



## RAPPORT FINAL

---

*EVALUATION DU TAUX D'UTILISATION DES METHODES  
CONTRACEPTIVES CHEZ LES FEMMES VIVANT AVEC LE  
VIH EN GUINEE*

---

FRVRIER 2017



## SIGLES ET ABREVIATIONS

<b>ARV</b>	<b>Anti rétroviraux</b>
<b>ASC</b>	Agent de Santé Communautaire
<b>CIPD</b>	Conférence Internationale sur la Population et le Développement
<b>CNLS</b>	Comité National de Lutte contre le Sida
<b>CPN</b>	Consultation Pré Natale
<b>CS</b>	Centre de santé
<b>DIU</b>	Dispositif intra Utérin
<b>DNSFN</b>	Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition
<b>DPS</b>	Direction Préfectorale de la Santé
<b>IST</b>	Infections Sexuellement Transmises
<b>MSP</b>	Ministère de la Santé Publique
<b>OCB</b>	Organisation Communautaire de Base
<b>ONG</b>	Organisation Non Gouvernementale
<b>PEC</b>	Prise en Charge
<b>PF</b>	Planification Familiale
<b>PNPCSP</b>	Programme National de Prise en Charge Sanitaire et de Prévention des IST VIH/Sida
<b>PTME</b>	Prévention de la Transmission Mère - Enfants
<b>TPC</b>	Taux de Prévalence Contraceptif
<b>UNICEF</b>	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
<b>VIH</b>	Virus de l'immunodéficience Humaine

# SOMMAIRE

RUBRIQUES	PAGES
RESUME EXECUTIF.....	8
<b>I. JUSTIFICATION :</b> .....	12
<b>II. BUT :</b> .....	14
<b>III. OBJECTIFS :</b> .....	14
<b>IV. METHODOLOGIE :</b> .....	14
IV.1 Cadre de l'évaluation : .....	14
IV.2 Cibles de l'évaluation : .....	14
IV.3 Type d'étude : .....	14
IV.4 Echantillonnage : .....	14
IV.5 Sélection des Sites:.....	15
IV.6 Sélection des Femmes vivants avec le VIH :.....	19
IV.7 Collecte des données : .....	19
IV.8 Supervision de la collecte des données : .....	20
IV.9 Critère d'inclusion :.....	20
IV.10 Critère d'exclusion : .....	20
IV.11 Qualité des données :.....	20
IV.12 Saisie des données : .....	20
IV.13 Nettoyage et analyses des données :.....	20
IV.14 Sélection et formation des enquêteurs :.....	20
IV.15 Considérations éthiques :.....	21
IV.16 Durée de l'étude :.....	21
IV.17 Limites et difficultés : .....	21
<b>V. LES RESULTATS DE L'EVALUATION :</b>	
V.1. Zones de l'évaluation : .....	21
V.2. Caractéristiques sociodémographiques des femmes interviewées :.....	22
V.3. Accessibilité aux soins de PF :.....	23
V.4. Connaissances du statut sérologique et gestion de l'information dans le foyer:	24
V.5. Information et connaissances de la pratique de la contraception :.....	24
V.6. Recours aux services et utilisation des méthodes contraceptives :.....	25
V.6.1. Utilisation de la PF par les femmes vivant avec le VIH selon les zones :.....	29
V.6.2. Utilisation de la PF par les femmes vivant avec le VIH selon les Districts Sanitaires :.....	29
V.6.3. Utilisation de la PF par les femmes vivant avec le VIH selon le niveau d'instruction :.....	32

V.6.4. Utilisation de la PF par les femmes vivant avec le VIH selon le type de foyer :....	32
V.6.5. Utilisation de la PF par les femmes vivant avec le VIH selon la confession religieuse :.....	33
V.6.6. Utilisation de la PF par les femmes vivant avec le VIH selon l'âge :.....	33
V.6.7. Utilisation de la PF par les femmes vivant avec le VIH selon le temps mis dans la localité :.....	34
V.6.8. Utilisation de la PF par les femmes vivant avec le VIH selon la durée dans la séropositivité, depuis le dépistage :.....	34
V.6.9. Utilisation de la PF par les femmes vivant avec le VIH selon l'information ou non du conjoint de la séropositivité de la femme :.....	35
V.6.10. Utilisation de la PF par les femmes vivant avec le VIH selon le coût de transport pour l'accès aux soins de PF:.....	36
V.6.11. Utilisation de la PF par les femmes vivant avec le VIH selon le coût de prestation des soins PF.....	36
V.6.12. Prononciation des femmes vivant avec le VIH sur les avantages de la PF :.....	36
V.6.13. Exposition des femmes vivant avec le VIH à la stigmatisation :.....	37
V.6.14. Les recommandations formulées par les femmes vivant avec le VIH/Sida sur la PF :.....	37
VI. CONCLUSIONS :.....	37
VII.RECOMMANDATIONS.....	39
ANNEXE.....	41

---

<b>LISTE DES TABLEAUX</b>
---------------------------

Tableau 1 : Distribution des femmes vivant avec le VIH en Guinée au 30 Juin 2016 et estimation des femmes vivant avec le VIH à enquêter par région administrative

Tableau 2 : Distribution des femmes vivant avec le VIH à enquêter, selon les Districts Sanitaires de la zone de Conakry

Tableau 3 : Distribution des femmes vivant avec le VIH à enquêter, selon les structures de santé de la zone de Conakry

Tableau 4 : Distribution des femmes vivant avec le VIH à enquêter, selon les régions, les Districts Sanitaires et les structures de santé de l'intérieur du pays

Tableau 5 : Répartition des femmes vivant avec le VIH interviewées selon les Districts sanitaires

Tableau 6: Distribution des femmes vivant avec le VIH interviewées selon l'âge

Tableau 7 : Distributions des méthodes contraceptives selon les connaissances des femmes

Tableau 8 : Distribution des méthodes de contraception utilisées par les femmes vivant avec le VIH interviewées

Tableau 9 : Distribution des femmes vivant avec le VIH interviewées par zone (intérieur et Conakry) selon l'utilisation de la PF

Tableau 10 : Distribution des femmes vivant avec le VIH interviewées par District Sanitaire selon l'utilisation de la PF

Tableau 11 : Distribution des femmes vivant avec le VIH en deux catégories selon l'utilisation de la PF

Tableau 12 : Distribution des femmes vivant avec le VIH interviewées selon le type de foyers et l'utilisation de la PF

Tableau 13 : Distribution des femmes vivant avec le VIH selon la confession religieuse et l'utilisation de la PF

Tableau 14 : Distribution des femmes vivant avec le VIH interviewées selon l'âge et l'utilisation de la PF

Tableau 15 : Distribution des femmes vivant avec le VIH interviewées selon la durée de dépistage et l'utilisation de la PF

Tableau 16 : Distribution des femmes vivant avec le VIH interviewées selon que le conjoint ait été informé du statut de la femme et l'utilisation de la PF

<b>LISTE DES GRAPHIQUES</b>
-----------------------------

Graphique 1 : Répartition des femmes séropositives interviewées par type de foyer

Graphique 2 : Distribution des différents taux d'utilisation selon des phases établies

Graphique 3 : Distribution des canaux de proposition aux femmes pour l'utilisation de la PF

Graphique 4: Présentation de l'utilisation de la PF par les femmes vivant avec le VIH selon leur niveau d'instruction

Graphique 5 : Distribution des femmes vivant avec le VIH interviewées selon l'information du conjoint du statut de la femme et l'utilisation de la PF

## PETITE REFLEXION

L'évaluation est avant tout une critique de nos actions, la remise en question constante de nos activités, l'analyse de nos échecs et de nos succès. L'impulsion nouvelle, les orientations découlant de nos évaluations/enquêtes/Recherches sont des approches indispensables au progrès de la santé.

**Consultant : Dr DIALLO Abdoulaye Mairie**

Mail : [dabdoulayemairie@gmail.com](mailto:dabdoulayemairie@gmail.com), Tel : 628 18 03 34, 655 45 77 68

## RESUME EXECUTIF

Dans l'optique de la mise en œuvre du plan d'accélération de l'élimination de la transmission verticale en Guinée, une évaluation de l'utilisation des méthodes contraceptives chez les femmes vivant avec le VIH a été envisagée par le Ministère de la Santé Publique, le CNLS et leurs partenaires, et exécutée avec le concours d'un Consultant National.

En effet, le taux d'utilisation des méthodes contraceptives est bien connu dans la population générale, il est de 6% d'après l'EDS\_MICS IV. Par contre, elle est jusque-là méconnue au niveau des femmes vivant avec le VIH d'où toute la motivation de la présente évaluation. Elle permet au pays de disposer des données de référence sur lesquelles se baser pour faire des projections objectives tenant compte des réalités nationales en matière de taux de satisfaction des besoins en Planification Familiale. D'ailleurs, on le sait, un des piliers majeurs de la PTME est la prévention des grossesses non désirées chez les femmes en âge de procréer (15 à 49 ans).

L'évaluation s'est déroulée du 02 au 14 Janvier 2017 dans les régions administratives du pays et du 20 au 31 Janvier dans la zone spéciale de Conakry. Au total, 1206 femmes de 15 à 49 ans (selon la directive de l'évaluation) ont été interviewées dans les différentes structures cibles contre 1814 femmes prévues soit un taux de réalisation de 66%. Le protocole de l'évaluation a été soumis à une validation au niveau central par une équipe multidisciplinaire.

Des enquêteurs « neutres » ont été sélectionnés sous le concours d'une ONG nationale (Club des Amis du Monde) avec laquelle un contrat de moralité a été signé en vue d'une réalisation sécurisée des activités sur le terrain.

Conformément au protocole validé par le niveau central, l'évaluation a intéressé 13 Districts Sanitaires des régions administratives de l'intérieur et les cinq Districts Sanitaires de la ville de Conakry.

L'analyse de la banque des données du PNPCSP des IST et VIH/Sida avait élucidé que les 70% des femmes vivant avec le VIH « résidaient » à Conakry, et justement l'échantillonnage des femmes cibles avait tenu compte de ce facteur paramétrique.

Selon les résultats, 63% des femmes interviewées sont de Conakry contre 37% pour l'intérieur du pays.

Considérant les caractéristiques sociodémographiques des femmes interviewées, il en ressort les paramètres ci-après :

- La majorité des femmes soit les 55% n'ont jamais été scolarisées, 20% ont le niveau secondaire, 20% aussi ont le niveau primaire contre 5% de femmes universitaires ;
- Les 41% des femmes sont dans des foyers de monogamie, 18% sont des femmes célibataires, 17% sont des femmes veuves (ce qui n'est pas négligeable), 14% sont mariées en polygamie et 8% des femmes sont divorcées ;
- L'âge moyen des femmes est de 32 ans, l'âge modal est de 30 ans et l'âge médian est de 32

ans ; la variance est de 57.8 et l'écart type est de 7.5, les moins âgées sont 2 femmes de 15 ans et les plus âgées qui ont évidemment 49 ans sont 13 femmes ;

- Les 85% des femmes sont de confession musulmane contre 13% de femmes chrétiennes ; et 2% pratiquant d'autres religions ;
- Les 91% des femmes sont domiciliées dans leurs zones respectives depuis plus de 6 mois alors que les autres sont arrivées dans leurs localités il y a moins de 6 mois.

Pour les connaissances de la pratique de la contraception, l'évaluation révèle que les 68% soit 815 femmes enquêtées ont des informations sur la pratique des mesures contraceptives : leurs canaux d'information sont les Agents de Santé à hauteur de 41%, la radio à 24%, la télévision à 6%, les Agents ONG à 3%, les affiches à 2%, le « le bouche à oreille à » à 1% et le regroupement de la modalité « autres » à 23%.

En ce qui concerne la connaissance des méthodes contraceptives, il apparaît que 769 femmes ciblées soit les 64% connaissent au moins une méthode moderne contraceptive, les 45% soit 542 femmes connaissent deux méthodes contraceptives, les 17% soit 200 femmes connaissent trois méthodes contraceptives et que 1% soit 10 femmes ont la connaissance de quatre méthodes modernes de contraception : Condom, DIU, contraceptif oral genre pilule et contraceptif injectable genre Dépo Provera en grande partie.

La méthode contraceptive la plus connue ou du moins la plus citée par les femmes interviewées est la forme orale soit les 41% ; la forme injectable suit avec une fréquence de 32%.

S'agissant de l'utilisation effective des contraceptifs et dans le but d'étendre la compréhension et d'approfondir la genèse, trois questions fondamentales ont été adressées aux femmes ciblées :

- Avez-vous utilisé au moins une fois une méthode contraceptive depuis que vous connaissez votre séropositivité (dispensée dans une structure de santé formelle)?
- Avez-vous utilisé une méthode contraceptive pendant les 12 derniers mois ? (dispensée dans une structure de santé formelle)
- Etes-vous actuellement sous contraception ? (dispensée dans une structure de santé formelle)

Les résultats à ces questions dénotent respectivement des utilisations de 26%, 17% et de 15%.

