

PROBLÉMATIQUE D'ACCÈS AUX MÉTHODES MODERNES DE PLANIFICATION FAMILIALE DANS LA PRÉFECTURE DE LA KOZAH AU NORD-TOGO

Koku AVOUGLA

Laboratoire Pôle de Recherche et d'Expertise sur la Dynamique
des Espaces et des Sociétés (PREDES),
Université de Kara, Togo
kavougla@yahoo.fr

Résumé : L'influence de la fécondité sur le développement socio-économique et sur l'état de santé des femmes constitue un problème de santé publique. Le but de cette contribution consiste à analyser les obstacles aux méthodes modernes du planning familial dans la préfecture de la Kozah au nord-Togo. La recherche documentaire, l'observation et les enquêtes sont les méthodes utilisées pour collecter les données. Au total, 351 femmes ont été enquêtées et les logiciels de traitement et d'analyse utilisés sont entre autres SPSS (dépouillement), Excel (graphique). Les résultats ont montré une qualité de soins mitigée. La disponibilité du DIU (Dispositif Intra Utérin) et de l'implant est respectivement de 49% et 63% dans les centres de santé. L'insuffisance d'équipements et du personnel soignant qualifié empêche une meilleure pratique des méthodes contraceptives. Le processus de soins décourage 22,4% des femmes qui ont fait objet d'un mauvais accueil. Les soins sont financièrement accessibles à 73,6% des femmes tandis que 68,7% reconnaissent que les centres de santé ne leurs sont pas géographiquement accessibles. Enfin, 23,40% des enquêtées déclarent que la décision de pratiquer le planning familial émane fondamentalement des époux. Eu égard à ces résultats, il serait souhaitable qu'au niveau politique et individuel chacun s'investisse pour le bien-être des populations de la préfecture.

Mots-clés : Accès, femme, planification familiale, préfecture de la Kozah (Togo)

PROBLEM OF ACCESS TO MODERN FAMILY PLANNING METHODS IN THE KOZAH PREFECTURE IN NORTH-TOGO

Abstract: The influence of fertility on socio-economic development and on the state of health of women constitutes a public health problem. This article aims to analyze the obstacles to modern methods of family planning in the prefecture of Kozah in north Togo. Documentary research, observation and surveys are the methods used to collect the data. A total of 351 women were surveyed and the processing and analysis software used are, among others, SPSS (counting), Excel (graph). The results showed a mixed quality of care. The availability of the IUD (intrauterine device) and the implant is respectively 49% and 63% in the health centers. The lack of equipment and qualified nursing staff prevent better practice of contraceptive methods. The care process discourages 22.4% of women who have been poorly received. Care is financially accessible to 73.6% of women while 68.7% recognize that health centers are not geographically accessible to them. Finally, 23.40% of the respondents declared that the decision to practice family planning basically comes from the spouses. In view of these results, it would be desirable for everyone at the political and individual level to invest in the well-being of the populations of the prefecture.

Keywords: Access, women, family planning, prefecture of Kozah (Togo)

Introduction

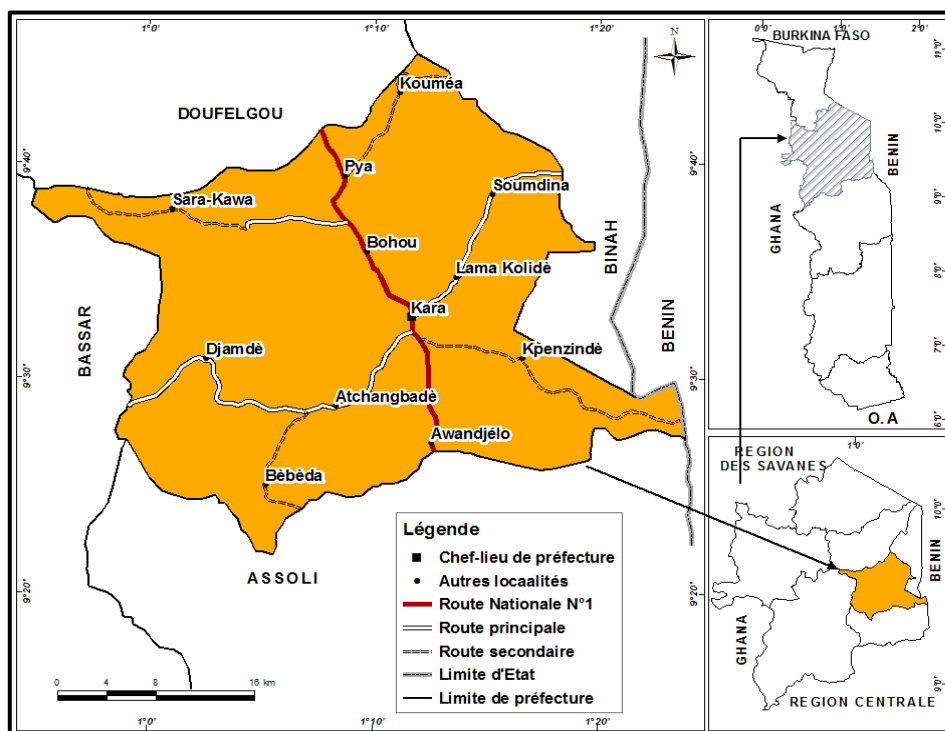
L'accroissement de la pratique contraceptive aiderait les couples à mieux maîtriser leurs grossesses afin de limiter le nombre d'enfants, la mortalité maternelle et infantile. Il permettrait aux pays du sud d'atteindre les objectifs de développement en l'occurrence la réduction de la pauvreté, la hausse du niveau d'éducation des femmes et du PNB par habitant. Cependant, les pays d'Afrique de l'Ouest connaissent des fécondités les plus élevées au monde, atteignant en moyenne 5,7 enfants par femme à cause de la faible utilisation des méthodes modernes de contraception qui se situe selon les pays, entre 10% et 20% des femmes âgées de 15 à 49 ans. Dans cette partie du monde, environ trois femmes meurent chaque heure de causes maternelles et un enfant de moins de cinq ans, toutes les minutes (Equilibres et Populations, 2016, p.4). Le Togo en général et la préfecture de la Kozah en particulier n'ont pas échappé à cette réalité. L'un des remèdes efficaces contre cette situation demeure la mise en place d'une politique efficace de planification familiale. Or, dans cette préfecture, nombre de facteurs freinent la limitation des naissances. La bonne qualité des soins liés à la maîtrise de la fécondité fait défaut alors que la performance des services de planification familiale est un déterminant majeur du recours à des méthodes contraceptives et à une utilisation continue de celles-ci. Une étude panel au Sénégal a constaté que les femmes qui ont reçu des services de planification de bonne qualité dans les établissements de santé étaient 1,3 fois plus susceptibles d'utiliser une méthode contraceptive par rapport aux femmes qui ont reçu des soins de mauvaise qualité (USAID, 2015, p.4). De plus, certains centres de planification familiale (PF) sont parfois difficiles d'accès à cause de l'absence ou la mauvaise praticabilité des voies de communications. Par conséquent, la population n'a pas un accès facile aux offres des services de santé qu'ils soient préventifs ou curatifs. Selon S. K. Nossoukpoe (2016, p.83), les ouvrages de franchissement sont à 80% dans un état défectueux, susceptibles de s'écrouler à la suite d'une grande pluie. L'effondrement des ouvrages d'art surtout en période de forte pluie a des effets néfastes sur la mobilité des personnes et des marchandises dans la préfecture de l'Ogou au Togo. Ainsi, des rendez-vous médicaux sont manqués et pour les méthodes contraceptives de courte durée, les femmes sont obligées d'abandonner parfois leur utilisation précocement. Aussi, les formations sanitaires les plus spécialisées de la Kozah sont-elles concentrées dans la ville de Kara, chef-lieu de préfecture. En périphérie, certains centres de santé ne sont pas bien équipés. La couverture des unités périphériques en planification familiale étant insuffisante, 26,40% (Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique du Togo, 2019, p.7), il subsiste une inégale distribution des soins. Ce phénomène a un impact direct sur le recours à la limitation des naissances dans la préfecture. Par ailleurs, le niveau de vie de la population trahit une relative misère. Bien qu'il existe des activités commerciales et administratives dans le chef-lieu (Kara), une frange non négligeable de la population vit de l'agriculture alors que, sur le plan naturel c'est un milieu rocailleux au climat capricieux, donc hostile aux pratiques agricoles. La pauvreté, un phénomène multidimensionnel caractérisé entre autres par le manque de moyens financiers est un fait réel dans la zone d'étude. Ainsi, c'est au cours des semaines de gratuité organisées dans les formations sanitaires ou des sorties des cliniques mobiles de l'ATBEF (Association Togolaise pour le Bien-être Familial) dans les villages éloignés qu'une masse critique de bénéficiaires est atteinte. Bien plus, les pesanteurs socioculturelles et le manque de conseil lié aux effets secondaires demeurent des obstacles majeurs à l'adoption des méthodes de planification familiale. Devant ces constats, une interrogation s'impose : quels sont les facteurs majeurs qui constituent des freins à

