

Dissonance cognitive et facteurs de (dé)motivation à la contraception du personnel soignant de sexe féminin

Judith Rachel RENAMY ZIZA SOUGOU
Chercheure
Psychologie du travail et des Organisations
IRSH/CENAREST

Noëlline SALLAH
Chercheure
Psychologie Cognitive
IRSH/CENAREST

Aimée Patricia NDEMBI NDEMBI
Chercheure
Psychologie Clinique
IRSH/CENAREST

RESUME

Cet article porte sur l'étude de déterminants sociocognitifs qui expliquent la dissonance cognitive exercée par le personnel soignant de sexe féminin face à l'adoption d'une méthode de contraception. En effet, il examine les facteurs de motivation et de non-recours à une méthode contraceptive. A cet effet, une enquête par questionnaire a été menée auprès de 95 soignantes exerçant en milieu hospitalier gabonais. Les résultats indiquent deux (2) principales méthodes contraceptives utilisées par cette catégorie du personnel soignant, il s'agit notamment du préservatif masculin et du calcul du cycle. Les raisons qu'elles évoquent pour expliquer ce recours sont le besoin d'éviter les grossesses non planifiées, l'espacement des naissances et la peur de contracter les maladies sexuellement transmissibles. Par ailleurs, le risque d'oubli le désir de maternité et la crainte des effets indésirables amènent certaines d'entre elles à ne pas en avoir recours.

MOTS-CLES :

Contraception – Facteurs de (dé)motivation – Dissonance cognitive – Soignantes – Libreville.

SUMMARY

This article focuses on the study of sociocognitive determinants that explain the cognitive dissonance exerted by female caregivers when faced with the adoption of a method of contraception. Indeed, it examines the factors of motivation and non-use of a contraceptive method. To this end, a questionnaire survey was conducted among 95 caregivers working in Gabonese hospitals. The results indicate two (2) main contraceptive methods used by this category of health care workers, these are in particular the male condom and the calculation of the cycle. The reasons they cite to explain this recourse are the need to avoid unplanned pregnancies, the spacing of births and the fear of contracting sexually transmitted diseases. Moreover, the risk of forgetting the desire for motherhood and the fear of adverse effects lead some of them not to use it.

KEY-WORDS: Contraception – (De) motivation factors – cognitive dissonance – Caregivers – Libreville.

INTRODUCTION

A la suite de la journée¹ de réflexion et d'échanges organisée par l'Institut de Recherche en Sciences Humaines (IRSH), sur les « Pratiques et expériences des avortements au Gabon », il est ressorti que le phénomène des avortements était principalement dû à une réticence des femmes à adopter la contraception. Or, comme l'a souligné à cette occasion la Présidente nationale des sages-femmes du Gabon, Mme Olga Mavoungou, la contraception, notamment médicamenteuse, est l'une des stratégies efficaces pour la réduction de la mortalité maternelle, d'autant plus qu'elle permet d'éviter les grossesses non planifiées, les avortements provoqués, les grossesses précoces, trop tardives et/ou trop rapprochées. La réticence est surtout due au fait que les femmes ont des préjugés par rapport à la contraception. Pour certaines femmes, par exemple, le stérilet rendrait « stérile », la pilule causerait le cancer, etc. Ces réticences, les poussent à opter plutôt pour le retrait, le calcul du cycle qui sont aléatoires, pas très fiables ou le préservatif plus facile d'accès mais souvent boudés par le conjoint.

Il faut dire que, pendant longtemps, l'usage des contraceptifs était interdit au Gabon. S'inscrivant résolument dans une politique nataliste, les pouvoirs publics gabonais ont mis en place des mesures visant à encourager les naissances. C'est à cet effet, que l'ordonnance n°64/69 du 4 octobre 1969 interdisant l'utilisation des contraceptifs fût le leitmotiv de la politique nataliste au Gabon.

Mais pour s'arrimer aux standards internationaux en matière de droits humains, le gouvernement gabonais va changer de politique en matière de Santé de la Reproduction (SR) car la régulation de naissance relève d'abord de la liberté individuelle. Aussi avec le soutien du Système des Nations Unies (SNU), plusieurs projets en 1999 sont élaborés dont celui relatif à l'Appui à la Santé de la Reproduction (ASR). La sensibilisation des populations sur la Planification Familiale (PF) en fait partie. Ainsi, en 2000, le gouvernement va adopter la Loi n°001/08/2000² qui libéralise l'utilisation de la contraception. En adoptant la politique de la PF, le Gabon a fait de la contraception un moyen de bataille pour l'espacement des naissances et la lutte contre les grossesses non désirées. Mais, malgré les efforts consentis, le niveau de pratique des méthodes contraceptives demeure faible et le nombre d'interruption volontaire de grossesse (IVG) ne cesse d'augmenter³. Pourtant, aujourd'hui, les moyens contraceptifs modernes se diversifient pour répondre aux attentes des femmes. Ils se modernisent même pour réduire les effets secondaires et favoriser un meilleur état de bien-être chez celles en âge de procréer.

En effet, la contraception, aussi appelée « régulateur de naissances, regroupe l'essentiel des méthodes ayant pour but d'éviter ou d'empêcher une grossesse imprévue ». Ce mot est défini par l'OMS (2020) comme étant « l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter ». Selon cet organisme, « l'usage de la contraception protège les femmes, des risques que peuvent représenter les grossesses pour leur santé et

¹ Organisée le mercredi 20 mars 2019 par le Département de Recherche sur les Dynamiques Sociales (DRDS/IRSH/CENAREST

² Elle abroge toutes les dispositions antérieures contraires, notamment l'ordonnance n°64/69 du 4 octobre 1969 sur l'utilisation des contraceptifs.

³ Constat fait lors de la Journée de réflexion et d'échanges organisée par l'Institut de Recherche en Sciences Humaines (IRSH) sur les « Pratiques et expériences des avortements au Gabon ».

lorsque les naissances sont espacées de moins de 2 ans ». En mai 2015, l'OMS divise en deux pôles les principales méthodes contraceptives :

- les *méthodes contraceptives modernes* ou dites d'action de courte durée parmi lesquelles sont comptées : la pilule, l'implant, le stérilet hormonal ou Dispositif Intra-Utérin « DIU », les préservatifs (masculin et féminin), le contraceptif injectable, le patch contraceptif, l'anneau vaginal, la stérilisation masculine (vasectomie), la stérilisation féminine (ligature des trompes), la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA), les méthodes des jours fixes ou MJF, les méthodes de la température basale, la méthode des jours, la méthode sympto-thermique ;
- les *méthodes contraceptives traditionnelles* ou dites *naturelles* : la méthode du calendrier et le retrait ou coït interrompu (Ndembi Ndembi, 2016 ; OMS, 2020).

Parlant des méthodes contraceptives traditionnelles ou « naturelles », Lamboleyn (2012) soutient qu'elles sont peu conseillées par le corps médical, car peu fiables et sont très contraignantes. Il soutient que ces méthodes peuvent, pour le couple, être frustrantes. Cependant, toutes ces méthodes dont les modes d'action diffèrent d'une culture à une autre sont d'efficacité diverses pour prévenir une grossesse non désirée (OMS, 2020). Parmi les multiples méthodes modernes, les préservatifs masculin et féminin sont, selon les organismes onusiens, les seuls moyens démontrés efficaces qui offrent une double protection (UNFPA, OMS, ONUSIDA, 2015). Car selon eux, ils luttent à la fois contre la transmission des infections sexuellement transmissibles (IST : gonorrhée, chlamydia et syphilis), le VIH/SIDA et les grossesses non planifiées (OMS/USAID, 2014). La contraception, en permettant d'éviter une grossesse non voulue limite, du coup, le recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et permet d'éviter les avortements effectués dans des conditions précaires, et donc porteurs de risques d'infections graves ou de décès pour la femme.

Les statistiques mondiales de l'INED de 2014, montrent qu'environ 63% des femmes de 15 à 49 ans, mariées ou vivant en couple utilisent un moyen de contraception en 2011, contre 55% en 1990). Ce qui montre une évolution constante de l'usage du contraceptif au niveau mondial.

