

# La prévalence contraceptive dans une zone périurbaine de la ville de Sousse (Tunisie)

S. Touati,<sup>1</sup> A. Ben Abdelaziz,<sup>2</sup> A. Mtiraoui<sup>2</sup> et M. Marzouk<sup>2</sup>

انتشار ممارسة منع الحمل في منطقة متاخمة لمدينة سوسة الحضرية (تونس)  
أحمد بن عبد العزيز وعلي المطراوي ومنصف المرزوقي وسارة التراتي

خلاصة: أجري مسح حول انتشار ممارسة منع الحمل بين 1277 سيدة في سن الإنجاب، وذلك لاستكشاف معارفهن حول استعمال وسائل منع الحمل ومواقفهن تجاهها، ولدراسة العوامل المؤثرة في استعمال تلك الوسائل. فكان معدل انتشار استعمال الوسائل الحديثة لمنع الحمل 53.6%، حيث كان اللولب هو الأكثر استعمالاً، ومن بعده جاء التعقيم والحبوب. وكان القطاع العام هو المصدر الرئيسي للحصول على وسائل منع الحمل، وإن كان بالإمكان الحصول على الحبوب والعوازل الذكرية من القطاع الخاص. ولم تكن هناك علاقة يعتد بها بين مستوى التعليم وبين استعمال وسائل منع الحمل، ولكن كانت هناك علاقة ذات مغزى إحصائي بين استعمال هذه الوسائل وبين الإقامة في الحضر.

RESUME: Une enquête sur la prévalence contraceptive a été effectuée auprès de 1277 femmes en âge de procréer en vue d'explorer les connaissances et les attitudes vis-à-vis de l'utilisation de la contraception et d'étudier les facteurs qui influencent l'utilisation des méthodes de planification familiale. L'enquête a révélé que les méthodes de planification familiale étaient en général bien connues. Le taux de prévalence pour les méthodes modernes est de 53,6 %, le stérilet étant la méthode la plus utilisée, suivie par la ligature des trompes et la pilule. Le secteur public reste la principale source d'approvisionnement en matière de méthodes de planification familiale, bien que la contribution du secteur privé soit importante quand il s'agit de la pilule. Le niveau d'utilisation est corrélé de manière significative à l'ancienneté de la résidence en ville.

## Prevalence of contraceptive use in a periurban area of Sousse, Tunisia

ABSTRACT A contraceptive prevalence survey was conducted among 1277 women of reproductive age, to explore knowledge of and attitudes to contraceptive use and study factors influencing contraceptive use. We found that family planning methods were generally well known. The prevalence of modern contraceptive use was 53.6%, IUDs being the most commonly used followed by sterilization and pills. The public sector was the main source for obtaining contraceptives although pills and condoms tended to be obtained from the private sector. There was a significant correlation between contraceptive use and urban residence.

<sup>1</sup>Médecin Santé publique et communautaire ; <sup>2</sup>Département de médecine communautaire, Faculté de médecine de Sousse, Sousse (Tunisie).

Reçu: 16/12/99 ; accepté : 18/10/00

## Introduction

L'évolution des caractéristiques socio-économiques de la population tunisienne ainsi que les dispositions juridiques qui ont soutenu la promotion de la femme ont contribué au renforcement de l'adhésion à une politique tunisienne de santé familiale. La fécondité a baissé de manière spectaculaire et le taux de prévalence contraceptive a suivi une évolution nette à la hausse. D'après les enquêtes nationales, le taux de prévalence contraceptive qui ne dépassait guère les 31 % en 1978 a atteint 41 % en 1983, 49,8 % en 1988 et 59,3 % en 1994 [1,2,3].

Actuellement, le taux de prévalence contraceptive à l'échelle nationale dépasse 60 % [2]; cela a des retombées fortement positives sur les indicateurs de santé, notamment la morbidité et la mortalité des mères et des enfants, et sur les autres indicateurs démographiques tels que la fécondité et le taux d'accroissement démographique [4].

Cependant, on constate une disparité en matière d'utilisation des moyens de contraception entre régions et entre le milieu urbain et rural dans la même région. Cela est d'autant plus vrai pour les familles qui abandonnent le milieu rural pour s'installer dans les villes. Les différences de comportement qui persistent entre les milieux géographiques sont pour une large part révélatrices d'un « effet propre » de l'environnement géographique [5]. L'histoire, la culture, les traditions de ces habitants peuvent expliquer certains contrastes régionaux de comportement.

La famille qui migre est en période de transition entre deux cultures [5,6]. Elle doit avoir par conséquent des besoins spécifiques et des comportements propres en matière de soins de santé génésique.

Souvent, les personnes émigrées présentent des différences par rapport aux habitants du lieu d'accueil sur le plan de l'âge, de la situation socio-économique ainsi que pour d'autres variables; cela affecte de multiples façons la santé génésique et conditionne l'intérêt qu'ils portent à l'égard de la planification des naissances.