l'adoption des méthodes modernes de planification familiale dans la préfecture de la Kozah? Cet article se propose de relever les facteurs qui empêchent la pratique du planning familial dans la préfecture. La recherche part de l'hypothèse selon laquelle, la défaillance de la qualité des soins dans le planning familial, les difficultés socio-économiques et géographiques entravent l'adoption des méthodes modernes de planification familiale dans la Kozah.

I. Présentation de la zone d'étude

La préfecture de la Kozah est localisée dans la région de la Kara au nord-Togo. Elle est limitée au nord par la préfecture de Doufelgou, au sud par la préfecture d'Assoli, à l'ouest par la préfecture de Bassar et à l'est par la préfecture de la Binah (figure n°1).

Figure 1 : Situation géographique de la préfecture de la Kozah



Source : Fond de carte IGN 1986, réalisation K. Avougla, 2020

En 2020, le district sanitaire de la Kozah fait partie des sept districts qui composent la Direction Régionale de la Santé de la région de la Kara. Il couvre une superficie de 1075 km² et abrite en 2019 une population de 280 332 habitants. On y dénombre 46 formations sanitaires dont 34 publiques et trois hôpitaux de référence : CHU Kara, CHR Kara-Tomdè, et HME-SOS de Kara. Ces formations sanitaires publiques disposent de 257 agents toutes catégories confondues dont 52% de personnel qualifié, 18% de personnel hospitalier et de soutien, 14% de personnel d'appui et 16% de personnel administratif (Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique du Togo, 2019, p.4). De par sa population, la préfecture de la Kozah est un géant démographique de la région de la Kara mais aussi abrite la ville de Kara, chef-lieu de la région. Elle est la deuxième ville du pays par sa croissance démographique, spatiale et économique,

après la capitale Lomé. Cette démographie galopante est due entre autres à plusieurs facteurs dont le manque d'adoption de la planification familiale.

2. Matériels et méthodes

La méthodologie utilisée dans le cadre de cette étude comprend : la collecte et le traitement des données puis l'analyse des résultats.

2.1. Collecte des données et leur typologie

Elle se résume à la recherche documentaire et aux enquêtes de terrain. Les données recueillies concernent essentiellement les facteurs qui empêchent le recours à la planification familiale dans la préfecture de la Kozah.

-Recherche documentaire

Elle a consisté à exploiter les ouvrages généraux et spécialisés, thèses, mémoires, articles de revues, rapports, banques de données statistiques et textes officiels relatifs à la pratique de la planification familiale. Aussi, la bibliothèque centrale de l'Université de Kara a-t-elle été visitée de même que les centres de documentation du Ministère de la Santé, de la Direction Préfectorale de Santé de la Kozah et de l'OMS. Pour bien réussir cette recherche, d'autres informations sur le terrain ont été recueillies.

-Enquêtes de terrain

Cette phase est consacrée aux outils et techniques utilisés et à l'échantillonnage.

- *Techniques et outils de collecte des données*

Pour atteindre les objectifs assignés à cette investigation, les techniques de collecte de données telles que la Méthode Accélérée de Recherche Participative (MARF), l'observation directe et l'entretien ont été utilisés. En effet, à l'aide d'un guide d'entretien, nous avons recueilli des informations sur les facteurs qui entravent la planification familiale dans la région. Quant à l'observation directe, elle a permis de repérer les centres de santé qui offrent les différentes méthodes de la planification familiale, les attitudes des femmes qui pratiquent le planning familial et leur point de vue à l'égard des différents protocoles de prise en charge. Les entretiens ont concerné les personnes ressources des centres de santé choisis (2 Assistants médicaux, 4 Sages-femmes, 2 Accoucheuses et 2 Infirmiers). Ils ont permis d'avoir des informations sur les différentes méthodes de planifications disponibles, la gestion des effets secondaires et les difficultés auxquelles ils sont confrontés au quotidien dans l'exercice de leur fonction. Les questionnaires sont adressés à une population mère composée particulièrement des femmes utilisatrices des méthodes contraceptives.