Selon INPES (2007), en France, il existe plusieurs moyens de contraception :

- **La pilule** : le contraceptif le plus sollicité par les femmes ;
- **le préservatif est quant à lui** le plus connu (Gros, 2010) car elles sont 60% à avoir recourt pour éviter une grossesse ;
- **le stérilet** est utilisé par 24% des femmes ;
- **l'implant** est adopté que par 1.3% des femmes.

Outre les quatre méthodes présentées ci-dessus, il en existe plusieurs autres dont l'utilisation varie en fonction des pays, il s'agit notamment de :

- **La stérilisation⁴** qui est la principale méthode contraceptive de limitation des naissances, des femmes ou couples qui ne veulent pas ou plus d'enfants. Elle est répandue en Inde, au Brésil, en Chine et au Panama. Dans ces pays la pilule et le stérilet sont très peu utilisés (Fassassi, 2007 ; Pison, *ibid.*).

⁴ Ligature des trompes.

Toutefois, la stérilisation doit être volontaire. Or, pour Dougnac (2015), la norme de deux enfants par famille étant illégale en Inde, elle est imposée à 65% des villageoises illettrées qui ignorent que l'opération est irréversible. Debusquat (2017), pour sa part, trouve que la moitié des Américains, 56% des Brésiliens et 61% des Canadiens la sollicite énormément, après avoir fondé leur famille, avec pour motif le confort.

- **L'injection** : Elle est particulièrement utilisée en Indonésie par les femmes ne souhaitant pas être enceintes (Fassassi, *ibid.*). La situation est identique en Haïti. Si l'injection hormonale est peu utilisée en France, elle est plus exploitée par 45% des femmes au Kenya en 2015, 44% des femmes au Mozambique et 24% des femmes au Pérou en 2014 (INED, 2017).
- **Le préservatif masculin** : Il est utilisé en France entre 2000 et 2005 par 85% de la population, lors du premier rapport sexuel. Le retrait ou l'abstinence périodique est appliqué par 2.8% des femmes (INPES, *op.cit.*).

Au Japon, la méthode préférée de contraception est le préservatif. La pilule qui est autorisée depuis 1999 n'est presque pas utilisée. Pourtant, 21 ans après sa légalisation seulement 3 à 4% des Japonaises prennent la pilule, selon les derniers chiffres du ministère de la santé, qui datent de 2014 (Dautry, 2018). La pilule et le stérilet sont considérées comme dangereuses pour la santé, dans ce pays, parce que source de cancer Dautry (*ibid.*).

Tout comme le montrent les statistiques au niveau mondial, la contraception la plus courante en Afrique est la pilule. Les statistiques de l'INPES (2007) montrent que c'est le cas, notamment en Algérie, au Libéria et au Maroc. Au Burkina Faso, par exemple, les résultats de l'enquête démographique et de santé (EDS) de 2010 ont révélé que 97% des femmes connaissent au moins une méthode contraceptive (Boutter, 2017). Mais, moins de 50% des femmes burkinabés (en union et en âge de procréer) utilisent des moyens de contraception, contre 71% en France (UNFPA *et al.*, *ibid.*). Les enquêtes démographiques effectuées en Côte d'Ivoire ont montré, en 1999, que la pratique contraceptive reste faible car seulement 6% des femmes utilisaient une méthode moderne de contraception (Guillaume et Desgrès Du Lou, 2002).

Au Gabon, l'Enquête Démographique et de Santé de 2012 fournit des informations très intéressantes en ce qu'elle montre que la quasi-totalité des femmes (98 %) et des hommes (99 %) ont déclaré connaître au moins une méthode contraceptive moderne. Mais aussi que plus de quatre femmes sexuellement actives sur dix (45 %) utilisent une méthode contraceptive moderne, sachant que c'est le préservatif masculin (42 %) et la pilule (3 %) qui sont les méthodes les plus utilisées par les gabonaises. Ces données montrent également que l'utilisation des méthodes contraceptives modernes a augmenté alors que celle des méthodes traditionnelles a diminué. Le principal fournisseur des méthodes contraceptives se retrouvent dans le milieu médical. Ces données sont confirmées par la Direction Générale de la Statistique (DGS) et ICF International (2013).

1. PROBLEMATIQUE

Comme nous l'avons soutenu au début de notre introduction, cette étude est le prolongement des discussions portées lors de la journée scientifiques organisée à l'IRSH sur les pratiques liées aux avortements au Gabon. Les échanges ont mis en évidence le fait que les connaissances du danger lié à l'avortement et celle relative à la contraception n'excluent pas la pratique de l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG). En d'autres termes, même si l'individu a connaissance des dangers encourus, cela ne l'empêche pas d'avoir recours à l'avortement. Les échanges ont également montré que les femmes en couple et même mariées, avortent car l'avortement est perçu comme un régulateur de naissance, un moyen de contraception. Il ressort de ces échanges que les femmes exerçant dans le contexte hospitalier recourent elles aussi aux avortements provoqués. Pourtant en tant que personnel de la santé, elles sont susceptibles de connaître les conséquences des IVG et mieux maîtriser la planification familiale qui est un ensemble de méthodes contraceptives qu'une femme ou un couple peut utiliser pour prévenir une grossesse non planifiée. Comment le personnel de santé féminin fait-il usage des méthodes contraceptives ? Cette question interpelle principalement le concept de dissonance cognitive qui selon Festinger (1962) décrit la situation conflictuelle qui existe entre le comportement observable et les connaissances apprises ou acquises par une personne. Dans cette étude, il s'agit de voir comment cette situation conflictuelle se manifeste chez le personnel soignant féminin lorsqu'il s'agit d'utiliser une méthode contraceptive. Festinger parle de « cognitions » et de « dissonance cognitive » pour montrer qu'une dissonance ne peut exister que par rapport à des comportements. Cela suppose que les connaissances doivent être en lien avec le comportement vécu. Autrement dit, le personnel soignant féminin étant formé aux risques et aux dangers des IVG devra nécessairement faire usage du contraceptif dans le choix de la planification des naissances. Car une femme qui ne prend pas son contraceptif est exposée à une grossesse non désirée. Dans notre approche, la dissonance est particulièrement vérifiable. En effet, les femmes soignantes du fait de leur formation et du vécu de leur métier mesurent les conséquences de non adoption d'une méthode contraceptive. La situation de dissonance cognitive peut entraîner une certaine culpabilité qui va amener à justifier son comportement.

Dès lors, pourquoi dans un contexte politique favorable, certaines femmes s'abstiennent d'utiliser une méthode contraceptive ? Quels déterminants cognitifs construisent leur discours ? Dans cet article, nous nous intéresserons particulièrement au personnel soignant, notamment les soignantes qui, plus que d'autres elles font régulièrement face aux conséquences des grossesses non désirées. Aussi, ont-elles recours ou pas à une méthode contraceptive ? Quel type de contraception utilisent-elles ? Quelles sont les raisons qui les motivent à recourir ou pas à la contraception ? De notre part, nous pensons que les principaux déterminants cognitifs de l'usage du contraceptif sont fonction de l'âge, de la situation matrimoniale et de la religion.

Il est donc question d'une part, d'identifier la proportion de soignantes qui ont recours à la contraception, de déterminer la méthode contraceptive la plus utilisée et de comprendre leurs motivations. D'autre part, de déterminer la proportion de soignantes qui n'ont pas recours et de mettre en exergue les facteurs/raisons de démotivation. Les différentes fonctions exercées en milieu hospitalier peuvent servir d'indicateurs de modification de comportement de façon à déterminer les éléments cognitifs partagés

et particuliers à chaque catégorie socioprofessionnelle. Pour cela, nous voulons vérifier l'impact des déterminants sociocognitifs en fonction de la profession exercée en milieu hospitalier et de la religion d'appartenance.

