majorité de la population se situe dans il y a trois mois

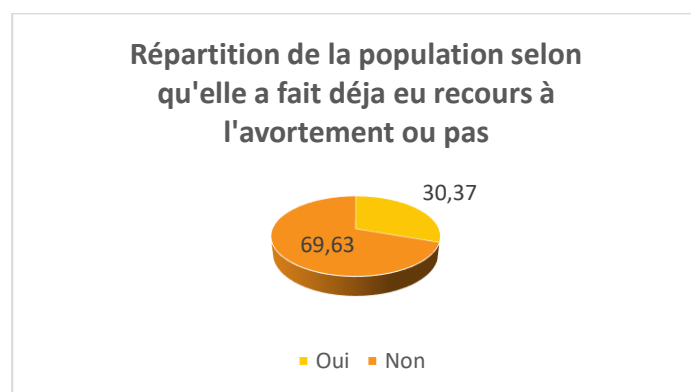
(54,30%), suivi de il y un mois 25% et le reste vient après c'est-à-dire il y a six mois (13,10%) et il y a plus de six mois (7,5%).



2.3.3. Le recours de l'avortement

a) A déjà fait recours à l'avortement

Pour ce qui est du recours à l'avortement, les données révèlent une prévalence abortive de 30,37% contre 69,37 de réponses négatives. Confère la figure ci-contre. Les avortements concernent à la fois les femmes mariées () que celles-ci vivant en concubinage () que les célibataires (). Il transverse toutes les tranches d'âge, les adolescentes ne sont pas épargnées.



b) Motifs de l'avortement

L'étude a révélé un ensemble de facteurs qui poussent les filles/femmes à interrompre une grossesse. Les principaux motifs des avortements sont répertoriés dans le tableau qui suit :

Récapitulatif des motifs d'avortements déclarés par la population de l'étude	
a) Refus du père (auteur de la grossesse)	g) On ne voulait pas l'enfant
b) Peur des parents	
c) Manque de moyens financiers	
d) Désir de poursuite des études	

e) Refus des parents (Mes parents ne voulaient pas)	
f) Besoin d'espacer les naissances (l'autre avec moins d'un an) : besoin de planification	

Les motivations des femmes dépendent de leur situation socio-économique et de l'acceptation sociale de la sexualité chez les adolescentes et des grossesses hors mariage, mais aussi du contexte politique et sanitaire, notamment de la législation sur l'avortement et des conditions d'accès à la planification familiale

c) Procédé de l'avortement

Les données de l'étude mettent en exergue deux principales voies pour les interruptions volontaires de grossesses : les formations sanitaires et l'automédication.

j) Le recours aux formations sanitaires

Bien que les avortements soient quasiment proscrits au Cameroun, beaucoup de formations sanitaires en font leur choix grâce ou bien leur fonds de commerce. De nombreuses filles et des femmes recourent à leurs services pour les IVG. D'ailleurs, l'affaire semble être assez juteuse au vu de la demande. Aussi, les méthodes les plus pratiquées au niveau des FOSA sont le curetage et l'aspiration.

ii) L'automédication

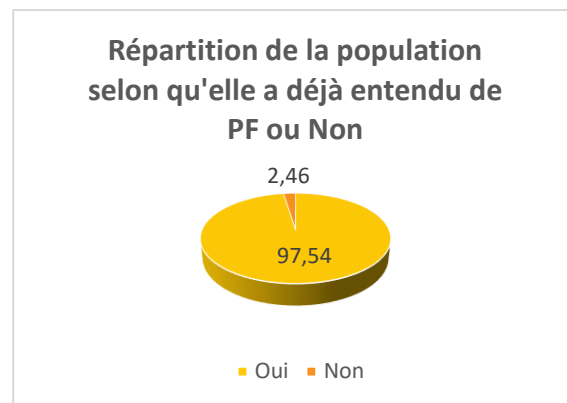
Des résultats de l'étude montrent qu'une assez forte proportion des interruptions de grossesses est provoquée par les intéressées elles-mêmes. Généralement, il s'agit du recours aux abortifs comme les détergents, l'ingestion de vinaigre, de javel, de permanganate de potassium, de Nivaquine ou de Quinine (antipaludéen), la pratique de lavement vaginal, les massages "appuyés" de l'utérus, les coups, les chutes volontaires ou encore les méthodes visant à provoquer la rupture des membranes et causer un décollement.

2.3.4. Demande et accès aux services de planification familiale à Douala

Il a été question ici de faire une évaluation sommaire de la demande et de l'offre des prestations de planning familial au sein des communautés. Les résultats sont présentés ci-après.