L'on pourrait admettre que dans les antécédents et dans une certaine mesure qu'il y a eu une utilisation vague de 26% (autrement à n'importe quel moment depuis qu'elles sont séropositives); une prévalence contraceptive de période de 17% (et qui fait surtout l'objet de notre évaluation) et une prévalence contraceptive instantanée au temps « t » de 15%.

Concernant les méthodes utilisées par les femmes cibles ayant pratiqué la contraception dans les 12 derniers mois, il ressort que le condom est le moyen le plus utilisé avec une proportion de 35% des femmes, puis suivent les formes orale et injectable avec respectivement des proportions de 29% et de 26%.

Les croisements des différentes variables géographiques, sociologiques, comportementales et de prestations financières, avec l'utilisation de la contraception par les femmes vivant avec le VIH dans les 12 derniers mois précédant l'enquête ressortent :

- Un taux de prévalence contraceptive de 16% pour la zone spéciale de Conakry contre 18% pour l'intérieur du pays. Cependant, la différence n'est statistiquement pas significative, le calcul des intervalles de confiance donne respectivement un IC à 95% : 13 – 19 ; IC à 95% : 15 – 22 ;
- Des taux d'utilisation très variés ont été observés dans les 18 Districts Sanitaires ayant participé à cette évaluation : les 38% soit sept Districts Sanitaires (Dabola, Dixinn, Kaloum, Kindia, Pita, Ratoma et Siguri) ont des valeurs supérieures au taux national de 17%. Le plus bas taux de d'utilisation des contraceptifs chez les femmes cibles est au compte de Koundara avec 0% et le plus grand taux est à l'actif de Kindia avec un taux de 73%. Les différences sont statistiquement significatives, le test de  $X^2$  donne un  $p = 0,00000$  ;
- L'utilisation de la PF par les femmes vivant avec le VIH est de 14% chez les femmes jamais scolarisées, elle est de 21% chez les femmes ayant un niveau primaire, 20% chez les femmes ayant un niveau secondaire et de 22% chez les femmes universitaires. La tendance évolutive est en général progressive depuis les femmes non scolarisées jusqu'aux femmes ayant le niveau universitaire. Toutefois, la différence n'est statistiquement pas significative, en effet le test de  $X^2$  donne un  $p=0,276$  ;
- La catégorisation des femmes en deux classes « non scolarisées » et « scolarisées » donne un TPC de 14% chez les premières et de 20% chez les secondes. Le test de  $X^2$  donne un  $p = 0,002$  ; ici la différence est statistiquement significative ;
- L'utilisation de la contraception orientée vers le statut familial donne des taux divers avec 21% chez les femmes célibataires, 14% chez les divorcées, 20% chez les femmes mariées en monogamie, 13% chez les femmes mariées en polygamie et 8% chez les veuves. Les différences sont statistiquement significatives, le test de  $X^2$  donne un  $p = 0,0004$  ;
- Des taux d'utilisation de 17%, 18% et 22% sont respectivement constatés selon les confessions religieuses (Musulmanes, Chrétiennes et autres). Cependant les différences ne sont statistiquement pas significatives, le test de  $X^2$  donne un  $p = 0,690$  ;
- Tenant compte de la variable âge, les taux d'utilisation les plus élevés sont constatés dans les groupes d'âges de 20 à 29 ans et de 30 à 39 ans soit respectivement 20% et 18%. Les plus bas taux sont au compte de la tranche d'âge de 15 à 19 ans soit 13% et celle de 40 à 49 soit 9%. Le test de  $X^2$  donne un  $p = 0,001$ , autrement les différences sont statistiquement significatives ;
- L'utilisation de la PF par les femmes vivant avec le VIH selon la durée de résidence (inférieur ou égale à 6 mois et supérieur à 6 mois) donne un taux d'utilisation de 20% pour la première catégorie contre 19% pour la seconde catégorie. Les intervalles de confiances calculés montre qu'il n'existe pas de différence statistiquement significative soit respectivement IC à 95% : 11 – 26 ; et IC à 95% : 15 – 19 ;

- Le temps vécu depuis le dépistage (ici selon des temps de dépistage qui datent de zéro à 22 ans chez ces femmes cibles) n'a aucune influence sur la pratique de la contraception. Les taux d'utilisation obtenus sont certes variés selon la durée dans la séropositivité mais, cependant les différences ne sont pas significatives, le test de  $X^2$  donne un  $p = 0,374$  ;
- Le croisement de variables « conjoint informé ou non du statut sérologique de la femme) et l'utilisation des services de PF dans les 12 derniers mois ressort un TPC de 22% chez les femmes dont les conjoints sont informés contre un TPC de 14% chez les femmes dont les conjoints ne sont pas au courant de leur statut sérologique. Le calcul des intervalles de confiance donne respectivement un IC à 95% : 19 – 20 contre un IC à 95% : 11 – 17. La différence est statistiquement significative car il n'existe pas de chevauchement. Implicitement, il est vraisemblablement assez facile d'utiliser la PF pour la femme quand le conjoint est déjà informé du statut sérologique de la partenaire ;
- Selon le coût d'accès aux soins de PF en termes de transport, les 38% des femmes ayant utilisé la PF dans les 12 derniers mois ont affirmé que le coût est « abordable » contre 62% qui affirment que le coût est cher. Toutefois, la différence n'est statistiquement pas significative, le test de  $X^2$  donne un  $p = 1,000$ .
- Parmi les femmes ayant utilisé la PF, 17% considèrent que le coût de prestation est « faible », 65% estiment que le coût est « acceptable » et les 18% estiment que le coût de prestation est « cher ». Là aussi parlant de l'accès aux soins contraceptifs, la différence n'est statistiquement pas significative, le test de  $X^2$  donne un  $p = 0,181$ .

L'objet principal de cette évaluation est de déterminer le taux d'utilisation des méthodes contraceptives chez les femmes vivant avec le VIH en Guinée ; il est de 17%. Et considérant les résultats assortis d'analyses appropriées, l'on constate qu'il y a aussi des faits comportementaux et des considérations qui influencent soit favorablement soit négativement l'utilisation ou la pratique de la contraception par cette population cible.

Non négligeable aussi est désormais la connaissance de certains indicateurs associés qui sont susceptibles de contribuer à différents niveaux, à des plans stratégiques et à des prises de décisions.

## I. JUSTIFICATION :

Les services de planification familiale sont reconnus aujourd'hui comme étant une intervention essentielle pour améliorer la santé de la mère et de l'enfant dans les pays en développement, et singulièrement en Afrique. Ils sont également considérés actuellement comme un droit humain fondamental auquel les populations doivent accéder facilement.

D'ailleurs, tel que défini par le Programme d'Action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) au Caire, les droits de reproduction reconnaissent que tous les couples et individus ont le droit de décider librement du nombre d'enfant, de l'espacement, et du calendrier de naissance de leurs enfants.

Pour exercer ce droit, tous les couples et individus, y compris ceux qui vivent avec le VIH devraient avoir accès au plus haut standard de santé sexuelle et reproductive, y compris les informations et les moyens nécessaires pour prendre des décisions éclairées au sujet de leur propre santé reproductive.

Une analyse récente des données tirées des enquêtes démographiques et de santé (EDS) effectuées dans 53 pays, dans le cadre du projet de la Banque Mondiale sur la santé et la pauvreté, a mis en évidence l'écart très important qui existe entre les riches et les pauvres au niveau de plusieurs indicateurs de santé, notamment dans les domaines de la fécondité et de la contraception<sup>1</sup>.

Les résultats de cette analyse montrent que l'Afrique de l'Ouest reste en marge du progrès, car on y enregistre les taux de couverture contraceptive les plus bas au monde. En effet, seules 8 % des femmes âgées de 15 à 49 ans vivant en union utilisent une méthode contraceptive moderne, contre par exemple 57 % en Asie, 71 % en Europe occidentale, 72 % en Amérique du Nord.

Cette faible prévalence traduit l'existence d'un fossé important entre les services de contraception actuellement offerts et les besoins réels de la population.

Selon la même analyse, la proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans utilisant une méthode contraceptive est relativement faible dans la zone. En dehors du Cap Vert (46 %) et du Ghana (19 %), dans tous les autres pays la prévalence contraceptive est inférieure à 10 %, les taux les plus bas sont enregistrés au Mali, au Niger et en Guinée (entre 4 et 6 %).

Pourtant le but du gouvernement Guinéen en 1999<sup>2</sup> était de répondre aux besoins non satisfaits et d'atteindre un taux de prévalence contraceptive (TPC) de 30,3 % en 2015. Entre temps la prévalence de la planification familiale avait augmenté de 6,2 % en 1999 à seulement 9,1 % en 2005. Puis la tendance a été de 7.5% en mi 2012, 8.1% en mi 2013, 8.7%

<sup>1</sup> Comment améliorer la prescription et l'utilisation des contraceptifs en Afrique de l'Ouest ? • C.T. Cisse, J.C. Moreau

<sup>2</sup> Source : The Respond Project, Répondre aux besoins des personnes avec la /PMs

en mi 2014 et 9.3% en mi 2015<sup>3</sup>. Loin d'atteindre l'objectif que le pays s'est fixé, le problème persiste de nos jours.

Et on le sait, il est admis que la planification familiale peut avoir un impact positif direct sur la réduction de la mortalité maternelle et sur la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME). Pour jouir des progrès de santé, il faut que les femmes et les couples aient accès à une gamme étendue de méthodes contraceptives à tous les stades de leur vie reproductive pour leur permettre d'avoir le nombre d'enfants qu'ils souhaitent au moment où ils le souhaitent.

La Planification familiale a été intégrée depuis 1990 au PEV/SSP/ME en Guinée, et la couverture nationale a été obtenue depuis 1992. Les activités de PF sont naturellement monitorées et des études sont réalisées çà et là notamment avec l'AGBEF et les EDS ; mais ces évaluations ne ciblaient pas spécifiquement l'utilisation des services pour les femmes vivant avec le VIH.

Aussi l'intégration de la planification familiale (PF) et des services liés au VIH a été une approche dans laquelle les deux services sont fournis ensemble pour offrir des soins plus complets aux clients et améliorer les résultats en matière de santé sexuelle et reproductive. En utilisant de multiples points d'entrée, l'intégration effective et efficace réduit la prestation de services cloisonnés et permet aux clients des services liés au VIH d'accéder plus facilement aux services de PF. Il comprend la fourniture des deux services au même moment et lieu ainsi que l'orientation d'un service à l'autre (dans le même établissement, ou dans un établissement différent).

Cette intégration a vraisemblablement permis de plusieurs façons de:

- Accroître l'accès à la contraception chez les clients de services liés au VIH qui souhaitent retarder, espacer ou limiter leurs grossesses
- Assurer l'accès aux soins pour une grossesse et un accouchement sûr et sain pour ceux qui souhaitent avoir un enfant
- Prévenir les grossesses non désirées pour les femmes vivant avec le VIH qui ne souhaitent pas devenir enceinte.

Toutefois, le pays ne disposait pas de données évidentes sur l'utilisation des services de PF et plus concrètement l'usage des méthodes contraceptives par les femmes vivant avec le VIH.

La présente évaluation se situe dans ce sillage et permet de répondre ainsi à cette préoccupation d'envergure nationale dont la méconnaissance faisait souffrir beaucoup de

---

<sup>3</sup> Guinée, Résumé des indicateurs de base FP2020, Novembre 2015, [www.familyplanning2020.org/measurement-hub](http://www.familyplanning2020.org/measurement-hub)

plans nationaux dans les orientations stratégiques du domaine établi. Cette évaluation a permis également de déterminer un certain nombre d'indicateurs utiles, corollaires en la matière.

## **II. BUT :**

Contribuer à l'accélération de l'élimination de la Transmission Mère Enfant du VIH à travers ce processus dont une meilleure satisfaction des besoins de planification familiale en Guinée.

## **III. OBJECTIFS :**

**III.1 Objectif General :** Etait d'évaluer le taux d'utilisation des méthodes modernes de planification familiale par les femmes séropositives en âge de procréer.

**III.2 Objectifs spécifiques :** étaient de :

- Décrire les méthodes de PF utilisées en Guinée et notamment par les personnes vivant avec le VIH
- Mesurer le taux d'utilisation des méthodes modernes de PF par les femmes vivant avec le VIH
- Analyser les motifs de satisfaction, les défis et les attentes des personnes séropositives en matière de PF
- Produire un rapport final assorti des recommandations pertinentes.