2. METHODOLOGIE

2.1. Cadre et population d'étude

Cette enquête qui s'est déroulée de novembre à décembre 2020 a été menée auprès de 95 soignantes (35 infirmières, 32 sages-femmes, 17 médecins et 11 aides-soignantes) de 25 à 56 ans. Compte tenu des difficultés d'obtention des autorisations administratives, ces femmes ont été choisies de manière aléatoire. Elles exercent dans différentes structures sanitaires de Libreville à savoir hôpitaux (Hôpital Chinois, HIAOBO⁵, HIAA⁶), CHU (CHUL⁷, CHUO⁸), Clinique privée (Clinique Océane) et Centres de Santé (PMI⁹ de Glass, PMI de Louis). Plusieurs de ces femmes (64,21%) vivent en couple (soit 41,05% en concubinage et 23,16% de mariées) et 40% d'entre elles ont au moins 3 enfants à charge.

Tableau 1¹⁰ :

Répartition des participantes à l'enquête selon les variables explicatives.

Caractéristiques psychosociologiques	N=	%
Selon la profession exercée en milieu hospitalier		
Médecin	17	17,89
Sage-femme	32	33,68
Infirmière	35	36,84
Aide-soignante	11	11,58
Selon le groupe religieux des soignantes		
Catholique	58	51,05
Musulmane	5	5,26
Protestante	32	33,68
Selon la tranche d'âge des soignantes		
25-35 ans	35	36,84
35-45 ans	41	43,16
45-55 ans	18	18,95
55-65 ans	1	1,05
Selon le nombre d'enfants		
Aucun	14	14,74
1	17	17,89
2	26	27,37

⁵ Hôpital d'Instruction des Armées Omar Bongo Ondimba.

⁶ Hôpital d'Instruction des Armées d'Akanda.

⁷ Centre Hospitalier Universitaire de Libreville.

⁸ Centre Hospitalier Universitaire d'Owendo.

⁹ Protection Maternelle et Infantile.

¹⁰ Tableau de synthèse construit sur Word 2010 à partir des données fournies par Sphinx.

3 et plus	38	40
Selon la situation matrimoniale		
Mariée	22	23,16
Célibataire	34	35,79
Concubinage	39	41,05

2.2. Technique de recueil et d'analyse des données

A l'aide du questionnaire, des informations ont été recueillies sur les caractéristiques sociodémographiques (profession, âge, nombre d'enfants à charge, statut matrimonial), sur le type de contraception utilisé et sur les raisons ou non d'utilisation de la contraception. Les différentes méthodes contraceptives proposées dans notre questionnaire étaient notamment la pilule, le préservatif, l'abstinence, le stérilet, le retrait, le patch, l'injection, l'implant, la contraception locale¹¹ et la connaissance de la fécondité (calcul du cycle). Nous ne traiterons donc ici que des résultats relatifs à ces types de contraception.

Les questionnaires ont été dépoillés à l'aide du logiciel statistique Sphinx. Ces données une fois saisies ont bénéficié d'un tri à plat et croisé. Le test statistique utilisé lors des comparaisons des variables est le khi2 (le seuil de signification retenu est de 5%). Les questions textes ont été traitées à l'aide de l'analyse thématique du discours.

Les femmes ici, ont été réceptives. Ce qui explique le nombre plus élevé de retour de questionnaires. Sur cent dix (110) questionnaires distribués, seuls quinze (15) n'ont pas pu être exploités, parce que pas totalement remplis.

Cette enquête qui s'est déroulée de novembre à décembre 2020 a été menée auprès de 95 soignantes (35 infirmières, 32 sages-femmes, 17 médecins et 11 aides-soignantes) de 25 à 56 ans. Compte tenu des difficultés d'obtention des autorisations administratives, ces femmes ont été choisies de manière aléatoire. Elles exercent dans différentes structures sanitaires de Libreville à savoir hôpitaux (Hôpital Chinois, HIAOBO¹², HIAA¹³), CHU (CHUL¹⁴, CHUO¹⁵), Clinique privée (Clinique Océane) et Centres de Santé (PMI¹⁶ de Glass, PMI de Louis). Plusieurs de ces femmes (64.21%) vivent en couple (soit 41.05% en concubinage et 23.16% de mariées) et 40% d'entre elles ont au moins 3 enfants à charge.

¹¹ Ovule à base de plantes

¹² Hôpital d'Instruction des Armées Omar Bongo Ondimba.

¹³ Hôpital d'Instruction des Armées d'Akanda.

¹⁴ Centre Hospitalier Universitaire de Libreville.

¹⁵ Centre Hospitalier Universitaire d'Owendo.

¹⁶ Protection Maternelle et Infantile.

Tableau 1¹⁷ :

Répartition des participantes à l'enquête selon les variables explicatives.

Caractéristiques psychosociologiques	N=	%
Selon la profession exercée en milieu hospitalier		
Médecin	17	17,89
Sage-femme	32	33,68
Infirmière	35	36,84
Aide-soignante	11	11,58
Selon le groupe religieux des soignantes		
Catholique	58	51,05
Musulmane	5	5,26
Protestante	32	33,68
Selon la tranche d'âge des soignantes		
25-35 ans	35	36,84
35-45 ans	41	43,16
45-55 ans	18	18,95
55-65 ans	1	1,05
Selon le nombre d'enfants		
Aucun	14	14,74
1	17	17,89
2	26	27,37
3 et plus	38	40
Selon la situation matrimoniale		
Mariée	22	23,16
Célibataire	34	35,79
Concubinage	39	41,05

2.3. Technique de recueil et d'analyse des données

A l'aide du questionnaire, des informations ont été recueillies sur les caractéristiques sociodémographiques (profession, âge, nombre d'enfants à charge, statut matrimonial), sur le type de contraception utilisé et sur les raisons ou non d'utilisation de la contraception. Les différentes méthodes contraceptives proposées dans notre questionnaire étaient notamment la pilule, le préservatif, l'abstinence, le stérilet, le retrait, le patch, l'injection, l'implant, la contraception locale¹⁸ et la connaissance de la fécondité (calcul du cycle). Nous ne traiterons donc ici que des résultats relatifs à ces types de contraception.

Les questionnaires ont été dépouillés à l'aide du logiciel statistique Sphinx. Ces données une fois saisies ont bénéficié d'un tri à plat et croisé. Le test statistique utilisé

¹⁷ Tableau de synthèse construit sur Word 2010 à partir des données fournies par Sphinx.

¹⁸ Ovule à base de plantes

lors des comparaisons des variables est le khi2 (le seuil de signification retenu est de 5%). Les questions textes ont été traitées à l'aide de l'analyse thématique du discours. Les femmes ici, ont été réceptives. Ce qui explique le nombre plus élevé de retour de questionnaires. Sur cent dix (110) questionnaires distribués, seuls quinze (15) n'ont pas pu être exploités, parce que pas totalement remplis.

3. RESULTATS

Dans cette partie de notre travail, nous présentons les résultats selon deux formes : tableaux à plats et tableaux croisés. Nous tenons compte de la profession exercée en milieu hospitalier et du groupe religieux de la soignante. Dans une autre perspective, nous mettrons en exergue les autres données significatives de l'analyse statistiques. Comme nous l'avons montré au cours de la problématique, nous pensons que ces caractéristiques psychosociologiques permettront d'observer des différences de dissonances cognitives dans l'adoption des méthodes contraceptives par les femmes-soignantes des hôpitaux de Libreville.

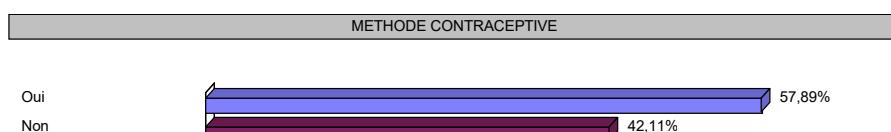
Dans la première partie, nous analysons les données concernant les soignantes qui optent pour les méthodes contraceptives. Dans la deuxième partie, nous traitons des données relatives à celles qui n'en font pas recours et qui dénotent d'un conflit entre leur connaissance et le comportement adopté.

3.1. Répartition générale des données

A la question : ***utilisez-vous une méthode contraceptive? Si Oui, laquelle?***, nous a permis de dégager les analyses contenues dans les graphiques 1 et 2¹⁹.