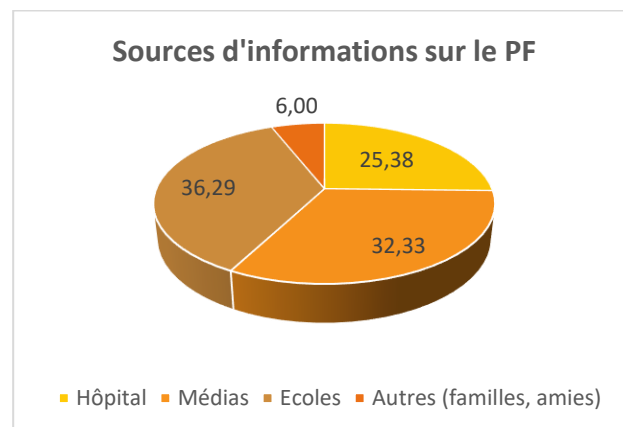
a) A déjà entendu parler de planning familial

L'étude a voulu savoir si les populations ont déjà entendu parler du planning familial ou non. Les résultats révèlent qu'à 97,54% la réponse est affirmative, contre seulement 2,46% de réponses négatives. Confère figure ci-contre.



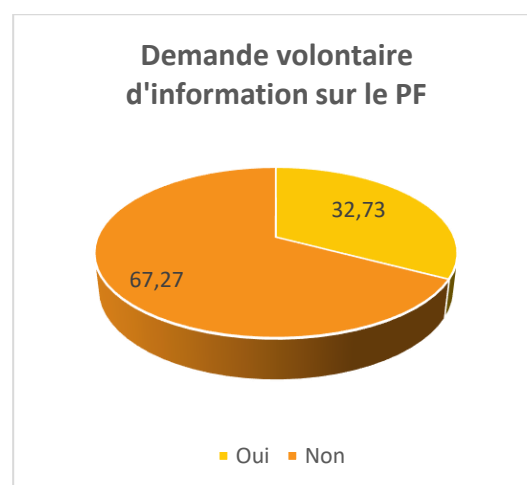
b) Source d'informations sur le PF

Par rapport aux sources d'informations sur le PF, les données collectées montrent que l'école avec un pourcentage de 36,29 vient en tête, suivi des médias 32,33%. Viennent par la suite l'hôpital (25,38%) et les autres avec 6,00%. Confère la figure ci-contre.



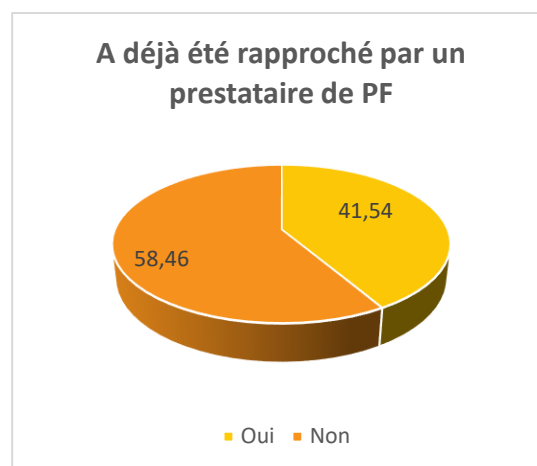
c) Demande volontaire d'information

Concernant la demande volontaire d'informations sur le PF de la part de la population étudiées, les données montrent un faible recours aux services de planification familiale. En effet, seulement 32,77 % seulement de réponses sont affirmatives contre 67,27% de réponses négatives. Aussi, rares sont plutôt les populations qui ont déjà consulté un professionnel en matière de PF.



d) A été approché par un prestataire de planning familial

Interrogées si elles ont déjà été approchées par un agent de prestations du planning familial, l'étude enregistre 58,46% de réponses négatives contre 41% de réponses affirmatives. Confère la figure ci-contre.



Ce témoigne de la faible efficacité des approches communautaires en matière de PF. Pourtant les Agents de Santé Communautaire(ASC) sont sensés opérés sur le terrain, auprès des populations.

2.4. Demande et offre des prestations de planning familial par les structures sanitaires ou non

Comme indiquer dans la méthodologie de l'étude, les professionnels de la santé faisaient partie de la cible auprès de laquelle les informations ont été collectées. Il s'agissait de chercher à apprécier l'offre et la demande en matière de planning familial au niveau des FOSA, d'en avoir leurs perceptions et leurs analyses. Ainsi, les données ont été collectées auprès de dix-huit FOSA relevant du secteur public(06), privé laïc(8) et privé confessionnel(04).