## **IV. METHODOLOGIE :**

### **IV.1 Cadre de l'évaluation :**

L'évaluation s'est déroulée dans toutes les régions administratives du pays ainsi que dans la zone spéciale de Conakry. Les structures de santé publiques et privées dispensatrices des activités de prise en charge aux PVVIH ont été principalement ciblées.

### **IV.2 Cibles de l'évaluation :**

Les femmes séropositives de 15 à 49 ans enregistrées dans les structures sélectionnées ont constitué la cible de l'évaluation.

### **IV.3 Type d'étude :**

Il s'agissait d'une évaluation transversale portant sur l'utilisation des méthodes contraceptives chez les femmes vivant avec le VIH en Guinée.

### **IV.4 Echantillonnage :**

La prévalence de la contraception chez les femmes d'une manière générale est connue en Guinée et se situe à 6% (EDS 2012). D'après les expériences vécues ailleurs illustrées dans la

littérature, les femmes vivant avec le VIH sont beaucoup plus enclines à utiliser les contraceptifs. Cela est lié pour la plupart à leurs expositions plus fréquentes aux interventions des services de santé.

Avec une probabilité acceptée que la prévalence attendue de la contraception chez les femmes vivant avec le VIH était de 10% (la vraie proportion n'était évidemment pas connue), 1728 femmes vivant avec le VIH ont constitué la taille de l'échantillon selon les paramètres ci-après :

- Une Précision voulue (%) : 2.0
- Une Prévalence attendue (%) : 10.0
- Un Effet de Grappe : 2.0
- Niveau de Confiance : 95%

Tenant compte des non répondantes possibles, cet échantillon a été majoré de 5%, ce qui implique un échantillon total de : 1814 femmes vivant avec le VIH.

#### **IV.5 Sélection des Sites:**

La sélection des sites a été effectuée selon un choix raisonné en fonction de l'ampleur de la notification des cas dans les structures des Districts de Santé sélectionnés.

Tenant compte de la distribution géographique (selon la banque des données du PNPCSP des IST et du VIH/Sida), il est ressorti que 75% des femmes vivant avec le VIH sont notifiées dans les structures de santé de Conakry contre 25% seulement pour l'intérieur du pays.

L'analyse situationnelle de la banque des données a montré que 24 031 femmes vivant avec le VIH sont enregistrées dans la file active des structures de santé dispensant la PEC sanitaire dans le pays au 30 Juin 2016. Parmi elles, 803 sont des jeunes filles de moins de 15 ans soit les 3% qui logiquement et dans une certaine mesure ne sont pas intéressées par le Planning Familial. Selon les mêmes données, seules 5 pour 1000 des femmes cibles pratiquaient les mesures contraceptives.

Dans une logique épidémiologique, un échantillonnage à la proportionnelle a été appliquée pour la sélection des sites et le nombre de femmes à enquêter pour l'évaluation, en pondérant les tailles des échantillons spécifiques de telle ou telle région et de tel ou tel District Sanitaire selon leur part proportionnelle dans l'échantillon de 1814 femmes qui étaient admises dans l'échantillon général.

Ainsi, le nombre de femmes à enquêter a été obtenu d'abord pour chaque région, puis pour chaque District Sanitaire ciblé et pour chaque structure de santé ciblée également selon les proportions obtenues à partir de la banque de données du PNPCSP des IST/VIH/Sida.

Tableau 1 : Distribution des femmes vivant avec le VIH en Guinée au 30 Juin 2016 et estimation des femmes vivant avec le VIH à enquêter par région administrative :

REGIONS	Nombre de Femmes VIH+ au 30 Juin 2016	Proportions	Fréquences de femmes à enquêter par région
CONAKRY	17937	75%	1360
BOKE	956	4%	73
KINDIA	732	3%	55
FARANAH	366	2%	37
MAMOU	538	2%	37
LABE	758	3%	55
KANKAN	743	3%	55
NZEREKORE	2001	8%	142
TOTAL	24031	100	1814

Toutes les communes de Conakry ont été incluses dans l'évaluation, elles ont des notifications importantes de cas de femmes vivant avec le VIH. Cependant, en raison de la disponibilité parcellaire des données et de cas peu nombreux dans certains lieux, une sélection raisonnée a été appliquée pour le choix des Districts Sanitaires de l'intérieur du pays tenant compte de l'effectif potentiel des femmes à enquêter. Le même principe a été utilisé pour le choix des structures de santé devant participer à l'évaluation pour l'intérieur du pays, alors que toutes les structures dispensant les soins de PEC ont été sélectionnées dans leur exhaustivité pour la zone spéciale de Conakry.

**Tableau 2 : Distribution des femmes vivant avec le VIH à enquêter selon les Districts Sanitaires de la zone de Conakry :**

COMMUNES	Nombre de Femmes VIH+ au 30 Juin 2016	Proportions en %	Nombre de femmes à enquêter
KALOUM	3616	20	272
DIXINN	7627	42	571
MATAM	2660	15	204
MATOTO	2091	12	163
RATOMA	1943	11	150
TOTAL	17937	100	1360

**Tableau 3 : Distribution des femmes vivant avec le VIH à enquêter, selon les structures de santé de la zone de Conakry :**

KALOUM	Nombre de Femmes VIH+	Proportions en %	Nombre de femmes à enquêter
IGNACE DEEN	2791	77	209
ASFEGMASSI	717	20	55
CAMP SAMORY	108	3	8
TOTAL	3616	100	272
DIXINN	Nombre de Femmes VIH+	Proportions en %	Nombre de femmes à enquêter
CHU DONKA	4297	56	320
CMC MINIERE	633	8	45
DREAM	2437	32	183
FMG	260	4	23
TOTAL	7627	100	571
MATAM	Nombre de Femmes VIH+	Proportions en %	Nombre de femmes à enquêter
CAT CARRIERE	127	5	10
CMC COLEAH	276	10	21
CMC MATAM/MSF	2218	83	169
CS MADINA	39	2	4
TOTAL	2660	100	204
MATOTO	Nombre de Femmes VIH+	Proportions en %	Nombre de femmes à enquêter
CS GBESSIA PORT	777	37	60
CS MATOTO	843	40	65
CS TOMBOLIA	270	13	21
CS BERNEY FOTOBA	201	10	17
TOTAL	2091	100	163
RATOMA	Nombre de Femmes VIH+	Proportions en %	Nombre de femmes à enquêter
CMC FLAMBOYANT	733	38	57
CMC RATOMA	535	27	40
CENTRE MERE ET ENFANT	35	2	3
CS WANIDARA	640	33	50
TOTAL	1943	100	150

Au total, deux Districts Sanitaires ont été sélectionnés selon l'ampleur des cas pour les régions de l'intérieur du pays à l'exception de Labé où seules sont disponibles les données de l'Hôpital Régional.

**Tableau 4 : Distribution des femmes vivant avec le VIH à enquêter, selon les régions, les Districts Sanitaires et les structures de santé de l'intérieur du pays:**

BOKE	Nombre de Femmes VIH+	Proportions en %	Nombre de femmes à enquêter
HR BOKE	636	86	63
HP KOUNDARA	105	14	10
TOTAL	741	100	73
KINDIA	Nombre de Femmes VIH+		Nombre de femmes à enquêter
HR KINDIA	150	74	41
HP TELIMELE	53	26	14
TOTAL	203	100	55
FARANAH	Nombre de Femmes VIH+	Proportions en %	Nombre de femmes à enquêter
HR FARANAH	137	65	24
HP DABOLA	75	35	13
TOTAL	212	100	37
MAMOU	Nombre de Femmes VIH+	Proportions en %	Nombre de femmes à enquêter
HR MAMOU	316	61	23
HP PITA	201	39	14
TOTAL	517	100	37
LABE	Nombre de Femmes VIH+	Proportions en %	Nombre de femmes à enquêter
LABE	316	100	55
TOTAL	316	100	55
KANKAN	Nombre de Femmes VIH+	Proportions en %	Nombre de femmes à enquêter
HR KANKAN	474	78	43
HP SIGUIRI	135	22	12
TOTAL	609	100	55
N'ZEREKORE	Nombre de Femmes VIH+	Proportions en %	Nombre de femmes à enquêter
HR NZEREKORE	938	78	111
MACENTA	535	22	31
TOTAL	1473	100	142

Au total, il y a eu la participation des sept régions administratives et de la zone spéciale de Conakry, de 18 Districts Sanitaires dont les cinq communes de Conakry et de 32 structures de santé dont 19 de Conakry.

Toutefois, il est temps de signaler qu'un aspect important n'a pas été pris en compte dans cette évaluation pourtant généralement bien recommandé dans une telle thématique à savoir la prise en compte des modalités de zone rurale et urbaine. Ce handicap est lié à la notification très minime de cas de femmes vivant avec le VIH en milieu rural. D'ailleurs selon

les données du PNPCSP des IST/VIH/Sida, seules les Sous-préfectures de Timbi Madina, de Sinko, de Banankoro ont quelques rares cas notifiés et disponibles dans la banque des données.

#### IV.6 Sélection des Femmes vivants avec le VIH :

**Un Sondage aléatoire simple** a été entrepris au niveau des structures de santé sélectionnées à l'endroit des femmes vivant avec le VIH enregistrées dans ces structures dispensatrices de PEC (avec une chance égale d'être prise dans l'évaluation).

L'aspect majeur est l'existence de supports de notification standardisés dans toutes les structures de PEC, pour tout le pays.

L'évaluation a porté sur la file active, avec comme repère les cas enregistrés jusqu'à la date du 30 juin 2016. Les sites de PEC ont été la seule porte d'entrée étant compris que les structures ayant pour profil les activités de PTME et de CPN ne sont pas bien indiquées dans ce processus ; ceci pour minimiser les biais car la plus grande partie des femmes qui utilisent les deux derniers services cités sont enceintes donc soit elles n'utilisent pas du tout ou que le processus de contraception a échoué quelque part.

Alors pour la sélection des femmes cibles, un « pas statistique » a été déterminé au niveau de chaque structure sélectionnée pour la circonstance et appliqué jusqu'à l'obtention de l'échantillon requis.

#### IV.7 Collecte des données :

Elle dépendait des sources d'informations requises et de l'apport des informations aux attentes de l'évaluation. Des techniques différentes vont être utilisées :

- **Discussions interpersonnelles** : avec les autorités compétentes, agents de santé qui étaient censés de fournir certaines informations utiles à l'évaluation ;
- **Interview des cibles** : à travers un questionnaire semi structuré (voir annexe) qui s'adressait aux femmes vivant avec le VIH.

**Précautions prises** : Il était question d'identifier à temps (avant la descente sur le terrain) au niveau de chaque District Sanitaire un « Point focal » au niveau de la DPS pour préparer les visites de terrain. La charge de travail consistait plus concrètement à :

- Remplir toutes les dispositions administratives préliminaires avec les autorités des localités ayant des sites retenus pour cible,
- Informer et motiver les prestataires des sites,
- Contribuer à rendre disponibles les supports de notification des cas,
- Aider pour la mobilisation les cibles.

**IV.8 Supervision de la collecte des données :**

Un accompagnement technique a été établi dans la réalisation de la collecte des données sur le terrain ; lesquelles données sont mêmes l'essence nourricière de toute évaluation/enquête/étude. Le but de la supervision était de corriger dans une certaine mesure les incohérences, les erreurs et minimiser autant que possible les biais pour une meilleure qualité des données.

**IV.9 Critère d'inclusion :**

Toutes les femmes certifiées séropositives de 15 à 49 ans enregistrées dans les sites sélectionnés pour l'évaluation.

**IV.10 Critère d'exclusion :**

Tout individu ne répondant pas au critère d'inclusion.

**IV.11 Qualité des données :**

Cette évaluation est de type combiné, elle se veut qualitative et quantitative. Les données sont de dimensions qualitative et quantitative.

Pour une meilleure qualité des informations, les enquêteurs ont été formés à la collecte des données avec à l'appui l'assurance d'un suivi soutenu et dynamique.

**IV.12 Saisie des données :**

Des opérateurs de saisie ont été formés pour cette opération par le Consultant. Un masque de saisie a été confectionné et la double saisie fut effectuée. Ainsi, les fichiers ont fait l'objet de confrontation à l'aide de l'option VALIDATE du Module Enter Saisie des données d'Epi Info pour maximiser la fiabilité des données.

**IV.13 Nettoyage et analyses des données :**

Les informations ont été gérées et traitées avec les logiciels d'application Word, Excel et Epi info pour les analyses appropriées. La correction des erreurs dans la base des données notamment en ce qui concerne les informations incohérentes et aberrantes fut conduite par le Consultant.