- *Échantillonnage*

Pour déterminer l'échantillon dans le cadre des questionnaires d'enquête, la technique d'échantillonnage aléatoire simple a été adoptée avec une marge d'erreur de 5%, un niveau de confiance « s » de 95% et l'échantillon « n » de la population-mère « N =3350 ».

N : Taille de la population-mère (population parent ou population d'origine),

- n : Taille de l'échantillon pour une population mère finie,
- s : Seuil de confiance (Niveau de confiance) que l'on souhaite garantir sur la mesure.

- **t** : Coefficient de marge déduit du Taux de confiance « s ».
- **e** : Marge d'erreur que l'on se donne pour la grandeur que l'on veut estimer (par exemple on veut connaître la proportion réelle à 5% près).
- **p** : Proportion (connue ou supposée, estimée) des éléments de la population-mère qui présentent une propriété donnée. (Lorsque p est inconnue, on utilise $p = 0.5$ ou 50%). (On dit aussi : Probabilité de succès ou probabilité de réalisation positive). L'échantillon exhaustif « n » est obtenu suivant la formule d'Yves Aragon et al. (2009, p. 20) via <http://www-gremaq.univ-tlse1.fr/stat/Anneweb/chap1a5.pdf>

$$n = \frac{t^2 N}{t^2 + (2e)^2(N - 1)}$$

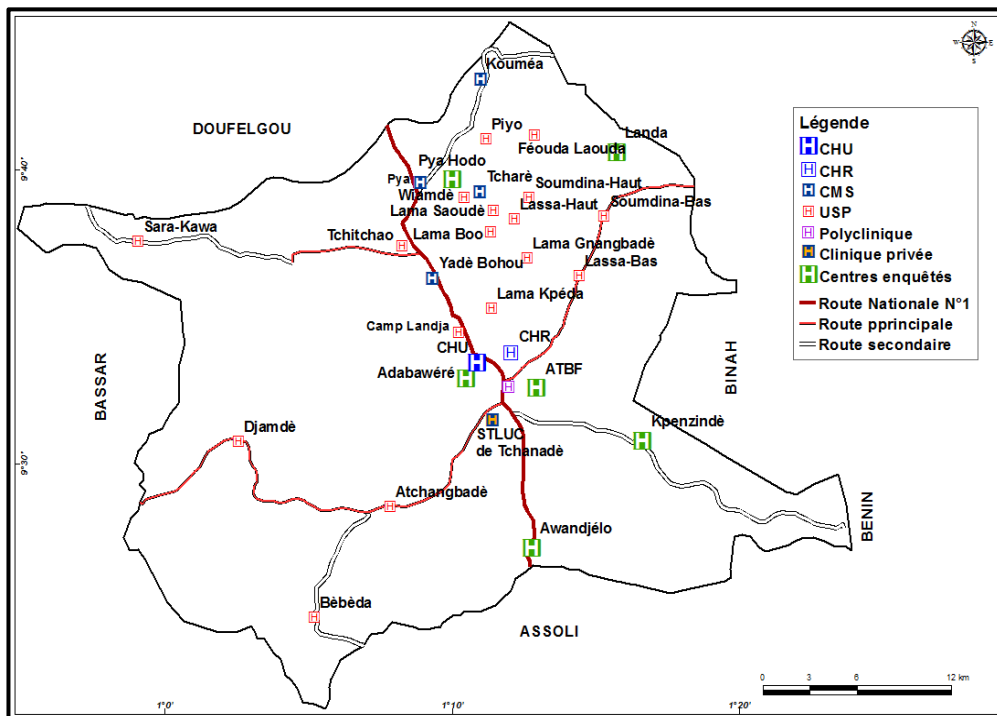
Cette formule garantit ainsi la représentativité et la fiabilité de l'échantillon. En l'appliquant au terrain d'étude, on obtient :

$$n = \frac{1.96^2 * 3350}{1.96^2 + (2 * 0.05)^2 (3350 - 1)}$$

$$n = 351$$

Afin d'assurer la distribution géographique du phénomène, les 351 femmes sont enquêtées dans 6 formations sanitaires : ATBEF, Adabaworé, Awandjélo, Kpenzindé, Pya hodo, Landa (figure 2). Ce choix est basé sur le nombre relativement élevé de leurs patientes et la régularité de leurs rapports d'activités à la Direction Préfectorale de Santé de la Kozah.

Figure 2 : Localisation des centres enquêtés au sein des formations sanitaires de la préfecture de la Kozah



Source : Fond de carte IGN 1986, réalisation K. Avougla, 2020

L'observation de la figure 2 permet de remarquer une concentration des formations sanitaires offrant les méthodes de planification du centre vers le nord-est alors que la partie centre ouest de la Kozah est quasiment vide. Cette configuration est la conséquence de l'échelonnement des villages le long des principales voies de communication pour des raisons économiques. Le tableau 1 consigne les femmes interrogées en fonction des centres de santé choisis.

Tableau 1: Répartition des enquêtées par quota dans les centres de santé de la zone d'étude

Centres de Santé	Adabaworé	ATBEF	Awandjélo	Kpenzindè	Landa	Pya hodo	Total
Population-cible	1932	307	721	152	181	57	3350
Echantillon par quota	202	32	76	16	19	6	351

Source : Enquête de terrain, juin-décembre 2020

2.2 Mode d'exploitation et de traitement des informations

Les données recueillies ont fait l'objet de traitement avec le logiciel SPSS puis ont été saisies et analysées à l'aide du tableur EXCEL 2007 et du logiciel Word 2013. Les résultats obtenus ont été traités par des statistiques descriptives par détermination des moyennes et fréquences. Les cartes quant- à elles ont été conçues à partir du logiciel Arc GiS 3.2a.

3. Résultats

Ils s'articulent autour de la défaillance de la qualité des soins dans le planning familial, des difficultés d'accessibilité financière, géographique et culturelle.