Par services ou prestations de PF, nous devons comprendre *«des activités éducatives, médicales ou sociales complètes qui permettent aux individus, y compris les mineurs, de déterminer librement le nombre et l'espacement de leurs enfants et de sélectionner les moyens par lesquels cela peut être réalisé »*²⁷. Dans le cas de l'étude et de manière plus précise, les données collectées ont porté sur la disponibilité d'un PF spécifique, les méthodes contraceptives offertes, la demande de service de PF par les populations, et les contraintes.

2.4.1. Disponibilité des programmes de planning familial

Dans toutes les FOSA, les services de planning familial sont intégrés dans les consultations prénatales. Pour l'essentiel, ces prestations portent sur le counseling, l'espacement de naissance, les méthodes contraceptives et leurs avantages et limites ou inconvénients. Quelques FOSA disposent tout de même d'un programme spécifique de planning familial qui est soit bimensuel, soit mensuel. Certaines FOSA ont expérimenté des

²⁷National Child Abuse and Neglect Data System Glossary. Child Protective Services. Administration for Children & Families. Octobre 2019

programmes spécifiques, mais ont dû abandonner à cause à la fois de la faible demande et du coût qu'elles ne pouvaient pas supporter. Il arrive également que certaines FOSA surtout privées, fassent des campagnes de sensibilisation dans leur localité d'installation.

2.4.3. Les méthodes contraceptives offertes

Parlant de la disponibilité des contraceptifs dans les FOSA, il ressort des données collectées que la plupart n'en n'ont pas suffisamment. Les raisons évoquées le non approvisionnement gratuit comme par le passé. Par conséquent, les FOSA achètent la petite quantité qu'ils peuvent revendre. L'autre raison également est la faible demande de la part des populations.

2.4.4. Critères de prescriptions des méthodes contraceptives.

En réalité le recours à certaines méthodes contraceptives nécessite des examens de laboratoire. Il s'agit en l'occurrence des injections, des implants et des DIU. Toutefois, les patientes rechignent à les faire de manière exhaustive, faute moyens. Selon certains professionnels ce que justifie certains effets indésirables observés lors de l'utilisation de certains méthodes contraceptives tels l'augmentation de la masse pondérale.

2.4.5. Client(e)s pour le PF

Des entretiens avec les responsables des FOSA, il ressort qu'ils reçoivent des clients qui viennent volontairement solliciter des conseils en le PF notamment pour éviter les grossesses. Les femmes sont à cet égard les plus concernées. Quelquefois tout de même, les hommes le font également lorsque la femme est ne se soucie pas de la limitation des enfants. Il arrive aussi, nous a-t-il été rapporté, que les couples fassent les consultations ensemble. Mais la pratique n'est pas courante. Davantage, pour une raison ou pour une autre « certaines femmes utilisent des méthodes contraceptives à l'insu de leurs conjoints » nous révèle une infirmière.

2.4.6. Les contraintes liées à l'offre contraceptive

Selon les responsables des FOSA rencontrés, les prestations de de PF en général et des contraceptifs en particulier souffre d'un certain nombre de contraintes qui présentées ci-dessous.

- ✓ Fréquente rupture de stock des contraceptifs
- ✓ Le manque d'intrants pour certains FOSA pour qui l'arrêt de l'approvisionnement gratuit a été un coup de frein inestimable.

- ✓ La demande nulle ou faible des client(e)s
- ✓ Le manque de personnel dans certains cas pour administrer les pratiques contraceptives à l'instar de la stérilisation féminine ou masculine
- ✓ Les retards de réapprovisionnement s'agissant des préservatifs
- ✓ Les examens liés à la prescription des contraceptifs pour beaucoup de femmes ne sont pas accessible.

CHAPITRE TROIS : DISCUSSIONS, ANALYSE DES RESULTATS DE L'ETUDE ET ELABORATION DES RECOMMANDATIONS.

Ce troisième chapitre jette un regard analytique sur les données collectées et qui viennent d'être exposées ci-dessus. Il est subdivisé en deux grandes parties.

3.1. Discussions et analyse des résultats de l'étude

Les données ci-dessus exposées renseignent suffisamment sur les tendances et les comportements de la population étudiée en matière contraceptive et de l'avortement. Elles laissent également entrevoir certains éléments saillants qu'il convient de mettre en exergue car ils jettent plus de lumière sur la réalité.