**IV.14 Sélection et formation des enquêteurs :**

Les enquêteurs sélectionnés ont subi une formation puis un recyclage la veille de départ pour le terrain. Un certain nombre de critères a été défini pour leur répartition géographique sur le terrain : connaissances du milieu, les facteurs socioculturels (telle que la langue du terroir) et leur recrutement tenait compte de leurs niveaux intellectuel, de leur intégrité et de leur probité morale.

La collaboration avec une ONG locale (Club des Amis du Monde) a été établie pour la sélection des enquêteurs expérimentés en la matière et un « Contrat de Moralité » fut établi avec le PNPCSP des IST/VIH/Sida.

#### **IV.15 Considérations éthiques :**

L'évaluation a été menée selon les consignes arrêtées par le MSP et l'Unicef dans le strict respect des personnes cibles et des règles de la confidentialité en toute rigueur.

#### **IV.16 Durée de l'étude :**

La durée de cette évaluation était de 30 jours ouvrables, néanmoins elle a connu un glissement énorme lié à des difficultés administratives.

#### **IV.17 Limites et difficultés :**

Les conditions d'archivage des documents dans certaines structures de santé et les manques de références des cibles ont conduit à des difficultés dans l'accomplissement de cette évaluation.

### **V. LES RESULTATS DE L'EVALUATION :**

L'évaluation (ou du moins la partie enquête sur le terrain) s'est déroulée du 02 au 14 Janvier 2017 dans les régions administratives et du 20 au 31 Janvier dans la zone spéciale de Conakry. Au total, 1206 femmes ont été interviewées dans les différentes structures cibles contre 1814 femmes prévues soit un taux de réalisation de 66%.

#### **V.1. Zones de l'évaluation :**

Les 63% des femmes ont été enquêtées dans la zone spéciale de Conakry contre 37% pour les sept régions administratives de l'intérieur du pays. A rappeler que sur le terrain, les services de PEC ont constitué la porte d'entrée à travers la file active considérée au 30 Juin 2016. Il a été admis que la sélection ou l'admission des services de CPN/PTME pourrait engendrer des biais dans cette évaluation. En effet, pour la plupart, les femmes qui consultent dans ces derniers services sont souvent en état de famille donc n'étant vraisemblablement pas sous contraception.

Les femmes ayant participé à l'évaluation sont reparties ici selon les Districts Sanitaires ciblés :

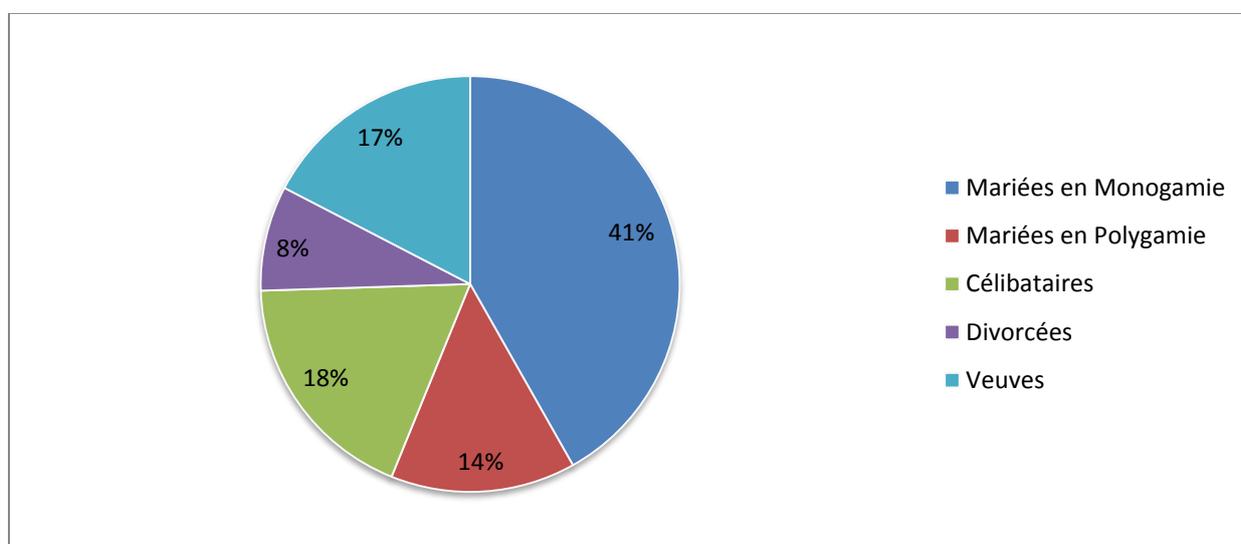
**Tableau 5 : Répartition des femmes vivant avec le VIH interviewées selon les Districts sanitaires :**

DISTRICTS SANITAIRES	FREQUENCES ABSOLUES	FREQUENCES RELATIVES	PREVUES	TX DE REALISATION (%)
BOKE	64	5.3%	63	101
DABOLA	13	1.1%	13	100
DIXINN	230	19.1%	571	40
FARANAH	25	2.1%	24	104
KALOUM	159	13.2%	272	58
KANKAN	43	3.6%	43	100
KINDIA	41	3.4%	41	100
KOUNDARA	9	0.7%	10	90
LABE	55	4.6%	55	100
MACENTA	37	3.1%	31	119
MAMOU	23	1.9%	23	100
MATAM	186	15.4%	204	91
MATOTO	102	8.5%	163	62
NZEREKORE	102	8.5%	111	91
PITA	6	0.5%	14	42
RATOMA	84	7.0%	150	56
SIGUIRI	13	1.1%	12	108
TELIMELE	14	1.2%	14	100
TOTAUX	1206	100.0%	1814	66

## V.2. Caractéristiques sociodémographiques des femmes interviewées :

Les 41% des femmes interviewées sont dans des foyers monogames puis suivent les femmes célibataires et les autres selon le Camembert ci-dessous :

**Graphique 1 : Répartition des femmes séropositives interviewées par type de foyer :**



Ensuite, plus de la majorité des femmes soit les 55% n'ont jamais été alphabétisées, le niveau primaire et secondaire sont tous à 20% tandis que les femmes universitaires sont à une proportion de 5%.

L'analyse de la variable âge donne pour les mesures de tendance centrale une moyenne de 32 ans, un âge modal de 30 ans, un âge médian de 32 ans ; alors que les mesures de dispersions indiquent une variance de 57.8 et un écart type de 7.5. Evidemment, le minimum est de 15 ans soit 2 jeunes femmes et le maximum est de 49 ans soit 13 femmes pour cet âge.

Sous un autre angle, l'exploitation de la variable Age indique que plus du tiers des femmes enquêtées sont de la tranche d'âge de 30 à 39 ans avec une proportion de 42%, puis suit celle de 20 à 29 ans avec une proportion de 36%.

**Tableau 6: Distribution des femmes vivant avec le VIH interviewées selon l'âge :**

TRANCHES D'AGE	FREQUENCES ABSOLUES	FREQUENCES RELATIVES
15 à 19 ans	31	2.6%
20 à 29 ans	435	36.1%
30 à 39 ans	509	42.2%
40 à 49 ans	231	19.2%
<b>Total</b>	<b>1206</b>	<b>100.0%</b>

Les 85% des femmes sont de confession musulmane contre 13% de femmes chrétiennes et 2% pratiquant autres religions.

Les 91% des femmes sont domiciliées dans leurs zones respectives depuis plus de 6 mois alors que les autres sont dans leurs localités seulement en moins de 6 mois.

### **V.3. Accessibilité aux soins de PF :**

Au regard des distances à parcourir pour l'accès aux soins de la PF, il ressort une moyenne de 12 Km, le kilométrage le plus fréquemment parcouru par les usagères est de 2 Km alors que la distance la plus lointaine parcourue par les femmes cibles est de 99 Km qu'ont pratiqué 9 femmes selon les données.

La plupart des femmes soit les 51% utilisent le véhicule à quatre roues comme moyen de transport pour l'accès aux soins de PF, cela est lié vraisemblablement en grande partie au fait que la majorité des femmes sont à Conakry ; les 38% utilisent la moto tandis que les 10% adoptent la marche. Cependant, les 76% estiment que le coût de transport est cher pour accéder aux soins de PF.

Concernant l'accessibilité financière, notons que 316 femmes vivant avec le VIH ont utilisé à un moment de leur vie de séropositive une contraception dispensée bien sûr dans une

structure de santé. Les 112 soit 35% des femmes concernées ont affirmé n'avoir rien payé au compte des prestations, le coût moyen payé est de 8942 GNF, le coût maximum a été de 100,000 GNF. Toutefois les 63% des femmes ayant bénéficié de ces prestations ont payé un coût inférieur au coût moyen.

Dans la qualification de la satisfaction du coût de prestation, les 64% des bénéficiaires (316 femmes) estiment que le coût est « acceptable », 14% estiment que le coût est « faible », les 18% considèrent que le coût est « cher » tandis que 4% ont préféré ne pas se prononcer sur la question.

#### **V.4. Connaissances du statut sérologique et gestion de l'information dans le foyer:**

Evidemment toutes les femmes interviewées connaissent leur statut sérologique, elles ont été dépistées différemment au fil du temps. Sur les 1206 femmes, 15 sont nouvellement détectées dans le mois de l'enquête proprement dite. Le temps moyen vécu depuis le dépistage est de 36 mois, le maximum est de 264 mois soit 22 ans pour une femme dépistée au CHU de Donka tandis que le temps modal de dépistage est de 12 mois pour un ensemble de 165 femmes soit les 14% des 1206 femmes interviewées.

Un aspect important est de comprendre que les 99% des femmes interviewées sur un total de 1206 femmes sont sous ARV, seules 11 femmes n'ont pas été initiées au traitement. Les motifs évoqués par les femmes non initiées au traitement sont dans plus de la moitié des cas le voyage, puis des effets indésirables et des femmes nouvellement dépistées.

Dans la cogestion de l'information, le partage dans leurs foyers respectifs, les 43% des femmes ont indiqué que leurs partenaires sont informés de leur statut sérologique. Les autres ne l'ont pas fait pour des avis très divers dont par « peur » dans environ 21% des cas : de divorce, d'humiliation ou que le conjoint est décédé dans environ 12% des cas. Néanmoins les conjoints disent les femmes ont effectué leur test de dépistage à hauteur de 40% des cas. A cet effet, les 32% des femmes disent connaître le statut sérologique de leurs partenaires. Les autres conjoints n'ont pas fait le test dépistage parce qu'ils ne sont pas informés en grande majorité.

#### **V.5. Information et connaissances de la pratique de la contraception :**

Cette évaluation révèle que les 68% soit 815 femmes enquêtées ont des informations sur la pratique des mesures contraceptives. Les canaux d'information sont les Agents de Santé à hauteur de 41%, la radio à 24%, la télévision à 6%, les Agents ONG à 3%, les affiches à 2%, le « bouche à oreille » à 1% et le regroupement de la modalité « autres » à 23%.

En ce qui concerne la connaissance des méthodes contraceptives, il ressort de la présente évaluation que 769 femmes cibles soit les 64% connaissent au moins une méthode moderne contraceptive, les 45% soit 542 femmes connaissent au moins deux méthodes contraceptives, les 17% soit 200 femmes connaissent au moins trois méthodes

contraceptives et que 1% soit 10 femmes ont la connaissance de quatre méthodes modernes de contraception : Condom, DIU, contraceptif oral genre pilule et contraceptif injectable genre Dépo provera.

La méthode contraceptive la plus connue ou du moins la plus citée par les femmes interviewées est la forme orale soit les 41%, suivi par la forme injectable avec une fréquence de 32%.

Les fréquences de connaissances des méthodes contraceptives citées par les femmes sont déclinées au tableau ci-dessous :

**Tableau 7 : Distributions des méthodes contraceptives selon les connaissances des femmes**

METHODES CONTRACEPTIVES	FREQUENES ABSOLUES	FREQUENCES RELATIVES
CONDOM	282	18.5%
DIU	133	8.7%
INJECTABLE	482	31.7%
ORALE	620	40.8%
AUTRE	4	0.3%
	1521	100%

NB : la fréquence totale est supérieure au nombre de femmes enquêtées parce que certaines femmes ont émis plus d'une réponse.