3.1. Mauvaise qualité des soins en planification familiale

La qualité des prestations dans le domaine de la planification familiale est un déterminant majeur du recours à des méthodes de contraception et à une adoption ininterrompue de celles-ci. Il va sans dire qu'une meilleure qualité des services de planification familiale est positivement corrélée à l'utilisation de méthodes de limitation ou d'espacement des naissances. Dans le contexte de l'investigation, le baromètre choisi pour jauger la qualité des soins est celui d'A. Donabedian (1988), réparti en trois dimensions : la structure de soins, le processus de soins et les résultats finaux. La première s'intéresse essentiellement aux éléments physiques de l'établissement de santé, son infrastructure, son inventaire et son équipement, ainsi qu'au nombre de personnel qualifié. La seconde fait référence à la prestation des soins de santé, à la fois sur le plan technique et sur le plan de l'interaction entre le prestataire et le client, tandis que les résultats examinent l'effet des soins sur le patient, y compris en terme de satisfaction des services de soins reçus (USAID, 2015, p.3).

-Défaillance de la structure de soins dans la préfecture de la Kozah

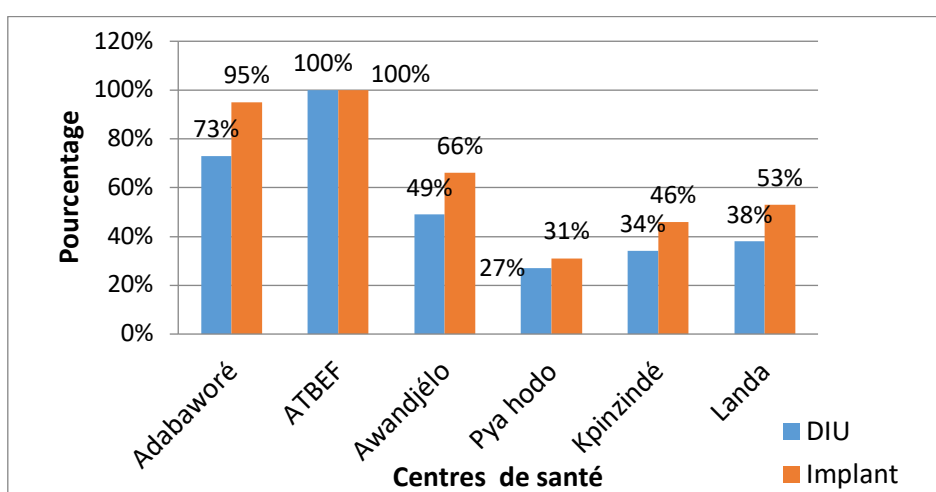
L'investigation a choisi le volet " disponibilité des MLD (Méthodes à Longue Durée), équipements nécessaires pour réaliser toutes les méthodes contraceptives et nombre de personnel qualifié" comme indicateur d'évaluation de la structure de soins.

- *La disponibilité de certaines méthodes contraceptives fait défaut*

La plupart des femmes dans la Kozah déclarent adopter des méthodes de planification de courtes durées. Cependant, elles préfèrent parfois des méthodes de

longues durées (MLD) afin de limiter les déplacements vers les centres de santé surtout pendant la saison des pluies où elles s'occupent des activités agricoles. La résolution d'utiliser une méthode spécifique est tributaire des situations et des choix de la femme, qui peuvent varier dans le temps alors que la disponibilité des contraceptifs, est quelquefois confrontée à une demande lente qui aboutit à un long stockage et, par conséquent, une péremption des produits. Ainsi, par manque de prévision des besoins contraceptifs et les retards de livraison, les ruptures de stocks sont fréquentes. Par ailleurs, tous les centres de santé de même que les officines ne sont pas aptes à dispenser toutes les gammes de méthodes et l'offre limitée est particulièrement récurrente dans les zones rurales de la préfecture de la Kozah. Il est pris en compte dans le présent article, le taux de disponibilité du Dispositif Intra-utérin (DIU) et de l'implant (figure 3).

Figure 3: Taux de disponibilité des méthodes de DIU et de l'implant dans les centres de santé



Source : Enquête de terrain juin-décembre, 2020

L'observation des données de la figure 3 permet de constater que le DIU et l'implant ne sont pas toujours disponibles dans les formations sanitaires hormis celle de l'ATBEF. La disponibilité du DIU est de 73% à l'unité de soins périphérique d'Adabaworé et de 27% à celle de Pya hodo. Concernant l'implant le taux de disponibilité est de 95% à l'USP d'Adabaworé et de 31% à l'USP de Pya hodo. Au vu des résultats, le pourcentage de disponibilité du DIU est en deçà de celui de l'implant. La permanence de ces contraceptifs à l'ATBEF (structure spécialisée dans la santé de reproduction) tout le long de l'année se justifie par le fait que c'est la première structure sanitaire internationale à offrir les méthodes de la planification au Togo depuis 1975. Le taux de couverture contraceptive très élevée (84%) à l'USP d'Adabaworé est dû à la subvention des soins par l'ONG Santé Intégrée depuis 2010 pour permettre aux couches défavorisées d'avoir accès aux soins de santé. En outre, à partir de cette année, les consultations pré et postnatales, l'accouchement, la prise en charge des enfants de moins de 5 ans et le planning familial sont gratuits à cette unité de soins périphérique. Pour atteindre les résultats escomptés en matière d'espacement de naissances, la disponibilité des méthodes contraceptives doit être le cheval de bataille des autorités publiques afin que les femmes désireuses de contraception dans la Kozah puissent en bénéficier au moment opportun grâce aux équipements adéquats et à un personnel qualifié.

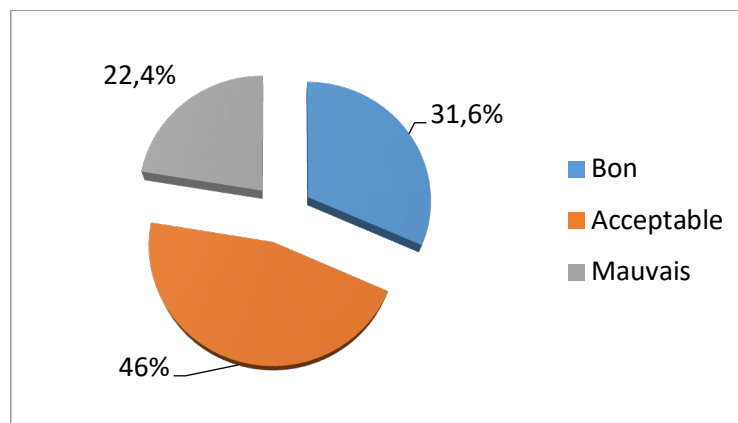
- *Manque d'équipements nécessaires pour le planning familial et du personnel qualifié*