3.1.1. Niveau de connaissance élevé et faible utilisation des méthodes modernes de contraception.

En dépit du niveau de connaissance acceptable des populations par rapport à la contraception, l'utilisation des méthodes contraceptives modernes restait encore faible dans la ville de Douala. En effet, l'étude a confirmé qu'il existe un écart important entre la connaissance de la contraception et la pratique contraceptive. Si l'on ajoute à cela l'exacerbation des pratiques à risque tel que le multi-partenariat sexuel qui quasiment à la mode dans notre société, on comprend le degré d'exposition aux IST/SIDA et aux grossesses intempestives.

Quoi qu'on dise, un ensemble de facteurs conjugués sont à l'origine de cette situation. Entre autres on peut citer la difficulté d'accès aux méthodes contraceptives modernes appropriées, le refus du partenaire / conjoint d'y recourir, le manque d'intérêt, l'insouciance (non perception du risque lié aux rapports sexuels non protégés), la crainte des effets secondaires, le manque de moyens financiers²⁸. Autrement dit, dans la ville de Douala, la pratique contraceptive actuelle sont encore largement sujettes à caution, d'où leur inefficacité.

3.1.2. L'insuffisance et la faiblesse de l'offre en matière de santé sexuelle et de reproduction comme facteur influençant les pratiques contraceptives.

²⁸E.O. ADJAHOTO, KOSSI A.S. HODONOU, KOMI AGBA, KOFFI AKPADZA, SENAME BAET : « *contraception et avortement provoqué en milieu africain* » in Médecine d'Afrique Noire : 1999, 46 (8/9) P.2

En général, les FOSA de la ville de Douala, qu'elles soient publiques, privées laïques ou confessionnelles dispensent des prestations en matière de PF. Celles-ci font le plus souvent partie des prestations offertes dans le cadre des consultations prénatales ou à l'occasion d'autres pathologies.

A vrai dire, l'utilisation des méthodes contraceptives est l'objectif ultime des programmes de planification familiale. De la sorte, la prévalence contraceptive constitue l'indicateur clef permettant d'évaluer ces programmes. Comme les résultats de l'étude l'ont révélé, le taux de prévalence contraceptive est faible dans la ville de Douala comme d'ailleurs sur l'ensemble du territoire national. En fait parlant de la SR dans le système sanitaire camerounais, ses maux sont connus: *« Plateau technique vétuste et parfois en voie de dégradation, infrastructures insuffisantes et surtout inégalement réparties sur l'ensemble du territoire, couverture de la population en personnel médical en voie de dégradation, notamment pour les soins et services en matière de Santé de la Reproduction. Les contraintes budgétaires handicapent cette offre »*.

D'avantage selon les normes et standard camerounais, toutes les méthodes contraceptives autorisées au Cameroun doivent être disponibles dans chaque centre et les prestataires de services doivent les présenter à tout client(e) la gamme complète de méthodes contraceptives pour lui permettre de faire son choix. Ce qui est loin d'être le cas.

3.1.3. Le désir de familles moins nombreuses comme opportunité d'amplification de l'utilisation des contraceptions.

De plus en plus, du fait du coût de la vie qui est tendanciellement cher, les populations veulent avoir une progéniture réduite. Un tel projet ne être réalisé que si les femmes ont accès à la contraception moderne pour limiter et espacer leurs grossesses. À défaut, beaucoup d'entre elles se retrouveront toujours prises dans l'étau des grossesses non planifiées, qu'elles choisiront fatalement alors d'interrompre par un avortement clandestin, donc non sécurisé.

3.1.4. Les avortements apparaissent comme une réponse à l'échec de la contraception ou comme le substitut de la contraception.

Les avortements sont pratiqués tant par des femmes mariées pour espacer les naissances ou limiter la taille de leur famille que par des adolescentes qui veulent se «éviter» ou se débarrasser d'une grossesse non prévue. Comme le révèle cet auteur, « *l'avortement est utilisé comme une méthode de contraception face aux barrières culturelles et logistiques d'accès à la contraception* ». En réalité, ceci met à nu d'importants besoins non satisfaits en matière de planification familiale. En effet, même si certains freins d'ordre législatifs sont aussi indexés, la sous-utilisation des services de planification est souvent directement liés à un manque d'informations, à la méconnaissance de l'offre de santé sexuelle, des programmes dédiés, ou encore à la persistance d'idées reçues.

3.1.5. Planification familiale et les préjugés ou rumeurs

Dès que l'on évoque la planification familiale, certaines personnes voient directement un complot pour empêcher d'avoir les enfants. De tels préjugés entourent certaines méthodes contraceptives et constituent un obstacle à leur utilisation. Un nombre non négligeable des camerounais sont probablement influencés par des rumeurs, des mauvaises informations et des préjugés. C'est le cas concernant les rapports avec les préservatifs qui pour certains sont contaminés.