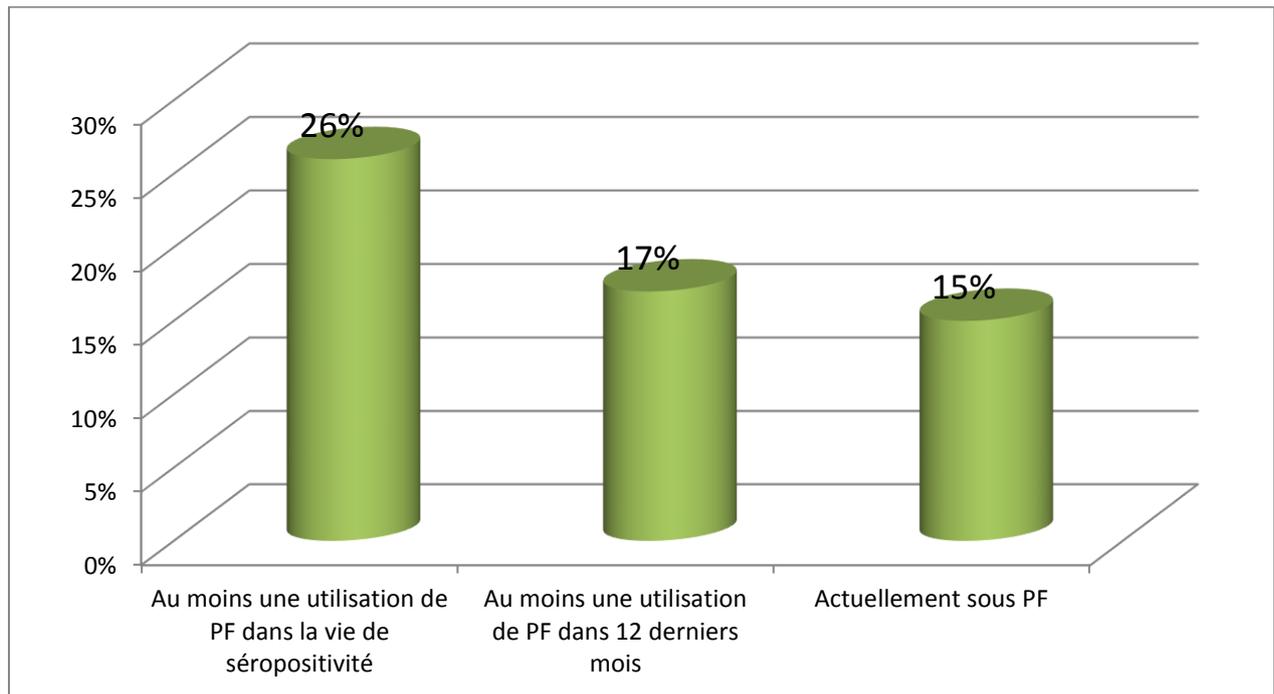
#### **V.6. Recours aux services et utilisation des méthodes contraceptives :**

Sur les 1206 femmes interviewées, 99% soit les 1188 femmes ont affirmé avoir une confiance parfaite aux structures et aux agents de santé (pour la dispensation globale des soins) contre seulement 1% soit 18 femmes. Six parmi les dernières citées se sont exprimées sur les raisons de manque de confiance envers le personnel de santé : indiscretion, méchanceté, manque d'information de soutien.

S'agissant de l'utilisation effective des contraceptifs, et dans le but d'étendre la compréhension et d'approfondir la genèse, trois questions fondamentales ont été adressées chez les femmes cibles :

- Avez-vous utilisé au moins une fois une méthode contraceptive depuis que vous êtes séropositive (dispensée dans une structure formelle)?
- Avez-vous utilisé une méthode contraceptive pendant les 12 derniers mois ?
- Etes-vous actuellement sous contraception ?

Les résultats à ces questions sont illustrés au graphique ci-après :

**Graphique 2 : Distribution des différents taux d'utilisation selon des phases établies :**

L'on pourrait admettre que dans les antécédents et dans une certaine mesure qu'il y a eu une utilisation vague de 26% (autrement à n'importe quel moment de la séropositivité des unes et des autres); une prévalence contraceptive de période de 17% (et qui fait surtout l'objet de notre évaluation) et une prévalence contraceptive instantanée au temps t de 15%.

Il y a des faits dans l'approfondissement des analyses.

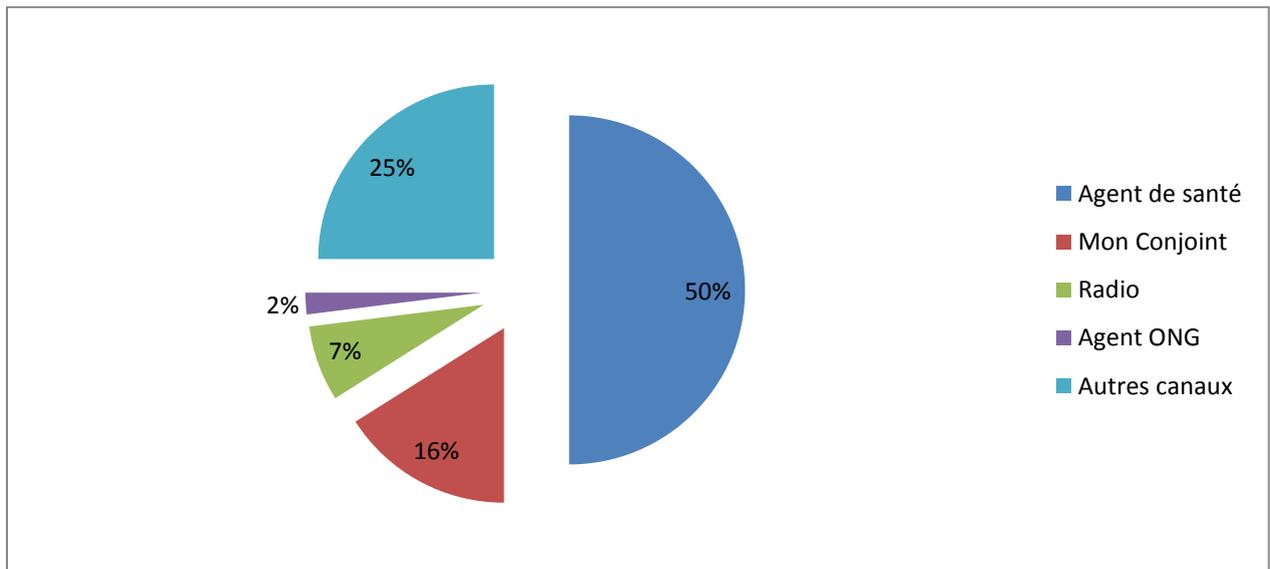
Dans la vie de séropositivité, 26% des femmes ont affirmé d'avoir utilisé au moins une contraception soit 316 femmes interviewées contre 890 femmes n'ayant jamais pratiqué une contraception. Les raisons évoquées pour la non-utilisation par ces femmes sont diverses et nombreuses. Les plus citées sont :

- Manque d'information à 33%
- Volonté d'avoir des enfants à 22%
- Non adhésion du conjoint à 19%
- Peur de complications éventuelles de leur état de santé à 6%
- Déjà veuve, sans conjoint à 4%

Toutefois, dans les antécédents, l'utilisation des contraceptifs n'était point intense chez les femmes qui en ont pratiqué dans les antécédents. En effet, la moyenne de l'utilisation des contraceptifs est seulement à une fréquence de 2 fois chez 58% soit 183 femmes ayant donné leurs avis sur 316 qui devaient répondre à la question « Combien de fois avez-vous utilisé le service de santé pour la contraception? ».

A la réponse de la question « **Qui vous a proposé la première fois l'utilisation de la contraception ?** », il apparaît au terme des analyses que la moitié des 316 femmes séropositives soit les 158 ayant au moins utilisé une fois une méthode moderne de contraception dans les structures de santé a été sensibilisée par des Agents de santé, et les conjoints ont contribué à hauteur 16%. La part participative des différents acteurs dans l'utilisation des soins de contraception chez les femmes interviewées est présentée au graphique ci-dessous :

**Graphique 3 : Distribution des canaux de proposition aux femmes pour l'utilisation de la PF :**



Toutefois, assez d'effets indésirables constatés pendant les prises de contraception ont été cités par les femmes cibles et qui pourraient être des obstacles voir même des contraintes dans le continuum des soins.

En effet, parmi les 316 femmes ayant utilisé au moins une méthode contraceptive, les 48% soit 151 femmes ont notifié au moins un signe non désirable pendant la prise des molécules contraceptives ; les 16% soit 51 femmes ont noté au moins deux effets indésirables et deux femmes ont indiqué trois signes indésirables. A l'examen des signes cités, on note largement la perturbation des menstrues à 58%, les douleurs abdominales à une proportion de 22%, les saignements à 6% et les autres à des proportions minimales et variées : céphalées, prise de poids, vertige, somnolence, démangeaisons...

Concernant les méthodes utilisées par les femmes cibles ayant pratiqué la contraception dans les 12 derniers mois, il ressort que le condom est le moyen le plus utilisé avec une proportion de 35%, puis suivent les formes orale et injectable avec respectivement des proportions de 29% et de 26% selon le tableau ci-après :

**Tableau 8 : Distribution des méthodes de contraception utilisées par les femmes vivant avec le VIH interviewées :**

METHODES UTILISEES DANS LES 12 DERNIERS MOIS	FREQUENCES ABSOLUES	FREQUENCES RELATIVES
ORALE	59	29%
CONDOM	71	35%
DIU	15	7%
IMPLANT	6	3%
INJECTION	52	26%
Total	203	100%

**Le conjoint est-il informé de votre pratique de contraception ?** Au total 91% soit 184 femmes dans l'effectif des 203 femmes ayant utilisé les contraceptifs dans les 12 derniers mois se sont exprimés sur la question. A cet effet, les 61% soit les 112 de ces femmes ont affirmé « oui le conjoint est au courant » contre 72 femmes qui ont dit « non » soit les 39% des 184 femmes. Les raisons exprimées de non information des conjoints sont très évasives et la « peur » est souvent le fait saillant dans les différentes articulations : peur de divorce, d'humiliation...je ne l'ose pas !

Pour les séances de sensibilisation à leur niveau, les 79% des femmes interviewées ont affirmé en avoir bénéficié ces sensibilisations sur différents items. Les 79% ont cité au moins un élément clé de la sensibilisation, les 41% ont cité au moins deux éléments clés tandis que 1% a cité trois éléments. Les sujets cités par les femmes se résument en grande partie à :

- Espacement des naissances et ses avantages à 29%
- Utilisation des services de santé à 22%
- Utilisation du préservatif à 15%
- Régularité du traitement à 13%
- Respect des prescriptions 12%
- Divers à 9%

**Avez-vous encouragé des personnes à utiliser la PF ?** Telle est la question adresser aux femmes pour déterminer dans une certaine mesure leur part de contribution dans le processus de PF. Il en résulte qu'une femme séropositive sur deux ou plus exactement 51% des femmes ayant bénéficié les prestations de la PF ont sensibilisé au moins un individu dans l'utilisation des soins de contraception.

En défaveur de la pérennisation du système, 5% des femmes ayant pratiqué la contraception considèrent que la PF n'est pas « une bonne chose ».

Mais, en dépit de tous les problèmes signalés çà et là et de l'ampleur des effets indésirables, 89% des femmes ayant pratiqué la contraception dans les 12 derniers mois ont affirmé vouloir continuer le processus de PF.

Par contre, rappelons que 891 femmes n'ont d'après les déclarations « jamais utilisé » un service de santé dans le cadre de la PF. Parmi elles, 61% autrement 542 femmes ont confirmé n'avoir pas l'intention de commencer la contraception, du moins à l'instant t. Les raisons évoquées par 453 soit les 51% des femmes concernées sont aussi très variées mais celles qui se dégagent de plus sont :

- N'aime pas du tout en pratiquer pour des raisons spécifiques à 22%
- Volonté d'avoir un enfant à 19%
- Appris qu'il y a trop de problèmes et de complications à 12%
- Volonté de ne plus avoir un partenaire dans la vie (au regard d'une certaine déception) à 7%
- Manque d'information sur la pratique de la PF à 2%

#### V.6.1. Utilisation de la PF par les femmes vivant avec le VIH selon les zones :

Rappelons au total que 1206 femmes vivant avec le VIH ont été interviewées pour cette évaluation pour une prévalence contraceptive de 17%. Selon les résultats, 16% et 18% ont respectivement utilisé la PF dans les 12 derniers mois à Conakry et à l'intérieur du pays selon les tableaux ci-dessous :

**Tableau 9 : Distribution des femmes vivant avec le VIH interviewées par zone selon l'utilisation de la PF :**

ZONES	Femmes ayant utilisé la PF	Femmes n'ayant pas utilisé la PF	Totaux
CAPITALE	16%	84%	760
INTERIEUR	18%	82%	446
<b>TOTAL</b>	17%	83%	100%

La différence de taux de prévalence n'est statistiquement pas significative car il y a un chevauchement selon le calcul des intervalles de confiance à 95% soit respectivement IC à 95% : 13 – 19 ; IC à 95% : 15 – 22.