La disponibilité d'équipement et du personnel qualifié est primordiale dans l'adoption de la contraception. Cependant, dans la Kozah, il est remarqué la pauvreté du plateau technique et la pénurie du personnel qualifié. Cette situation limite l'éventail des méthodes contraceptives proposées aux femmes. Ainsi, sur les 6 formations sanitaires échantillonnées, seule une, notamment l'ATBEF dispose des équipements nécessaires pour administrer tous les types de contraception. Relativement au personnel soignant, 4 centres de santé sur 6 (soit un taux de 66,6%) ont du personnel qualifié suffisant pour pratiquer les méthodes contraceptives. En conséquence, certains centres de santé comme Landa et Pya hodo sont tenus par les accoucheuses et, par manque de formation, certaines méthodes de planification (ligature des trompes, vasectomie etc.) ne font pas partie de leurs prestations. Selon 37,41% du personnel soignant, certains matériels de soins sont insuffisants ou défectueux. Par exemple à l'USP d'Adabaworé, en dépit de la subvention, il n'est pas rare que le personnel soignant soit incapable de satisfaire toutes les femmes en temps voulu. C'est dire que la pince en "U" qui permet le retrait de l'implant étant insuffisante, certaines patientes sont obligées de patienter pendant des jours voire des semaines avant d'être servies. Qui plus est, la pince en "U" de la sage-femme de l'USP d'Awandjélo est dans un état défectueux ce qui ne lui rend pas la tâche facile. Selon ses propos, c'est la pince qu'elle utilisait depuis sa formation universitaire. Ainsi, le manque d'équipement et de personnel qualifié rend certaines méthodes inaccessibles. Cette situation n'est pas de nature à encourager les femmes qui utilisent la contraception.

-Le processus de soins détesté par certaines femmes utilisatrices de la planification familiale

La variable identifiée pour appréhender le processus de soins est "interaction entre le prestataire et le client". Une interaction étant l'influence réciproque pouvant s'établir entre deux ou plusieurs personnes, elle constitue l'un des paramètres essentiels d'adoption de la contraception. La figure 4 met un accent particulier sur le point de vue de ces femmes eu égard à l'accueil qui leur est réservé par les prestataires du planning familial.

Figure 4 : Opinion des femmes sur l'accueil qui leur est réservé par les prestataires de la planification familiale



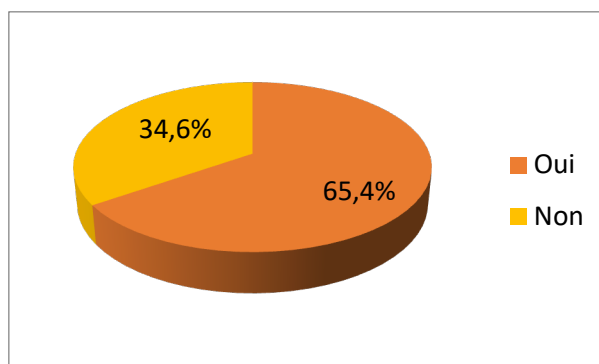
Source : Enquête de terrain, juin-décembre, 2020

D'après les données de la figure 4, un peu plus d'une femme sur cinq estime que l'accueil dont elles font objet par les prestataires est mauvais alors que 31,60% pensent qu'il est acceptable. Environ la moitié des femmes qui pratiquent la contraception a déclaré que l'accueil est bon. La décision d'adopter le planning familial résulte parfois des situations difficiles notamment une césarienne ou un accouchement compliqué. La femme qui sollicite la PF est parfois traumatisée ; l'attitude et le comportement du personnel soignant et hospitalier jouent un grand rôle pour son bien-être. Un accueil aimable et attentionné aide les femmes à surmonter leur désarroi. L'accueil demeure donc un des aspects importants des relations humaines en milieu hospitalier étant donné que ces femmes doivent avoir l'impression qu'elles sont attendues, considérées et respectées. Le comportement du prestataire de soins leur donnera l'impression d'être accueillies en hôte et traitées avec courtoisie et discrétion, impression dont elles garderont les bienfaits pour la continuation des soins. En revanche, les femmes qui désirent la PF dans la préfecture de la Kozah ne sont pas toutes sujettes à un accueil chaleureux. La planification familiale étant un traitement préventif, le mauvais accueil dont font montre certains prestataires peut pousser les femmes à interrompre précocement ou à refuser la contraception malgré la satisfaction que celle-ci peut leur apporter.

-Des résultats finaux des méthodes de planification familiale insatisfaites

Les résultats souhaités par les femmes sont essentiels dans la pratique du planning familial. Plus les résultats finaux sont bons, plus les femmes adhèrent à la contraception et vice versa. Pour mesurer le dernier aspect de la qualité des soins en l'occurrence les résultats finaux, il est retenu "la satisfaction des services de soins" (figure 5).

Figure 5 : Proportion des femmes ayant été satisfaites ou non du service de soins



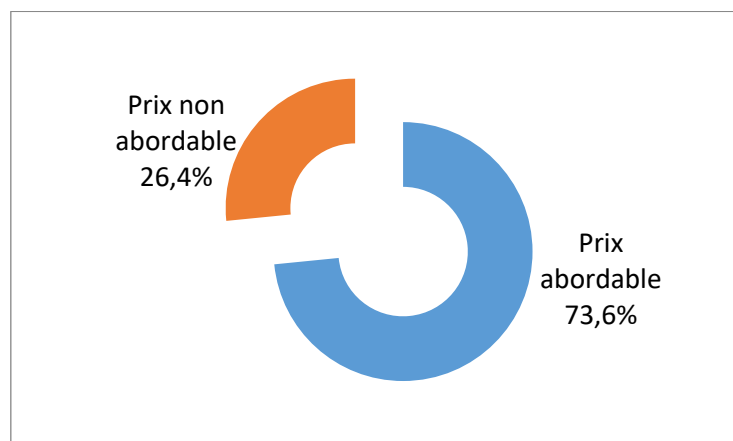
Source : Enquête de terrain, juin-décembre, 2020

De l'analyse de la figure 5, il ressort que les 2/3 des femmes qui pratiquent la contraception sont satisfaites des soins prodigués par les prestataires alors qu'1/3 dit le contraire. Pour celles qui ne sont pas satisfaites, les raisons évoquées sont entre autres les effets secondaires, l'insertion du DIU par les hommes mais aussi et surtout les survenues de grossesses inespérées. L'adoption de la contraception étant subordonnée à la satisfaction des soins, il s'avère nécessaire que cet aspect fasse l'objet d'une attention particulière pour encourager les femmes désireuses d'espacer ou de limiter les naissances afin d'améliorer tant soit peu leur situation financière.