Vu leur grand nombre, les migrants en provenance des zones rurales et des villages avoisinants expliquent jusqu'à la moitié de l'ensemble de la croissance urbaine des villes [9]. De ce fait, ils deviennent un nouvel élément important des programmes urbains en santé familiale. L'analyse de la situation actuelle des migrantes en matière de santé reproductive, première étape de la démarche de planification, nécessite l'identification des problèmes et l'analyse des services et des ressources en place. Les études qui ont essayé de documenter les spécificités de la santé reproductive dans les zones périurbaines sont rares.

Pour ce faire, il y a lieu de procéder à l'inventaire, l'évaluation et l'estimation des besoins en matière de santé reproductive. De manière plus spécifique, notre travail tente : 1) de mesurer les connaissances et l'utilisation des méthodes de contraception ; 2) de déterminer les préférences pour telle ou telle méthode ; 3) d'identifier les femmes qui peuvent avoir plus besoin de services de santé reproductive.

## Méthodes

L'étude s'est déroulée dans une zone périurbaine de la ville de Sousse d'octobre 1997 à avril 1998.

La région compte 74 390 habitants dont 51,7 % de sexe féminin. Elle regroupe 8 « Imadas », l'Imada étant la plus petite unité administrative du pays [10]. Il s'agit de la délégation la plus peuplée à Sousse,

regroupant par ailleurs la population la plus défavorisée avec un pourcentage élevé d'émigrants des zones rurales vers la ville de Sousse. Elle est, de ce fait, la zone la plus sujette à une fécondité élevée.

Il s'agit d'une étude descriptive et transversale, ayant comme groupe cible les femmes mariées en âge de reproduction (FMAR) de 15 à 49 ans. Nous avons procédé par échantillonnage en grappe sans choix aléatoire au second degré [11,12]. Les estimations par cette méthode auraient une erreur maximale de 4 points à un niveau de confiance de 95 %, une prévalence contraceptive estimée à 50 % et un facteur K (effet de grappe = 2). Ainsi la taille de l'échantillon a été estimée à 1200 FMAR en appliquant la formule suivante :

$$n = z^2(p \times q) P^2 \times K$$

La base de sondage est constituée par la liste des ménages de chaque Imada. Pour chaque Imada, le nombre de ménages est estimé sur la base des données actualisées du dernier recensement général de la population 1994 [10].

Le recueil de l'information a été fait à domicile : 8 équipes d'enquêteurs (1 équipe par Imada, 2 personnes par équipe) ont participé à cette enquête. Conscients du rôle important que jouent les enquêteurs pour collecter des informations de qualité, les candidats ont été recrutés parmi les médecins stagiaires internes et des assistantes sociales ayant participé à la réalisation d'autres projets similaires.

Ils ont bénéficié d'une formation de deux jours portant essentiellement sur la conduite des entrevues structurées.

L'outil de collecte des données est un questionnaire normalisé conçu spécifiquement pour les besoins de l'étude et testé au préalable sur un groupe de FMAR simi-

lares. Il comprend 42 items avec des questions ouvertes et fermées regroupées en 5 sections différentes.

Les variables recueillies sont l'identification de la femme, son âge, ses caractéristiques socio-économiques, son statut de résidence, l'histoire de sa fécondité, la connaissance des méthodes contraceptives, son attitude à l'égard de la pratique contraceptive, l'utilisation actuelle et passée d'une méthode contraceptive quelconque, enfin l'identification des raisons de la non-utilisation ou d'abandon de la contraception.

En contactant le ménage, l'enquêteur interroge toutes les femmes en âge de reproduction ; en cas de refus ou d'absence, il passe au ménage suivant.

Les indicateurs de mesure utilisés dans cette enquête ont été définis comme suit :

- La connaissance des méthodes contraceptives est mesurée de deux façons selon la réponse de la femme à la question suivante : « Comme vous le savez, il existe divers moyens permettant à un couple de retarder ou de prévenir une grossesse. Connaissez-vous quelques-unes de ces méthodes ou en avez-vous entendu parler ? Si la femme répond par l'affirmative, l'enquêteur lui demande de les citer, et toutes les méthodes ainsi mentionnées sont classées comme « connaissance spontanée ». Si au contraire, elle répond par la négative ou mentionne seulement quelques méthodes, l'enquêteur intervient en lui faisant successivement la description de chacune des autres méthodes non citées ; ceci s'appelle la « connaissance non spontanée ou après description ».
- L'utilisation actuelle d'une méthode contraceptive se définit comme étant la pratique d'une méthode contraceptive quelconque, qu'elle soit moderne ou

traditionnelle, au moment de l'enquête par les femmes actuellement mariées âgées de 15 à 49 ans. Le pourcentage de l'utilisation actuelle correspond au taux de prévalence contraceptive. Il est obtenu en divisant l'effectif des utilisatrices actuelles (numérateur) par l'effectif des femmes actuellement mariées en âge de procréer de 15 à 49 ans (dénominateur) [13].