#### V.6.2. Utilisation de la PF par les femmes vivant avec le VIH selon les Districts Sanitaires :

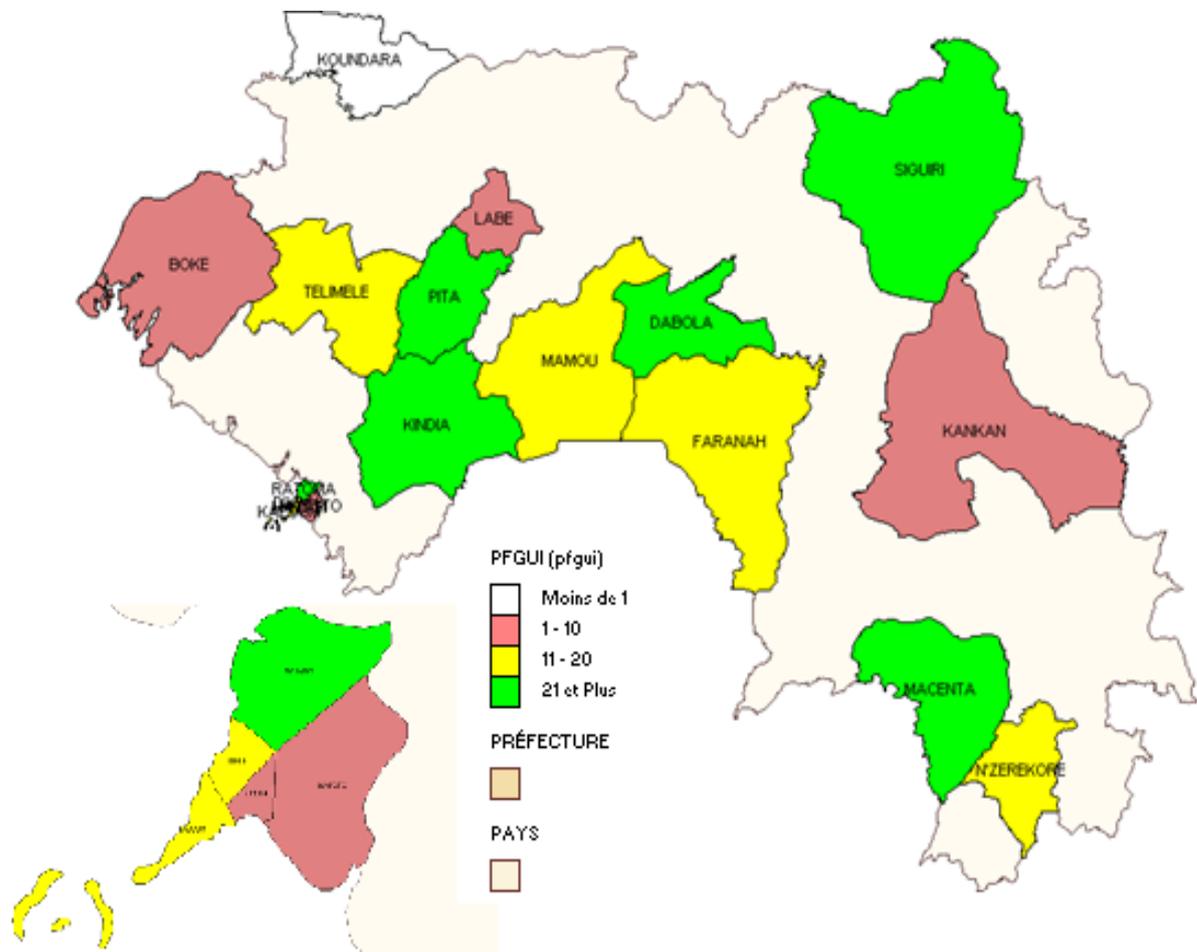
Au total 18 Districts Sanitaires ont participé à cette évaluation. A l'analyse des données, il ressort que les 38% soit sept Districts Sanitaires (Dabola, Dixinn, Kaloum, Kindia, Pita, Ratoma et Siguir) ont des TPC supérieurs au taux national de 17% (voir tableau 10) alors que Mamou a un taux superposable à celui national. Le plus bas taux de couverture est au compte de Koundara avec 0% et le plus grand taux est à l'actif de Kindia avec un taux de 73%.

**Tableau 10 : Distribution des femmes vivant avec le VIH interviewées par District Sanitaire selon l'utilisation de la PF :**

DISTRICTS SANITAIRES	Femmes ayant utilisé la PF	Femmes n'ayant pas utilisé la PF	Total
BOKE	3	61	64
DABOLA	3	10	13
DIXINN	45	185	230
FARANAH	4	21	25
KALOUM	32	127	159
KANKAN	4	39	43
KINDIA	30	11	41
KOUNDARA	0	9	9
LABE	5	50	55
MACENTA	9	28	37
MAMOU	4	19	23
MATAM	17	169	186
MATOTO	6	96	102
NZEREKORE	12	90	102
PITA	3	3	6
RATOMA	21	63	84
SIGUIRI	3	10	13
TELIMELE	2	12	14
<b>Total</b>	<b>203</b>	<b>1003</b>	<b>1206</b>
DISTRICTS SANITAIRES	Femmes ayant utilisé la PF	Femmes n'ayant pas utilisé la PF	Total
BOKE	5%	95%	64
DABOLA	23%	77%	13
DIXINN	20%	80%	230
FARANAH	16%	84%	25
KALOUM	20%	80%	159
KANKAN	9%	91%	43
KINDIA	73%	27%	41
KOUNDARA	0%	100%	9
LABE	9%	91%	55
MACENTA	24%	76%	37
MAMOU	17%	83%	23
MATAM	9%	91%	186
MATOTO	6%	94%	102
NZEREKORE	12%	88%	102
PITA	50%	50%	6
RATOMA	25%	75%	84
SIGUIRI	23%	77%	13
TELIMELE	14%	86%	14
<b>Total</b>	<b>17%</b>	<b>83%</b>	<b>1206</b>

Il ressort à l'analyse que les différences sont statistiquement significatives. En effet le test de  $X^2$  donne un  $p=0,00000$ .

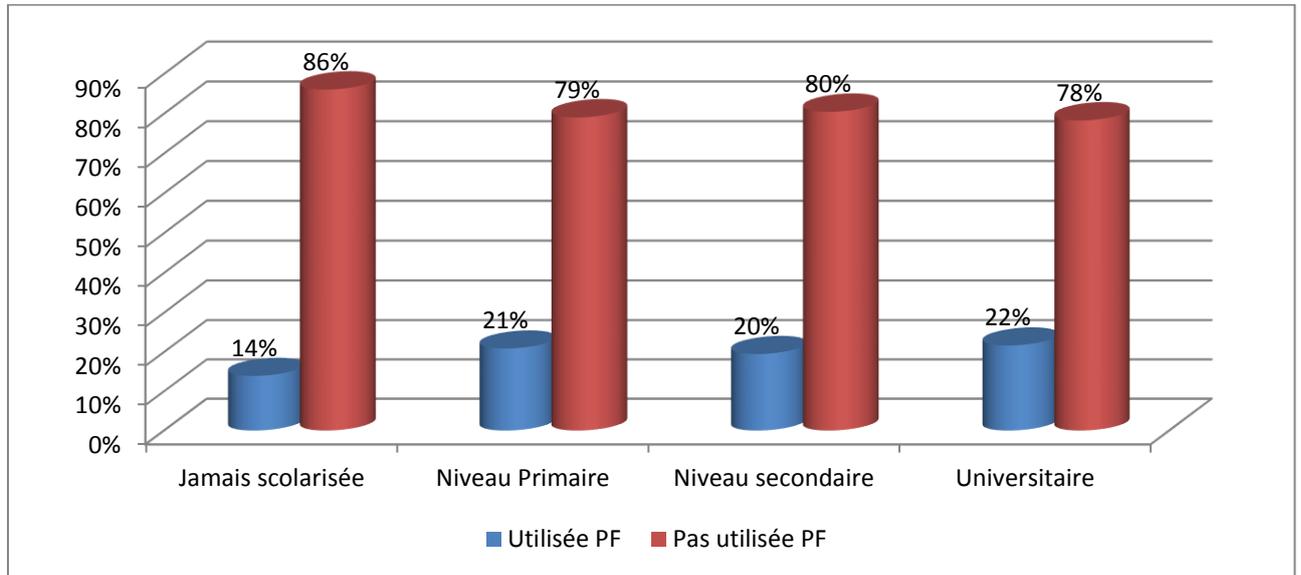
**Carte : Distribution des taux d'utilisation par les femmes vivant avec le VIH par District Sanitaire ayant participé à l'évaluation 2017 :**



### V.6.3. Utilisation de la PF par les femmes vivant avec le VIH selon le niveau d'instruction :

D'après les analyses, la tendance évolutive générale de l'utilisation de la PF est progressive du niveau « non scolarisé » au niveau universitaire (Graphique 4). Cependant, la différence n'est statistiquement pas significative, en effet le test de  $X^2$  donne un  $p=0,276$ .

**Graphique 4: Présentation de l'utilisation de la PF par les femmes vivant avec le VIH selon leur niveau d'instruction :**



Par contre, sous un autre angle, la catégorisation des femmes en « non scolarisées » et « scolarisées » donne un TPC de 14% chez les premières et de 20% chez les secondes (tableau 11). Le test de  $X^2$  donne un  $p = 0,002$  ; la différence est statistiquement significative.

**Tableau 11 : Distribution des femmes vivant avec le VIH en deux catégories selon l'utilisation de la PF :**

Niveaux d'instruction	Femmes ayant utilisé la PF	Femmes n'ayant pas utilisé la PF	Totaux
Femmes Jamais scolarisées	14%	86%	661
Femmes scolarisées	20%	80%	545
<b>TOT</b>	<b>17%</b>	<b>83%</b>	<b>1206</b>

#### **V.6.4. Utilisation de la PF par les femmes vivant avec le VIH selon le type de foyer :**

Au regard des résultats, il ressort que les TPC les plus élevés et qui sont presque superposables sont à l'actif des célibataires et des femmes mariées en monogamie (Tableau 12). Le plus faible taux est constaté chez les femmes veuves, un fait constaté déjà dans les déclarations antérieures dans les problèmes liés à la non adhésion au processus de PF, elles qui prétendent en grande partie (sur même les raisons de non utilisation de la PF) ne vouloir plus jamais un partenaire, vraisemblablement des déceptions sont passées par là.

Tableau 12 : Distribution des femmes vivant avec le VIH interviewées selon le type de foyers et l'utilisation de la PF :

Types de foyers	Femmes ayant utilisé PF	Femmes n'ayant pas utilisé PF	
Célibataires	51	187	238
Divorcées	14	83	97
Mariées en Monogamie	99	398	497
Mariées en Polygamie	23	149	172
Veuves	16	186	202
<b>Totaux</b>	<b>203</b>	<b>1003</b>	<b>1206</b>
Types de foyers	Femmes ayant utilisé PF	Femmes n'ayant pas utilisé PF	
Célibataires	21%	79%	238
Divorcées	14%	86%	97
Mariées en Monogamie	20%	80%	497
Mariées en Polygamie	13%	87%	172
Veuves	8%	92%	202
<b>Totaux</b>	<b>17%</b>	<b>83%</b>	<b>1206</b>

L'analyse des données montre que les différences de TPC sont statistiquement significatives, le test de  $X^2$  donne un  $p = 0,0004$ .

#### V.6.5. Utilisation de la PF par les femmes vivant avec le VIH selon la confession religieuse :

Parmi les femmes qui ont fait l'objet d'évaluation, les 85% sont des musulmanes contre 13% de chrétiennes et 2% pratiquent autres religions. Des taux d'utilisation de 17%, 18% et 22% sont respectivement constatés selon les confessions religieuses (tableau 13). Les différences ne sont statistiquement pas significatives, le test de  $X^2$  donne un  $p = 0,690$ .

Tableau 13 : Distribution des femmes vivant avec le VIH selon la confession religieuse et l'utilisation de la PF :

RELIGIONS	Femmes ayant utilisé PF	Femmes n'ayant pas utilisé PF	TOTAUX
MUSULMANES	17%	83%	1030
CHRETIENNES	18%	82%	158
AUTRES	22%	78%	18
<b>TOTAUX</b>	<b>17%</b>	<b>83%</b>	<b>1206</b>

#### V.6.6. Utilisation de la PF par les femmes vivant avec le VIH selon l'âge :

A l'examen des données, il apparaît que les femmes dont les âges sont compris dans les tranches d'âges de 20 à 29 ans et 30 à 39 ans sont les plus nombreuses parmi les femmes ayant fait l'objet d'évaluation ; soit respectivement 36% et 42%. Elles totalisent les 78% des femmes interviewées. Les taux d'utilisation les plus élevés sont aussi constatés dans ces groupes d'âges avec 20% et 18%. Les plus bas taux concernent la tranche d'âge de 15 à 19

ans soit 13% et celle de 40 à 49 soit 9%. Le test de  $X^2$  donne un  $p = 0,001$ , autrement les différences sont statistiquement significatives.