Graphique 1

Proportion des soignantes ayant ou non recours à une méthode contraceptive

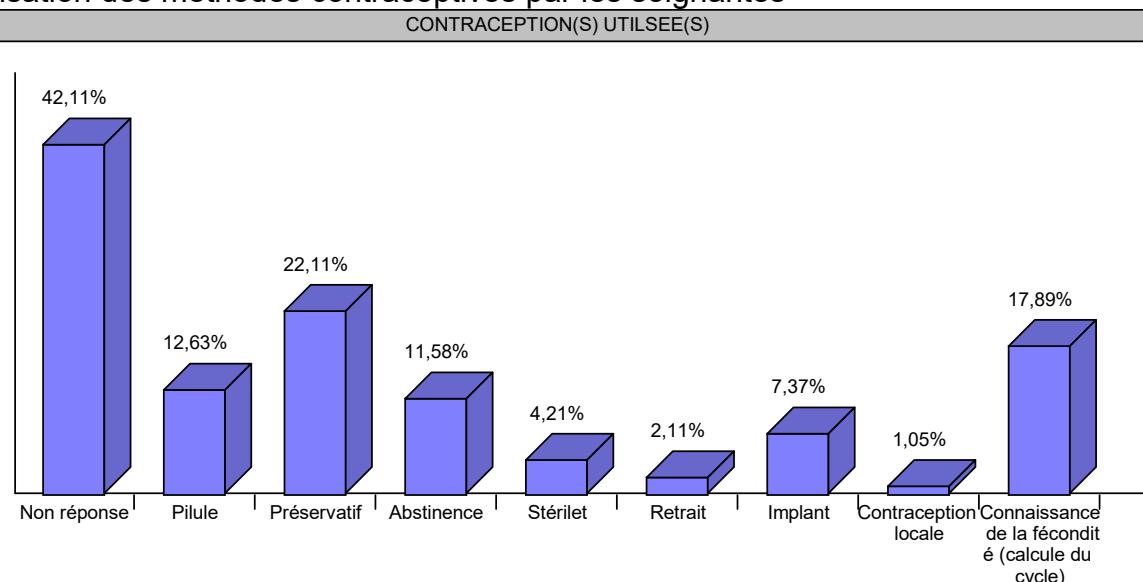


Le graphique 1 ci-dessus fait constater que 42.11% des soignantes disent ne faire usage d'aucune méthode contraceptive, tandis que 57.89% déclarent le contraire. Ces données sont très intéressantes car elles indiquent qu'une proportion importante de professionnel de santé se soustrait aux prescriptions médicales qu'elles suggèrent à leurs patientes.

Le graphique 2 ci-après présente les méthodes contraceptives utilisées par les soignantes.

¹⁹ Graphiques générés par le logiciel Sphinx

Graphique 2
Utilisation des méthodes contraceptives par les soignantes



Ce graphique rappelle les deux (2) informations énumérées dans le premier point à savoir, d'une part que 42,11% des soignantes n'utilisent pas de contraception, d'autre part que 57.89% ont recours aux méthodes contraceptives. Concernant les dernières citées, le graphique montre qu'elles se répartissent de la façon suivante : 22.11% disent se protéger grâce au préservatif masculin ; 17.89% disent avoir recours à la connaissance de la fécondité ou méthode du calendrier ; 12.63% utilisent la pilule ; 11.58% opte pour l'abstinence sexuelle ; 2.11% font le choix du retrait et pour 1,05% c'est la contraception locale.

Il ressort de ces informations que le préservatif masculin est la méthode contraceptive la plus utilisée chez les femmes soignantes gabonaises.

3.2. Méthode contraceptive appliquée suivant la fonction exercée et le groupe religieux

L'analyse de cette partie de nos résultats s'appliquent principalement à celles qui admettent faire usage d'une méthode contraceptive. Elles représentent 57,89% des soignantes interrogées.

Tableau 2²⁰

Usage des méthodes contraceptives selon la profession exercée et la religion

Méthodes contraceptives (données en %)		NR	Pilule	Préservatif	Abstinence	Stérilet	Retrait	Implant	CL	Calcul du cycle
Profession exercée	Médecin	17,50	25	23,81	9,09	-	-	28,57	-	11,76
	Sage-femme	35	8,33	23,81	45,45	-	-	42,86	-	23,53

²⁰ Tableau de synthèse élaboré sur Word 2010 à partir des données fournies par Sphinx

	Infirmière	40	33,3 3	38,10	27,27	-	50	14,29	-	52,94
	Aide-soignante	7,5 0	33,3 3	14,29	18,18	-	50	14,29	-	11,76
Religion	Catholique	43, 10	10,3 4	25,88	6,90	1,72	3,45	10,34	-	18,97
	Musulmane	20	20	-	60	-	-	-	-	20
	Protestante	43, 75	15,6 3	18,75	12,50	9,38	-	3,13	3,13	15,83

NR = (Non réponse) ; CL = Contraception locale

Ce tableau 2 nous apporte deux informations capitales concernant l'usage des méthodes contraceptives.

Il révèle que la méthode contraceptive est fonction du métier exercé en milieu hospitalier. En effet, la pilule est plus utilisée par les infirmières et les aides-soignantes. Les sages-femmes sont celles qui l'utilisent le moins. Le préservatif semble se répartir de façon plus ou moins équitable entre les différentes catégories socioprofessionnelles, du moins la différence entre les professions n'est pas significative. Nous constatons également que les sages-femmes sont celles qui font le plus usage de l'abstinence et des implants. Tandis que les infirmières font plus le choix du calcul du cycle. Les médecins font quant à elles plus usage de l'implant.

De façon générale, le stérilet et la contraception locale sont les méthodes contraceptives qui ne sont pas pratiquées par ce personnel soignant.

Concernant la religion, les données de ce tableau sont également intéressantes du fait qu'elles rapportent que :

- les soignantes musulmanes sont celles qui disent pratiquer le plus *l'abstinence sexuelle* avec une proportion de 60%. Le reste se répartit équitablement entre la prise de la pilule et le calcul du cycle ;
- le choix des soignantes issues de la religion catholique se porte premièrement sur le préservatif masculin à raison de 25.86%, ensuite le calcul du cycle pour 18.97%, l'implant et la pilule respectivement pour 10.34%, l'abstinence pour 6.90%, le retrait représente 3.45% et le stérilet 1.72% ;
- 18,75% des soignantes de croyance protestante 18.75% font le choix du port du préservatif, la pilule et le calcul du cycle se répartissent de la même façon, 15.63% respectivement, l'abstinence est à 12.50%, le stérilet à 9.38%, l'implant et la contraception locale à respectivement 3.13%.

Ces données montrent que les femmes croyantes d'obédiences catholique et protestante sont celles qui utilisent une plus grande variété de méthodes contraceptives : sept (7) variétés différentes. Les soignantes musulmanes sont celles qui utilisent le moins : trois (3) variétés différentes. Les soignantes chrétiennes font plus usage du préservatif que des autres méthodes contraceptives, tandis que les musulmanes préfèrent l'abstinence sexuelle. L'abstinence peut laisser entrevoir, pour les soignantes musulmanes, le désir de réduire la dissonance cognitive. En effet, la différence d'attitude voire de comportement pourrait trouver son explication par le fait que les musulmanes sont celles qui semblent certainement respecter le plus l'éthique de leur religion qui interdit l'avortement et les rapports sexuels hors du mariage. Autrement dit, elles sont plus influencées par les enseignements religieux qu'elles reçoivent dans leur communauté.

L'analyse des « Non réponses » 42.11% des femmes qui déclarent ne pas utiliser de méthode contraceptive est toute aussi intéressante. En effet, ce sont les soignantes chrétiennes qui pour la plupart s'abstiennent de méthodes contraceptives. 43.10% chez les catholiques, 43.75% chez les protestantes et seulement 20% chez les musulmanes. Ces différentes proportions, même si elles ne semblent pas significatives, pourraient trouver leur explication dans la théorie de la dissonance cognitive. Autrement dit, on s'abstiendrait pour éviter d'être dans une situation dissonante.