- L'utilisation dans le passé d'une méthode contraceptive se définit comme étant la pratique passée par les femmes enquêtées d'au moins une méthode contraceptive à un moment quelconque de leur vie féconde.
- Le statut de migration : les femmes qui résidaient précédemment dans une zone rurale ou dans un petit village ont été classées parmi les migrants. Les femmes qui ont déclaré que leur lieu de résidence précédent était une grande ville, ou qui déclaraient y avoir toujours vécu, ont été classées parmi les non-migrants. L'enquêteur demande aussi la durée de la résidence actuelle, permettant ainsi d'étudier les différences parmi les migrants en fonction de leur durée de résidence dans la ville.

Après un contrôle manuel effectué par le responsable de l'enquête, le traitement des données a été réalisé par l'unité informatique du Département de Médecine communautaire de la Faculté de Médecine de Sousse à l'aide du logiciel SPSS. Une analyse portant sur les statistiques descriptives (moyennes, écarts types, établissement du taux d'utilisation, etc.) a été faite pour décrire les variables d'intérêt. Elle a été suivie par une analyse bivariable, utilisant les tests statistiques appropriés (khi-carré de Pearson ou le test *t* de Student) pour comparer les proportions et les moyennes.

## Résultats

### Caractéristiques générales de la population étudiée

La population des FMAR effectivement jointe par l'enquête est de 1277. Le tableau 1 présente leurs principales caractéristiques socio-démographiques. L'âge moyen des femmes était de 34 ans. Cinquante pour cent (50 %) des femmes ont suivi des études primaires, vingt pour cent (20 %) seulement ont atteint le niveau secondaire. Vingt-trois pour cent (23 %) des femmes interrogées participaient à des activités productrices de revenus et trois femmes sur quatre sont sans emploi. La moitié des maris sont des journaliers.

Cinquante pour cent (50 %) de l'échantillon vivait dans la délégation de Sousse Jawhara depuis toujours, le tiers des femmes avait migré depuis une durée inférieure à 10 ans et la plupart des migrantes provenaient de zones rurales ou de villages.

Le tableau 2 indique la répartition des femmes en fonction de l'histoire de la fécondité. La parité était réduite parmi les femmes plus instruites. Presque une femme sur dix (9,6 %) a eu au moins un enfant décédé. Le nombre moyen d'enfants désirés était de 2 pour l'échantillon considéré globalement. Lorsque les femmes furent interrogées sur la taille idéale de la famille indépendamment du nombre d'enfants qu'elles ont déjà eu, 98 % ont déclaré le nombre de deux enfants indépendamment du sexe.

L'intervalle moyen entre les naissances était de 37 mois, ce qui se rapproche étroitement de l'intervalle de trois ans jugé idéal par la plupart des femmes interrogées. Cependant 26,2 % des femmes ayant au moins deux enfants faisaient mention d'un intervalle de 24 mois entre les deux dernières naissances.

Tableau 1 Répartition en pourcentage des femmes interrogées ( $n = 1277$ ) selon quelques caractéristiques sélectionnées

Caractéristiques	Effectif	%
<i>Age (ans)</i>		
15-19	7	0,5
20-24	104	8,2
25-29	219	17,2
30-34	275	21,6
35-39	273	21,4
40-44	266	20,8
45-49	132	10,3
<i>Origine</i>		
Ville	66	5,2
Village	690	54,0
Rural	521	40,8
<i>Ancienneté de résidence en ville</i>		
0-10 ans	403	31,7
11-20 ans	156	12,5
21-30 ans	34	2,8
Depuis toujours	678	53,2
<i>Niveau d'instruction</i>		
Aucune	250	19,6
Primaire	640	50,1
Secondaire	345	27,0
Supérieur	40	3,1
<i>Profession des femmes</i>		
Employée	193	15,1
Travail à domicile	108	8,5
Sans emploi	976	76,4
<i>Profession du mari</i>		
Chômeur	60	4,8
Journaller	574	45,3
Commerçant	172	13,6
Fonctionnaire	398	31,4
Cadre	38	3,0
Travail à l'étranger	23	1,8
Total	1277	100,0

### Connaissance et utilisation des moyens contraceptifs

La connaissance des méthodes contraceptives modernes était élevée au sein de cette population. La quasi-totalité des femmes in-

Tableau 2 Distribution des FMAR en fonction de l'histoire de la fécondité ( $n = 1276$ )

Caractéristiques	Effectif	%
<i>Gestité</i>		
Aucune	49	3,8
1-3	565	44,3
4-6	490	38,3
7 ou plus	173	13,6
<i>Avortements</i>		
Aucun	944	73,9
Un seul	211	16,5
2 ou plus	122	9,6
<i>Enfants vivants</i>		
Aucun	84	6,6
1-3	762	59,7
4-6	386	30,2
7 ou plus	45	3,5
<i>Enfants décédés</i>		
Aucun	1149	90,4
Un seul	90	7,1
2 ou plus	32	2,5
<i>Enfants désirés</i>		
Aucun	7	0,5
1-2	1240	97,5
3 ou plus	30	2,4

terrogées pouvaient reconnaître au moins une méthode contraceptive moderne et 93 % l'ont fait spontanément (Tableau 3). La connaissance de toutes les méthodes était la plus élevée au sein du groupe d'âge 30-34 ans et la plus faible parmi les femmes âgées de moins de 20 ans. Dans ce dernier groupe, seulement 25 % des femmes ont reconnu au moins une méthode moderne après description.