3.1.6. Genre et planification familiale

Nombreuses sont les filles et les femmes qui n'ont pas toujours une autonomie suffisante pour gérer leur sexualité. Il leur est difficile de demander ou imposer à leur partenaire l'usage d'un contraceptif pour éviter aussi bien les infections sexuellement transmissibles que les grossesses. Autrement dit, les filles/femmes ont un faible pouvoir de décision et de contrôle sur leur stratégie contraceptive et partant, exposées aux grossesses non désirées. En d'autres termes, le rôle du partenaire masculin dans le recours à une méthode contraceptive reste prépondérant dans une société dans laquelle prévaut le patriarcat qui façonne les attitudes et comportements individuels dont s'en écarter peut souvent engendrer la honte et la désapprobation. Ainsi, pour beaucoup, le sexe constitue un droit de l'homme dans le mariage et l'activité sexuelle (y compris le viol) est une preuve de masculinité. Ainsi, d'aucuns estiment que les femmes sont responsables du contrôle des pulsions sexuelles des hommes.

3.1.7. La santé sexuelle et de reproduction est un droit fondamental de l'homme.

Aussi, faudrait-il souligner, qu'en la matière, la population a des droits. Elles bénéficient alors du droit: à l'information; à l'accès aux services; au choix; à la sécurité; à l'intimité; à la confidentialité; à la dignité; à avoir une opinion; au confort; à la continuité des services.

3.1.8. La persistance des approches normatives en matière de la sexualité

Certains professionnels de la santé et les prestataires sociaux ont des discours peu valorisant, voir culpabilisants à l'endroit des patient(e)s. « *Vous les femmes vous êtes trop bêtes. Vous êtes incapables de gérer votre sexualité* », nous a relaté une femme lors des enquêtes. Cette approche négative de la santé sexuelle, qui met en lumière les défauts présumés ou les comportements à risque n'est pas de nature à créer un dialogue sincère et efficace à l'égard des clientes en matière de santé sexuelle.

3.1.9. Faible intérêt des populations pour des services de PF.

Les résultats montrent un faible engouement des populations aux consultations de planning familial et à l'utilisation des méthodes contraceptives. Ce qui témoigne d'un manque de conscience ou de l'insouciance. Cela est d'autant plus intéressant que de plus en plus, les populations sont dans le « *ça sort comme ça sort* ». Donc les gens évitent d'être rationnels et laissent leur vie à la merci du concours de circonstance.

3.2. Elaboration des recommandations

Les résultats de l'étude laissent apparaître des pistes d'actions efficaces, qu'il convient de mettre en exergue dans le but d'améliorer la santé maternelle et infantile à une gestion de la sexualité et de la planification familiale.

- ✂ Renforcer l'accessibilité et le développement de l'offre de santé sexuelle préoccupant par les professionnels de santé à la fois en améliorant les plateaux techniques, la disponibilité des contraceptifs et le déploiement des approches positives.
- ✂ Développer des approches de proximité ou communautaires en intensifiant les actions « aller vers », dans les lieux de vie des différentes catégories de filles et de femmes, particulièrement celles qui sont vulnérables.
- ✂ Améliorer les programmes d'information et d'éducation des populations sur la santé en tenant compte de l'ensemble des profils et de la diversité des groupes de la population : âge, niveau d'instruction, statut social. Les jeunes constituent une cible prioritaire.

- ✕ Intensifier et massifier la sensibilisation et l'éducation au planning familial toutes les sphères de la société, particulièrement auprès des couches vulnérables les filles, les femmes à faible revenus et les déscolarisées.
- ✕ Cibler et Intégrer les hommes dans les programmes d'éducation au planning familial (Les études ont constaté que l'implication des hommes dans la planification familiale conduit à de meilleurs résultats pour la santé des femmes.¹¹).