3.2. Les difficultés financières à l'accès aux soins de planification familiale

Si le système de santé à financement public est théoriquement basé sur les besoins, les dépenses médicales des ménages reposent sur leur capacité à payer. Les besoins de soins de santé non satisfaits dévoilés par les populations constituent un bon critère pour savoir si certains groupes de personnes connaissent des problèmes d'accessibilité financière. Dans la préfecture, à l'image des pays de l'Afrique noire, un nombre important de femmes mariées (surtout pour les couples à faible revenu) ou sexuellement actives ne désirent pas de grossesses dans un proche avenir mais n'utilisent aucune méthode contraceptive moderne. La raison essentielle en dehors des pesanteurs culturelles est sans doute la pauvreté ambiante remarquée dans la préfecture. Ainsi, l'indice de pauvreté est 57,6% dans la préfecture (PNUD, 2011, p.97). Le point de vue des femmes enquêtées par rapport au coût des produits contraceptifs est répertorié par la figure 6.

Figure 6 : Point de vue des femmes par rapport au coût de la contraception



Source : Enquête de terrain, juin-décembre, 2020

D'après les données de la figure 6, plus de deux femmes sur trois affirment que le coût de la contraception est abordable alors que plus de 1/5^e estime que les prix ne sont pas à leur portée. L'accessibilité financière de la contraception demeure un problème non négligeable dans la préfecture. Nous n'en voulons pour preuve que le nombre pléthorique des femmes, 1932 sur un total 3350 (57,67%) qui fréquente l'USP d'Adabaworé à cause de la gratuité des méthodes contraceptives. Le même constat est fait au niveau de l'ATBEF lors des journées portes ouvertes où la planification familiale est gratuite. En septembre 2019 et en août 2020, le nombre de nouvelles femmes qui a pratiqué la contraception est 18 fois plus élevé par mois qu'ordinairement (Rapport ATBEF, 2020, p.2). Ces résultats prouvent à suffisance qu'un nombre important de femmes a la volonté de maîtriser les naissances mais elles sont exclues de la possibilité d'en bénéficier, faute de moyens financiers en dépit parfois de la proximité des centres de santé.

3.3. L'accessibilité géographique des centres de santé

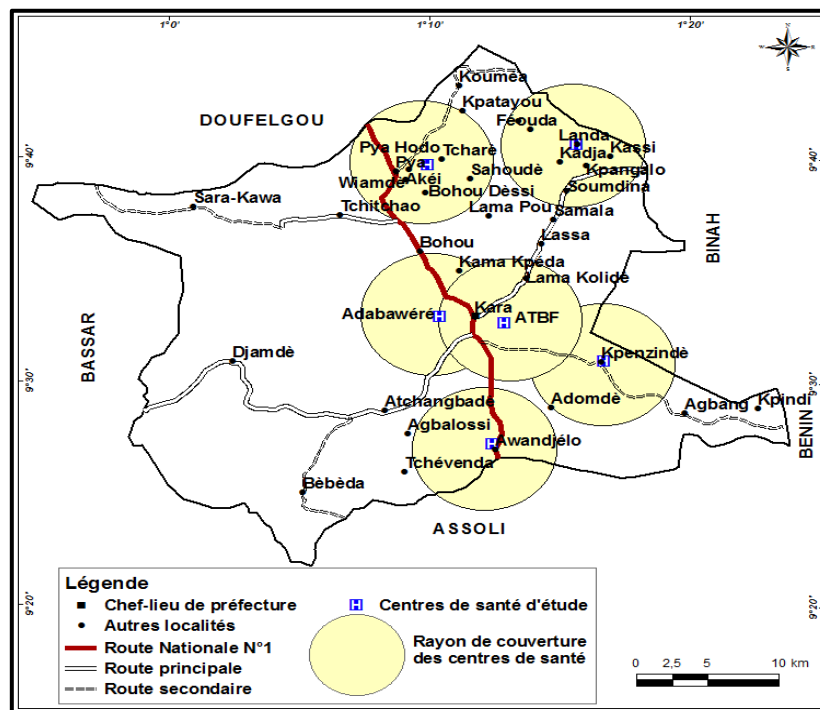
Elle est souvent considérée comme une mesure de distance ou densité des unités de soins ou encore l'inégale répartition du personnel soignant sur un territoire administratif donné. C'est dire qu'elle est la mesure de proximité, la relation entre la

localisation des services ou infrastructures et celle des populations. Dans le cadre de la présente recherche, il est considéré : la zone de couverture des centres de santé et la distance qui sépare les populations des formations sanitaires comme indicateur de mesure de l'accessibilité géographique.

-Des villages ne résident pas dans la zone de couverture des centres de santé

Dans la préfecture de la Kozah, plusieurs villages sont situés au-delà de 5 km des centres de santé par conséquent, ne font pas partie intégrante de leur rayon de couverture (figure 7). La limitation du rayon de couverture est basée sur l'hypothèse de l'OMS selon laquelle les soins de santé ne seraient géographiquement accessibles que si chaque membre de la communauté accède à un centre de santé situé à une distance maximale d'une heure de marche, soit en moyenne 5 km.

Figure 7 : Rayon de couverture des centres de santé



Source : Fond de carte IGN 1986, réalisation K. Avougla, 2020

L'observation de la figure 7 permet de constater que tous les centres de santé n'ont pas couvert les villages environnants. A titre illustratif, les villages Agbalossi et Tchévenda ne font pas partie du rayon de couverture de l'USP d'Awandjélo la plus proche. Il en est de même pour les USP de Kpenzindé et Landa qui ne couvrent pas respectivement les villages Adomdé et Kadja. Ce manque de couverture sanitaire constitue un frein à l'adoption de la contraception vu les distances à parcourir par les populations pour accéder aux soins.

-La distance qui sépare les populations des centres de santé est relativement grande

Dans la zone d'étude, les domiciles des enquêtées sont éloignées des structures de soins alors que la plupart du temps, les femmes s'y rendent à pied (tableau 2).