La connaissance des méthodes contraceptives traditionnelles (retrait, abstinence périodique, abstinence basée sur les systèmes traditionnels) était inférieure à celle de la plupart des méthodes modernes. Les femmes âgées de plus de 40 ans étaient celles connaissant le mieux l'abstinence périodique et le retrait.

Tableau 3 La connaissance et l'utilisation des méthodes contraceptives (modernes et traditionnelles) selon 1276 femmes interrogées

Méthodes	Connaissance avec et sans aide	Utilisation dans le passé	Utilisation actuelle
<i>Modernes</i>			
Pilule	93,7	26,6	5,4
Stérilet	95,9	57,3	31,1
Ligature des trompes	28,1	2,7	12,7
Contraceptif injectable	40,9	3,1	1,5
Préservatif	25,9	7,1	1,9
Méthodes vaginales	35,7	8,9	0,9
Norplant	28,1	0,4	0,1
Avortement provoqué	4,5	3,5	0,0
<i>Traditionnelles</i>			
Retrait	11,2	6,4	5,4
Calendrier	19,1	12,1	6,7
Autres	0,7	0,0	0,0

La prévalence contraceptive (Tableau 4), l'un des principaux objectifs de cette enquête, est estimée à 65,5 % ; à noter que la prévalence des méthodes réversibles est estimée à 53,0 %. Plus d'une femme sur deux (53,4 %) déclare utiliser une méthode moderne et 12,1 % des méthodes traditionnelles. Il faut signaler qu'environ sept femmes sur dix (68,8 %) ont déjà utilisé au cours de leur vie féconde une méthode contraceptive.

Le stérilet constitue la méthode moderne la plus fréquemment utilisée (31,1 %) suivie par la stérilisation féminine (12,7 %) ; la pilule n'est utilisée que chez 5,4 % des femmes. Quand au recours aux autres méthodes de planification familiale, il est extrêmement limité ; ces méthodes sont utilisées par moins de 5 % des FMAR. Le préservatif reste une méthode faiblement utilisée (1,9 %) malgré sa disponibilité, son accessibilité et les campagnes promotionnelles dont il a fait l'objet depuis l'avènement du problème du SIDA.

L'utilisation la plus fréquente des méthodes de contraception s'observe au sein du groupe d'âge de 35 à 39 ans (76,6 %), et ce, quelle que soit la nature de la méthode utilisée (moderne : 62,6 %, traditionnelle : 13,9 %) (Figure 1). La relation entre l'âge et l'utilisation des moyens de contraception, qu'ils soient modernes ou traditionnels, est statistiquement significative ( $p < 0,001$ ). Les utilisatrices sont en moyenne plus âgées que les non-utilisatrices (35,3 et 33,7 ans respectivement). L'utilisation courante des méthodes modernes varie aussi sensiblement en fonction du nombre d'enfants vivants et du lieu de résidence. La proportion d'utilisatrices actuelles d'une méthode moderne est nulle parmi les femmes qui n'ont pas d'enfant ; elle passe à 39,6 % parmi les femmes ayant un seul enfant et à 63,7 % parmi celles qui ont au moins 4 enfants.

Le statut de migrant n'influence pas l'utilisation à première vue (Figure 2), puisqu'il n'y a pas de différence statis-

Tableau 4 Répartition (en %) des FMAR utilisant actuellement une méthode contraceptive selon certaines caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques socio-démographiques	Utilisant actuellement une méthode quelconque	Utilisant actuellement une méthode moderne	Utilisant actuellement une méthode traditionnelle	N'utilisant pas actuellement méthode	Total	Effectif
<i>Niveau d'instruction</i>						
Analphabète	64,7	57,8	6,8	35,3	100	249
Primaire	65,0	53,7	11,7	35,0	100	639
Secondaire et supérieur	66,8	50,9	15,8	33,2	100	385
<i>Origine antérieure</i>						
Ville	57,6	46,9	12,1	42,4	100	66
Village	67,4	55,7	11,7	32,6	100	600
Rural	64,0	51,8	12,5	36,0	100	519
<i>Ancienneté de résidence en ville</i>						
<10 ans	60,5	51,2	9,9	39,5	100	403
10-20 ans	70,5	52,6	17,9	29,5	100	156
20-30 ans	69,6	48,5	21,2	30,3	100	34
Depuis toujours	67,4	55,9	11,6	32,6	100	678
<i>Profession des femmes</i>						
Sans emploi	65,8	54,7	11,3	34,1	99,9	969
Travaille à domicile	68,5	54,6	14,8	31,5	100	108
Travaille à l'étranger	62,1	48,2	14,0	37,8	99,9	193
<i>Profession du mari</i>						
Sans emploi	54,1	46	8,2	45,9	100	61
Journalier	62,9	55,4	8,0	37,1	100	574
Commerçant	69,2	55,2	14,0	30,8	100	172
Fonctionnaire	71,4	53,8	17,6	28,6	100	398
Cadre	68,4	47,4	21,0	31,6	100	38
Travail à l'étranger	43,5	39,1	4,3	56,5	100	23
Total	65,8	53,9	12,1	34,2	100	1266