**Tableau 14 : Distribution des femmes vivant avec le VIH interviewées selon l'âge et l'utilisation de la PF :**

TRANCHES D'AGES	Femmes ayant utilisé PF	Femmes n'ayant pas utilisé PF	TOTAUX
15 à 19 ans	4	27	31
20 à 29 ans	86	349	435
30 à 39 ans	93	416	509
40 à 49 ans	20	211	231
	203	1003	1206
TRANCHE D'AGES	Femmes ayant utilisé PF	Femmes n'ayant pas utilisé PF	TOTAUX
15 à 19 ans	13%	87%	31
20 à 29 ans	20%	80%	435
30 à 39 ans	18%	82%	509
40 à 49 ans	9%	91%	231
	17%	83%	1206

#### **V.6.7. Utilisation de la PF par les femmes vivant avec le VIH selon le temps mis dans la localité :**

Sous cet angle, 104 femmes ont séjourné avec une durée égale ou inférieure à 6 mois dans leurs localités respectives au moment de l'évaluation. Parmi elles, 19% ont pratiqué la PF contre 20% des femmes ayant vécu plus de six mois dans leurs localités respectives. Les intervalles de confiances calculés montre qu'il n'existe pas de différence statistiquement significative soit respectivement IC à 95% : 11 – 26 ; et IC à 95% : 15 – 19.

#### **V.6.8. Utilisation de la PF par les femmes vivant avec le VIH selon la durée dans la séropositivité, depuis le dépistage :**

Le temps vécu depuis le dépistage est-il un facteur favorisant de la pratique de la PF?, influence-t-il l'utilisation de la PF ? La réponse est sans doute non si l'on se conforme aux analyses effectuées. Les taux d'utilisation en PF obtenus sont certes variés selon la durée du dépistage avec des écarts serrés çà et là (Tableau 15). Les différences ne sont cependant pas significatives, le test de  $X^2$  donne un  $p = 0,374$ .

**Tableau 15 : Distribution des femmes vivant avec le VIH interviewées selon le temps de dépistage et l'utilisation de la PF :**

Temps vécu depuis dépistage	Femmes ayant utilisé PF	Femmes n'ayant pas utilisé PF	TOTAUX
0 à 23 mois	17%	83%	521
2 à 4 ans	18%	82%	346
5 à 6 ans	12%	88%	137
7 à 8 ans	18%	82%	118
9 à 10 ans	16%	84%	38
11 à 12 ans	17%	83%	30
13 à 14 ans	9%	91%	11
15 à 16 ans	0%	100%	1
17 à 18 ans	50%	50%	2
19 à 20 ans	0%	100%	1
21 à 22 ans	100%	0%	1
Total	17%	83%	1206

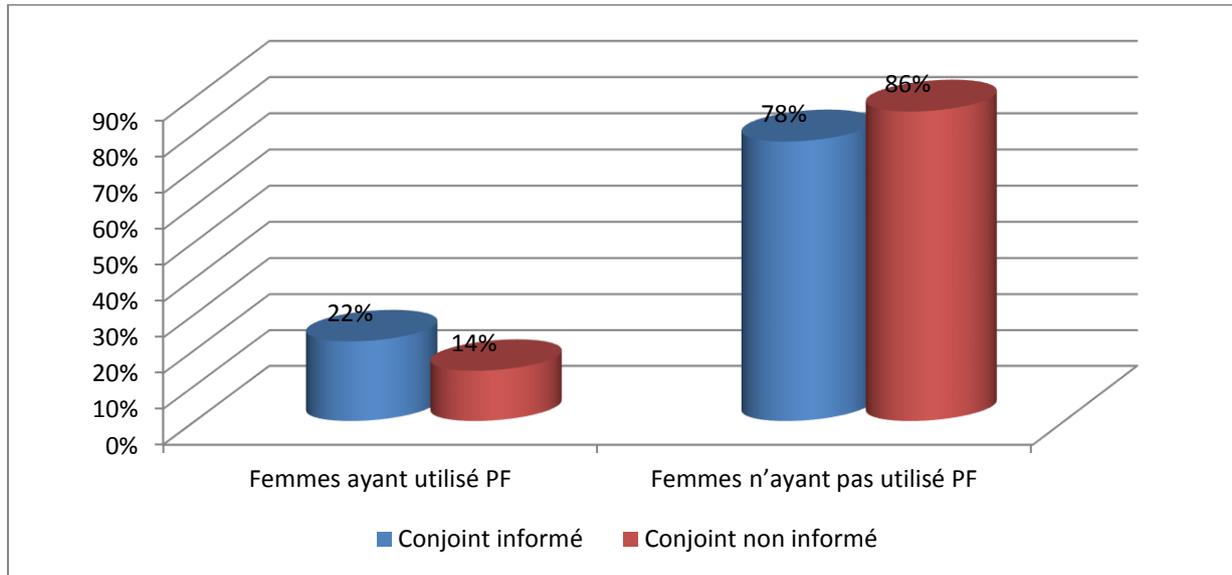
#### **V.6.9. Utilisation de la PF par les femmes vivant avec le VIH selon l'information ou non du conjoint de la séropositivité de la femme :**

Au total, ce sont 1125 soit les 93% des femmes interviewées qui se sont prononcées sur la question « Votre conjoint est-il informé de votre statut sérologique ? ». Le croisement de variables avec celle de l'utilisation des services de PF dans les 12 derniers mois ressort un TPC de 22% chez les femmes dont les conjoints sont informés contre un TPC de 14% chez les femmes dont les conjoints ne sont pas au courant de leur statut sérologique. Le calcul des intervalles de confiance donne respectivement un IC à 95% : 19 – 20 contre un IC à 95% : 11 – 17. La différence est statistiquement significative car il n'existe pas de chevauchement. Autrement il est vraisemblablement assez facile d'utiliser la PF quand le conjoint est déjà informé du statut sérologique de la partenaire.

**Tableau 16 : Distribution des femmes vivant avec le VIH interviewées selon que le conjoint ait été informé du statut de la femme et l'utilisation de la PF :**

Information du Conjoint	Femmes ayant utilisé PF	Femmes n'ayant pas utilisé PF	TOTAUX
Conjoint informé	121	421	542
Conjoint non informé	82	501	583
TOTAUX	203	922	1125

**Graphique 5 : Distribution des femmes vivant avec le VIH interviewées selon l'information du conjoint du statut de la femme et l'utilisation de la PF :**



#### **V.6.10. Utilisation de la PF par les femmes vivant avec le VIH selon le coût de transport pour l'accès aux soins de PF:**

Les analyses montrent que parmi les 203 femmes ayant utilisé la PF dans les 12 derniers mois, 78 femmes soit les 38% ont affirmé que le coût de transport pour l'accès aux soins de la PF est « abordable » contre 62% qui ont estimé que le coût de transport est « cher ». La différence n'est statistiquement pas significative, le test de  $X^2$  donne un  $p = 1,000$ .

#### **V.6.11. Utilisation de la PF par les femmes vivant avec le VIH selon le coût de prestation des soins PF :**

Parlant de coût de prestations de soins de PF, 193 femmes sur les 203 soit 95% des femmes ayant utilisé la PF dans les 12 derniers mois se sont prononcées pendant l'évaluation. Parmi elles, 17% considèrent que le coût de prestation est « faible », 65% estiment que le coût est « acceptable » et les 18% estiment que le coût de prestation est « cher ». Il n'existe pas de différence statistiquement significative, le test de  $X^2$  donne un  $p = 0,181$ .

#### **V.6.12. Prononciation des femmes vivant avec le VIH sur les avantages de la PF :**

Au total, les 94% des femmes vivant avec le VIH ayant utilisé la PF dans les 12 derniers mois se sont prononcées sur les avantages de la PF en citant au moins un avantage. Les 40% des femmes ont cité deux avantages et sept femmes ont cité trois avantages de la PF. Les avantages de la PF cités par les femmes sont en grande partie sont :

- Eviter les grossesses non désirées à 35%
- Permet espacement des naissances à 25%

- Favorise la santé de la mère à 9%
- Diverses réponses

#### **V.6.13. Exposition des femmes vivant avec le VIH à la stigmatisation :**

Parmi les 1206 femmes interviewées, 6% soit 72 femmes ont subi des stigmatisations au niveau de la famille et de l'entourage immédiat et 1% soit 17 femmes au niveau des structures de santé. Concernant l'offre de service sanitaire, elles accusent toutes la mauvaise empathie de la part des soignants qui pour certaines femmes les acteurs de santé sont les premiers à les stigmatiser. Au niveau de leur entourage, les 56% des femmes concernées ont cité le rejet systématique de la famille et des voisins, puis suivent selon elles des moqueries, injures et humiliation.

Il faut souligner que 322 femmes soit les 27% appartiennent à des ONG et œuvrent dans la lutte contre le VIH/Sida.

#### **V.6.14. Les recommandations formulées par les femmes vivant avec le VIH/Sida sur la PF :**

Au total, 252 femmes soit les 80% des femmes ayant bénéficié d'une méthode contraceptive au moins une fois dans leur vie de séropositivité ont exprimé des recommandations sur la PF ; elles sont essentiellement axées sur :

- L'accentuation de la sensibilisation sur la PF et les contraceptifs à 36%
- La gratuité des produits et des coûts de prestation à 31%
- L'amélioration de la qualité des produits contraceptifs dont réduire selon elles les effets indésirables à 18%
- La décentralisation de la PF jusqu'au niveau périphérique à 11%
- Des recommandations diverses à 4%

### **VI. CONCLUSIONS :**

L'objectif principal de cette évaluation était de déterminer le taux d'utilisation des méthodes contraceptives chez les femmes vivant avec le VIH en âge de procréer c'est-à-dire de 15 à 49 ans ; il en résulte un taux de prévalence contraceptive de 17% et un taux de prévalence contraceptive instantanée de 15%.

Il en ressort également entre autres que :

1. Les 99% des femmes interviewées ont une confiance parfaite aux dispensaires de soins globaux dans les structures de santé ;
2. Les 99% des femmes interviewées étaient sous ARV ;

3. Les 43% des femmes interviewées ont affirmé que leurs partenaires sexuels sont informés de leur statut sérologique ;
4. Les 40% des partenaires sexuels ont effectué leur test de dépistage selon les femmes interviewées ;
5. Les 32% des femmes interviewées connaissent le statut sérologique de leurs partenaires sexuels ;
6. Les 17% des femmes interviewées sont des veuves ;
7. Les 50% des femmes ayant utilisé la contraception l'ont effectué sous la proposition d'agents de santé, puis 16% sous la proposition du partenaire sexuel ;
8. La gratuité est de mise dans 35% des cas ;
9. Le coût moyen de prestation de service de contraception est en moyen de 8 942 GNF ;
10. Plus de la moitié des bénéficiaires soit les 64% estiment que le coût de prestation de PF est acceptable ;
11. Les prestataires parcourent en moyen 12 Km pour bénéficier les soins ;
12. Plus de la moitié des femmes interviewées soit les 68% ont des informations sur l'existence de la pratique de la contraception ;
13. Les 64% des femmes interviewées connaissent au moins une méthode moderne contraceptive ;
14. Le condom est le moyen contraceptif le plus utilisé par les femmes avec une fréquence de 35% ;
15. Les 48% des femmes ayant pratiqué la contraception ont développé au moins un effet indésirable lors de la prise du produit contraceptif ;
16. Les 79% des femmes affirment bénéficier au moins un thème de sensibilisation dans les structures de santé ;
17. Les 51% des femmes ayant pratiqué la contraception ont sensibilisé au moins un individu pour utiliser les services de PF ;

18. Les 89% des femmes ayant pratiqué la contraception ont l'intention de continuer la pratique en dépit des multiples effets indésirables signalés ;
19. La tendance de l'utilisation est de 22% quand le conjoint informé contre 14% quand ce dernier n'est pas informé de la séropositivité de la femme ;
20. Les célibataires et les mariées en monogamie ont tendance à plus utilisé la contraception avec respectivement des fréquences de 21% et 20% ;
21. Les 6% des femmes ont subi ou subissent une certaine stigmatisation au niveau de leur entourage familial contre 1% en milieu sanitaire.