Tableau 2 : Distance qui sépare les femmes de centres de formation

Distance qui sépare les femmes des formations sanitaires	Effectif	Pourcentage (%)
Moins de 5 Km	110	31,30
Entre 5 et 10 Km	149	42,50
Plus de 10 Km	92	26,20
Total	351	100

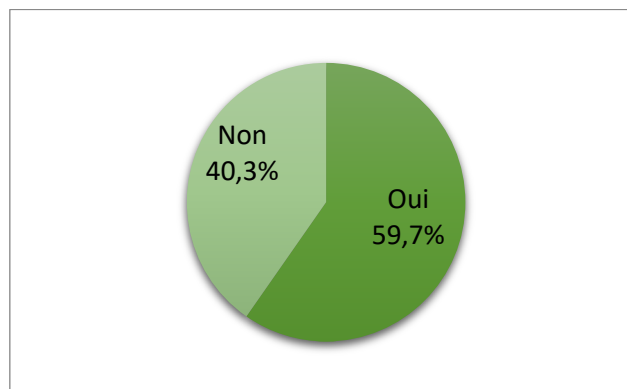
Source : Enquête de terrain, juin-décembre, 2020

D'après le tableau 2, seulement le tiers des femmes se situe à moins de 5 Km des structures, 2/5 entre 5 et 10 Km et le quart à plus de 10 Km. De l'analyse de ces résultats, la planification familiale ne serait pas géographiquement accessible à 68,7% des femmes dont les logements sont situés au-delà de 5 Km malgré la réduction de l'influence socio-culturelle liée à la contraception par les campagnes de sensibilisation.

3.4. Les pesanteurs socio-culturelles, un frein à la pratique de la planification familiale

L'accès effectif des populations aux soins de santé offerts suppose d'examiner plusieurs types d'accessibilités dont la dimension culturelle. Il est possible que dans une région donnée, l'offre de soins soit suffisante mais que l'accès de certaines catégories de population à cette offre soit insuffisante : rien ne prouve qu'une augmentation d'offre serait susceptible de favoriser un recours plus important aux soins. Pour mesurer l'accessibilité culturelle, il est demandé aux femmes si la culture peut-elle constituer un obstacle à la planification familiale? La réponse est ressortie par la figure 8

Figure 8 : Impression des femmes par rapport aux obstacles socio-culturels à la contraception



Source : Enquête de terrain, juin-décembre, 2020

Selon la figure 8, plus de la moitié des femmes reconnaissent que la culture constitue une barrière à la planification familiale alors que 40,3% ne sont pas de cet avis. Ces constats révèlent que dans la préfecture de la Kozah, les pesanteurs socio-culturelles constituent des déterminants prépondérants d'accès aux soins en général et de pratiques des méthodes de planification familiale en particulier. L'enfant étant considéré comme une source de richesse et de prestige, nombreux sont les couples qui militent pour une descendance nombreuse. Par ailleurs, l'un des aspects de l'accessibilité culturelle demeure la condition de subordination de la femme toujours en vigueur dans la Kozah. Ainsi, la décision d'adopter les méthodes de planning familial ne revient pas uniquement aux femmes mariées quoique la contraception

moderne soit pour la plupart réservée à la gent féminine. Bien souvent, la décision des pratiques contraceptives est essentiellement du ressort de leur mari (tableau 3).

Tableau 3 : Décision d'adoption du planning familial

Décision d'adoption de la contraception	Effectifs	Pourcentage (%)
D'un commun accord	226	64,40
Emane de l'époux	82	23,40
Emane de la femme	43	12,20
Total	351	100

Source : Enquête de terrain, juin-décembre, 2020

A la lumière du tableau 3, environ 2/3 des femmes déclarent que la décision de pratiquer la planification familiale vient d'un commun accord avec leur époux alors que près d'une femme sur quatre a affirmé que cette décision est essentiellement du ressort de leur époux. Néanmoins, 12,20% des femmes ont pratiqué la contraception sans l'avis de leur conjoint. Ces résultats montrent que l'approbation du planning familial par l'époux demeure un paramètre primordial dans la discussion liée aux pratiques contraceptives.

4. Discussion

La planification familiale améliore la santé de la mère, de l'enfant et diminue considérablement la mortalité et la morbidité infanto-juvénile. Elle a aussi un impact direct sur de nombreux autres indicateurs humains et de développement, tels que la réduction de la pauvreté, la croissance économique, la santé des enfants, l'autonomisation des femmes et les défis environnementaux. Toutefois, dans la préfecture de la Kozah au nord Togo, l'adoption de la contraception est entravée par de nombreux facteurs. L'objectif assigné à la présente recherche est de dévoiler les écueils liés à la pratique de la planification familiale dans la préfecture. L'étude a révélé que les méthodes contraceptives que désirent les femmes ne sont souvent pas disponibles. La disponibilité du DIU est de 73% ou de 27% selon les centres de santé de la préfecture alors que pour l'implant ce taux est de 95% ou de 31%. Plusieurs recherches ont confirmé ce manque de disponibilité sans pour autant donner des précisions sur ces méthodes à longue durée de protection (DIU et Implant). Ainsi, le manque de disponibilité des produits contraceptifs fait que les besoins en planification familiale ne sont pas satisfaits a martelé l'IPPF (2012, p.8). Abondant dans le même sens, USAID (2014, p.19) souligne que beaucoup de prestataires de service ont indiqué que les méthodes contraceptives que demandent les femmes ne sont souvent pas disponibles au Togo. Les indicateurs nationaux sur les infrastructures sanitaires offrant les services confirment ces insuffisances. Au Bénin, la recherche des obstacles à la pratique contraceptive des femmes indexe une fois encore le manque de disponibilité de DIU et de l'implant ce qui explique leur faible utilisation à concurrence de 14% (Guttmacher Institute, 2015, p.2). Toujours dans le registre relatif à la qualité des soins en planification familiale, l'investigation a remarqué le manque de ressources humaines du moment où c'est 66,6% du personnel qui est qualifié dans le domaine. La même tendance a été constatée dans les cases de santé offrant le planning familial au Sénégal. Ainsi, 67% de ces structures de santé avaient au moins un membre du personnel formé dans le domaine de la planification familiale (USAID, 2015, p.23). Il est noté dans la préfecture de la Kozah un manque avéré d'équipements de soins du planning familial. Cette même situation a été soulignée depuis toujours par l'OMS

raison pour laquelle elle a recommandé que des fournitures et des équipements adaptés et suffisants doivent être maintenus et conservés en stock pour assurer des soins de qualité aux femmes (OMS, 2017, p.14). L'un des aspects de la qualité des soins est sans doute la satisfaction des patients. Dans cette logique, les résultats ont montré que 65,4% des femmes qui adoptent la contraception sont satisfaites des prestations du personnel soignant. Des résultats concordants ont été trouvés au nord du Sénégal étant donné que cette proportion était de 59 % (USAID, 2015, p.32). Bien plus, M. S. Dembélé (2009, p.66) au Mali a abouti à des conclusions plus intéressantes : 90,45% des clientes de la commune V du district de Bamako sont satisfaites des services rendus. En RDC, 80% des couples ont déclaré être satisfaits des soins (Ministère de la Santé, 2004, p.38).