La répartition des « Non réponses » en fonction de la fonction exercée en milieu hospitalier révèle que les infirmières et les sages-femmes sont celles qui s'abstiennent des méthodes de contraception respectivement à raison de 40 et 35%. Les médecins et les aides-soignantes occupent la queue du peloton avec 17,50 et 7,50%.

3.2.1. Raisons du recours ou de la motivation aux méthodes contraceptives

Il ressort de l'analyse des données effectuée par le logiciel Sphinx que l'âge est un facteur déterminant qui explique le recours à un type de méthode contraceptive. Aussi dans cette partie, les résultats sont présentés, notamment en fonction des variables explicatives significatives.

De façon globale, les participantes expliquent utiliser les méthodes contraceptives pour :

- éviter les grossesses non désirées, soit 67,27% des soignantes ;
- espacer les naissances et éviter les MST avec respectivement 27,27% ;
- limiter les naissances pour 23,64 % ;
- éviter le VIH A raison de 5,45% ;
- autres raisons indéterminées 3,64%.

Tableau 3²¹

Raisons du recours à la méthode de contraception selon l'âge des soignantes

	25-35 ans	35-45 ans	45-55 ans	55-65 ans
Non réponse	42,86	34,15	61,11	-
Eviter la grossesse non désirée	45,71	36,59	33,33	-
Espacer les naissances	14,29	17,07	16,67	-
Limiter les naissances	8,57	19,51	5,56	100
Eviter les MST	14,29	19,51	11,11	-
Eviter le VIH/SIDA	-	7,32	-	-
Autres raison	2,86	-	-	100

Khi2 = 45 ; degré de liberté = 18 ; 1-p = >99%. La dépendance est très significative.
Les valeurs du tableau sont les pourcentages en ligne établis sur 95 observations.

Les résultats du tableau 3 montrent que la proportion des femmes utilisatrices de la contraception varie d'un groupe d'âges à l'autre. A la question « **Pourquoi utilisez-vous une méthode contraceptive ?** », les principales raisons que les 57.89% (Figure 1) des soignantes évoquent sont : le besoin d'éviter les grossesses non désirées (38.95%), l'espacement des naissances et la peur de contracter les maladies sexuellement transmissibles (MST) viennent à égalité avec 15.79%. Ces résultats indiquent également que ce sont surtout les soignantes les moins âgées (25-35 ans) qui sont proportionnellement les plus nombreuses (45.71%) à recourir à la contraception pour le besoin d'éviter les grossesses imprévues. Par contre, les femmes les plus âgées (55-65 ans) y ont recours pour limiter les naissances et comme autre raison, elles évoquent le poids de l'âge. Il y aurait donc ici un lien statistiquement très significatif entre l'âge des soignantes et les raisons qu'elles évoquent comme motivation pour justifier leur recours à la contraception (Khi2 = 48). Autrement dit, l'âge des enquêtées est fortement associé à l'utilisation de la contraception moderne au seuil de 5%.

²¹ Tableau de croisement tiré des données élaboré sur Word 2010 à partir des données fournies par Sphinx

Tableau 4²²

Raisons de l'utilisation de la contraception selon le nombre d'enfants à charge

NOMBRE D'ENFANTS A CHARGE ACTUELLEMENT	METHODE CONTRACEPTIVE		TOTAL
	Oui	Non	
Aucun	42,86%	57,14%	100%
1 enfant	52,94%	47,06%	100%
2 enfants	53,85%	46,15%	100%
3 enfants et plus	68,42%	31,58%	100%
TOTAL	57,89%	42,11%	100%

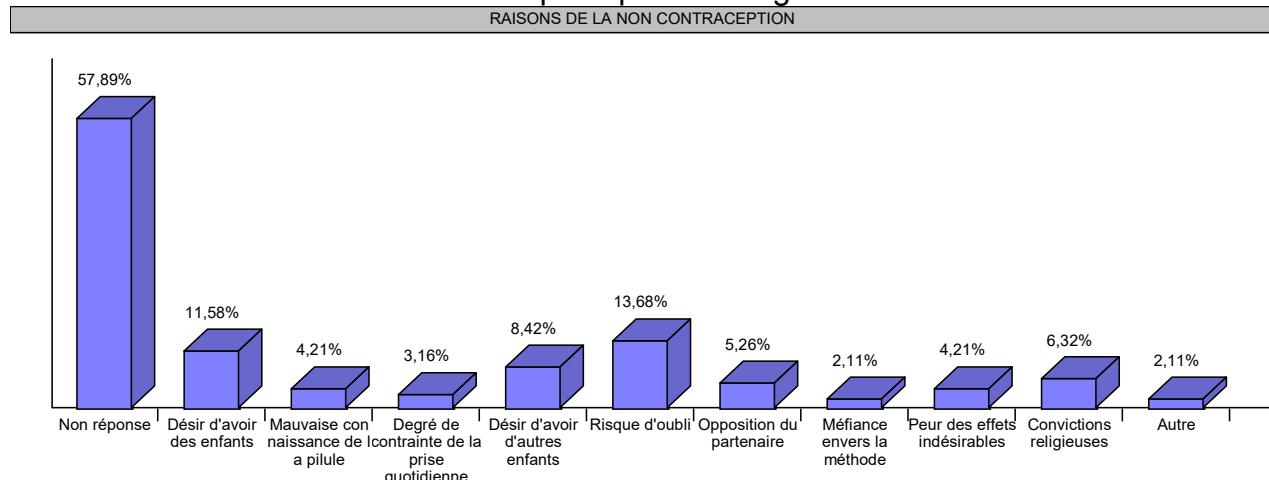
Chi² = 3 ; degré de liberté = 3 ; 1-p = 66%. La dépendance n'est pas significative. Les valeurs du tableau sont les pourcentages en ligne établis sur 95 observations.

Les données de ce tableau indiquent qu'il n'existe pas de lien significatif entre le nombre d'enfants à charge et l'utilisation de la contraception. Néanmoins, on remarque que les femmes ayant trois enfants et plus ont un niveau d'utilisation de la contraception plus élevé que celles qui n'ont pas d'enfants (respectivement 68.42% versus 42.86%). Autrement dit, ces dernières ont moins recours à la contraception, certainement pour éviter de faire les enfants avec plusieurs pères ou parce qu'elles ne sont pas mariées car, le fait d'avoir un enfant ou des enfants hors mariage est toujours mal perçu mais très courant.

3.2.2. Facteurs de démotivation ou l'absence à la méthode contraceptive justifiant la dissonance

Graphique 3²³

Raisons du non recours à la contraception par les soignantes



Chi² = 277 ; degré de liberté = 11 ; 1-p = >99%. La dépendance est très significative. Le nombre de citations est supérieur au nombre d'observations du fait de réponses multiples (2 au maximum).

A travers le graphique 3 nous constatons que les motifs les plus fréquemment énumérés par les 42.11% des soignantes (*Graphique 1 et 2 ; Tableau 1 et 3*) qui n'utilisent pas de contraception sont par ordre décroissant : les *oublis fréquents*

²² Tableau de croisements tiré de Sphinx

²³ Graphique de Sphinx

(13.68%), le *désir d'avoir des enfants* (11.58%) et celui *d'avoir d'autres enfants* (8.42%).

Par conséquent, lorsqu'on se réfère aux résultats ci-dessous (*Tableau 5*), il ressort que le statut matrimonial est légèrement associé au non-recours à la contraception. Toutefois, le croisement des variables situation matrimoniale et raisons de non-utilisation de la contraception montre que seules les soignantes célibataires (100%) n'y ont pas recours à cause du *degré de contrainte de la prise quotidienne* de la pilule. C'est également parmi elles que le pourcentage des femmes qui mettent les *raisons religieuses* en avant est le plus élevé contrairement aux femmes mariées (83.33% versus 16.67% des mariées). En revanche, les femmes mariées sont les plus nombreuses à justifier cette absence de la contraception par le fait qu'elles ont une *mauvaise connaissance de la pilule* (75% contre 25% des célibataires) et par *peur des effets indésirables* ou secondaires (75% versus 25% des dames en concubinage).