tiquement significative entre les taux de prévalence contraceptive chez les femmes émigrées et celles qui sont nées et par conséquent ont toujours résidé en ville (63,7 % et 67,4 % respectivement). Par contre, lorsqu'on prend en compte le nombre d'années d'émigration, le niveau d'utilisation sera corrélé de manière significative à l'ancienneté de la résidence en ville. Les

nouvelles citadines, celles qui séjournent en ville depuis moins de 10 ans, utilisent moins les moyens de contraception que celles qui séjournent en ville depuis plus de 10 ans (60,5 % et 68,1 % respectivement). Cette différence est statistiquement significative ( $p = 0,008$ ) et elle persiste après avoir contrôlé l'effet de l'âge, du niveau

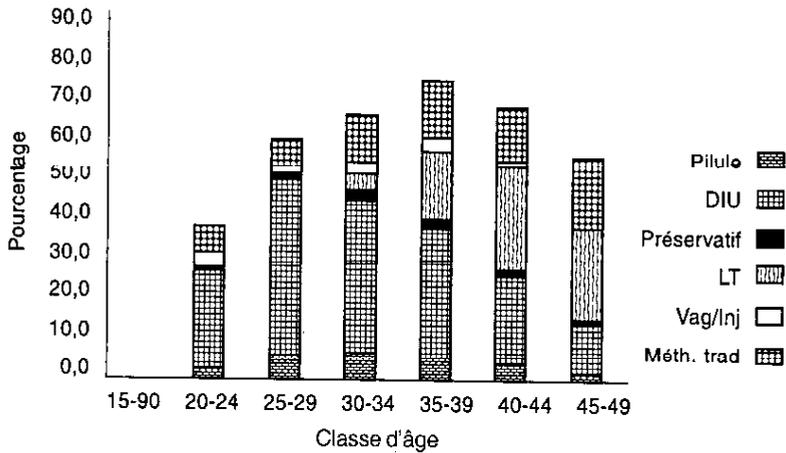


Figure 1 Répartition des méthodes contraceptives utilisées selon les classes d'âge utilisées

DIU = dispositif intra-utérin

LT = ligature des trompes

Vag/inj = méthodes vaginales/contraceptif injectable

Méth. trad = méthodes traditionnelles

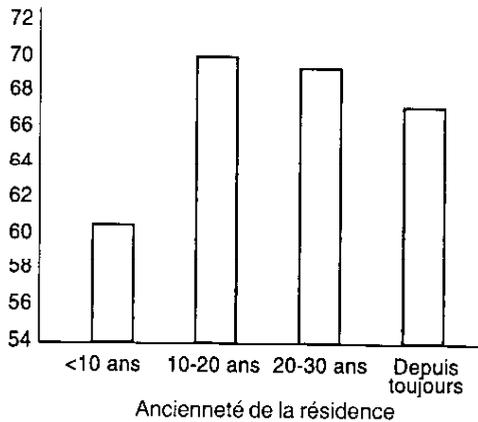


Figure 2 Utilisation actuelle de la contraception selon l'ancienneté de la résidence en ville

d'instruction, du travail et du nombre d'enfants vivants.

Le niveau d'instruction, le travail de la femme ni d'ailleurs celui de son mari ne semblent jouer un effet quelconque sur le niveau d'utilisation. Cependant, les trois

éléments semblent intervenir dans le choix de la méthode (Figure 3). Les femmes instruites adhèrent plus aux méthodes naturelles particulièrement que les femmes non instruites et la différence est statistiquement significative.

Le secteur public est la principale source d'approvisionnement en contraceptifs (82,6 %). Le centre du planning familial constitue la source la plus importante à Sousse citée par 52,9 % des utilisatrices courantes. Vingt-neuf pour cent (29 %) des utilisatrices citent les centres de santé de base (CSB). La participation du secteur privé (médecins et pharmaciens de libre pratique) reste modeste (17,4 %) ; néanmoins, elle devient importante quand il s'agit de la pilule (57,8 %) et du préservatif (54,2 %).

Une femme sur trois (34,5 %) déclare n'avoir jamais utilisé de méthode contraceptive à un moment quelconque de sa vie féconde. Le motif le plus fréquemment invoqué est le désir d'une grossesse (8,3 %). Cinq pour cent (5 %) des femmes croient que l'allaitement les protège contre la survenue d'une grossesse. La désapprobation du mari, la crainte de répercussions sur la

santé et le manque d'information étaient cités dans chaque cas par moins de 1 % des personnes interrogées.