## **VII. RECOMMANDATIONS :**

A l'issue de cette évaluation, nous recommandons les stratégies ci-après:

1. Une évaluation du genre tous les 3 ans afin de suivre de manière régulière la tendance évolutive et réadapter des mesures rectificatives appropriées ;
2. La formation ou le recyclage par endroit des agents prestataires tant au niveau du personnel de santé qu'au niveau des prestataires communautaires ;
3. L'intégration effective de la PF dans le paquet d'activités des prestataires communautaires à l'échelle nationale ;
4. L'assurance de la disponibilité continue des molécules contraceptives tant au niveau des DPS qu'au niveau communautaire ;
5. La traçabilité des données et des médicaments à travers des outils appropriés ;
6. La supervision et le suivi monitoring des prestations de la PF à tous les niveaux ;
7. La gratuité des médicaments à large échelle ;
8. La vulgarisation de tous les canaux de sensibilisation tant au niveau des structures de santé, des mass médias ainsi qu'au niveau communautaire avec le concours des ASC et OCB

Sans doute que l'assurance des stratégies suscitées permettront dans une certaine mesure de rehausser le niveau de l'utilisation de la contraception dans la population générale et chez les femmes vivant avec le VIH en particulier en vue de l'accélération de l'élimination de la transmission verticale en Guinée.

En fin, loin d'être complet et exhaustif, le présent document se veut tout simplement un outil de travail au service des différents niveaux de la pyramide sanitaire et des différents acteurs impliqués dans la lutte contre le VIH/Sida en Guinée.

## ANNEXES

**QUESTIONNAIRE DES FEMMES EN AGES DE PROCREER (15 à 49 ans) SUR L'EVALUATION DU  
TAUX D'UTILISATION DES METHODES CONTRACEPTIVES CHEZ LES FEMMES SEROPOSITIVES  
EN GUINEE**

1. Date de l'interview : \_\_/\_\_/\_\_
2. Numéro d'identification : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_ = N° ordre/les deux premières lettres du nom de la Préfecture /les deux premières lettres de la Sous-Préfecture/Commune ou réside la femme (lettres en majuscule).

---

**I. RENSEIGNEMENTS GENERAUX**

---

3. Région Administrative : \_\_\_\_\_
4. Préfecture : \_\_\_\_\_
5. Sous-Préfecture/Commune : \_\_\_\_\_
6. Zone : \_\_\_\_\_ (Conakry ou Intérieur)
7. Dans quel secteur habitez-vous ? \_\_\_\_\_/
8. A quelle distance du CS ? \_\_ \_\_ Km
9. Quel est votre niveau d'instruction ? \_\_ \_\_/ 0=Jamais scolarisée, 1=Primaire, 2=Secondaire, 3=Universitaire.
10. Quelle est votre confession religieuse ? \_\_\_\_\_/ Musulmane, Chrétienne, Autre
11. Quelle est votre situation matrimoniale ? : \_\_/ MM=Mariée en Monogamie, MP=Mariée en Polygamie, C=Célibataire, V=Veuve, D=Divorcée, A=Autres
12. Quel âge avez-vous ? \_\_ \_\_/ Age en année révolue
13. Depuis combien de temps vivez-vous dans cette localité ? \_\_\_\_\_/ inférieur à 6 mois, plus de 6 mois

---

## II. ACCESSIBILITE GEOGRAPHIQUE ET TRANSPORT

---

14. Quel moyen de transport utilisé vous pour bénéficier les services de santé ? \_\_\_\_\_ /  
**inscrire une seule réponse** : Marche, Vélo, Moto, Auto
15. Comment juger vous le coût de transport ? (question valable pour moto et auto)  
 \_\_\_\_\_/ abordable ou cher

---

## III. CONNAISSANCE DU STATUT SEROLOGIQUE DU COUPLE

---

16. Depuis combien de mois avez-vous été dépistée séropositive ? \_\_\_/ de 0 (zéro) à n mois  
 en chiffre
17. Dans quelle Structure de santé avez-vous été dépistée ? \_\_\_\_\_/
18. Etes-vous sous ARV ? \_\_\_/ Oui ou Non
- Si non pourquoi ?-----
19. Votre Conjoint, est-il informé de votre statut sérologique ? \_\_\_/ Oui ou Non
- Si non pourquoi ?-----
20. A t- il fait son test de dépistage ? \_\_\_/ Oui ou Non
- a. Si Non pourquoi ?-----  
 -----
- b. Si Oui Connaissez-vous son statut sérologique ? \_\_\_\_\_/ NEG ou POS  
 ou IND ou Sais pas

---

#### IV. INFORMATION ET CONNAISSANCES DES METHODES CONTRACEPTIVES

---

21. Avez-vous des informations sur la pratique de la planification familiale notamment les méthodes de contraception ? ----- Oui ou Non

Si Oui quel est votre canal d'information ? \_\_\_\_\_ / Agent de Santé, Agent d'ONG, Radio, Télévision, Affiches, Autres

22. Quelles méthodes contraceptives connaissez-vous ?

- a. -----
- b. -----
- c. -----

---

#### V. UTILISATION DES SERVICES ET DES METHODES CONTRACEPTIVES

---

23. Faites-vous confiance aux prestataires du CS ? \_\_ / Oui ou Non

Si Non donner les raisons : -----  
-----

Si Oui justifier: -----  
-----

24. Avez-vous utilisée au moins une fois le Centre de Santé dans le cadre de la Planification Familiale \_\_ / Oui ou Non

a. Si non pourquoi n'avez-vous pas utilisée les services de Planification Familiale? -----

----- (Passer à la question 40)

b. Si Oui Combien de fois avez-vous utilisée le CS pour des problèmes de Planification Familiale ? \_\_ / en chiffre (de 01 à... n fois ; 99 = ne sait pas)

25. Qui vous a proposé la planification familiale pour la première fois ?  
\_\_\_\_\_/ Mon mari, Un agent de santé, un responsable de la communauté, un agent d'ONG, la radio ou autres (à préciser)

26. Quelles méthodes contraceptives modernes avez-vous utilisée dans votre cas ?  
(Condom, Comprimé, injection, DIU)

- a. -----
- b. -----

c. -----

27. Avez-vous eue des problèmes (effets indésirables) après la prise des contraceptifs ?

Si Oui lesquels ?

a. -----

b. -----

c. -----

28. Avez-vous utilisée une méthode contraceptive dans les 12 derniers mois ? \_\_/ Oui ou Non

Si Oui préciser la méthode contraceptive utilisée :.....

29. Etes-vous actuellement sous contraception ? \_\_/ Oui ou Non

Si Oui préciser la méthode contraceptive utilisée :.....

30. Votre Partenaire est-il informé de votre pratique de contraception ? \_\_/ Oui ou Non

Si non pourquoi ?.....

31. Avez-vous l'intention de continuer l'utilisation des contraceptifs ? \_\_/ Oui ou Non

Si Non pourquoi ?.....

---

## VI. COUT DE PRESTATION DES SERVICES DE PF ET NIVEAU DE SATISFACTION DES CIBLES

---

32. Combien avez-vous payé au CS pour les frais de prise en charge (y compris le coût du produit contraceptif) ? \_\_\_\_\_/ Inscire le montant en GNF

33. Que pensez-vous du coût de prestation ? \_\_\_\_\_/ **inscire une seule réponse :** Cher, Acceptable, faible, sans réponse

34. Recevez-vous de la part des prestataires des informations et explications détaillées sur la PF? \_\_/ Oui ou Non

Si oui lesquelles principalement?

a. -----

b. -----

c. \_\_\_\_\_

35. A quel degré de satisfaction jugeriez-vous les prestations rendues ?  
 \_\_\_\_\_/ Excellent, Bien, Satisfaisant, Mauvais

36. Avez-vous encouragé des personnes à utiliser la planification familiale ? \_\_\_/ Oui ou Non

37. Que pensez-vous de la pérennisation d'un tel système de Planification familiale?  
 \_\_\_\_\_/

38. Selon vous quels avantages tirez-vous de la planification familiale ?

a. \_\_\_\_\_

b. \_\_\_\_\_

c. \_\_\_\_\_

39. Quelles recommandations proposerez-vous aux services de santé pour améliorer la planification familiale ?

a. \_\_\_\_\_

b. \_\_\_\_\_

c. \_\_\_\_\_

---

## VII. STIGMATISATION DES CIBLES

---

40. Subissez-vous des stigmatisations de la part de votre entourage? \_\_\_/ Oui ou Non

Si Oui lesquelles ? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

41. Subissez-vous des stigmatisations dans les structures de santé? ? \_\_\_/ Oui ou Non

Si Oui lesquelles ? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

42. Appartenez-vous à une ONG ? \_\_\_/ Oui ou Non

43. NB : **question subsidiaire destinée seulement à celles qui n'ont jamais utilisé auparavant les contraceptifs** : Avez-vous l'intention de commencer l'utilisation des contraceptifs ?  / Oui ou Non

Si Non pourquoi ?.....

**Remercier la femme avec tous les compliments**

**Liste des Participants à la validation du Protocole d'évaluation :**

<b>No Ordre</b>	<b>Noms et Prénoms</b>	<b>Structure d'origine</b>	<b>Téléphone</b>
<b>1</b>	Dr Conté Mamey	PNPCSP	657 32 72 49
<b>2</b>	Dr Kolié Marthe	PNPCSP	628 52 51 11
<b>3</b>	Dr Camara N'Gonet	DNPSC/MS	628 99 02 05
<b>4</b>	Dr Cissé Mamadou Oury	PNLP	623 45 77 73
<b>5</b>	SowFatouLamarana	CAM	622 94 09 00
<b>6</b>	Dr Bah Zakaria	PNPCSP	621 05 50 40
<b>7</b>	Bah Mamoudou	CAM	628 86 49 70
<b>8</b>	KouroumaFata	CAM	622 62 41 86
<b>9</b>	Dr SowAlhassane	PNPCSP	622 96 36 63
<b>10</b>	Dr Baldé Mamadou Mouctar	PNPCSP	620 76 42 28
<b>11</b>	Dr Diallo Thierno Soulaymane	CNLS	624 19 62 08
<b>12</b>	Dr Bah Mamadou Saliou	DCS Ratoma	622 64 32 04
<b>13</b>	Dr Magassouba Aboubacar Sidiki	PNLAT	622 39 69 10
<b>14</b>	Dr GuilavoguiForomo	PNPCSP	622 64 32 04
<b>15</b>	Dr Barry OumouKesso	DCS Matoto	628 96 81 40
<b>16</b>	Dr Ouedraogo Francine	Unicef	628 34 67 22
<b>17</b>	Diawara Mama Bamba	MS	664 73 75 20
<b>18</b>	Dr Arnold Ahiatsi	PNPCSP	623 75 84 04
<b>19</b>	Dr Diallo Abdoulaye	Consultant	628 18 03 34

## LISTE DES ENQUETEURS

<b>N</b>	<b>Prénoms et nom</b>	<b>Profession</b>	<b>Contacts</b>	<b>Localité</b>
1	Aye Diallo	Sociologue	622 34 59 89	Conakry /dixinn
2	Maimouna Soumah	Sociologue	622 33 23 85	Conakry/matam
3	Mabinty Camara	Agent de sante	622 80 59 27	Conakry/matam
4	Mamoudou Sow	Agent de sante	628 83 21 21	Conakry /kaloum
5	Mariama Cire Diallo	Agent de sante	620 06 67 72	Conakry /matoto
6	Foutoumata Traore	Infirmiere	628 31 59 02	Conakry/matoto
7	Mariama diaka diallo	Sociologue	623 5o 66 61	Conakry/ratoma
8	Lancine 2 Camara	Nutritionniste	623 365292	Conakry/kaloum
9	Maimouna Diallo	Agent de sante	628 732100	Conakry/ratoma
10	Abdoulaye Fode Diallo	Medecin	622 161826	Conakry/dixinn
11	Nagnouma Dounoh	Sociologue	623 247 894	Conakry /Dixinn
12	Fatoumata Sylla	Agent de sante	620 726 207	Conakry/dixinn
13	Alpha abdoulaye Toure	Agent de sante	622 63 71 74	Conakry/kaloum
14	Laye keita	sociologue	62/4757577	Boke
15	Bronke Dore	Sage femme	622548315	Boke
16	Lansana hawa camara	sociologue	622212306	Kindia
17	Fata Kourouma	sociologue	622 624186	Kindia
18	Fatoumata Sam	sociologue	620428474	Faranah
19	Fatoumata barry	sociologue	621375611	Mamou
20	Ibrahima Sory Sylla	Sociologue	628054213	Labe
21	Aissatou Barry	sociologue	622 387183	Labé
22	Boubacar Barry	Sociologue	664763908	Kankan
23	Mamoudou BAH	sociologue	664646868	N zerekore
24	Lamarana Sow	Sociologue	622940900	Nzerekore