Tableau 5²⁴

Facteurs de dissonance cognitive de la contraceptive selon le statut matrimonial des soignantes

	Mariée	Célibataire	Concubinage
Non réponse	23,64	29,09	47,27
Désir d'avoir des enfants	18,18	45,45	36,36
Mauvaise connaissance de la pilule	75	25	-
Degré de contrainte de la prise quotidienne	-	100	-
Désir d'avoir d'autres enfants	12,50	25	62,50
Oublis fréquents	23,08	38,46	38,40
Opposition du partenaire	20	40	40
Méfiance envers les méthodes contraceptives	50	50	-
Crainte des effets indésirables	75	-	25
Convictions religieuses	16,67	83,33	-
Autres	-	-	100

Chi2 = 32 ; degré de liberté = 20 ; 1-p = 95%. La dépendance est significative.

Les valeurs du tableau sont les pourcentages en ligne établis sur 95 observations.

²⁴ Tableau élaboré sur Word 2010 à partir des données fournies par Sphinx

4. DISCUSSION

Rappelons que l'objectif de cette étude était de voir comment dans un contexte socioprofessionnel favorable, les soignantes s'abstiennent ou utilisent une méthode contraceptive et de comprendre les déterminants cognitifs qui construisent leur discours. Les différentes explications données par les soignantes pour recourir ou non aux méthodes contraceptives dénotent de dissonance cognitive. Ce sont les raisons évoquées par celles qui ne recourent pas aux méthodes contraceptives qui mettent plus en évidence la dissonance. Elles justifient la non prise d'une méthode contraceptive par le fait qu'elles désirent avoir des enfants, qu'elles ont une mauvaise connaissance des produits, pour d'autres c'est à cause des contraintes ou même l'oubli fréquent. Ces explications dissonantes diffèrent selon l'âge et le statut matrimonial de la soignante.

En effet, malgré les multiples moyens de contraception mis à la disposition des soignantes des facteurs de dissonance demeurent encore chez 42.11% des soignantes (*Tableau 1 et 3*). Des résultats presque similaires ont été obtenus par Sépou *et al.* (*op. cit.*) en Centrafrique (46.5%) et par Vlassoff (*ibid.*) au Cameroun qui observaient que 45% des femmes n'utilisaient absolument pas de moyen de contraception. Parmi les raisons les plus communément citées figurent le risque d'oubli, le désir de maternité et d'avoir d'autres enfants. Concernant les risques d'oublis liés à l'usage de la pilule, voici ce qu'elles révèlent au niveau des questions ouvertes : « *J'ai l'impression de souvent oublier ma pilule* » ; « *J'ai souvent peur d'oublier de la prendre* », « *Suivre un traitement à heure fixe, c'est compliqué. J'ai souvent l'impression de ne pas l'avoir prise* ». L'ensemble de ces pourcentages sont comparables à ceux retrouvés par plusieurs autres études (Kotokou, *op.cit.*).

Si elles sont nombreuses à redouter les risques liés aux oubliers fréquents de la pilule, d'autres (4.21%) craignent les effets secondaires de celle-ci (*Figure 1*). Ce résultat est beaucoup moins élevé que les 19.2% rapportés par Mukengeshayi *et al.* (2017) concernant les femmes d'Antananarivo et les 54% trouvé par Debusquat (2017) en France. Les réponses aux questions ouvertes de nos enquêtées sont que : « *la pilule fait grossir* », « *J'ai pris du poids avec mon ancienne pilule* », « *J'ai entendu dire que quand on commence à prendre la pilule, on peut avoir des problèmes pour enfanter plus tard, parce qu'elle bouche les trompes* ». Ces effets secondaires qu'elles rapportent prouvent justement les éléments dissonants sur lesquels se focalisent leurs attitudes. Ces éléments s'appuient souvent sur des rumeurs qui circulent à propos des méthodes contraceptives. Pour ce qui est de l'usage du préservatif, il se heurte aussi à des problèmes tels que la « *peur de voir le préservatif glisser pendant le rapport sexuel* », la « *peur de la rupture du préservatif est une chose qui peut arriver. Je m'abstiens donc pour éviter une grossesse non désirée [...]* », la « *diminution du plaisir érotique* » et à une altération de la qualité du rapport sexuel. Tout ceci pourrait justifier le fort taux de réticence des femmes-soignantes qui n'y ont pas recours. L'imaginaire populaire au Gabon véhicule un ensemble de croyances négatives à l'endroit des méthodes contraceptives modernes. Ce qui dissuade certainement les femmes qui veulent y recourir. Cette peur des effets supposés de la pilule n'est pas spécifique au Gabon. Nombreux sont les auteurs à Lomé (Kotokou, 1994), à Madagascar (Gastineau & Rajaonarisoa, 2010) et au Congo (Mukengeshayi *et al.*, *ibid.*) qui avaient déjà retrouvé cette inquiétude quelques années auparavant. Larson (1983, cité par Ngom, 1994), au sortir d'une enquête, fait remarquer que les femmes du Botswana

croient que la pilule accroît le poids du nouveau-né et qu'elle est source de cancer. De telles croyances sont effrayantes et il n'est pas surprenant de constater, dans cette étude, la forte proportion de femmes qui n'utilisent pas de contraceptifs. Lorsqu'une femme est active sexuellement et en âge de procréer, et décide de ne pas avoir recours à un moyen de contraception, celle-ci s'expose à un risque énorme de contracter des grossesses non désirées qui peuvent aboutir à des avortements provoqués dans des conditions insalubres mettant la vie en danger. Toutefois, contrairement à Gastineau & Rajaonarisoa (*ibid.*) et Debusquat (*op.cit.*), nous n'avons pas rencontré de femmes ayant déclaré comme effets secondaires la perte des cheveux ou comme Chae *et al.* (*op.cit.*), des femmes invoquant l'opposition du conjoint pour expliquer leur absence de pratique contraceptive. Ceci est peut-être lié à la taille de notre population d'étude.

Les facteurs déterminants l'absence de l'utilisation de la contraception varient en fonction de la situation conjugale des soignantes. Cette hypothèse se vérifie lorsque l'on regarde les résultats du tableau 5. En effet, s'agissant du lien entre la non-utilisation de la contraception et la situation matrimoniale des soignantes, il apparaît que les raisons varient selon qu'on soit en couple (marié ou en concubinage) ou pas. Contrairement aux femmes célibataires et celles vivant en concubinage, on distingue une grande représentation des femmes qui ont un frein à la contraception chez les mariées par peur, des « effets secondaires » (75%) et étonnement de la « mauvaise connaissance de la pilule » (75%). Ces données qui sont nettement plus élevées que celles qui avaient été révélées par Chae *et al.* (2015) au sujet des obstacles à la pratique contraceptive des femmes au Bénin, confortent bien notre dernière hypothèse. Cette situation laisse penser qu'il existe encore beaucoup d'inquiétude quant à la fiabilité de la pilule contraceptive, chez les soignantes en union. Ce qui nous ramène alors à la question de la suffisance de l'information sur la planification familiale.