Parmi les non-utilisatrices, deux femmes sur trois (65,2 %) ont manifesté leur intérêt à pratiquer une méthode contraceptive dans l'avenir. La proportion de femmes faisant part de cet intérêt, se recrutant le plus souvent parmi les femmes âgées de 25-29 ans, est de 24,3 %.

Le stérilet est la méthode que 37,7 % des femmes ont l'intention d'utiliser et 35,1 % des FMAR ne savent pas quelle méthode adopter. La quasi-totalité (92,3 %) des femmes ont l'intention de poursuivre la pratique contraceptive ; en effet, la moitié des femmes pratiquent une méthode de contraception depuis plus de 5 ans, ce qui indique une transition de plus en plus importante d'une contraception d'arrêt à une contraception d'espacement ; 53 % des ex-utilisatrices des méthodes contracep-

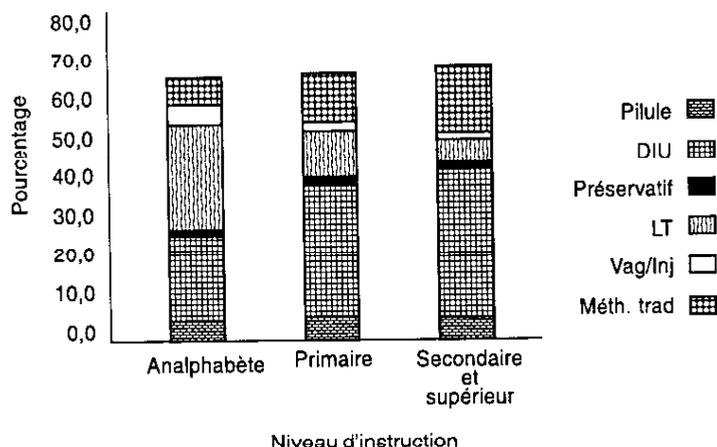


Figure 3 Utilisation actuelle des méthodes contraceptives selon le niveau d'instruction

DIU = dispositif intra-utérin

LT = ligature des trompes

Vag/Inj = méthodes vaginales/contraceptif injectable

Méth. trad = méthodes traditionnelles

tives ont déclaré être enceintes au moment de l'enquête ou désiraient un enfant, le quart des femmes ont cité des effets sur leur santé ou l'échec de la méthode utilisée comme motif d'arrêt. Les autres motifs, dont chacun était invoqué par moins de 5 % des femmes ayant abandonné, étaient les objections du conjoint et la ménopause.

## Discussion

Malgré la standardisation de la méthodologie de l'enquête, le prétest du questionnaire, la formation des enquêteurs et la représentativité de l'échantillon, cette étude n'est pas à l'abri d'un biais d'information (biais de désirabilité sociale, non neutralité des enquêteurs).

Les résultats de notre enquête montrent que 65,5 % des femmes mariées utilisent une méthode contraceptive au moment de l'enquête, dont 53,4 % sont des utilisatrices de méthodes modernes. Ces taux de prévalence sont supérieurs aux taux estimés lors de la dernière enquête nationale (respectivement 60 % et 49 %) [14,15]. Cela semble être dans le cours normal des choses étant donné que la tendance en matière de prévalence enregistre une hausse continue depuis la première enquête nationale. En effet, le taux de prévalence est passé de 31 % en 1978 à 41 % en 1983, à 50 % en 1988 et à 60 % en 1994 [2,14], soit une augmentation de 2 points en moyenne par an. L'objectif national en la matière est d'ailleurs de 67 % en 2007. Il nous semble que ce taux pourrait être atteint, du moins dans notre région, en l'an 2001.

On est en droit de s'interroger sur l'importance de ce taux de prévalence : est-ce qu'il est anormalement élevé pour pouvoir influencer le niveau de fécondité et par là la régénération de la population ? La fé-

condité est influencée, dans une certaine mesure, par le niveau d'utilisation des méthodes contraceptives. Spira [15] a défini la relation entre l'indice synthétique de fécondité (ISF) et la prévalence contraceptive (C) comme suit :  $ISF = 7,3 - 0,07 C$ . Ainsi, en l'absence de contraception, la fécondité se situerait en moyenne à environ 7,3 enfants par femme. Quand la fécondité descend au niveau du remplacement des générations (2,1 par femme), la contraception est utilisée par trois femmes sur quatre. Donc, dans une population stationnaire, un taux de recours d'environ 75 % constitue un taux maximum normal. C'est effectivement bien celui qui semble être atteint dans la plupart des pays développés. Ce n'est par contre pas ce taux qui est atteint, à l'heure actuelle, dans la région d'étude ni d'ailleurs dans le pays.

Les méthodes modernes ont toujours été les plus utilisées dans le programme tunisien [4]. Leur part dans la prévalence contraceptive totale se situe autour de 80 % depuis 1978 ; c'est d'ailleurs le cas dans notre travail (81,5 %). Le stérilet est la méthode moderne la plus utilisée (31,1 %). Sa prévalence est de 31 % ; elle était sur le plan national de 9 % en 1978, de 17 % en 1988 et de 25 % en 1994.