Bibliographie

1. Agence Régionale de l'Institut National de la Statistique :Annuaire statistique de la région du littoral, 20
2. Institut Nationale de Statistiques (INS) ; Enquête Complémentaire à la quatrième Enquête Camerounaise Auprès des Ménages (EC-ECAM4) : Monographie de la ville de Douala ; P.19 ; **Edition 2020**
3. Guillaume A, Rossier C. L'avortement dans le monde. État des lieux des législations, mesures, tendances et conséquences. Population. 18 oct. 2018;Vol. 73(2).
4. Josiane Ngo Mayack, Politique de planification familiale au Cameroun : quelle place pour les jeunes ? in Autrepart2014/2 (N° 70), Éditions presses de sciences po.
5. Bankole A et al. ; De l'avortement non sécurisé à sécurisé en Afrique subsaharienne: des progrès lents mais constants, New York: Guttmacher Institute, 2020, <https://www.guttmacher.org/fr/report/from-unsafe-to-safe-abortion-in-sub-Saharan-africa>. DOI: 10.1363/2020.32446
6. République du Cameroun/Ministère de la santé : Norme et standard en matière de SR/PF au Cameroun, Mars 2018
7. **Université catholique de Louvain**, Faculté des sciences économiques, sociales, politiques et de communication Institut d'analyse du changement dans l'histoire et les sociétés contemporaines Centre de recherche en démographie ; **Josiane Laure NGO MAYACK (Thèse):** Le recours à la contraception d'urgence au Cameroun : le cas de la ville de Yaoundé, Louvain-la-Neuve, 8 juin 2017
8. (Amadou Noubissi Madeleine Wayack) : La femme camerounaise face aux méthodes contraceptives modernes Rejet ou inaccessibilité ?
9. Vlassoff M et al., Avantages à répondre aux besoins de contraception des Camerounaises, En Bref, New York: Guttmacher Institute,2014, No. 1.
10. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : l'avortement provoqué, Genève, 1978
11. Dr BelaGanatra,:OMS. 25 millions d'avortements non sécurisés sont pratiqués dans le monde chaque année [Internet]. [Cité 10 mai 2020].

12. UNIVERSITÉ LILLE Ecole de sages-femmes du CHU de Lille : Revue de littérature : Etat des lieux de l'avortement dans le monde Impact de la législation sur le taux de décès maternel
13. Maputo, Protocole à la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples Relatif aux Droits des Femmes; 13 juillet 2003.
14. **République du Cameroun (Minsanté, INS, UNFPA) : Enquête sur la disponibilité des contraceptifs et des produits vitaux de sante maternelle d de prestation de services au Cameroun**, Rapport final 2020
15. Ngo Mayack Josiane : L'apport de l'approche qualitative dans l'analyse de la responsabilité contraceptive in Cahiers québécois de démographie Vol. 48, n° 1, printemps 2019.

ANNEXES

Annexe 1 : Termes de référence de l'étude

1. Contexte et Justification de l'étude

Les besoins de clarté de l'exposé militent à ce que l'on distingue le contexte de l'étude de sa justification.

1.1. Contexte de l'étude

Au Cameroun, comme dans la plus part des pays d'Afrique subsaharienne, les lois en matière d'avortement sont prohibitives. Pour le cas du Cameroun, l'article 337 du code pénal l'incrimine. L'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) est restreinte à trois principaux cas à savoir lorsque la grossesse représente un grave danger pour la santé de la mère, ou en cas de viol ou de l'inceste. A cela vient s'ajouter la désapprobation sociale qui caractérise largement le recours à l'avortement car celui-ci reste encore fortement stigmatisé et condamné dans l'imaginaire populaire.

Pourtant, le Cameroun a ratifié le protocole de Maputo qui reconnaît l'avortement médicalisé comme un droit reproductif. Ce texte est d'ailleurs considéré comme l'instrument juridique régional «le plus progressiste sur l'accès des femmes à l'avortement légal et sûr en Afrique». Il recommande aux Etats parties, de protéger la santé reproductive des femmes en autorisant notamment l'avortement médicalisé.

Or force est de constater, qu'en dépit des restrictions légales, au Cameroun 40% de toutes les grossesses ne sont pas planifiées, et 36% de ces grossesses non planifiées se terminent par un avortement, généralement illégal²⁹. Bien plus, on évalue à 18% les adolescentes enceintes qui ont subi des avortements. Ces avortements, souvent pratiqués dans des conditions malsaines sont à l'origine de la plupart des complications qu'on retrouve dans les maternités. Il s'en suit parfois des pertes en vie humaine, des dépenses importantes et des séquelles à vie telle que l'infertilité.

Lorsque la réalité prend le contrepied de la loi, il y a lieu de s'interroger. Autrement dit, le paradoxe de la pénalisation de l'avortement, de l'ampleur du phénomène dans la réalité quotidienne ainsi que la gravité de ses conséquences observées mérite réflexion.

D'où l'étude sur les pratiques contraceptives et d'avortement dans la ville de Douala. L'ambition est de chercher à comprendre les comportements des populations en matière à la

²⁹ 1 Fiche de l'Institut Guttmacher : *Le coût et les avantages de l'investissement dans les services de contraception au Cameroun*, Juillet 2014. Institut Guttmacher, États-Unis. (<https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/fb-cameroon.pdf>)

fois des méthodes de contraception utilisées ou pas et de leur recours à l'IVG lorsqu'intervient une grossesse non désirée.