Pour celles qui ont opté pour des méthodes contraceptives, les résultats dans leur ensemble indiquent que plus de la moitié des soignantes soit 57.89% reconnaissent utiliser un moyen de contraception. Ce qui confirme les données de l'enquête démographique et de santé de 2012 de la DGS et l'ICF International (2013 : 91). Selon cette enquête 98% des femmes déclarent avoir recours à une méthode contraceptive. Toutefois, nos résultats contrastent avec ceux d'une précédente étude réalisée par Sépou, Enza et Nali (2000) en Centrafrique qui retrouvait un taux d'utilisatrices de méthodes contraceptives nettement inférieur (30.4%). Nos données montrent que le préservatif, méthode souvent associée au début de la vie sexuelle, constitue la méthode la plus fondamentale pour nos enquêtées puisqu'il est utilisé par 22.11% des soignantes. Ce pourcentage a largement augmenté comparé aux données de 2013 auxquels nous renvoient la DGS et l'ICF International (12% contre 5% en 2000). En revanche, il est légèrement inférieur à celui retrouvé au Bénin (Chae *et al.*, 2015) où 38% des femmes déclarent se protéger grâce au préservatif. La prédominance de ce contraceptif, longtemps considéré par les femmes comme une méthode peu fiable à cause du risque de rupture, est tellement forte au Gabon qu'il reste même la méthode la plus plébiscitée devant la pilule (*Tableau 1*). Certainement parce qu'il a l'intérêt de protéger contre les maladies sexuellement transmissibles (IST). Nos résultats vont à l'encontre, d'une part, de ceux de Leridon *et al.* (1977) qui trouvaient que la méthode contraceptive la plus employée par les Françaises était la pilule (91.2%). Et d'autre part, de ceux de Fassassi (*op.cit.*) et Pisson (*op.cit.*) qui notent que la pilule est la contraception la plus courante en Algérie, au Maroc et au Liban. A l'opposé de la

France où le recours à la pilule (contraception la plus utilisée) décline d'année en année au profit du stérilet (IFOP, 2018), au Gabon l'usage de la pilule a certes augmenté mais, elle reste chez ces utilisatrices le troisième moyen de contraception comme au Bénin où la proportion d'utilisation s'élève à 15% (Chae *et al.*, *ibid.*) et en Centrafrique à 16.2% (Sépou *et al.*, *ibid.*).

Toutefois, les méthodes dites de longue durée, comme l'implant (7.37%) et le stérilet (4.21%) représentent chacun moins de 10% d'usage chez les enquêtées. Ces contraceptions nouvelles sont encore peu pratiquées au Gabon. Certainement parce qu'elles sont perçues comme des méthodes de contraception d'arrêt d'enfants, c'est-à-dire quand le nombre d'enfants souhaité est atteint, et non comme méthode d'espacement des naissances. Les méthodes contraceptives modernes de planification familiale auxquelles nos enquêtées ont recours sont comparables à celles de plusieurs autres études (Kotokou, 1994 ; Fassassi, 2007 ; INED, 2014 ; Pison, 2017). Mais, pouvons-nous dire que cette légère hausse d'utilisatrices (57.89%) de moyens contraceptifs comparée à celle qu'indiquaient la DGS et l'ICF International en 2013 (33.6%) est-elle attribuable au « succès » du programme national de la PF mise en place au Gabon depuis 2020 ?

Les convictions religieuses des soignantes font remarquer que les musulmanes comparativement aux catholiques et aux protestantes ne manifestent pas d'intérêt aux méthodes contraceptives modernes mais plutôt aux méthodes contraceptives dites naturelles, comme l'abstinence (*Tableau 1*). Pour Doutsona (2019 : 46), « c'est pour éviter une stérilité secondaire que beaucoup choisissent des méthodes traditionnelles aussi incertaines telles que l'abstinence ». Mais, pour d'autres auteurs (Moreau *et al.*, 2007), l'utilisation des méthodes de contraceptions naturelles (abstinence ou retrait) sont fréquemment l'œuvre des femmes qui vivent seules ou qui n'ont pas d'enfants. Tel est le cas ici des soignantes célibataires de confession musulmanes. En effet, ce fort pourcentage de musulmanes (60%) qui s'abstiennent de tout rapport sexuel s'avère être des célibataires. Pour elles : « *le Coran interdit la contraception quand on n'est pas mariée* », « *la contraception va contre la volonté d'Allah quand on n'est pas mariée* ». Le reste des soignantes (40%) de cette communauté vivent maritalement et aucune d'elles ne vit en concubinage comme nous pouvons le distinguer avec les femmes de confession catholique et protestante (*Tableau 2*). Tout ceci laisse penser que, la contraception moderne peut être admise chez les soignantes musulmanes (*Tableau 1* : la pilule et le calcul du cycle sont à égalité avec 20%) mais seulement dans le cadre du mariage.

L'étude coordonnée par World Faith Development Dialogue (2017) au Sénégal révèle que les religions musulmane et catholique n'autorisent pas le préservatif. Selon cette étude, pour les chefs religieux : « *L'Eglise n'est pas d'accord avec les préservatifs parce que ça encourage la promiscuité sexuelle* », « *L'islam n'autorise pas le préservatif car c'est tuer un être humain. Le liquide qu'on jette après pourrait devenir un être vivant. C'est donc mieux de ne pas l'utiliser. Il n'est pas une méthode destinée à l'espacement des naissances. Il encourage les rapports hors mariage. Même un homme marié ne doit pas l'utiliser, sauf s'il est atteint de MST* ». Ces résultats amènent donc à affirmer que *la religion d'appartenance influence totalement les soignantes dans la motivation de l'utilisation de la contraception* est totalement validée. Le recours à la contraception d'urgence (Lambole, op.cit.), à la stérilisation (Dougnac, op.cit.) et à l'injection contraceptif (Fassassi, op.cit.) n'ont pas été évoqué par nos enquêtées.

D'après les résultats, la principale raison pour laquelle les soignantes (38.95%) de cette enquête ont recours à la contraception tient au fait qu'elles désirent éviter les grossesses non planifiées (*Tableau 3*). Ce pourcentage est proche de celui retrouvé au Cameroun où il était de 37% (Vlassoff & Jerman, 2014). Le facteur âge permet de constater que les soignantes les plus âgées qui ne veulent plus avoir d'enfants disent limiter les naissances ou la taille de la cellule familiale en employant des moyens de contraception moderne. Ces résultats corroborent ceux trouvés par l'INED en 2014. Les moins âgées (25-35 ans), par contre, sont celles qui sollicitent le plus les méthodes contraceptives pour éviter les grossesses non désirées. En effet, plus elles sont jeunes, plus elles manifestent le besoin de se protéger sexuellement par peur, disent-elles : « *de se retrouver à avoir des enfants avec plusieurs pères* », « *de faire face aux difficultés financières pour s'occuper de plusieurs enfants* », « *d'assumer seule la charge d'une grossesse parfois refusée par le partenaire* ». Ce qui précède nous amène à confirmer que *la motivation de l'utilisation de la contraception varie en fonction de l'âge des soignantes*. Autrement dit, l'adoption d'une méthode contraceptive dépend du facteur âge. Mais quand nous leur demandons combien d'enfants elles préféreraient avoir, elles sont nombreuses à donner une réponse non numérique telle que « *c'est Dieu qui donne les enfants* ».

CONCLUSION

La principale contribution de cette investigation était de déterminer les différentes méthodes contraceptives utilisées par les soignantes gabonaises, en observant les aspects dissonants justifiant l'adoption de ce comportement particulièrement visible à travers les facteurs de recours ou de non recours chez les soignantes. Les résultats révèlent que le caractère dissonant est fonction de la profession que les soignantes exercent, de leur statut matrimonial et même de leur confession religieuse. Par exemple les célibataires de confession musulmane sont celles qui préfèrent l'abstinence contrairement à celles de religion catholique et protestante qui sont pour le préservatif masculin. Il reste que celui-ci est le contraceptif moderne le plus sollicité devant la pilule.

Telle que l'indique cette première analyse, nombreuses encore sont les femmes-soignantes en activité sexuelle et en âge de procréer qui n'utilisent aucun moyen contraceptif, en dépit de leur exercice de travail dans le milieu hospitalier et du contexte politique favorable au Gabon. La non-utilisation de la contraception relève de discours construits autour de craintes d'effets secondaires, d'oublis de la pilule et d'altération du plaisir. C'est là tout le paradoxe dissonant cognitif.