Le dispositif intra-utérin (DIU) occupe la première position avec plus de 50 % du total de la prévalence des méthodes modernes ; son utilisation semble toucher tous les âges. Ceci est certainement lié à la politique même du programme national de planification familiale qui est basée sur la promotion de l'utilisation du stérilet.

Il convient de noter l'emploi répandu de la stérilisation féminine : elle occupe la deuxième place dans notre pays. Environ 13 % des femmes mariées étaient stérilisées en 1994 dans toute la Tunisie (12,7 % dans la région d'étude). L'âge moyen d'utilisation de la ligature des

trompes est de 40,6 ans et plus d'une femme sur quatre est stérilisée entre 45-49 ans.

Des raisons historiques liées aux différents programmes spécifiques d'intervention expliquent la part élevée de la ligature des trompes dans notre région. Mais on est en droit de s'interroger : est-ce que la stérilisation qui est déjà la première méthode dans le monde [1] est à considérer comme une méthode de contraception ? Est-ce que le recours à la stérilisation féminine à un âge avancé entre 45-49 ans ne souligne pas un débordement et un dérapage du programme national de planification familiale dans notre pays ?

Le niveau d'utilisation de la pilule est faible (5,4 %) comparativement au niveau national ; sa prévalence à l'échelle nationale était de 7 % en 1978, de 5 % en 1983, de 9 % en 1988 et de 7 % en 1994. Le recours aux autres méthodes modernes est extrêmement limité ; ces méthodes sont utilisées par moins de 5 % des FMAR. Le préservatif reste une méthode faiblement utilisée (1,9 %) malgré sa disponibilité, son accessibilité et les campagnes promotionnelles dont il a fait l'objet depuis l'avènement du problème du SIDA. L'utilisation des méthodes naturelles est plus importante que celle de la pilule : sa prévalence est de 12 % ; leur niveau d'utilisation est similaire à celui du niveau national.

Le secteur public reste la principale source d'approvisionnement en matière de méthodes de planification familiale (82,6 %). Néanmoins, la contribution du secteur privé est importante quand il s'agit de la pilule (57,8 %) et du préservatif (54,2 %). D'ailleurs, les résultats obtenus par les différentes enquêtes menées par l'Office National de la Famille et de la Population depuis 1978 corroborent nos résultats ; elles montrent que la part du

secteur public est de l'ordre de 80 % et que ce taux est resté stable depuis cette date [16].

La pratique contraceptive est différentielle selon l'âge, la parité vivante, le milieu de résidence et le niveau économique et social. Le recours à la contraception se fait le plus souvent à un âge relativement avancé et après une descendance moyennement élevée, et il semble dicté par un besoin de limitation et d'arrêt plus que par un besoin d'espacement des naissances. Aucune femme de moins de 20 ans interrogée n'a signalé faire alors usage d'une méthode contraceptive quelconque, ceci peut être expliqué par le fait que les femmes tunisiennes de cette tranche d'âge veulent prouver leur fécondité et retardent la pratique contraceptive jusqu'à la naissance du premier enfant.

La contraception apparaît comme une affaire de couple. L'enquête a constaté que quand le mari a un bas niveau socio-économique, jugé sur la nature de son travail, le couple semble recourir plus facilement à la contraception, quel que soit le niveau d'instruction de la femme.

Les résultats de notre enquête font ressortir d'importantes disparités en matière d'utilisation des moyens de contraception quant au statut de migration. Les taux de prévalence sont inversement corrélés avec l'ancienneté de résidence en ville. Les femmes qui ont émigré en ville depuis moins de 10 ans utilisent moins les moyens de contraception que celles qui ont émigré depuis plus longtemps (60,5 % et 68,1 % respectivement). Les habitants qui émigrent des zones rurales ont leurs propres caractéristiques, notamment sur le plan culturel, socio-économique et géographique [4,17]. Quand des gens quittent leur lieu de résidence, ils emportent avec eux les attitudes et les comportements du lieu qu'ils ont quitté [5]. Cependant le fait

même qu'ils partent signifie que, d'ordinaire, ils ne ressemblent pas exactement à ceux qui restent. En outre, le départ modifie souvent la vie familiale et le comportement génésique. Les migrants peuvent finir par s'adapter à la vie urbaine et par ressembler davantage aux autres citadins. La population concernée par l'enquête n'est pas homogène ; il existe une hétérogénéité des formes de pratique de la contraception et du comportement procréateur qui est la résultante de plusieurs facteurs personnels, culturels ou institutionnels qui combinent leurs effets soit pour accroître les motivations envers la

contraception soit pour les réduire, ce qui implique que l'offre des prestations contraceptives doit tenir compte de ces différences [3,5,17,18]. Toute intervention ultérieure dans ce domaine doit tenir compte de cette réalité humaine et géographique spécifique.