1.2. Justification de l'étude

L'Association Femmes et Enfants(AFE) est organisme à but non lucratif de droit camerounais dont le bien être de l'enfant, de la jeune fille et de la femme se situe au fronton de ses missions. Aussi, a-t-elle fait de la santé sexuelle et de reproduction l'un de ses chevaux de bataille.

C'est dans cette perspective qu'elle a sollicité et obtenu de Global Fund for Women (GFW) d'une subvention pour la sensibilisation des populations de la ville de Douala sur l'épineux sujet des avortements, l'un des piliers centraux du planning familial.

De la sorte, afin de disposer des connaissances objectives, actuelles et contextualisées sur la problématique des avortements à Douala, une étude s'est avérée incontournable.

Provisoirement, elle est intitulée : « Etude sur les pratiques contraceptives et d'avortement dans la ville de Douala au Cameroun ».

2. Objectifs de l'étude

Il s'agit de l'objectif général d'une part et, des objectifs spécifiques d'autre part.

2.1. Objectif global

✂ Dans sa finalité, l'étude envisagée se veut une contribution à la compréhension des pratiques contraceptives et de l'avortement dans le contexte urbain Camerounais et dans la ville de Douala en l'occurrence.

2.2. Objectifs spécifiques

- ✂ Répertorier, décrire et analyser les pratiques contraceptives et des avortements auprès des filles et des femmes de la ville de Douala au Cameroun
- ✂ Identifier et mettre en exergue les déterminants des comportements des filles/femmes en matière de contraception et d'avortement
- ✂ Identifier et élaborer des pistes d'actions pertinentes pour combler les besoins des filles/femmes en matière de planning familial pour une meilleure gestion de la sexualité avec peu ou pas des grossesses non désirées.

3. Orientations méthodologiques

Plusieurs éléments clefs permettent de mettre en exergue les indications sur la méthodologie qui sera davantage peaufinée par le consultant.

3.1. Lieu d l'étude

L'étude va être réalisée dans la ville de Douala, capitale économique du Cameroun dans cinq(05) des six arrondissements que compte le département du Wouri, donc excepté la Commune d'Arrondissement de Manoka qui est insulaire.

3.2. Echantillonnage

Le consultant procédera à un échantillonnage objectif permettant de saisir la quintessence de la réalité des phénomènes à observer. Il tiendra compte des différents acteurs clefs qui interfèrent dans la chaîne des avortements dont notamment les filles/femmes, les médecins/infirmiers, les tradi-praticiens...etc

3.3. Démarche méthodologique

L'étude sera adossée sur une démarche participative qui prend en compte les différents points de vue.

Elle va allier les données secondaires issues de la revue de la littérature et les données secondaires collectées auprès des différents acteurs.

Ces données seront traitées et analysées par le consultant selon des méthodes pertinentes qu'il lui siéra de choisir et de justifier.

3.4. Le calendrier de l'étude

L'étude est prévue pour une durée de 26 jours, les jours fériés et non ouvrables n'étant pas inclus. Le consultant proposera un calendrier approprié avec les activités à réaliser dans le cadre de son travail.

ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE FILLES/FEMMES

NB: Le présent guide est destiné à collecter les données dans le cadre de l'étude sus citée. Les données collectées dans ce cadre sont confidentielles et ne pourront de quelle que manière que ce soit, être utilisées à d'autres fins que celles de l'étude. Il est destiné aux filles/femmes âgées de 15-49 ans. Son objectif est de disposer des informations concernant le thème de l'étude.

Questionnaire N°	
Commune	
Quartier	
Date d'administration	
Administrateur/trice	

Dimensi ons	Variables	Réponses	
Pratiques contraceptives		Oui=1	Non=0
Sociodé mograph ique et culturelle s	a) Age : 1. 15-20 ; 2. 21-25 ; 3. 26-30 ; 4. 31-35 ; 5. 36-40 ; 6. 41-45. 7. 46-49.		
	b) Niveau d’instruction : 0. Sans niveau ; 1. Primaire ; 2. Secondaire premier cycle ; 3. Secondaire Second cycle, 4. Universitaire; 5. Autres (à préciser).....		
	c) Statut matrimonial : 1. Célibataire ; 2. Mariée ; 3. Divorcée ; 4. veuve ; 5. Concubinage (union libre); 6. Autres(à préciser).....		
	d) Profession : 1. Public ; 2. Privé formel ; 3. Privéinformel ; 4 Autres(à préciser).....		
	e) Religion : 1. Catholique ; 2. Protestant ; 3. Musulman ; 4. Eglises réveillée ; 5. Autres		
Connaiss ances des méthode s contrace ptives	a) Avez-vous déjà entendu parler des méthodes contraceptives ? 1. Oui / 2. Non		
	b) Si oui, où en avez-vous entendu parler ?.....		
	Si oui, la/lesquelles(s) ?-----		
	Citez les méthodes contraceptives que vous connaissez.....		
	c) A quoi servent les méthodes contraceptives -----		
	a) Avez-vous déjà utilisé une méthode contraceptive ? 1. Oui ; 2. Non		
	b) Si oui ; quelle en est la fréquence ? 1) En permanence ; 2) Très souvent ; 3) Occasionnellement ; 4) Autres (à préciser).....		