A l'image de ces soignantes, l'usage des contraceptifs modernes reste donc limité. Il est nécessaire que les pouvoirs publics mènent des campagnes d'informations (spots télévisuels, radio, brochures) et de sensibilisations autour du planning familial afin d'éviter les grossesses non désirées qui entraînent des avortements à risque sources de morbidité et de mortalité chez les femmes.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Boutter, M. C. (2017).** « La contraception au Burkina Faso, obstacles et préjugés, Vocation Sage-femme », *Sciences humaines internationales*, n°129, 1-6.
- Chae, S., Woog, V., Zinsou, C. & Wilson, M. (2015),** Obstacles à la pratique contraceptive des femmes au Bénin, En Bref, New-York : Guttmacher Institute.
- Direction Générale de la Statistique (DGS) du Gabon et ICF International. 2012.** Enquête Démographique et de Santé du Gabon 2012 : Rapport de synthèse. Calverton, Maryland, USA: DGS et ICF International.
- Dautry, E. (2018).** « Au Japon, la contraception est toujours taboue », <https://madame.lefigaro.fr/societe/au-japon-la-contraception-cest-tabou-100918-150447>, consulté le 25.09.2021.
- Debusquat, S. (2017).** « Les femmes et la pilule : effets secondaires, arrêt et sevrage », http://jarretelapilule.fr/wpcontent/uploads/2017/08/SONDAGE-2017_consulté le 23.03. 2021
- Direction Générale de la Statistique (DGS) & ICF International (2013).** *Enquête Démographique et de Santé du Gabon 2012*. Calverton, Maryland et Libreville, Gabon, 89-102.
- Dougnac, V. (2015).** « La stérilisation des femmes, une contraception made in India », <https://www.lepoint.fr/monde/la-sterilisation-des-femmes-une-contraception-made-in-india>, consulté le 26.10.2021.
- Doutsona, J. (2019).** « Avortement et contraception en milieu urbain au Gabon : le cas de Libreville de 1996 à nos jours ». In : G. Esseng Aba'a, J.-E. Etoughé-Efé (sous la dir.), *L'interruption volontaire de grossesse. La société gabonaise au miroir de la loi Veil*, L'Harmattan, 25-50
- Fassassi, R. (2007).** « Les facteurs de la contraception en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale au tournant du siècle », Rapport de synthèse, ENSEA, Paris, Les Collections du CEPED (Centre Population Et Développement).
- Festinger, L. (1962).** Une théorie de la dissonance cognitive. Stanford University Press, Redwood City.
- Gastineau, B. & Rajaonarisoa, S. (2010).** « Santé de la reproduction et avortement à Antananarivo (Madagascar) résultats d'une recherche originale », *African Journal of Reproductive Health*, sept. 14 (3), pp. 223-232.
- Gros, C. (2010).** « Connaissance des jeunes sur la contraception et les infections sexuellement transmissibles ». Gynécologie et obstétrique. Mémoire pour l'obtention du Diplôme de Sage-Femme, Université Paris Descartes. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00593819>
- Guillaume, A. & Desgrès Du Lou A. (2002).** « Planification familiale à Abidjan : contraception et/ou avortement ? : une étude auprès des consultantes de quatre formations sanitaires urbaines », in Guillaume, A. (ED), Degrès Du Lou A. (ED), Zanou, N. (ed.), N'Guessan, K. (ed.), *Santé de la reproduction en Afrique*, ENSEA, FNUAP, Abidjan, Côte d'Ivoire, 267-296.
- Institut français d'opinion publique/IFOP (2018).** « Contraception : Pourquoi les femmes délaisse la pilule ? » Illico Med. <https://www.ifop.com/publication/contraception-pourquoi-les-femmes-delaissent-la-pilule/>
- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé/INPES (2007). « Contraception : Que savent les français ? Connaissances et opinions sur les

- moyens de contraception : état des lieux ». Dossier de presse. <https://www.chu-toulouse.fr/contraception-que-savent-les>, consulté le 23.03.2021.
- Institut National d'Etudes Démographiques/INED (2017). « Cinquante ans de contraception légale en France : diffusion, médicalisation, féminisation ». <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memosdemo/focus/cinquante-ans-de-contraception-legale-en-france/>, consulté le 21.10.2021.
- Institut National d'Etudes Démographiques/INED (2014). « La contraception dans le monde (2011) », <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/la-contraception-dans-le-monde/>, consulté le 22.10.2021.
- Kotokou, K. (1994).** « Les facteurs de l'utilisation des méthodes contraceptives à Lomé », in Koffi N. (ed.), Guillaume Agnès (ed.), Vimard Patrice (ed.), Zanou B. (ed.) *Maîtrise de la croissance démographique et développement en Afrique*, Paris, ORSTOM, 251-266.
- Lamboley, C. (2012).** « Connaissance de la contraception chez les jeunes adultes à l'entrée à l'Université de Limoges ». Mémoire pour le Diplôme d'Etat de Sage-femme, Université de Limoges.
- Leridon, H., Mayen, M., Levaillant, J.-M. (1977).** « La diffusion des méthodes modernes de contraception : une étude dans une consultation hospitalière », *Population*, 32^e année, n°4-5.
- Moreau, C., Lydie, N., Warszawski, J. & Bajos, N. (2007).** « Activité sexuelle, infections sexuellement transmissibles, contraception : une situation stabilisée », *Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé*. saint-Denis : INPES coll. Baromètres santé.
- Mukengeshayi Ntambue, A., Ngalula Tshiala, R., Kaj Malonga, F., Mpoyi Ilunga, T., Mulumba Kamonayi, J., Tshimankinda Kazadi, S., Matungu Matungulu, C., Nkola Musau, A., Mulamba, D., Dramaix-Wilmet, M. & Donnen, P. (2017).** « Utilisation des méthodes contraceptives modernes en République Démocratique du Congo : prévalence et barrières dans la zone de santé de Dibindi à Mbuji-Mayi », *The Pan African Medical Journal*, vol.26, n°199, 1-8.
- Ndembi Ndemb A. P. (2016)** « Transmission générationnelle : rencontre entre savoir traditionnel et pratique contraceptive moderne chez quelques femmes de Mayumba au Sud du Gabon », in Savoirs endogènes et rapports au travail, *Revue Gabonaise des conduites humaines*, n°1, Paris, L'Harmattan, pp. 173-192.
- Ngom, P. (1994).** « Pourquoi les femmes arrêtent-elles d'utiliser la contraception ? Exemple du Botswana », *Etude de la population Africaine*, vol.9, n°1. <http://www.bioline.org.br/request?ep94003>, consulté le 23.03.2021.
- Organisation Mondiale de la Santé/Agence des Etats-Unis pour le développement international/USAID (2014).** « Stratégie de programmation pour la planification familiale du post-partum », Genève, Suisse. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/99116>, consulté le 12.10.2021.
- Organisation Mondiale de la Santé (2015).** Planification familiale/Contraception, Centre des médias, Aide-mémoire n° 351.
- Organisation Mondiale de la Santé (2018).** « Espacement des naissances et choix en matière de méthodes de planification familiale du post-partum ». <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/espacement-naissances/fr/>, consulté le 12.10.2021.
- Organisation Mondiale de la Santé (2020).** « Planification familiale/Contraception ». OMS centre des médias, juin 2020 <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>, consulté le 07.10.2021.

Pison, G (2017). « La pilule, première méthode de contraception en France, mais pas dans le monde ». <https://theconversation.com/la-pilule-premiere-methode-de-contraception-en-france-mais-pas-dans-le-monde-89207>, consulté le 22.10.2021.

Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), Organisation Mondiale de la Santé et Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) (2015). « Déclaration de position sur les préservatifs et la prévention du VIH, des autres infections sexuellement transmissibles et des grossesses non désirées ». https://www.unaids.org/fr/resources/presscentre/featurestories/2015/july/20150702_condoms_prevention, consulté le 2.08.2021.

Sepou, A., Enza, J. & Nali, M. N. (2000). « Les difficultés liées à l'expansion de la contraception en zones urbaine et semi urbaine de la République Centrafricaine », *Médecine d'Afrique Noire*, 47(2), 73-8.

Vlassoff, M. & Jerman, J. (2014). « Avantages à répondre aux besoins de contraception des Camerounaises », *Guttmacher Institute*, n°1, 1-8.

World Faith Development Dialogue (2017). « Comprendre les influences de la religion sur la planification familiale. La procédure de suivi et d'évaluation au Sénégal », 1-8, https://pdfhall.com/comprendre-les-influences-de-la-religion-sur-la-planification-familiale_5a0afdd01723dd118eaf5bfe.html, consulté le 24.07.2021.