Dans la rubrique qui est consacrée à l'accessibilité des centres de santé offrant les méthodes contraceptives, l'expertise a remarqué en général, que les centres de santé sont financièrement accessibles. Il va sans dire que la plupart (73,6%) des femmes ont jugé les prix de la contraception abordables. Un résultat beaucoup plus encourageant (96,98%) a été remarqué dans la commune V du district de Bamako (M. S. Dembélé, 2009, p.67). En revanche, il se pose un problème d'accessibilité géographique étant donné qu'une femme sur cinq (26,20%) dans la Kozah se situe à plus de 10 Km des structures de soins. Un résultat analogue a été observé au Maroc car 26,30% de la population est distante de plus 10 Km des centres de santé (Ministère de la Prévision Economique et du Plan du Royaume du Maroc, 2002, p.45). En abordant l'accessibilité culturelle, l'étude a retenu la condition de subordination des femmes subsahariennes. C'est dire que 23,40% des femmes de la préfecture de la Kozah affirment que la décision de pratiquer le planning familial vient de leur époux. La même tendance est remarquée au Bénin du fait que 19% des femmes utilisatrices des méthodes contraceptives n'ont pas toujours voix au chapitre dans la décision principale ou conjointe, de la pratiquer (Guttmacher Institute, 2015, p.3).

Conclusion

La problématique de la planification familiale reste un défi essentiel dans la préfecture de la Kozah au nord Togo. En dépit des progrès réalisés par le gouvernement togolais et ses partenaires dans la réduction de la fécondité, de plus grands efforts restent à consentir pour assurer aux femmes la capacité de maîtriser leurs maternités. L'analyse des obstacles liés à l'utilisation des méthodes contraceptives relève entre autres la défaillance de la qualité des soins, les barrières socio-économiques, culturelles et géographiques. Ainsi, la qualité des soins en fonction des indicateurs considérés révèle que la disponibilité de certaines méthodes contraceptives fait défaut à l'instar du DIU et l'implant qui est respectivement de 73% ou de 27% et de 95% ou de 31% selon les centres de santé. De plus, il est remarqué un manque d'équipements nécessaires et du personnel soignant qualifié pour réaliser toutes les méthodes contraceptives dans la région. En termes de processus de soins, seulement une femme sur trois juge bon " l'interaction entre le prestataire et le client" tandis qu'au niveau des résultats finaux, 65,4% des femmes déclarent être satisfaites des soins reçus. Par ailleurs, l'étude approfondie des résultats souligne que le planning familial ne serait pas géographiquement accessible à 68,7% des femmes dont les logements sont situés au-delà de 5 Km. Globalement, le prix de la contraception est abordable mais les pesanteurs socio-culturelles constituent un obstacle à une pratique continue de la contraception. Eu égard à ce qui précède, l'amélioration de la qualité des soins dans les services de planification familiale et l'élimination des barrières

mentionnées peuvent contribuer à l'utilisation accrue et à la poursuite des méthodes contraceptives dans la préfecture de la Kozah. Cela permettra aux femmes et aux couples de maîtriser leur descendance afin d'améliorer la survie et le bien-être de leurs enfants, et de contribuer au développement socio-économique.

Références bibliographiques

- Argon, Y. & al. (2009). M2, Statistique et Econométrie- cours de sondage chapitre 1 à 5 (p. 20). [En ligne], consultable sur URL :<http://www-gremaq.univ-tlse1.fr/stat/Anneweb/chap1a5.pdf>
- Dembele, M. S. (2009). Problématique de la planification familiale en commune v du district de Bamako à propos de 199 cas, thèse de médecine, université de Bamako, Bamako, 93p.
- Donabedian, A. (1988). The Quality of Care: How Can It Be Assessed? *JAMA* 260(12), pp.1743-1748.
- Chae S. & al. (2015). Obstacles à la pratique contraceptive des femmes au Bénin, en bref, guttmacher Institute, New York, 8p.
- Noussoukpoe, S. K. (2016). Planification familiale moderne et amélioration des conditions de vie des ménages de la préfecture de l'Ogou dans la région des plateaux au Togo, thèse de doctorat, Université de Lomé, Lomé, 351p.
- Tchalla, K. (2015). Dynamique démographique et peuplement de la région de la Kara au Togo. Une analyse à base des données des recensements généraux de la population de 1970 à 2010, *Revue CAMES*, 004-1er Semestre 2015, Conseil Africain et Malgache pour l'Enseignement Supérieur, Nouvelle Série, Sciences Humaines, 159-177

Autres

- ATBEF (2020). Rapport sur la planification familiale, Kara, 8p.
- EQUILIBRES ET POPULATIONS. (2016). Les enjeux de planification familiale en Afrique de l'Ouest, Edition Ornans, Paris, 24p.
- IPPF. (2012). Les besoins non satisfaits en matière de planification familiale : Outils de plaidoyer, mieux défendre l'importance de satisfaire les besoins, Édition, Wendy Knerr, The Write Effect Limited, UK, Brussels, 40p.
- MINISTERE DE LA PREVISION ECONOMIQUE ET DU PLAN DU ROYAUME DU MAROC. (2004). Accessibilité aux soins de santé et niveau de vie, Direction de la statistique, Rabah, 169p.
- MINISTERE DE LA SANTE de la RDC. (2004). Etude sur l'accessibilité financière des communautés aux soins de santé, Direction d'études et planification, Kinshasa, 68p.
- MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE DU TOGO. (2019). Rapport annuel de performance, Direction régionale de la santé de la Kara, 20p.
- OMS. (2017). Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives, troisième édition de l'OMS, Genève, 69p.
- PNUD. (2011). Cartographie de la pauvreté au Togo, Lomé, 133p.
- REPUBLIQUE TOGOLAISE. (2010). La conservation, l'aménagement et la gestion durable de la biodiversité des montagnes dans la région septentrionale du Togo, Direction des eaux et forêts (DEF), Lomé, 90p.
- USAID. (2014). Repositionnement de la Planification Familiale au Togo : La Délégation des Tâches. DC : Futures Group, Health Policy Project, Washington, 48p.

USAID. (2015). Qualité des soins dans les services de planification familiale dans les établissements de santé au Sénégal, ICF International, Rockville, USA, 57p.