Utilisation des méthodes contraceptives	c) Si oui, la/Lesquelles : ----- -----		
	d) Si oui, qui vous l'a prescrit ?----- -----		
	e) Si oui, quel est le lieu d'approvisionnement ?----- -----		
	f) Si oui, pour quelle(s) raisons avez-vous eu recours à la contraception ? ----- ----- -----		
	g) Les contraceptifs ont-ils des inconvénients ? 1. OUI ; 2.NON		
	Si oui ; lesquels ?.....		
Pratiques d'avortement			
Connaissances sur l'avortement	a) Statut de l'avortement au Cameroun : Peut-on avorter librement au Cameroun : 1.Oui ; 2.Non		
	b) Dans quel cas l'avortement est-il autorisé au Cameroun ?----- -----		
Fréquence de l'avortement	a) Avez-vous déjà entendu parler de l'avortement ? 1. Oui ; 2.Non		
	b) Si oui, la dernière fois que vous avez-entendu parler de l'avortement : 1. Moins d'un mois ; 2. Il y a plus de trois mois, 3. Il y a six mois ; 4. Il y a six mois et plus.		
Recours à l'avortement	a) Vous est-il déjà arrivé d'interrompre volontairement une grossesse ? Oui/Non		
	b) Si oui, pourquoi ?----- ----- -----		
	c) Si oui ; comment ?----- -----		
	d) Les avorteurs/prestataires d'avortement : qui a provoqué (aidé) l'interruption de votre grossesse ? :----- -----		
	e) Où a eu lieu votre avortement ?----- -----		
Accès /Demandes des services de planification familiale	a) Avez-vous déjà entendu parler de planning familial ? 1. Oui ; 2.Non		
	b) Ou en avez-vous entendu parler (Sources) : ----- -----		
	c) Etes-vous déjà allé volontairement demander des informations sur le PF ? 1. Oui ; 2.Non		
	d) Un prestataire du planning Familial est-il déjà venu vers vous ? 1. Oui ; 2.Non		

Nous vous remercions pour votre aimable contribution.

ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE RESPONSABLES FOSA

NB : Le présent guide est destiné à collecter les données dans le cadre de l'étude sus citée. Les données collectées dans ce cadre sont confidentielles et ne pourront de quelle que manière que ce soit utilisées à d'autres fins que celles de l'étude. Il est adressé aux responsables des formations sanitaires et des autres acteurs intervenants, en l'occurrence, les tradi-praticiens, dans la chaîne de l'avortement dans la zone de l'étude. L'objectif est de pouvoir disposer des informations susceptibles de fournir une image de l'offre/demandes des services de planification familiale.

Questionnaire N°			
Commune			
Quartier			
Date d'administration			
Administrateur/trice			
Dimension	Variables	Réponses	
1. Généralités		Oui=1	Non=0
Présentation de la structure	Dénomination :		
	Date de création :		
	Effectif :		
	Principales prestations : ----- ----- ----- -----		
Offre de prestations en matière de planification	d) Avez-vous un programme d'offre de prestations sur le PF ? 1. Oui ; 2.Non ;		
	e) Si oui, lequel ? :.....		
	f) Quelles méthodes contraceptives offrez-vous/Disposez-vous ? ----- ----- -----		
	g) Quels sont les critères de prescription d'une méthode aux patients ----- ----- -----		
	h) Quelles sont les contraintes/difficultés liées à l'offre des prestations de PF ? :.....		
	i) Recevez-vous les populations qui viennent spontanément solliciter les conseils en PF ? 1. Oui ; 2.Non		

famili ale	j) Les arrivent-ils de venir en couple ? 1. Jamais ; 2.Rarement ; 3. Très souvent		
	k) Recevez-vous des patients pour les avortements ? 1 Oui /Non		
	l) Si oui, à quelle fréquence ? 1. Jamais ; 2. Fréquemment ; 3. Quelque fois ;		