## Remerciements

A l'Association Tunisienne de Planning Familial, Bureau de Sousse Jawhara, pour sa collaboration à l'exécution de cette enquête.

## Références

1. Gueddana N, Ben Massaoud F, Azouzi A. *L'enquête tunisienne sur la santé de la mère et de l'enfant*. Tunis, Office National de la Famille et de la Population, 1996.
2. *L'enquête tunisienne sur la santé de la mère et de l'enfant*. Tunis, Office National de la Famille et de la Population, 1994.
3. *Comportements contraceptifs des familles en milieu rural*. Tunis, Office National de la Famille et de la Population, 1995.
4. Toulemon L, Leridon H. Les pratiques contraceptives en France. *Revue du Praticien*, 1995, 45:2395-400.
5. Baccaini B. Les contrastes géographiques des comportements de contraception. *Population*, 1995, 50(2): 291-329.
6. Gardner R, Blackburn R. People who move: new reproductive health focus. *Population reports. Series J: Family planning programs*, 1997, 45(1):1-27.
7. Khan MA. Factors affecting use of contraception in Matlab, Bangladesh. *Journal of biosocial sciences*, 1996, 28(3): 265-79.
8. Wawer MJ et al. Results of contraceptive prevalence survey in Niamey, Niger. *International family planning perspectives*, 1990, 16(3):18-29.
9. Maîtrise de la fécondité. *L'enfant en milieu tropical*, 1990, 193/194:7-19.
10. *Recensement général de la population de l'habitat : caractéristiques démographiques*. Tunisie, Institut National de la statistique, 1994.
11. Fisher AA et al. *Manuel de recherche opérationnelle en matière de planification familiale*. New York, Population Council, 1989.
12. Schwartz D. *Méthodes statistiques à l'usage des médecins et des biologistes*. Paris, Flammarion, 1970.
13. Fertility and family planning surveys: an update. *Population reports. Series M. Special topics*, 1985, Sept-Oct (8): M289-348.
14. Ayed M, Zoghlamni Y. *Fécondité et planification familiale en Tunisie, 1983. Rapport sur les résultats de l'Enquête Tunisienne sur la Prévalence de la con-*

traception. Tunis, Ministère de la Famille et de la Promotion de la Femme, 1985.

15. Spira A. Vingt ans de recherches en épidémiologie de la reproduction humaine. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 1996, 44(6):588-95.
16. Vandenbussche P. *Etude sur les besoins en contraceptifs et la gestion de la logistique en Tunisie pour la période 1997-2006*. Tunisie, Fonds des Nations Unies pour la Population, 1997.
17. Hoque MN, Murdock SH. Socioeconomic development, status of women, family planning and fertility in Bangladesh. *Social biology*, 1997, 44(3-4):179-97.
18. Brockerhoff M. Fertility and family planning in African cities: the impact of female migration. *Journal of biosocial science*, 1995, 27(3):347-58.

## Correction

**Anaemia among young male workers in Alexandria, Egypt** by F. Curtale, M. Abdel-Fattah, M. El-Shazly, M. Youssef Shamy and F. El-Sahn. *EMHJ* Vol. 6, Nos 5/6, September/November 2000, page 1013. In Figure 1, the values for infection intensity on the x-axis are incorrect. The correct figure is given below.

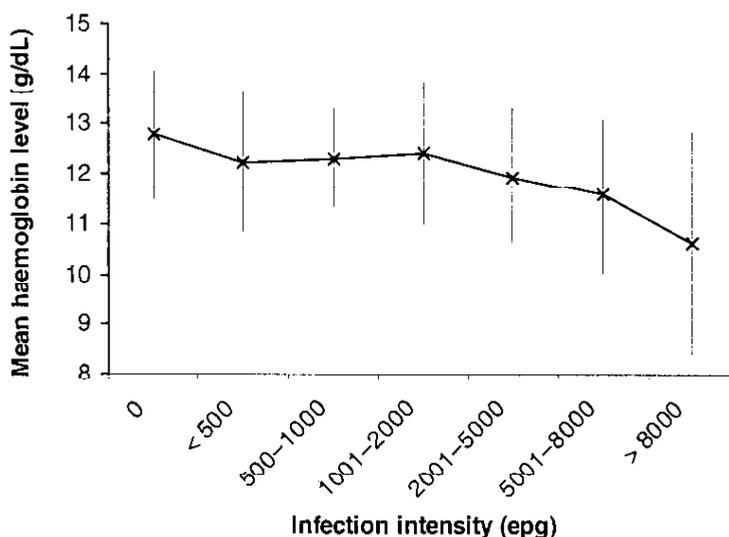


Figure 1 Relationship between mean haemoglobin levels ( $\pm 1$  SD) and intensity of *Ascaris lumbricoides* infection, expressed as a group of individuals for increasing number of eggs per gram of faeces (epg). The number of cases in each group is given in brackets, the total being 355. Significance was tested by one-way analysis of variance (ANOVA):  $F = 4.86$ ,  $P = 0.0001$ .